



Universitat
de les Illes Balears

TRABAJO DE FIN DE GRADO

LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN EL PARTO FISIOLÓGICO. IMPACTO Y POSIBLES INTERVENCIONES EN SALUD.

Alba Quintana Ruiz

Grado de Enfermería

Facultad de Enfermería y Fisioterapia

Año Académico 2021-22

LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN EL PARTO FISIOLÓGICO. IMPACTO Y POSIBLES INTERVENCIONES EN SALUD.

Alba Quintana Ruiz

Trabajo de Fin de Grado

Facultad de Enfermería

Universidad de las Illes Balears

Año Académico 2021-22

Palabras clave: violencia obstétrica, mujer, parto, parto respetado, depresión postparto.

Key words: obstetric violence, woman, birth, respected childbirth, depression postpartum.

Nombre Tutor del Trabajo: Dr. Andreu Bover Bover

Se autoriza la Universidad a incluir este trabajo en el Repositorio Institucional para su consulta en acceso abierto y difusión en línea, con fines exclusivamente académicos y de investigación

Autor		Tutor	
Sí	No	Sí	No
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Resumen

Introducción: La violencia obstétrica (VO) es un tipo de violencia de género donde la mujer recibe un trato irrespetuoso y ofensivo durante el embarazo, parto o puerperio en instituciones sanitarias. Este puede ser tanto maltrato físico, como psicológico: humillación y maltrato verbal, procedimientos médicos sin consentimiento o coercitivos, falta de confidencialidad, negativa a administrar analgésicos, violaciones de la privacidad, etc. Todo esto deriva en complicaciones físicas, psicológicas y sociales para la mujer y su entorno. En España, las tasas de este tipo de violencia son altas, por lo que los profesionales son en gran parte responsables de prevenir y tratar este fenómeno.

Objetivos: Explicar el impacto físico, psicológico y social de la violencia obstétrica en el parto fisiológico y las posibles intervenciones en salud, para la prevención y el tratamiento de esta.

Resultados: Para la revisión bibliográfica, se realizó una búsqueda en las bases de datos: BVS, Pubmed y Dialnet, encontrando un total de 17 artículos para esta revisión. Mediante la técnica de recogida “bola de nieve”, se recopilaron 4 artículos más que cumplían los criterios de inclusión, por lo que se analizan un total de 21 artículos. Sin embargo, cabe destacar el uso de otras fuentes como libros, asociaciones y guías de práctica clínica.

Discusión: Los estudios han identificado una alta prevalencia de violencia obstétrica a nivel mundial que prevalece en el entorno privado que en el público. Esto conlleva consecuencias físicas, psicológicas y sociales negativas para la madre y su entorno. Se observa que la violencia obstétrica está relacionada con la violencia estructural y simbólica, por lo que es necesario el apoyo institucional y las intervenciones de los profesionales que atienden el parto, para poder prevenir y tratar este tipo de violencia.

Conclusión: La violencia obstétrica tiene un gran impacto en la salud de la mujer y de su entorno. Así pues, considero que las instituciones deben apoyar e implantar estrategias dirigidas principalmente a los profesionales que atienden el parto, como enfermeras y matronas. Por ejemplo, que éstas realicen constantemente una formación continuada respecto a los planes de parto, así como de los métodos no farmacológicos, y donde se promueva la concienciación y la participación informada de la mujer. De manera que se reduzcan los procedimientos invasivos y la sobremedicalización del parto.

Palabras clave: parto, mujer, violencia obstétrica.

Resum

Introducció: La violència obstètrica (VO) és un tipus de violència de gènere on la dona rep un tracte irrespectuós i ofensiu durant l'embaràs, part o puerperi en institucions sanitàries. Aquest pot ser tant maltractament físic, com psicològic: humiliació i maltractament verbal, procediments mèdics sense consentiment o coercitius, falta de confidencialitat, negativa a administrar analgèsics, violacions de la privacitat, etc. Tot això deriva en complicacions físiques, psicològiques i socials per a la dona i el seu entorn. A Espanya, les taxes d'aquesta mena de violència són altes, per la qual cosa els professionals són en gran part responsables de prevenir i tractar aquest fenomen.

Objectius: Explicar l'impacte físic, psicològic i social de la violència obstètrica en el part fisiològic i les possibles intervencions en salut per a la prevenció i el tractament d'aquesta.

Resultats: Es va realitzar una cerca en les bases de dades: BVS, Pubmed i Dialnet, trobant un total de 17 articles per a aquesta revisió. Mitjançant la tècnica de recollida “bola de neu”, es van recopilar 4 articles més que complien els criteris d'inclusió, per la qual cosa s'analitzen un total de 21 articles. No obstant això, cal destacar la utilització d'altres fonts com a llibres, associacions i guies de pràctica clínica.

Discussió: Els estudis han identificat una alta prevalença de violència obstètrica a nivell mundial que preval en l'entorn privat que en el públic. Això comporta conseqüències físiques, psicològiques i socials negatives per a la mare i el seu entorn. S'observa que la violència obstètrica està relacionada amb la violència estructural i simbòlica, per la qual cosa és necessari el suport institucional i les intervencions dels professionals que atenen el part, per a poder prevenir i tractar aquest tipus de violència.

Conclusió: La violència obstètrica té un gran impacte en la salut de la dona i del seu entorn. Així doncs, considero que les institucions han de secundar i implantar estratègies dirigides principalment als professionals que atenen el part, com a infermeres i matrones. Per exemple, que aquestes realitzin constantment una formació continuada respecte als plans de part, així com dels mètodes no farmacològics, i on es promogui la conscienciació i la participació informada de la dona. De manera que es redueixin els procediments invasius i la sobremedicalització del part.

Paraules clau: part, dona, violència obstètrica.

Abstract

Introduction: Obstetric violence (OV) is a type of gender violence where women receive disrespectful and offensive treatment during pregnancy, childbirth or puerperium in health institutions. This can be both physical and psychological abuse: humiliation and verbal abuse, non-consensual or coercive medical procedures, lack of confidentiality, refusal to administer painkillers, violations of privacy, etc. All this derives in physical, psychological and social complications for the woman and her environment. In Spain, the rates of this type of violence are high, so professionals are largely responsible for preventing and treating this phenomenon.

Objectives: Explain the physical, psychological and social impact of obstetric violence in physiological childbirth and the possible health interventions for its prevention and treatment.

Results: For the bibliographic review, a search was carried out in the databases: VHL, Pubmed and Dialnet, finding a total of 17 articles for this review. Through the "snowball" collection technique, 4 more articles were collected that met the inclusion criteria, for which a total of 21 articles were analyzed. However, the use of other sources such as books, associations and clinical practice guidelines should be highlighted.

Discussion: Studies have identified a high prevalence of obstetric violence worldwide that is more prevalent in the private environment than in the public one. This entails negative physical, psychological and social consequences for the mother and her environment. It is observed that obstetric violence is related to structural and symbolic violence, for which institutional support and interventions by professionals who attend childbirth are necessary, in order to prevent and treat this type of violence.

Conclusion: Obstetric violence has a great impact on the health of women and their environment. Thus, I believe that institutions should support and implement strategies aimed primarily at professionals who attend childbirth, such as nurses and midwives. For example, that they constantly carry out continuous training regarding birth plans, as well as non-pharmacological methods, and where the awareness and informed participation of women is promoted. In such a way that invasive procedures and the overmedicalization of childbirth are reduced.

Keywords: childbirth, women, obstetric violence.

Índice

1. Introducción	7
2. Objetivos del trabajo	11
3. Estrategia de búsqueda bibliográfica	11
4. Discusión	19
4.1 Impacto físico, psicológico y social de la violencia obstétrica en el parto fisiológico	19
4.2 Posibles intervenciones de prevención y tratamiento de la violencia obstétrica en el parto fisiológico.....	26
5. Conclusión	33
6. Bibliografía	35

1. Introducción

Personalmente, como mujer y estudiante, siempre he sentido curiosidad por la salud sexual y reproductiva. En concreto, me he interesado por escuchar testimonios de partos en mi entorno, tanto en mi vida personal en mi día a día como en la “profesional” durante mis prácticas en el hospital. De ahí surge mi desconcierto por lo normalizadas e invisibilizadas que estaban algunas intervenciones en los partos. Es más, recuerdo que la mayoría de las mujeres acababan su relato diciendo: “Pero cuando le ves la cara, se te olvida todo”.

Como alumna de enfermería, realicé la asignatura de Salud Sexual y Reproductiva y me atrajo aún más todo aquello relacionado con la salud de la mujer. Además, durante mis prácticas, pude rotar por la unidad de cuidados intensivos neonatales, donde escuché experiencias de muchas mujeres, las cuales algunas refirieron no sentirse informadas ni dar su consentimiento para según que intervenciones. Fue una gran experiencia poder escucharlas y estar a su lado. Es más, presenciar, acompañar y poder formar parte de un momento tan especial en la vida como es el parto y el puerperio, es algo que me parece increíble. Por ello, me gustaría seguir formándome en este ámbito y promover conductas que fomenten el empoderamiento de la mujer, donde sea ella la protagonista de su parto y se sienta libre por los profesionales que la rodean para poder tomar sus propias decisiones.

Parir, un trabajo y un acto muy potente, intensísimo, trascendente, que poco tiene que ver con la definición que aparece en los diccionarios. La Real Academia Española define parir como “expeler en tiempo oportuno el feto que tenía concebido”. Esta definición como muchas otras reflejan una visión puramente mecánica del parto, en la que falta por completo la vivencia de la madre y el bebé. No se nombra a la madre, ni sus emociones o su psicología, y al bebé se le llama feto y parece flotar en una cavidad uterina suspendida en algún espacio exterior. Esta visión del parto puede ser una consecuencia de la ancestral idea de que el parto era algo muy peligroso que los médicos debían vigilar muy atentamente, dispuestos a rescatar a bebés y madres de las imprevisibles catástrofes naturales que en cualquier momento podían acontecer¹.

Para poder gestar y dar a luz, el cuerpo de la mujer pasa por una serie de cambios. Éstos son fruto de la evolución de nuestra especie, que aportaron las ventajas necesarias para la supervivencia de las hembras gestantes y sus crías en su momento. Comprender sus roles puede ayudarnos a entender mejor el fenómeno estudiado¹. Durante el embarazo y los primeros meses de vida de un bebé, el cuerpo de la mujer realiza tres funciones: nutrir, proteger y transportar al bebé. Para cubrir estas necesidades básicas, se producen una serie de cambios físicos y emocionales, además de activarse las llamadas “hormonas del embarazo”, como la gonadotropina coriónica, los estrógenos, la progesterona, la prolactina, la oxitocina, etc².

Cabe destacar que el parto se divide en tres etapas: primera etapa o periodo de dilatación, segunda etapa o periodo expulsivo, y tercera etapa o periodo de alumbramiento. La primera etapa comienza con el inicio del parto y termina con la dilatación completa; la segunda etapa del parto o periodo expulsivo es aquella que transcurre entre el momento en que se alcanza la dilatación completa, y el momento en que se produce la expulsión fetal; la tercera etapa es la que transcurre entre el nacimiento y la expulsión de la placenta³. Durante el parto pueden surgir complicaciones neonatales como: parto prematuro, parto múltiple, parto por cesárea, bebé macrosómico, muerte neonatal, etc. Por otra parte, también se pueden desencadenar complicaciones maternas como: preeclampsia, endometriosis, hemorragia postparto, etc¹. Dejando de lado las complicaciones físicas mencionadas, encontramos complicaciones psicológicas y emocionales como: la depresión posparto, el trastorno de estrés postraumático, además de la vulnerabilidad física y psíquica que conlleva todo el proceso de parto y puerperio, donde la mujer se encuentra en un lugar ajeno a ella, y donde existe una clara relación de poder entre el profesional de la salud y la paciente⁴. Como consecuencia de ello, puede surgir una problemática que vulnere la autonomía y los derechos de la mujer en el parto, que estaría infringiendo tanto las recomendaciones sanitarias españolas en la Estrategia de Atención al Parto Normal del Sistema Nacional de Salud³ (EAAPNSNS), además de las legales (Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica)⁴.

El parto es un proceso normal y natural, y sólo en el caso de que se presente una complicación está justificado intervenir en el mismo. Sin embargo, desde la década de los

setenta hasta la actualidad, el punto de partida de la atención al parto en nuestro país ha sido todo lo contrario, se han tratado la mayoría de los partos como si fueran patológicos para prevenir posibles complicaciones. Además, en España continúa utilizándose un modelo de atención al parto surgido en Irlanda bajo el nombre: "Dirección activa del parto", en el que todo gira en torno al ginecólogo, que dirige el parto, siendo la función de la mujer "colaborar" con el profesional, más concretamente, seguir las indicaciones de aquél en el proceso, adquiriendo la mujer un rol secundario en el proceso⁵. También, se siguen llevando a cabo prácticas en la atención al parto que la OMS ha declarado "perjudiciales o ineficaces", como el uso rutinario del enema o del rasurado púbico, o de "las que no existe evidencia clara y deben usarse con cautela", como la rotura artificial de bolsa en la primera fase del parto².

Los saberes femeninos, el conocimiento sobre el propio cuerpo, las sensaciones y las percepciones se han visto, generalmente, relegadas a un segundo plano o directamente ignoradas.⁴ Aquella violencia ejercida por profesionales de la salud (predominantemente médicos y personal de enfermería) hacia las mujeres embarazadas, en labor de parto y durante el puerperio, constituye una violación a los derechos reproductivos y sexuales de las mujeres⁶, así define la OMS el concepto de violencia obstétrica (VO). Actualmente no existe un consenso mundial para definir este tipo de violación.⁷⁻¹⁰. Esto se traduce en que sea un tipo de violación invisibilizada y normalizada¹¹ para la sociedad. Se habla de términos como "violencia obstétrica", "cuidado deshumanizado", "falta de respeto y abuso", "mala praxis"^{12,13} para definir este fenómeno.

A nivel legislativo, Venezuela, fue el primer país en el que se aprobó el término de "violencia obstétrica" en 2007, dentro de "La ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia" definida como:⁸ "La apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por el personal de salud, que se expresa en un trato jerárquico deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres"^{8,12}. Más tarde, se aprobó en Argentina (2009) y en México entre 2008 y 2012. Sin embargo, en España no existe una ley específica que regule la VO⁸.

La VO incluye actos no apropiados o no consensuados, como episiotomías sin consentimiento, intervenciones dolorosas sin anestésicos, obligar a parir en una determinada posición o proveer una medicalización excesiva, innecesaria o iatrogénica que podría generar complicaciones graves. Esta violencia también puede ser psicológica, como por ejemplo dar a la usuaria un trato infantil, paternalista, autoritario, despectivo, humillante, con insultos verbales, despersonalizado o con vejaciones¹⁰. En 2014, la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió qué tratos irrespetuosos y ofensivos representaban la VO, algunos de ellos son: abuso físico, humillación profunda, abuso verbal, falta de confidencialidad, falta de consentimiento informado, negación de administrar analgésicos y violaciones de la privacidad.⁷

Por una parte, cuando hablamos de VO podemos hablar de violencia simbólica, definiéndola como aquella violencia que está tan extendida y normalizada que no se reconoce de tan asumida que la tienen las personas sobre las que recae. Por otra parte, hablamos de violencia institucional, cuando ésta se produce en instituciones o sistemas públicos y provocan daños psicológicos y/o físicos a las personas debido a condiciones inadecuadas, o cuando no se destinan los recursos humanos o materiales suficientes para garantizar una atención segura⁴. Como consecuencia, aparece una sobrecarga de trabajo y un estrés laboral como factores que perpetúan la VO¹⁰. Además, la violencia obstétrica tiene una característica estructural¹¹ que genera que los profesionales que la ejercen desconozcan que la ejercen, e incluso que la consideren normal, convirtiéndose en una práctica habitual^{5,7,10} realizada en instituciones públicas, dependientes de gobiernos. Es más, la ONU, en su Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la mujer, define violencia de género como “todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico tanto si se producen en la vida pública como en la privada”^{4,12}. Así pues, se puede afirmar que la violencia obstétrica es violencia de género^{5,13,14}, institucional¹¹ y simbólica. En consecuencia, podemos entender la VO como un concepto más amplio en el que intervienen factores políticos y legales¹⁵.

Este trabajo se justifica contemplando la repercusión de este problema de salud pública, el cual está produciendo grandes impactos en la vida de las mujeres y de sus recién nacidos, y por la necesidad de visibilizar los derechos de la mujer en uno de los momentos más importantes de su vida.

2. Objetivos del trabajo

Objetivo general:

- Explicar la violencia obstétrica en el parto fisiológico, su impacto y las posibles intervenciones en salud.

Objetivos específicos:

- Analizar el impacto físico, psicológico y social que produce la violencia obstétrica en el parto fisiológico.
- Describir las posibles intervenciones en salud, para la prevención y el tratamiento de la violencia obstétrica en el parto fisiológico.

3. Estrategia de búsqueda bibliográfica

La revisión bibliográfica se ha llevado a cabo mediante la traducción de las siguientes palabras clave: violencia obstétrica, parto, mujer, parto humanizado y depresión postparto con la herramienta DeCS/MeSH. Como resultado, hemos obtenido los descriptores de primer nivel: parto obstétrico y violencia, y de segundo nivel: parto humanizado y depresión postparto. Como operador booleano he utilizado “AND” para todas las combinaciones.

Los criterios de inclusión han sido:

- Trabajos redactados en castellano, inglés o portugués.
- Estudios teóricos e investigaciones, tanto cuantitativas como cualitativas.
- Publicaciones realizadas entre 2012 y 2022, ambos inclusive.
- Publicaciones relacionadas con la mujer, la violencia obstétrica y su impacto.
- Estudios sobre las intervenciones de los profesionales en el parto.

Los criterios de exclusión han sido:

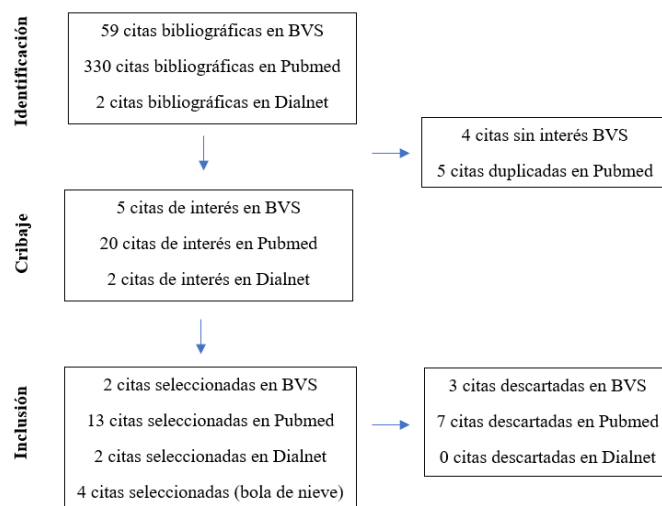
- Se descartan las revisiones bibliográficas.
- Se excluyen aquellos trabajos con información duplicada o sin interés para mi tema de investigación.
- Estudios con dificultades para la obtención de fuentes primarias.
- Estudios que no estén centrados en la mujer y sus en el impacto de sus vivencias de parto.

En primer lugar realicé una búsqueda en el metabuscador BVS (biblioteca virtual de salud) con la combinación booleana de primer nivel: “(delivery, obstetric)” AND “(violence)” encontrando un total de 59 artículos, de los cuales han cumplían los criterios de inclusión 2. A continuación, investigué en la base de datos específica Pubmed, donde introduje la combinación booleana de primer nivel: (delivery, obstetric) AND (violence) con un total de 272 resultados, de los cuales seleccioné un total de 7 artículos. Los resultados de segundo nivel en esta misma base de datos fueron 31 publicaciones totales, de las cuales elegí 3 con la combinación booleana: (delivery, obstetric) AND (violence) AND (humanizing delivery). Sin embargo, con la combinación (delivery, obstetric) AND (breast feeding) AND (stress psychological) se obtuvieron 10 estudios de los cuales 1 cumplía los criterios de inclusión. También se han recopilado 2 trabajos más con la combinación: (delivery, obstetric) AND (violence) AND (depression postpartum) de un total de 17 artículos que aparecían. Otra base de datos específica utilizada ha sido Dialnet, en la cual insertando la combinación booleana de segundo nivel: (depression postpartum) AND (maternal-filial bond) se han encontrado 2 publicaciones las cuales se han seleccionado para el trabajo.

A medida que he ido redactando el trabajo, he recogido más artículos con la técnica de recogida de datos bola de nieve, debido a la limitación de artículos relacionados con mi tema de interés. Así he recogido 4 artículos más para el estudio, recopilando un total de 21 artículos.

Cabe destacar la utilización de artículos fuera de estas bases de datos, para la redacción de la introducción: “Asociación El parto es nuestro”, “Parir”, “Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud”, “Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal” y “Recomendaciones de la OMS de los cuidados intraparto para una experiencia positiva en el parto”.

Diagrama de flujo: cribado y selección de documentos



Objetivo 1. Impacto físico, psicológico y social de la VO en el parto fisiológico.

Año publicación	Autor principal	Lugar	Fecha de recolección de datos	Inclusión de casos	Sujetos de estudio	Fuentes de datos	Media muestral	Rango de edad
2019	Iglesias, S ¹⁶ .	Galicia	2018	Domicilio	Mujeres atendidas con motivo de un parto, cesárea o aborto en un hospital público o privado español en los 9 años anteriores de rellenar el cuestionario	Google forms	17.677 mujeres	-
2017	Rodríguez. P ⁴	Tenerife	2016	Domicilio	Mujeres con parto normal en centros hospitalarios de Tenerife desde 2008 hasta febrero de 2016	Google Forms	282 mujeres	27-36
2020	Mena-Tudela. D ⁷	Castellón	2018	Domicilio	Mujeres atendidas entre 2009-2018 por parto natural o por cesárea, o por aborto espontáneo	Ad hoc en línea	17.541	-
2021	Mena-Tudela. D ⁸	Castellón	2018	Domicilio	Mujeres atendidas por embarazo, parto o aborto durante el periodo 2009-2018 y completaron el cuestionario	Cuestionario en línea	17.541	-
2021	Mena-Tudela. D ¹⁰	Castellón	2018	Domicilio	Mujeres que dieron a luz en España durante el periodo de estudio, y respondió afirmativamente a las preguntas realizadas	Cuestionario en línea	17.541	-
2018	García. E ¹⁷	Madrid	2017-2018	Domicilio y consultas privadas	Mujeres que han llevado el embarazo a término, y parido con asistencia y en España	Cuestionario previo y entrevista	37 madres	-

2017	Junqueira. K ¹⁵	Brasil	2011	Centros de vacunación	Madres cuyos hijos tenían hasta tres meses de edad y que respondieron las preguntas sobre depresión posparto	Formulario	432 mujeres	14-45 años
2014	Gracia. L ¹⁸	Barcelona	2013	Hospital	Pacientes que acuden a la visita postparto en el servicio de Obstetricia del HUQD de enero a abril 2013 y aceptan realizar el cuestionario	Cuestionario	271 mujeres	30-40 años
2021	Martín-Badía. J ¹²	Barcelona	2018	Hospital	Matronas que trabajan en 5 hospitales de diferente complejidad en servicios de atención al embarazo o parto con más de un año de ejercicio profesional	Discusiones de grupos focales	24 matronas, 23 mujeres y 1 hombre	-
2020	Martínez. JM ⁹	Jaén	2019	Domicilio	Mujeres con parto en los últimos 12 meses y que hablara y entendiera el español	Cuestionario en línea	899 mujeres	35.2 años
2015	Dimitraki. JM ¹⁹	Grecia	2009-2010	Hospital	Mujeres embarazadas que no fumaban, con prueba tolerancia a la glucosa normal, sin patologías, eran de Euros y darian LM.	Muestreo de sangre y entrevista	100 mujeres	27-32 años
2019	Freitas. M ¹⁴	Brasil	2015	Centros de salud	Mujeres embarazadas en 2015 residentes en Pelotas	Cuestionario	3065 mujeres	20-29 años
2020	Adeyemo. E ²⁰	Nigeria	2018	Consultas de AP	Mujeres que 6 semanas del parto asistían a clínicas de inmunización infantil	Cuestionario semiestructurado	250 mujeres	21-30 años
2016	Oliveira. p ²¹	Brasil	2014	Consulta hospitalaria	Mujeres que tuvieron hijos por vía vaginal durante el periodo de recolección	Cuestionario, entrevistas y H°C	-	-

2020	Borges. L ¹¹	Cuba	2018- 2019	Hospital	Mujeres >18 años y hospitalizadas en el servicio de Puerperio con parto fisiológico y profesionales >10 años experiencia y que desempeñen en la atención a gestantes en el nivel secundario de salud	Entrevistas semiestru- radas	12 mujeres,10 enfermeros obstétricos y 10 ginecólogos	20-35 años
2020	Monteiro. T ²²	Brasil	2018	Universida d privada	Enfermeras inscritas en el posgrado de enfermería obstétrica	Entrevista semiestru- rada	20 estudiantes	24 años
2018	Jardim, D ⁵	Brasil	2017	-	Artículos que contestaran a la pregunta: ¿Cómo el fenómeno de la VO esta caracterizado en el cotidiano asistencial y sus características?	-	24 publicacione s	-
2016	Sadler. M ¹³	Chile	2015	-	Mujeres que recibieron VO.	-	54 publicacione s	-
2016	Da Silva. I ⁶	Brasil	2014	Hospital	Madres que dieron a luz por parto vaginal y con condiciones físicas y emocionales para responder a las preguntas	Entrevista	35 mujeres	-
2018	Anim. M ²³		2017	Hospital	Mujeres con diferentes tipos de epidural en el parto	Ensayos	52 mujeres	-
2018	Liliam. T ²⁴	Tanzania	2017	Hospital	Matronas que trabajaban en paritorio mínimo hace dos años	Entrevista	8 sanitarios	-

Objetivo 2. Posibles intervenciones de prevención y tratamiento ante la violencia obstétrica en el parto fisiológico

Año publicación	Autor principal	Lugar	Fecha de recol. de datos	Inclusión de casos	Sujetos de estudio	Fuentes de datos	Media muestral	Rango de edad
2017	Rodríguez. P ⁴	Tenerife	2016	Domicilio	Mujeres con parto normal en centros hospitalarios de Tenerife desde 2008 hasta febrero de 2016	Google Forms	282 mujeres	27-36
2020	Mena-Tudela. D ⁷	Castellón	2018	Domicilio	Mujeres atendidas entre 2009-2018 por parto natural o por cesárea, o por aborto espontáneo	Ad hoc en línea	17.541	-
2021	Mena-Tudela. D ⁸	Castellón	2018	Domicilio	Mujeres atendidas por embarazo, parto o aborto durante el periodo 2009-2018 y completaron el cuestionario	Cuestionario en línea	17.541	-
2021	Mena-Tudela. D ¹⁰	Castellón	2018	Domicilio	Mujeres que dieron a luz en España durante el periodo de estudio, y respondió afirmativamente a las preguntas realizadas	Cuestionario en línea	17.541	-
2018	García. E ¹⁷	Madrid	2017-2018	Domicilio y consultas privadas	Mujeres que han llevado el embarazo a término, y parido con asistencia y en España	Cuestionario previo y entrevista	37 madres	-
2017	Junqueira. K ¹⁵	Brasil	2011	Centros de vacunación	Madres cuyos hijos tenían hasta tres meses de edad y que respondieron las preguntas sobre depresión posparto	Formulario	432 mujeres	14-45 años

2014	Gracia. L ¹⁸	Barcelona	2013	Hospital	Pacientes que acuden a la visita postparto en el servicio de Obstetricia del HUQD de enero a abril 2013 y aceptan realizar el cuestionario	Cuestionario	271 mujeres	30-40 años
2021	Martín-Badia. J ¹²	Barcelona	2018	Hospital	Matronas que trabajan en 5 hospitales de diferente complejidad en servicios de atención al embarazo o parto con más de un año de ejercicio profesional	Discusiones de grupos focales	24 matronas, 23 mujeres y 1 hombre	-
2020	Martínez. JM ⁹	Jaén	2019	Domicilio	Mujeres con parto en los últimos 12 meses y que hablara y entendiera el español	Cuestionario en línea	899 mujeres	35.2 años
2015	Dimitraki. JM ¹⁹	Grecia	2009-2010	Hospital	Mujeres embarazadas que no fumaban, con prueba de tolerancia a la glucosa normal, sin patologías, eran de Expos y darían LM.	Muestreo de sangre y entrevista	100 mujeres	27-32 años
2019	Freitas. M ¹⁴	Brasil	2015	Centros de salud	Mujeres embarazadas en 2015 residentes en Pelotas	Cuestionario	3065 mujeres	20-29 años
2020	Adeyemo. E ²⁰	Nigeria	2018	Consultas de AP	Mujeres que 6 semanas del parto asistían a clínicas de inmunización infantil	Cuestionario semiestructurado	250 mujeres	21-30 años
2016	Oliveira. p ²¹	Brasil	2014	Consulta hospitalaria	Mujeres que tuvieron hijos por vía vaginal durante el periodo de recolección	Cuestionario, entrevistas y H°C	-	-

2020	Borges. L ¹¹	Cuba	2018-2019	Hospital	Mujeres >18 años y hospitalizadas en el servicio de Puerperio con parto fisiológico y profesionales >10 años experiencia y que desempeñen en la atención a gestantes en el nivel secundario de salud	Entrevistas semiestructuradas	12 mujeres, 10 enfermeros obstétricos y 10 ginecólogos	20-35 años
2018	Jardim. D ⁵	Brasil	2017	-	Artículos que contestaran a la pregunta: ¿Cómo el fenómeno de la VO esta caracterizado en el cotidiano asistencial y sus características?	-	24 publicaciones	-
2016	Sadler. M ¹³	Chile	2015	-	Mujeres que recibieron VO.	-	54 publicaciones	-
2018	Liliam. T ²⁴	Tanzania	2017	Hospital	Matronas que trabajaban en paritorio mínimo hace dos años	Entrevista	8 sanitarios	-

4. Discusión

4.1 *Impacto físico, psicológico y social de la violencia obstétrica en el parto fisiológico.*

Tras consultar y realizar una lectura crítica de todos los artículos seleccionados para esta revisión, se han encontrado diferentes similitudes y diferencias entre unos y otros, los cuales intentan resolver los dos objetivos propuestos.

Para empezar, quisiera recalcar que la violencia obstétrica es una problemática poco conocida, por ello, poco estimada. El cuerpo teórico existente al respecto es escaso (especialmente en Europa) y muy pocos han legislado sobre ella^{4,7}. Varios estudios refieren que, en nuestro país, el término VO no tiene una gran difusión, aunque otros consideran que actualmente hay un auge,²⁴ sobre todo por parte de las organizaciones sociales y los movimientos de defensa de los derechos humanos^{15,16}. Éste fenómeno, en cierta medida, ocurre por el sistema de salud creado, basado en un modelo asistencial biomédico, autoritario, misógino, jerarquizado¹⁰, paternalista y androcéntrico¹². Esto muestra la visión biométrica de la medicina que tienen los profesionales, considerando el cuerpo de la mujer, y no a la mujer como un ser biopsicosocial¹², obviando que el parto es un proceso influenciado por la cultura, tanto de la mujer que da a luz como de los profesionales que la atienden y de la sociedad en la que se encuentra⁴.

En base a los artículos revisados, encontramos que la violencia obstétrica es un acto que ocurre de forma aleatoria y en el que influyen factores incontrolables por la mujer como: los cambios de turno, las necesidades docentes en ese momento, el equipo médico y enfermero disponible, etc^{4,9}. Cabe destacar que la violencia obstétrica es una práctica que no solo ocurre en el parto, sino que también puede darse durante el embarazo, el puerperio, y en situaciones como el aborto espontáneo, el posaborto y el ciclo reproductivo^{7,16}. No obstante, se observa que ocurre en mayor medida durante la asistencia al parto^{5,10}. Aun así, en España este fenómeno se puede encontrar también en los hospitales durante el puerperio inmediato, y en el puerperio tardío en las consultas de Atención Primaria¹⁰.

En cuanto a los profesionales implicados, la literatura consultada identifica que no son sólo matronas y ginecólogos, sino que también afecta a anestesistas, pediatras, enfermeras y auxiliares de enfermería¹⁶. Sin embargo, según varios autores, los ginecólogos⁵ y las matronas son los mayores implicados¹⁰. En este contexto, también identifican una mayor exposición a la VO, aquellas mujeres con mayores recursos y un nivel socioeconómico alto¹³. En contraposición, otros asocian un nivel social más bajo con mayor probabilidad de sufrir violencia obstétrica⁹, como también aquellas minorías étnicas expuestas al poder institucional y profesional, con características opresoras y dominadoras. Del mismo modo, aquellas mujeres con desconocimiento de sus derechos sexuales y reproductivos también serán más vulnerables a sufrir VO⁵. Así pues, algunos autores sugieren que el conocimiento en materia de salud, y el hecho de que las mujeres estén empoderadas, confiere un papel muy importante de prevención de la VO. La teoría apunta que esto es debido a que disponen de mayor autonomía para recurrir a recursos y organizaciones, y son capaces de vencer aquellas barreras estructurales o sociales⁸ propias del fenómeno. Es más, en esta misma línea, se observa que las mujeres más jóvenes y con menor nivel educativo tienen mayor riesgo de sufrir violencia verbal^{9,18}. Algo semejante ocurre con la paridad, puesto que según Martínez J.M et al., asocian como factor de riesgo ser múltipara con una mayor incidencia de violencia obstétrica, al igual que lo expone un estudio realizado en Estados Unidos con 2700 mujeres⁹. En cambio, otros autores reportan mayor riesgo de VO en mujeres primíparas¹⁸. También el tipo de parto, instrumental o cesárea se ha asociado con mayor violencia⁹. A todo esto, mediante esta revisión se muestra que la percepción del parto es subjetiva^{6,10,12} y está influenciada por otros factores como la sensibilidad de la mujer o su forma de afrontar la experiencia de parto¹⁰.

En cuanto a los entornos de salud públicos o privados, donde se da dicho fenómeno, encontramos que ocurre en ambos. No obstante, la sanidad privada actúa como un contexto más predispuesto a la VO en España,^{7,8} debido a que los niveles de intervencionismo son mayores en el sector privado que en el público⁸, incluso las tasas de intervención pueden llegar a triplicar a las que se llevan a cabo en la sanidad pública⁷. Como consecuencia de ello, la sanidad privada tiene menor índice de satisfacción por parte de las mujeres, sentimientos de inseguridad y vulnerabilidad, y perciben más VO⁸. Diferentes informes apuntan sus protocolos obsoletos, menos humanización en el parto,

y se presta más atención al aspecto físico del parto, mientras descuidan aspectos emocionales y psicológicos⁷. Por el contrario, la sanidad pública, presenta menores índices de intervenciones, más satisfacción y menos mujeres perciben VO⁸. A causa de esta problemática en la sanidad privada, el Ministerio de Sanidad, insistió a los entornos de salud privados a que compartieran estadísticas sobre los indicadores de la atención obstétrica⁷ a partir de la creación de la “Guía de Práctica Clínica de Atención al Parto Normal”. Sin embargo, esta solicitud ha sido banal⁷.

La VO parece estar muy extendida en todo el mundo con cifras que van desde el 18,3% al 75,1%⁷. A nivel internacional, se han encontrado estudios que señalan la VO en países como: Etiopía (75,1%), Brasil (18,3%) o India (28,8%)^{7,10}. En Italia, el porcentaje hallado de violencia obstétrica es inferior a los países mencionados con un 21,2%. Esta cifra es más similar a la cifra en España en este mismo estudio, puede ser debido a las semejanzas socioeconómicas y geográficas⁷. Por el contrario, encontramos otros autores que identifican una prevalencia de VO en España mucho más elevada, desde un 38%⁷ hasta un 67,4%, destacándose especialmente la violencia física (54,5%), seguida de la psicoafectiva (36,7%) y de la verbal (25,1%)⁹.

Un artículo actual describió algunos ejemplos de VO: uso abusivo de oxitocina^{8,9}, no permitir moverse en la cama durante el parto, parir en posición de litotomía, realizar amniotomía de rutina, negar a las mujeres durante el parto la ingesta de líquidos y alimentos (indicación sin ninguna evidencia)²¹, manejo inadecuado del dolor, no permitir el contacto piel con piel, pinzamiento temprano del cordón umbilical, no dejar entrar a un acompañante durante el parto, tactos vaginales frecuentes, rasurado de vulva o realización de episiotomía de rutina, etc. Estas son prácticas realizadas de forma rutinaria en España, y muchas de ellas ni siquiera son registradas en la historia clínica de las pacientes⁸.

Según la literatura revisada, las consecuencias de la violencia obstétrica durante el puerperio temprano (el primer día después del parto) o en el puerperio (las primeras semanas hasta que el cuerpo vuelve a un estado más o menos normal) pueden ser muy graves. Estas pueden ser físicas, psicológicas y sociales, y pueden afectar tanto a la mujer como a su entorno, además de repercutir en su vida sexual y reproductiva provocando

efectos a corto y largo plazo^{8,10,17}. Cabe destacar que las consecuencias mayormente investigadas y analizadas por los autores son las psicológicas.^{14,20} Analizando el impacto físico en la madre, encontramos que la instauración ineficaz de la lactancia puede ser una de las consecuencias de la VO, ya que cuantas menos intervenciones se realicen en el parto, más probabilidades habrá de que no surjan problemas para establecer la lactancia materna (LM). Por ejemplo, la administración de antibióticos puede producir una modificación en la flora bacteriana que ocasione obstrucciones y/o mastitis; el suero endovenoso en exceso que administran a la madre puede aumentar las posibilidades de ingurgitaciones y consecuentemente dificultar el agarre al bebé; las cesáreas pueden derivar tal dolor que no posibilite adoptar según que posturas para amamantar. Por otro lado, la evidencia expone que el éxito de la lactancia materna depende de factores hormonales, psicológicos y sociales. Por lo que se detecta el parto con fórceps, y la larga duración del trabajo de parto, como un factor de riesgo materno y neonatal para la lactogénesis retardada¹⁹. Cabe destacar la llamada “Maniobra de Kristeller” (presión ejercida sobre el fondo uterino), la cual varios estudios coinciden en que, a un 25% de las mujeres en España se les practica contradiciendo la evidencia científica que no respalda su uso, debido a que no es recomendable ni acorta el proceso de parto^{8,9}. Además, sus complicaciones pueden ser severas: hematomas generalizados y/o abdominales, costillas fracturadas e incluso desgarro uterino⁸.

Varios estudios concluyen en que, durante el parto, los profesionales obligan a las mujeres a parir en posturas antinaturales como en posición de litotomía,⁶ que se asume sin evidencias científicas¹¹, además de no favorecer la participación de la mujer en el proceso de parto, y no reducir el periodo de trabajo de parto²¹. Sin embargo, algunos sanitarios refieren que esta postura les facilita el trabajo, y por ello no ofrecen la elección de otra postura²⁴. De la misma forma, los pujos dirigidos o el parto instrumentado pueden derivar en incontinencia, tanto urinaria como fecal en las mujeres. Según la literatura revisada, un 10% de las mujeres que tienen un parto vaginal sufre incontinencia severa, que de no tratarse correctamente, empeora con los años. Cabe destacar que este problema puede tener un gran impacto psicológico en la madre, alterando su calidad de vida y la de su entorno¹⁷.

Por otra parte, durante el parto y el postparto, todas las mujeres sufren grandes hemorragias, sobre todo las que han tenido una cesárea. Este sangrado es fisiológico debido a que quedan vasos sanguíneos abiertos en el útero, donde se encontraba adherida la placenta. Ahora bien, en un 5% de los casos, ocurren hemorragias puerperales debido a que el músculo uterino no tiene fuerza para contraerse y frenar la hemorragia, situación que se denomina “atonía uterina”, y que se puede desencadenar por un parto muy largo y cansado. Además, con la administración de oxitocina sintética y la manipulación de las contracciones, el riesgo de hemorragia puerperal aumenta. Otra causa de hemorragia puerperal es una complicación muy grave, aunque poco frecuente, llamada “placenta accreta”, en la que la placenta queda implantada a gran profundidad y no se desprende del útero. Esta complicación aumenta con cada cesárea realizada¹⁷.

García expone que, en un parto normal, fisiológico y libre de VO, los desgarros se pueden dar, pero son menores y la mayoría no necesitan ningún punto para su recuperación¹⁷. No obstante, la episiotomía deriva en desgarros más graves²¹. Además, esta técnica no solo no evita los desgarros, sino que aumenta el riesgo de padecerlos, el riesgo de infección y de sangrado y la incontinencia urinaria o fecal^{17,21}; su cicatrización es lenta, dolorosa, molesta al sentarse, y puede llegar a producir, dolores en las relaciones sexuales y sensación general de tirantez. Se distinguen varios grados de desgarros: de primer grado (superficiales), de segundo grado (requieren puntos), de tercer grado (tejido vaginal, piel del perineo y músculos del perineo que se extienden hasta el esfínter anal) y de cuarto grado (atraviesa el esfínter anal y el tejido de debajo). Alrededor de un 4% de las mujeres sufren desgarros de cuarto grado, causando un gran dolor y aumentando el riesgo de incontinencia fecal¹⁷.

En cuanto al impacto físico en el bebé, la analgesia epidural, técnica de bloqueo nervioso central que actúa a partir de la inyección de un anestésico local cerca de los nervios que se encargan de transmitir el dolor, la cual se utiliza muy a menudo como forma de alivio del dolor en el parto²³, puede producir que el bebé nazca adormilado, lo cual interfiere en el proceso normal de la lactancia materna precoz¹⁷. Respecto a la administración de oxitocina, los autores lo asocian a que los bebés nazcan con más irritabilidad, otra dificultad para la instauración de la LM. Es más, las inducciones antes de tiempo pueden

desencadenar que él bebe nazca inmaduro, con poca fuerza para mamar y como resultado se salte algunas tomas y entre en un círculo vicioso en el que cuantas más tomas se salte, menos fuerza de succión tendrá¹⁷. Del mismo modo, se sabe que el mantenimiento de la lactancia depende de la frecuencia de amamantamiento¹⁹.

Como se mencionó, la violencia obstétrica también puede desencadenar consecuencias psicológicas. Según varias investigaciones en el área de neurobiología, indican que aquellas experiencias altamente estresantes de violencia pueden conducir a una hiperactivación y desregulación del sistema nervioso autónomo, traduciéndose en estrés y en trastornos emocionales^{15,19}. Pese a ello, varios autores nacionales e internacionales coinciden en que, gran cantidad de patologías psiquiátricas relacionadas con el puerperio son poco conocidas y, en consecuencia, infradiagnosticadas e infratratadas^{15,18,20}. Por ello, aquellas situaciones violentas que padecen las mujeres durante la atención obstétrica: sentimientos de abandono en el parto, manejo inadecuado del dolor y/o frustración por haber dado a luz por cesárea cuando el parto natural era posible, están directamente asociadas con los trastornos psiquiátricos, con mayor estrés, sentimientos negativos y con disminución del vínculo del recién nacido^{15,19}, y como consecuencia de ello, estas mujeres también tendrán índices de lactancia materna más bajos¹⁹. Las complicaciones psicológicas más frecuentes de la VO son la depresión posparto (DPP) con una prevalencia entre 21,9%¹⁸ y un 35,6%²⁰, el trastorno de estrés postraumático, y las secuelas emocionales¹⁷. A pesar de que la DPP tiene un origen multifactorial, varios estudios coinciden en que el trauma es un factor de riesgo para el desarrollo de la depresión y otros trastornos de salud mental¹⁵. Cabe destacar que aquellas situaciones en las que la mujer percibe una sensación de falta de control durante el parto, el dolor que padece no es tratado, o no es informada ni apoyada por los profesionales que la atienden, se asocian con el desarrollo de DPP. Se puede señalar que el 60% de las mujeres que consideraron como traumático su parto, presentaron síntomas de DPP durante las seis primeras semanas posparto¹⁵. Así mismo, diferentes autores consultados afirman que haber sufrido un parto traumático es un factor de riesgo para padecer DPP¹⁷. Además, las investigaciones coinciden en que, no realizar un tratamiento específico para tratar la DPP se asocia con consecuencias fatales para la madre (inicio de un trastorno depresivo recurrente²⁰), el recién nacido (problemas cognitivos, comportamentales y emocionales, TDAH)²⁰ y la familia^{14,18}. En todo caso, la mayoría de las madres, tras el parto refieren

haber pasado por una pequeña DPP. Sin embargo, suele ser una tristeza situacional debido a la bajada de los niveles hormonales tras el parto, que remite en unos días, conocida como “baby blues”. No obstante, la DPP como tal, necesita tratamiento ya que no remite sola en unos días¹⁷.

Otra consecuencia psicológica que puede ocasionar la VO es el trastorno de estrés postraumático^{14,17} (TEPT), estado psicológico de una persona tras un evento de vida catastrófico y, en gran parte de los casos, persiste durante mucho tiempo¹⁹. El principal síntoma de este trastorno es que se revive el parto en cualquier momento. Son recuerdos vividos y muy angustiosos, “flashbacks”, como si se repitiera la película del parto en la mente una y otra vez¹. Los estudios muestran que entre un 2 y un 6% de las mujeres en el mundo, desarrollan un trastorno de estrés postraumático completo después del parto y cerca de un 35 % presenta algún grado de este. Los artículos identifican que muchas de las mujeres que padecen este trastorno se han sentido sin ningún poder de decisión en el parto, refiriendo haber recibido cuidados inadecuados y haber sido tratadas de forma autoritaria y sin ningún respeto¹⁷. Un ejemplo de ello sería criticar la conducta de la madre durante el parto mediante comentarios irónicos o denigrantes, o tratarla con apodosos o diminutivos infantiles⁷. Según Mena-Tudela, un 48% de las mujeres en España han sufrido este tipo de trato durante el parto⁷. De todos modos, haber sufrido violencia obstétrica, no quiere decir que la mujer vaya a desarrollar TEPT o DPP, pero siempre dejará una secuela emocional de mayor o menor grado. Estas secuelas son la consecuencia de sentirse ninguneadas, humilladas y desempoderadas¹⁷. De hecho, la evidencia científica ha comprobado que el maltrato y el abuso influye directamente en la toma de decisiones de la mujer y en su capacidad para amamantar a sus bebés⁷, siendo la lactancia materna un efecto protector ante la sintomatología depresiva^{18,20}.

Los artículos incluidos en este trabajo manifiestan que la ruptura del vínculo madre-bebé durante el parto conlleva una herida psíquica que afectarán a la personalidad, a la capacidad relacional, a la autoestima y los comportamientos de ambos. Por lo que puede derivar no solo en complicaciones durante el puerperio inmediato, sino durante toda su vida¹⁷. A pesar de ello, hoy en día en algunos hospitales, aun separan al recién nacido de la madre nada más nacer, o por las noches para llevarlos a los llamados “nidios”, un grave

error ya que impide el contacto piel con piel y altera significativamente el vínculo maternofilial¹⁷.

Por último, las consecuencias de la violencia obstétrica también pueden ser sociales, porque no sólo afectan a la principal víctima, la mujer, sino que recae sobre su entorno, sobre todo el familiar. Como consecuencia, una persona con una herida física o psíquica, de manera directa o indirecta arrastrará a sus familiares y a su entorno, interfiriendo en sus relaciones interpersonales¹⁷. Además, los acompañantes en el parto sobre todo pueden experimentar falta de información, incluso en según qué situaciones u hospitales la separación de su pareja. Así pues, el entorno de la mujer puede llegar a sufrir consecuencias psicológicas de la VO.

Por último, cabe destacar que el impacto negativo tan grande que tiene la VO sobre la mujer puede llegar a afectar a su deseo de no querer volver a ser madre¹⁰.

4.2 Posibles intervenciones de prevención y tratamiento de la violencia obstétrica en el parto fisiológico.

En base a los artículos revisados, se percibe que las mujeres durante el parto esperan ciertos cuidados por parte de los sanitarios: profesionalismo, humanidad, empatía, capacidad de escucha y atención a sus necesidades¹⁰, y evidentemente que se les brinde una atención respetuosa y de alta calidad¹⁴. Por ello, los profesionales debemos ser el mejor apoyo y acompañamiento durante la atención obstétrica¹⁰. Sin embargo, la evidencia muestra que no siempre es así. Esto puede ser debido a que muchos sanitarios tienen conceptos erróneos de lo que constituyen cuidados de calidad¹⁴. De hecho, el informe sobre la Atención al Parto y Nacimiento en el Sistema Nacional de Salud, publicado por el Ministerio de Sanidad en 2012, refleja datos claros sobre ciertos indicadores de salud cuyo cumplimiento está muy desviado de los estándares establecidos: tasas excesivas de episiotomías en partos normales, de cesáreas, o de partos normales atendidos en posición de litotomía. Algunos autores apuntan que esto ocurre dado que los profesionales tienen normalizada este tipo de violencia, así como el resto de sociedad¹⁶.

Por otro lado, encontramos que gran cantidad de profesionales carecen de habilidades y actitudes hacia una buena comunicación interpersonal y hacia una escucha activa de calidad^{10,12}, factor clave en la atención obstétrica¹⁰. Un ejemplo de ello se evidenció en un estudio en el que las mujeres refirieron ni siquiera ser llamadas por su nombre¹¹, siendo este un elemento de comunicación básico para establecer una relación de ayuda entre profesional y paciente¹⁰. Del mismo modo, las mujeres señalaron haber recibido un trato frío, acompañado de un lenguaje agresivo, además de ser incapaces de reconocer los roles de los profesionales en el parto^{10,11}. En esta misma línea, Iglesias., et al sostienen que aproximadamente el 40% de las mujeres opinaron recibir cuidados innecesarios durante el parto. A menudo, esto es debido a un problema de confianza entre los profesionales y las pacientes^{7,8,10}. Consecuentemente, se observa que es necesario mejorar la relación profesional-paciente basada en el respeto, la información y el acompañamiento emocional¹⁶. Además, se deben actualizar los protocolos de atención obstétrica, así como hacer hincapié en la sensibilización de los sanitarios sobre su formación, y así poder cambiar sus actitudes y practicas durante el parto^{14,15,22}. Tal es el caso de Canadá, que ha elaborado guías generales para mejorar la comunicación y la calidad de los cuidados de los profesionales en el parto¹⁰.

Según la literatura incluida, la violencia obstétrica es un fenómeno complejo y multifacético que requiere un abordaje multidimensional y aportes de diferentes disciplinas. De ahí que no sea suficiente abordar este fenómeno únicamente con la mejora de la formación de los profesionales^{13,24}. A nivel legislativo, el país debe desarrollar una legislación pertinente que pueda impulsar a las organizaciones a abordar la violencia obstétrica¹³. Así pues, otros autores defienden la necesidad de tener el apoyo institucional²⁴ (gerencias, Servicios de Salud, Ministerio de Sanidad) para poder prevenir la VO. Sin embargo, la evidencia muestra como en España entre un 60,6 y un 67,9% de las mujeres refieren no sentirse apoyadas eficazmente, ni perciben que se promuevan como deberían sus derechos durante el embarazo, parto, puerperio y lactancia^{7,16}. Así lo han justificado también otros artículos, donde un 37,6%⁷ y un 40,2%¹⁶ de las mujeres, no se han sentido apoyadas por los profesionales durante el establecimiento de la lactancia materna, siendo esta una recomendación fuerte por la OMS los primeros seis meses de vida de un bebé¹⁶.

La OMS define experiencia positiva del parto como aquella que consiste en dar a luz a un bebé sano en un ambiente libre de riesgos clínicos y psicológicos, atendido por personal cualificado¹⁰. También propone que la mujer pueda controlar su proceso de parto mediante la participación en la toma de decisiones, así como los logros personales al participar en estas decisiones, incluso cuando son necesarias realizar intervenciones médicas. Así pues, el objetivo principal es que cualquier intervención que se realice en el parto, forme parte de un binomio de seguridad (respeto y buena experiencia materna) que debe ser indivisible⁸. En este contexto, otros estudios han encontrado que las instituciones han sugerido y proporcionado recomendaciones para la atención al parto. Por un lado, la OMS en 1985 creó un documento donde se describen una serie de recomendaciones con el fin de eliminar algunas prácticas que se realizan en hospitales de manera rutinaria o sin justificación⁴. También, reivindica el derecho de toda mujer a una atención prenatal adecuada, ser el rol central de la atención obstétrica y expone la necesidad de que las instituciones pertinentes diseñen políticas concretas sobre el uso de la tecnología durante el parto, tanto en centros públicos como privados, y sobre todo que se realicen encuestas para evaluar las tecnologías de la salud durante el parto⁸. A pesar de ello, en España, muy pocos estudios han investigado ni estimado las intervenciones y el uso de la tecnología durante el parto⁸. Este contexto es preocupante, ya que encontramos poca evidencia sobre los niveles de intervencionismo y medicalización durante el embarazo y el parto, pocos informes oficiales sobre las tasas de cesáreas, morbilidad o mortalidad perinatal y/o materna que nos impide evaluar la calidad de la atención obstétrica recibida durante el parto en España^{8,10}. Por este motivo, se recomienda realizar encuestas a nivel autonómico y así poder conocer la atención recibida por las mujeres en el parto¹⁶. En este contexto, varios artículos exponen que las evaluaciones de calidad de la atención en el parto deben ser conocidas por los profesionales de la salud²⁴, las administraciones, organizaciones e instituciones, para que puedan tomar decisiones sobre los cambios apropiados para mejorar la calidad de la atención¹⁰.

En base a los artículos revisados, encontramos que existe una gran controversia entre la teoría y la práctica, lo que conlleva que las mujeres sean víctimas de este tipo de violencia⁴. En parte es debido a que la adherencia de los profesionales a las recomendaciones de la OMS para la asistencia al parto vaginal, no se ha mostrado suficiente para revertir el modelo intervencionista²¹. No obstante, la evidencia señala que

aquellas intervenciones innecesarias podrían reducirse considerablemente mediante el cumplimiento de la ley de consentimiento informado¹³. A partir de esta revisión, encontramos a un 45,8%¹⁶ de las mujeres en España las cuales afirman que no se les pidió consentimiento informado, otro estudio lo confirma con un 83,4%⁷. Así mismo, otros autores observan que un 85% de las mujeres en España identificaron falta de información sobre el consentimiento informado y no poder resolver sus dudas y temores por parte del profesional sanitario¹⁰. En parte, esto es consecuencia al paternalismo sanitario que promueve la dependencia de la paciente y pone en duda a las pocas personas que quieren elegir sus propias decisiones sobre su salud¹⁶. Diversos artículos declaran que negar a las mujeres su derecho a tomar sus propias decisiones sobre su salud es una violación de sus derechos humanos^{5,7,9}. Es más, la ONU también corroboró este argumento en 2019 cuando publicó un documento, donde indica la situación de las mujeres en las unidades de salud reproductiva, y en el que se profundiza concretamente la atención al parto y la violencia obstétrica. Este informe plantea incorporar una perspectiva de derechos humanos ante las formas de violencia que sufren las mujeres en el parto, enfatizando en no comprometer su integridad física y psicológica⁷.

A nivel poblacional, se debe promover la participación informada^{16,24} de la mujer sobre las decisiones de atención a la maternidad, el diseño, la planificación, la prestación y la evaluación de este. De ahí que las instituciones y los profesionales debemos garantizar que las mujeres tengan acceso a todo tipo de información que requieran. Más bien los sanitarios somos los que realizaremos estas intervenciones, como: informar a la madre de cómo puede realizar su propio plan de parto, incentivar a la madre a utilizar métodos no farmacológicos, como el uso de pelotas de parto, ejercicios de respiración, baños de inmersión y aspersion, etc. El objetivo es que disponga de todas las opciones posibles y pueda tomar sus propias decisiones, siempre que se pueda¹³. Desgraciadamente, varios estudios afirman que, en nuestro país, entre un 39,1% y un 41,6% de las mujeres no se les informó de su derecho a entregar un plan de parto^{7,16}, y el 12,3% no les resolvieron las dudas sobre este. No obstante, aquellas mujeres que, si realizaron su plan de parto, un 50,1% no lo llegaron a entregar y un 44,2% no se les respetó y más de la mitad de estas mujeres, no se les explicaron los motivos para no cumplirlo¹⁶. Del mismo modo, otros autores apuntan que el 53,3% de las mujeres en España no entregaron su plan de parto y solo el 20,2% considero que si se respetó⁷. Según los artículos revisados, aquellos

profesionales que en un mayor porcentaje no respetan los planes de parto son los ginecólogos, seguidos de las matronas y por último las enfermeras¹⁶. En realidad, respetar la autonomía de las mujeres no se define únicamente como una cuestión de no interferir en sus decisiones, sino que se trata de un tema de acompañar los procesos de toma de decisiones y promover su capacidad de decisión¹². Un ejemplo de ello sería ofrecer y promover que la mujer elija la posición más confortable para ella durante el expulsivo²⁴ (recomendación de la EAPNSNS). A pesar de ello, a un 15,2% de las mujeres en nuestro país, no se les ofrece⁴.

Por otra parte, las investigaciones describen que los sanitarios justifican esta violencia en base a la sobrecarga asistencial^{10,11,16}, falta de tiempo, estrés, falta de medios materiales, el ejercicio de una medicina defensiva anclada en el temor a ser denunciado o la falsa sensación de “control” a mayor intervención¹⁶. La literatura expone que la sobrecarga asistencial se relaciona con la mala calidad de la asistencia sanitaria^{10,24}. Es más, la sobrecarga de trabajo de los sanitarios españoles es evidente ya que según los datos de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), España ocupa casi el último lugar de los países de la OCDE en cuanto a ratio paciente-enfermera con 5,9 enfermeras por cada 1000 habitantes¹⁰.

Otro elemento fundamental para la prevención de la VO es que la matrona sea la profesional que lidere un modelo de atención continuada a las mujeres sanas en embarazo, parto, puerperio y lactancia, en vista de que se ha demostrado que este modelo reduce la necesidad de intervenciones en el parto²¹, aumenta la satisfacción de la mujer, no incrementa la mortalidad ni morbilidad, y es costoefectivo¹⁶. Por ello, la evidencia sostiene que la formación de enfermeras obstetras profesionales que asisten el parto, repercute positivamente en la reducción de procedimientos iatrogénicos, en la promoción del parto humanizado y en la reducción de prácticas innecesarias^{5,24}. También, a nivel educativo, el abordaje de la VO en la formación continuada de enfermeros es un papel estructurador para mejorar la atención y la calidad en el parto, empezando a abordar los problemas a nivel individual, ya que es fundamental cambiar las creencias y la mentalidad del personal sanitario para una mayor humanización en el parto^{22,24}.

Por otra parte, se ha observado que, para la detección de consecuencias de la VO como la DPP, la Sociedad Marcé Internacional, dedicada al estudio de la salud mental perinatal, recomienda la utilización de programas de evaluación psicosocial universal mediante una valoración a la mujer del contexto psicosocial, factores de riesgo y detección de una posible depresión actual^{14,20}. En este contexto, el Hospital Universitario Quirón Dexeus ha incorporado un método para la detección sistemática de la DPP con el objetivo de tratamiento precoz en caso de resultado alterado¹⁸.

La teoría expone la importancia de la figura de la enfermera como elemento imprescindible para la lucha contra la violencia obstétrica^{8,10}. Por esta razón, como enfermeras debemos no solo realizar intervenciones para prevenir, sino que también tenemos que buscar el reconocimiento judicial de la mujer para la elección del parto, además de que se respeten sus derechos, a ser acompañada por una persona de su elección e informarla de todos los procedimientos. Este reconocimiento es indispensable, porque a menudo las mujeres víctimas de este tipo de violencia, no saben cómo prevenir o reparar este daño²². La visibilidad de la VO no debe ser la meta, sino el camino para definir e implementar estrategias de humanización en el parto^{12,14}, además de políticas que garanticen a las mujeres una atención de calidad basada en evidencia científica²². Es más, los artículos exponen que la estrategia de penalización de los profesionales no ha funcionado^{5,9}.

Los estudios encuentran que se deben promover acciones de prevención y, en algunos casos, reparar situaciones ya existentes en busca de cuidados obstétricos de calidad⁵. Diversos autores exponen que la investigación, las políticas, la educación profesional y académica y los movimientos sociales deben abordar las dimensiones estructurales, es decir, abarcar el nivel macro propio de este fenómeno¹³: la desigualdad estructural, las políticas e impulsores del sistema de salud, además de los factores meso, como: la medicalización del parto, la formación de profesionales, entorno y recursos de trabajo, pobreza y desigualdad de género²⁴.

Finalmente, el parto es un proceso que puede cambiar y mejorar. Por lo que hemos encontrado que hay limitaciones en cuanto a pocos estudios sobre los indicadores de

riesgo y protección, y prácticas negativas o mejorables que puedan hacer del parto una etapa más de la naturaleza humana, en este caso, de la naturaleza de las mujeres. También son necesarios más estudios sobre las intervenciones durante el parto, sus consecuencias en la salud física emocional y mental de la madre, las posibles condiciones seguras para el bebé y las formas más ideales de controlar oficialmente el uso de intervenciones tecnológicas y medicamentos durante el parto, así como estrategias de prevención⁴.

Con la divulgación de este trabajo, se pretende trasladar la importancia de que a nivel docente se dé a conocer la violencia obstétrica, incluyéndola como un tipo de violencia de género, además de reconocer aquellas situaciones que propician que ocurra este fenómeno, cómo prevenirlo y tratarlo. A nivel de práctica asistencial, expone la relevancia de la formación continuada de los profesionales que atienden el parto para detectar los fallos, gestionarlos y así poder mejorar la calidad de los cuidados, así como la importancia de crear programas de educación para la salud para dar a conocer este fenómeno. A nivel político, muestra la carencia actual de leyes reguladoras (tal es el caso en España) que defiendan a las mujeres y apliquen estrategias ante este problema de salud pública. Y, por último, es evidente la falta de estudios de este fenómeno, el cual necesita que se investigue mucho más el impacto que produce en la madre y el neonato, así como aquellas intervenciones para la prevención y el tratamiento de esta.

Las metodologías que se han utilizado para esta revisión han sido diferentes. Por un lado, encontramos que la mayoría son estudios observacionales descriptivos retrospectivos y prospectivos. Por otra parte, tenemos una tesis doctoral, varios estudios de casos y controles, estudios transversales, un ensayo controlado aleatorizado y una revisión sistemática. Los artículos exponen las diferentes formas de VO, los factores asociados, las manifestaciones de los profesionales (sobre todo matronas) y de las pacientes, la VO como violencia de género, estructural e institucional y el impacto en la salud de la madre y el bebé. Gran parte de los estudios utilizan entrevistas semiestructuradas para la evaluación de estas experiencias, así como los ensayos utilizan muestreo de análisis clínicos.

5. Conclusión

En conclusión, es evidente que España tiene un grave problema de salud pública. Mientras existen entornos donde se practican determinadas intervenciones demasiado tarde, otras mujeres reciben demasiadas intervenciones y muy pronto con posibles consecuencias físicas, como desgarros graves por episiotomías que derivan en incontinencias (fecales o urinarias), psicológicas como el desarrollo de depresión postparto o de un trastorno de estrés postraumático, y sociales como la alteración de las relaciones interpersonales, especialmente con la pareja y su entorno. Estas consecuencias son fatales para la madre, el bebé y su entorno, y se pueden dar tanto a corto como a largo plazo.

Los sanitarios que atienden el parto, especialmente las matronas y las enfermeras, deben tener en cuenta que cada mujer percibe su experiencia de parto de una manera diferente. De manera que, para una mujer puede ser traumático un tipo de parto que este mismo para otra no, por lo que deben respetar la individualidad de cada mujer. Además, estos profesionales tienen la responsabilidad individual de luchar contra esta violencia a través de: la formación continuada, actualizándose constantemente según la nueva evidencia sobre el parto y no quedándose en protocolos obsoletos; la concienciación de las mujeres y de la sociedad sobre el fenómeno estudiado para dar voz y reivindicar sus derechos; la promoción de una participación de la mujer en su todo su proceso obstétrico, para que tome sus propias decisiones a partir de nuestras intervenciones. Por ejemplo, informar sobre la posibilidad de presentar su propio plan de parto, enseñarle las diferentes posturas que puede adoptar en el parto, así como la opción de utilizar métodos no farmacológicos. Las enfermeras tienen que estar capacitadas para detectar los casos de violencia obstétrica, así como el impacto que tiene en la mujer y en su entorno, por ejemplo, recogiendo testimonios de las experiencias de parto de las madres, ya que es vital que la mujer que sufre VO pueda contar su historia. Es más, no solo deben detectarlo, sino que también tienen que actuar aplicando un plan de tratamiento, no solo para ayudar a la madre y su familiar (el cual se debe tener en cuenta) a sanar el trauma, sino también para identificar las carencias y poder buscar soluciones a las causas de la VO. Cabe destacar que las condiciones de trabajo como la sobrecarga laboral, no puede ser una justificación para contribuir y fomentar este tipo de violencia. Por otro lado, a nivel institucional, las organizaciones responsables tendrán que incorporar protocolos, estrategias e

instrumentos (como escalas de valoración) para apoyar la detección, el tratamiento y la prevención de la violencia obstétrica.

No hay segundas oportunidades en el parto. Cada parto es único e irrepetible. Por ello, se trata de encontrar un equilibrio entre el parto seguro y el respeto a la mujer. Es parte de nuestra responsabilidad como enfermeras el lograr que dar a luz sea un acontecimiento luminoso, de empoderamiento, de amor y salud para el bebé, su madre y su familia.

6. Bibliografía

1. Olza, Ibone. Parir. El poder del parto. 1ª edición. España (Barcelona) Vergara Editorial, 2021.
2. El parto es nuestro [Internet]. 2011 [cited 2022 May 1]. Available from: <https://www.elpartoesnuestro.es/informacion/parto>
3. De Sanidad M, Política Social Y. Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal. 2010.
4. Adrián P, Ramos R, Aguilera Ávila L. La violencia obstétrica, otra forma de violencia contra la mujer. El caso de Tenerife. 2017;2:56–74.
5. Jardim DMB, Modena CM. Obstetric violence in the daily routine of care and its characteristics. Vol. 26, Revista Latino-Americana de Enfermagem. University of Sao Paulo, Ribeirao Preto College of Nursing Organisation; 2018.
6. Da-Silva-Carvalho I, Santana-Brito R. Formas de violência obstétrica vivenciadas por puérperas que tiveram parto normal. Enfermeria Global. 2017 Jul 1;16(3):80–8
7. Mena-Tudela D, Iglesias-Casás S, González-Chordá VM, Cervera-Gasch Á, Andreu-Pejó L, Valero-Chilleron MJ. Obstetric violence in Spain (Part I): Women's perception and interterritorial differences. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2020 Nov 1;17(21):1–14.
8. Mena-Tudela D, Iglesias-Casás S, González-Chordá VM, Cervera-Gasch Á, Andreu-Pejó L, Valero-Chilleron MJ. Obstetric violence in Spain (Part II): Interventionism and medicalization during birth. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2021 Jan 1;18(1):1–14.
9. Martínez-Galiano JM, Martínez-Vazquez S, Rodríguez-Almagro J, Hernández-Martínez A. The magnitude of the problem of obstetric violence and its associated factors: A cross-sectional study. Women and Birth. 2021 Sep 1;34(5):e526–36.
10. Mena-Tudela D, Iglesias-Casás S, González-Chordá VM, Valero-Chillerón MJ, Andreu-Pejó L, Cervera-Gasch Á. Obstetric violence in Spain (Part iii): Healthcare professionals, times and areas. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2021 Apr 1;18(7).
11. Borges Damas L, Sánchez Machado R, Gladys Peñalver Sinclay A, González Portales A. Manifestaciones de violencia durante el parto percibidas por mujeres y

- profesionales de la salud [Internet]. Available from: <https://orcid.org/0000-0001-5764-5713>
12. Martín-Badia J, Obregón-Gutiérrez N, Goberna-Tricas J. Obstetric violence as an infringement on basic bioethical principles. Reflections inspired by focus groups with midwives. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2021 Dec 1;18(23).
 13. Sadler M, Santos MJ, Ruiz-Berdún D, Rojas GL, Skoko E, Gillen P, et al. Moving beyond disrespect and abuse: addressing the structural dimensions of obstetric violence. *Reproductive Health Matters*. 2016 May 1;24(47):47–55.
 14. Silveira MF, Mesenburg MA, Bertoldi AD, de Mola CL, Bassani DG, Domingues MR, et al. The association between disrespect and abuse of women during childbirth and postpartum depression: Findings from the 2015 Pelotas birth cohort study. *Journal of Affective Disorders*. 2019 Sep 1;256:441–7.
 15. De Souza KJ, Rattner D, Gubert MB. Institutional violence and quality of service in obstetrics are associated with postpartum depression. *Revista de Saude Publica*. 2017;51.
 16. Adrián P, Ramos R, Aguilera Ávila L ¿Violencia obstétrica en España, realidad o mito? 17.000 mujeres opinan. *Musas*. 2019.
 17. García, E. Estudio etnográfico de la violencia asistencial en el embarazo y el parto en España y de la percepción de usuarias y profesionales (Tesis de doctorado). España (Madrid). 2018.
 18. Lasheras G, Farré-Sender B, Serra B. Screening of postpartum depression (PD) and mother-infant bonding (MIB) disorders at the Hospital Universitario Quirón Dexeus. Preliminary results. 2014.
 19. Dimitraki M, Tsikouras P, Manav B, Gioka T, Koutlaki N, Zervoudis S, et al. Evaluation of the effect of natural and emotional stress of labor on lactation and breast-feeding. *Archives of Gynecology and Obstetrics*. 2016 Feb 1;293(2):317–28.
 20. Adeyemo EO, Oluwole EO, Kanma-Okafor OJ, Izuka OM, Odeyemi KA. Prevalence and predictors of postpartum depression among postnatal women in lagos, nigeria. *African Health Sciences*. 2020 Dec 1;20(4):1943–54.
 21. Andrade P de ON, da Silva JQP, Diniz CMM, Caminha M de FC. Fatores associados à violência obstétrica na assistência ao parto vaginal em uma

- maternidade de alta complexidade em Recife, Pernambuco. *Revista Brasileira de Saude Materno Infantil*. 2016 Jan 1;16(1):29–37.
22. Obstetric violence: theme approach in the training of Certified Nurse-Midwives
Violência obstétrica: a abordagem da temática na formação de enfermeiros obstétricos
Violencia obstétrica: el enfoque de la temática en la formación de enfermeros obstétricos. Available from: <http://dx.doi.org/10.37689/acta->
 23. Millicent Anim-Somuah Rebecca MD Smyth Allan M Cyna Anna Cuthbert. Analgesia epidural versus no epidural o ninguna analgesia para el alivio del dolor en el trabajo de parto. 2018.
 24. Mselle LT, Kohi TW, Dol J. Barriers and facilitators to humanizing birth care in Tanzania: Findings from semi-structured interviews with midwives and obstetricians Prof. Suellen Miller. *Reproductive Health*. 2018 Aug 14;15(1).