



Universitat
de les Illes Balears

TRABAJO DE FIN DE GRADO

MODO DE PARTO Y VIOLENCIA OBSTÉTRICA NO PERCIBIDA POR LA MUJER

Marta Aguiló Sánchez

Grado en Medicina

Facultad de Medicina

Año Académico 2021-22

MODO DE PARTO Y VIOLENCIA OBSTÉTRICA NO PERCIBIDA POR LA MUJER

Marta Aguiló Sánchez

Trabajo de Fin de Grado

Facultad de Medicina

Universitat de les Illes Balears

Año Académico 2021-22

Palabras clave del trabajo:

"Parto Obstétrico", "Violencia de Género", "Cesárea", "Violencia Obstétrica", "España".

"Delivery, Obstetric", "Gender-Based Violence", "Cesarean Section", "Obstetric Violence", "Spain".

Nombre de la Tutora del Trabajo: Elena Jiménez Belío

Se autoriza a 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/a		Tutor/a	
Sí	No	Sí	No
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Resumen

Introducción y objetivos: El concepto de violencia obstétrica todavía carece de una definición específica a nivel internacional. Este hecho conlleva que, a menudo, ciertas prácticas que pueden englobarse dentro de la violencia obstétrica no se perciban como tal. El objetivo de este trabajo es determinar si al utilizar herramientas validadas existe discordancia entre la violencia obstétrica percibida y la experimentada.

Metodología: Se trata de un estudio observacional, de carácter descriptivo y de corte transversal llevado a cabo entre noviembre de 2021 y mayo de 2022. Se diseñó y aplicó un cuestionario que incluía un instrumento previamente validado y publicado en la literatura para la recogida de datos. Los datos se procesaron con el programa SPSS v. 28.0.0.0 (190).

Resultados. Se registraron un total de 466 partos, 306 (65,66%) fueron partos vaginales, 104 (22,32%) partos por cesárea y 56 (12,02%) partos instrumentados. 99 (95,19%) fueron cesáreas no electivas, mientras que 5 (4,81%) fueron cesáreas electivas. La prevalencia de violencia obstétrica en las Islas Baleares fue del 59,05% (57,08% en el total de partos incluidos en el estudio).

Conclusiones. Se observa una asociación estadísticamente significativa ($p < 0,05$) entre haber experimentado violencia obstétrica y la percepción de violencia obstétrica. El 75,56% de las participantes no percibieron violencia obstétrica pese a haberla experimentado. La percepción se determinó como un método de baja exactitud para la detección de violencia obstétrica. Para las cesáreas electivas, no se obtuvo un área bajo la curva estadísticamente significativa ni se pudo determinar asociación entre las variables.

Abstract

Introduction and objectives: The concept of obstetric violence still lacks a specific definition at the international level. As a result, practices that may fall under the umbrella of obstetric violence are often not perceived as such. The aim of this paper is to determine if there is a mismatch between perceived and experienced obstetric violence using validated tools.

Methodology: This is an observational, descriptive, cross-sectional study conducted between November 2021 and May 2022. A questionnaire including a previously validated instrument published in the literature was designed and applied for data collection. The data were processed with SPSS v. 28.0.0.0 (190).

Results: A total of 466 births were recorded, 306 (65,66%) were vaginal deliveries, 104 (22,32%) were caesarean deliveries and 56 (12,02%) were instrumented deliveries. 99 (95.19%) were non-elective caesarean sections, while 5 (4,81%) were elective caesarean sections. The prevalence of obstetric violence in the Balearic Islands was 59.05% (57,08% in the total number of childbirths included in the study).

Conclusions: There is a statistically significant association ($p < 0.05$) between having experienced obstetric violence and the perception of obstetric violence. 75,56% of the participants did not perceive obstetric violence despite having experienced it. Perception was found to be a low accuracy method for detecting obstetric violence. For elective caesarean sections, no statistically significant area under the curve was obtained and no association between the variables could be determined.

Índice

1.	Introducción y objetivos	pág.7
1.1	Objetivos	pág.7
1.2	Introducción.....	pág.8
1.3	Evolución histórica del concepto de violencia obstétrica	pág.14
1.4	Situación en España.....	pág.15
1.5	Marco legal.....	pág.17
1.6	Justificación de la persistencia de la violencia obstétrica en la sociedad .	pág.20
1.7	Avances en la visibilidad frente a la violencia obstétrica	pág.22
1.8	Parto por cesárea.....	pág.22
1.9	Cesárea y violencia obstétrica	pág.27
2.	Metodología	pág.27
2.1	Diseño y muestra	pág.27
2.2	Fuentes de información e instrumento de recogida de datos	pág.30
2.3	Variables del estudio.....	pág.31
2.4	Análisis estadístico.....	pág.33
2.5	Consideraciones éticas	pág.33
3.	Resultados	pág.33
4.	Discusión	pág.36
4.1	Violencia obstétrica	pág.37
4.2	Parto por cesárea.....	pág.38
4.3	Percepción de violencia obstétrica.....	pág.39
4.4	Limitaciones del estudio.....	pág.42
5.	Conclusiones	pág.42
6.	Conflictos de interés	pág.43
7.	Referencias bibliográficas.....	pág.43
8.	Anexos	pág.48
8.1	Número de publicaciones sobre violencia obstétrica desde 1951	pág.48
8.2	“Cuestionario sobre la Atención Recibida durante el proceso de Aborto, Embarazo, Parto y Posparto”.....	pág.49
8.3	Respuestas obtenidas en el “Cuestionario sobre la Atención Recibida durante el proceso de Aborto, Embarazo, Parto y Posparto”	pág.73

1. INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

1.1 OBJETIVOS

El término violencia obstétrica no cuenta con una definición específica a nivel internacional. A pesar de ser cada vez más visible, todavía no existe un concepto claro y estandarizado del mismo. Desde el ámbito internacional, la violencia obstétrica se ha incluido a nivel legislativo en el marco de la violencia de género, partiendo de la consideración de la violencia obstétrica como una mala praxis médica dentro de la misma. Sin embargo, en España no se dispone de un marco legal específico en materia de violencia obstétrica. Por tanto, es necesario instaurar la violencia obstétrica dentro del marco de la legalidad. Recientemente se ha propuesto una reforma de la Ley del Aborto que incluya la violencia obstétrica como un tipo de violencia contra las mujeres.

El concepto de violencia obstétrica es relativamente reciente. A partir del año 2015 se da un aumento en el número de publicaciones al respecto, mejorando su visibilidad (anexo 8.1). Así pues, los resultados obtenidos en el estudio podrían contribuir a desarrollar estrategias para una mejora en la atención obstétrica.

A través de este trabajo se pretende realizar un análisis que permita determinar si las mujeres que han experimentado violencia obstétrica tienen percepción de la misma.

Para poder demostrar la asociación entre la violencia obstétrica experimentada y la percepción de violencia obstétrica en los distintos modos de parto, se requiere el uso de un instrumento previamente validado y publicado en la literatura para determinar la prevalencia de violencia obstétrica. Asimismo, será necesaria la recogida de datos sobre la percepción de esta y los antecedentes obstétricos, especificando el modo de parto.

En consecuencia, el objetivo principal es determinar si al utilizar herramientas validadas (con interpretación estricta o amplia de las mismas), existe discordancia entre la violencia obstétrica percibida y la experimentada.

Como objetivos secundarios se plantean:

- Determinar la prevalencia de violencia obstétrica en las Islas Baleares mediante una herramienta previamente validada y publicada en la literatura.
- Analizar los datos obtenidos mediante el uso de la herramienta previamente validada y la percepción de violencia obstétrica de la paciente.
- Determinar la correlación entre la cesárea electiva y la ausencia de percepción de violencia obstétrica.
- Señalar que el nivel de percepción de la violencia obstétrica es bajo, tal como se expone en la literatura⁽¹⁾.
- Contextualizar el estado de la violencia obstétrica en la actualidad.
- Realizar un análisis descriptivo de las variables sociodemográficas que se correlacionan con la violencia obstétrica.

- Examinar las correlaciones entre las distintas variables que permitan sugerir hipótesis etiológicas para diseñar posteriormente estudios de más alto nivel.

1.2 INTRODUCCIÓN

1.2.1 La violencia obstétrica: concepto y definiciones

La violencia obstétrica es un término que se usa para describir la atención deficiente recibida por parte de las mujeres en el ámbito sanitario⁽²⁾. Se expresa mediante acciones negligentes, desconsideradas, temerarias, irresponsables, supresivas, discriminatorias y de exclusión, llevadas a cabo por el personal sanitario⁽¹⁾. Todos estos actos conllevan un trato deshumanizado y suponen una falta de respeto hacia la paciente, con graves implicaciones para la salud física y psicológica tanto de la madre como del recién nacido⁽³⁾.

El incremento de la tasa de intervenciones médicas, la excesiva medicación y patologización del embarazo y el parto⁽⁴⁾, así como las prácticas desmedidas e irrespetuosas hacia las mujeres, incluso en partos naturales exentos de complicación, suponen una preocupación cada vez mayor^(5,6), ya que el aumento en las intervenciones no puede justificarse únicamente debido a las dificultades surgidas durante el embarazo⁽⁶⁾.

El concepto de violencia obstétrica es relativamente reciente. A partir del año 2015, se incrementa el número de publicaciones relativas a este ámbito⁽¹⁾ observando este término desde una perspectiva mucho más amplia, lo que posibilita su uso como instrumento para mejorar la atención prestada durante el embarazo y el parto⁽⁵⁾ (anexo 8.1).

El término de violencia obstétrica no cuenta con una definición específica a nivel internacional. A pesar de ser cada vez más visible, todavía no existe un concepto claro y estandarizado del mismo^(3,7-12).

El primer país en establecer su definición expresa fue Venezuela en el año 2007, mediante la Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, describiendo en el artículo 15 la violencia obstétrica como: “La apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato 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.”^(1-5,9,12-14).

En España, existe la definición aportada por el Observatorio de Violencia Obstétrica, entidad no lucrativa formada por un grupo heterogéneo de mujeres e inscrita en 2019, con capacidad jurídica y plena capacidad de obrar para el cumplimiento de diversos fines en el ámbito de la salud sexual y reproductiva. La definición aportada es la siguiente: “El acto de ignorar la autoridad y autonomía que las

mujeres tienen sobre su sexualidad, su cuerpo, sus bebés y sus experiencias de embarazo y/o parto... y de ignorar también la espontaneidad, las posturas, los ritmos y los tiempos que el parto requiere para desarrollarse con normalidad; es también el acto de desatender las necesidades emocionales tanto de la madre como del bebé en cualquier momento del embarazo, durante el parto y en el postparto inmediato”⁽⁸⁾.

Existen otras definiciones que engloban cualquier práctica, conducta u omisión del derecho de la mujer embarazada, expresada mediante el lenguaje o las acciones donde se percibe un trato jerárquico, deshumanizado, cruel, deshonesto, humillante, violento y amenazante por parte del personal sanitario. Durante este periodo se medicaliza y se patologiza un proceso fisiológico como es el embarazo, el parto y el puerperio, en el ámbito público o en el privado, con la consiguiente pérdida de autonomía y privación de la capacidad de decidir libremente de la mujer. Se ignoran sus derechos, deseos, necesidades, y emociones afectando a su calidad de vida y causando un daño físico, psicológico y emocional^(1,7,10,12,15).

A pesar de ser un concepto contemplado a nivel global como un tema que repercute en la salud de las mujeres, no existe un acuerdo generalizado en cuanto a qué aspectos conforman la violencia obstétrica⁽⁴⁾.

La Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (Venezuela, 2007), en su artículo 51, también establece las prácticas que conforman la violencia obstétrica: “no atender oportuna y eficazmente las emergencias obstétricas; obligar a la mujer a parir en posición supina y con las piernas levantadas, existiendo los medios necesarios para la realización del parto vertical; obstaculizar el apego precoz del niño o niña con su madre, sin causa médica justificada, negándole la posibilidad de cargarlo o cargarla y amamantarla o amamantarla inmediatamente al nacer; alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer; y practicar el parto por vía de cesárea, existiendo condiciones para el parto natural, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer”^(5,13).

Por su parte, la OMS también describe algunas de las prácticas que engloba este término, como los procedimientos médicos coactivos y sin consentimiento informado, la falta de respeto y el trato humillante durante el parto, el abuso físico y verbal, la falta de confidencialidad, la invasión de la intimidad, la falta de tratamiento adecuado para el dolor^(3,8), el uso desmedido de oxitocina, la inmovilización de la paciente durante el trabajo de parto, la realización de episiotomía, amniotomía o el uso de fórceps como procedimiento rutinario, la separación forzosa del recién nacido, el impedimento de un acompañante o la falta de información sobre las intervenciones llevadas a cabo durante el proceso también forman parte de este tipo de violencia^(1,4,5,9,14). Es importante tener en cuenta que la violencia obstétrica no se limita al intervencionismo y la medicalización del parto⁽⁹⁾, sino

que también abarca el maltrato psicológico a través de la infantilización de la paciente, la despersonalización, el trato peyorativo o la adopción de una actitud excesivamente paternalista o autoritaria^(10,15).

Según señalan Martínez-Galiano y otros⁽⁷⁾, los patrones que más se repiten son las exploraciones vaginales por distintos profesionales, la medicalización del parto, la maniobra de Kristeller y suscitar los sentimientos de inseguridad, debilidad y culpabilidad.

1.2.2 Prevalencia de la violencia obstétrica

La violencia obstétrica constituye un grave problema a nivel mundial^(3,8). Se trata de un problema emergente^(11,16) cuya prevalencia, dependiendo del país y de la herramienta de detección utilizada, varía entre un 15 y un 91%^(3,7,8,11,17,18).

Ejemplos de esta variabilidad serían el caso de Etiopía, en el que las mujeres que declaran haber sufrido violencia obstétrica supone el 75,1% de la población, o Brasil con una prevalencia mucho menor, siendo esta del 18,3%. También podríamos mencionar el caso de la India con un 28,8% o Italia con un 21,2%⁽¹⁰⁾.

Un estudio transversal llevado a cabo en Europa coincide con la prevalencia acabada de señalar en el país transalpino, identificando a una de cada cinco gestantes (20,7%) como víctimas de maltrato en la atención sanitaria, variando entre un 13,5% en Bélgica y un 30,2% en Estonia⁽¹¹⁾.

Otros estudios, como el llevado a cabo en Eslovenia por Vidmar Šimic y otros⁽¹⁶⁾, registran prevalencias menores (6,2%).

En una encuesta realizada en profesionales de la maternidad en Estados Unidos y Canadá, más de la mitad afirmaron haber presenciado procedimientos médicos en los que la mujer no estaba de acuerdo y casi dos tercios de ellos sin consentimiento informado. Dentro del mismo estudio se observó como el 25% de gestantes se habían sentido forzadas a llevar a cabo un parto inducido o una cesárea. Asimismo, el 63% de las que se sometieron a cesárea responsabilizaron a su médico de la decisión⁽¹⁴⁾. Por otro lado, en otro estudio realizado en Canadá solo el 9,3% de las mujeres indicaron haber tenido malas experiencias en relación al proceso de parto⁽¹⁹⁾.

Las intervenciones obstétricas no justificadas se han visto incrementadas no solo en los países de bajo nivel socioeconómico, sino también en aquellos con ingresos económicos medios y altos, sin cambios en cuanto a los resultados en la morbilidad materna y perinatal, lo cual supone un déficit en la atención prestada^(5,18).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que la atención a la maternidad es deficitaria en todo el mundo. Con frecuencia se producen abusos, negligencias u omisiones por parte del personal sanitario⁽¹⁾. Además, cabe destacar

que gran parte de la violencia obstétrica ejercida sobre la mujer todavía permanece oculta⁽³⁾.

1.2.3 Agravantes y factores protectores frente a la violencia obstétrica

La violencia obstétrica se presenta con mayor frecuencia en multíparas, pacientes muy jóvenes, edad avanzada, bajo nivel educativo o bajo nivel de ingresos, escaso apoyo social, circunstancias vitales adversas, temor al momento del parto, embarazo no deseado, percepción de salud deficiente o falta de salud durante la gestación, así como la práctica de episiotomía o cesárea, el plan de parto no respetado, el ingreso del neonato en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) o cuando la actuación del profesional se limita a una parte de la atención^(7,11,19).

La falta de privacidad en el desarrollo del examen obstétrico también se asocia frecuentemente a la violencia obstétrica, influyendo a menudo el género del médico que realiza la exploración⁽¹⁶⁾.

Por otro lado, se da con mayor asiduidad en aquellas mujeres que han sufrido agresiones físicas, psicológicas o sexuales, ya que en estos casos se produce un incremento en la sensación de dolor que desata una mayor percepción de abuso por parte del sistema sanitario⁽¹⁶⁾. Asimismo, el número de intervenciones puede verse aumentado por el hecho de haber sufrido una agresión sexual, ya que supone un incremento en el riesgo de complicaciones durante la gestación⁽²⁰⁾. Un historial de abusos previo a nivel institucional puede influir negativamente también en la relación de la paciente con el sistema sanitario durante su embarazo⁽¹¹⁾.

El colectivo más vulnerable es el de las mujeres pertenecientes a minorías étnicas, adolescentes, con bajo nivel de estudios, escasos recursos socioeconómicos, drogodependientes o con falta de seguimiento durante el embarazo⁽¹⁾.

Por el contrario, se han descrito como factores protectores frente a este tipo de violencia el contacto precoz con el recién nacido, llevar a cabo el plan de parto acordado y el sentirse respetada durante el proceso⁽⁷⁾.

1.2.4 Formas de violencia obstétrica

La OMS clasifica la violencia obstétrica en cinco tipos: procedimientos y medicalización prescindible utilizados de forma habitual tanto en la gestante como en el bebé; insultos, vejaciones o abuso físico; escasez de material e infraestructuras inapropiadas; exploraciones llevadas a cabo por estudiantes o diferentes profesionales sin el consentimiento informado de la paciente; y exclusión por creencias, causas socioeconómicas, raciales y culturales⁽¹⁾.

En el estudio llevado a cabo por Martínez-Galiano y otros, *The magnitude of the problem of obstetric violence and its associated factors: A cross-sectional study*⁽⁷⁾,

se señala que la violencia obstétrica puede darse de forma física, verbal y psicoafectiva. La violencia física se describe como la utilización de algunos métodos sin la autorización correspondiente, entre ellos la cesárea. La violencia obstétrica verbal incluye el trato despectivo, infantilizado, autoritario, paternalista, humillante o despersonalizado. Por último, la violencia psicoafectiva la componen conductas como impedir el acompañamiento de la gestante, obstaculizar el contacto con el recién nacido o causar en las madres la sensación de vulnerabilidad, de culpa, de inseguridad o de no haber colaborado en el proceso de parto.

1.2.5 Consecuencias de la violencia obstétrica

La violencia obstétrica conlleva resultados desfavorables para la salud de la madre, el bebé, los profesionales implicados y el resto de la comunidad^(3,18). La aplicación desmedida y sin fundamento de técnicas puede desembocar en una cascada terapéutica creciente de procedimientos evitables que pueden hacer peligrar la vida de la madre y el bebé en el embarazo actual o en embarazos posteriores⁽²¹⁾.

Las acciones que implican violencia obstétrica obstaculizan el desarrollo normal del parto y pueden contribuir a que se produzcan experiencias negativas en el proceso, además de tener consecuencias físicas, psicológicas y afectivas^(1-3,9,10,22).

La violencia obstétrica implica una intromisión en la autosuficiencia personal y en la capacidad sexual y reproductiva de las gestantes, y puede dar lugar a un perjuicio en su salud mental que, en algunos casos, requiere de la intervención de un terapeuta para sobrellevar el trauma. Las consecuencias físicas, sexuales y psicológicas de las gestantes y las acaecidas en el bebé, pueden derivar en miedo al parto, parto pretérmino, depresión posparto, trastorno de estrés postraumático, falta de sueño, ausencia de instinto maternal, problemas en la lactancia, evocación del dolor, autopercepción negativa del estado de salud y dificultades en el trato entre la mujer y el equipo obstétrico de cara a una nueva gestación, dejando de utilizar los recursos propios de la atención obstétrica y reduciendo la posibilidad de nuevos embarazos^(2,10,11,14,17,19,20). Durante el embarazo también existe una mayor prevalencia de prematuridad y parto por cesárea⁽¹⁶⁾.

Como se ha mencionado con anterioridad, en la publicación realizada por Martínez-Galiano y otros, *The magnitude of the problem of obstetric violence and its associated factors: A cross-sectional study*, la maniobra de Kristeller es una de las acciones que más se realizan en la práctica habitual sin estar recomendada por la evidencia científica. Esta maniobra puede dar lugar a hematomas, fracturas costales o laceraciones uterinas^(7,9).

Por otro lado, un historial de maltrato en la atención recibida durante el proceso de parto influye de forma relevante en la seguridad y futuras decisiones de las gestantes⁽¹⁹⁾. Así pues, el deseo de cesárea es común en pacientes con antecedentes de abuso en la asistencia sanitaria^(11,20).

En general, el parto constituye un momento muy relevante en la vida de la mujer, de forma que cualquier experiencia adversa en el mismo puede dar lugar a consecuencias nefastas que perduran a lo largo del tiempo. De hecho, sufrir intervenciones médicas sin consentimiento durante el proceso de parto es comparado con frecuencia con una violación⁽⁴⁾.

Además de las graves consecuencias para la salud de la gestante, la violencia obstétrica también repercute en la salud del profesional, propiciando frecuentemente el trastorno de estrés postraumático y la fatiga por compasión^(3,5,10). La sobrecarga asistencial también deriva habitualmente en el síndrome de burnout, lo que ocasiona una atención médica deficiente y un abuso a nivel organizativo. La falta de personal y de bienes materiales en el desarrollo normal del parto fomentan la permanencia de la violencia obstétrica, según la OMS^(10,15). Asimismo, influyen la insuficiente educación e información, impidiendo al equipo sanitario la detección y el manejo de la situación⁽¹⁵⁾.

1.2.6 Violencia obstétrica como violencia de género

La violencia obstétrica constituye un problema sistémico de violencia contra las mujeres, propio del ejercicio obstétrico institucionalizado, y comúnmente aceptado a nivel estructural^(2,4,5,12,14,15).

Desde una visión paternalista, la mujer se sitúa en un plano secundario durante el alumbramiento, proyectando su fragilidad y asumiendo el rol de mero espectador en un momento tan relevante. La ausencia de información sobre el desarrollo del parto dificulta la participación activa de la mujer en el proceso. De este modo, acaba cediendo su protagonismo al cuadro médico, que controla y protocoliza la experiencia, desvalorizando su capacidad funcional propia para dar a luz^(1,2,4).

La relatora especial de las Naciones Unidas sobre la violencia contra la mujer, Dubravka Šimonovic, redactó un informe sobre "el maltrato y la violencia contra la mujer durante los servicios de salud reproductiva con un enfoque en el parto y la violencia obstétrica" que fue presentado en la Asamblea General de las Naciones Unidas en septiembre de 2019 y que estableció la violencia obstétrica como una forma de violencia contra la mujer^(23,24).

1.2.7 Violencia obstétrica y derechos humanos

La violencia obstétrica, tal y como señala la OMS, supone una violación total de los derechos humanos y constituye un serio problema para la salud pública mundial^(1,8,12,14,15,22,24), con connotaciones negativas a nivel social⁽⁷⁾.

Atenta contra el artículo 1 de la Declaración de los Derechos Humanos sobre la dignidad de las personas y el artículo 5 que señala que ningún ser humano será sometido a torturas, penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes⁽²⁵⁾.

En marzo de 2016 se realizó una declaración por parte de los cinco Observatorios de Violencia Obstétrica señalando la violencia obstétrica como una forma de vio-

lencia contra la mujer y una violación muy significativa de los derechos humanos, comúnmente normalizada y obviada en muchas ocasiones⁽⁵⁾. Es evidente que los derechos sexuales y reproductivos de la mujer son atributos irrenunciables e inseparables de los derechos humanos^(5,12,15,24).

En el artículo 77 de la Resolución del Parlamento Europeo, del 1 de marzo de 2018, sobre la situaciones de los derechos fundamentales en la Unión en 2016, se indica que la salud sexual y reproductiva de las mujeres está vinculada a los derechos humanos incluyendo el derecho a la vida, a no sufrir tortura, a la salud, a la intimidad, a la educación y a la no discriminación⁽²⁶⁾.

Los organismos gubernamentales de los diferentes países tienen el deber de velar por el cumplimiento y el respeto de los derechos humanos comprendidos en el ámbito de la violencia obstétrica y la protección de la mujer frente a cualquier extralimitación en su atención tanto en la sanidad pública como en la privada⁽²⁴⁾.

La Declaración de Fortaleza de la OMS señaló en 1985 el derecho de toda mujer a recibir una atención prenatal apropiada y a constituir el eje fundamental de la asistencia al parto, tanto en la planificación del mismo como en su desarrollo⁽⁹⁾. Un servicio sanitario enfocado en la atención digna y la consideración de la mujer como elemento clave del proceso es un derecho fundamental⁽¹⁸⁾.

1.3 EVOLUCIÓN HISTÓRICA DEL CONCEPTO DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA

El gran historiador, psicólogo, filósofo y teórico social Michael Foucault, señala el inicio de la supervisión del parto a nivel institucional y el estudio del cuerpo de la mujer desde la perspectiva de su disparidad con respecto a la disposición masculina⁽⁵⁾.

Ya en los años 80, existía una inquietud por el exceso de medicación suministrada durante la gestación y el proceso de parto en América Latina. Todo ello se vio reflejado en una corriente a favor de un parto humanizado, que afrontara el abuso durante la atención obstétrica^(2,12). Por su parte, la OMS empezó a manifestar esta preocupación a partir del año 1985⁽⁵⁾, a pesar de que los derechos sexuales y reproductivos interseccionales no se promulgaron internacionalmente de forma expresa hasta el año 1994^(24,27).

En 1993 se fundó en Brasil la Red para la Humanización del Parto y el Nacimiento (ReHuNa)⁽⁵⁾. En el año 2000 tuvo lugar la Primera Conferencia Internacional sobre la Humanización del Parto, también en Brasil, en la que se expuso el maltrato en la atención a la maternidad dentro de una forma de violencia contra la mujer, designando a este concepto violencia obstétrica^(5,24). Durante esta conferencia, se fundó la Red Latinoamericana y del Caribe para la Humanización del Parto y el Nacimiento (RELACAHUPAN), guiando la discusión sobre el derecho de la mujer a un parto digno⁽⁵⁾.

Como se ha señalado con anterioridad, Venezuela fue el primer país en establecer la definición del término violencia obstétrica en el año 2007, mediante la Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, en la que la violencia obstétrica se catalogó como una de las 19 clases de violencia sancionable contra la mujer^(5,13). Conforme el concepto de violencia obstétrica fue introduciéndose a nivel político, empezó a reconocerse por parte de las instituciones a favor de los derechos humanos y en la legislación sobre violencia de género⁽²⁾.

A lo largo del año 2014, la OMS, expuso la necesidad de prevenir y suprimir la desconsideración y la injusticia durante el parto en los centros sanitarios. A partir de ese mismo año se crearon cinco Observatorios de Violencia Obstétrica dirigidos por colectivos civiles en Chile, España, Argentina, Colombia y Francia⁽⁵⁾.

1.4 SITUACIÓN EN ESPAÑA

Como se ha señalado anteriormente, la violencia obstétrica supone un asunto preocupante a nivel mundial, que se plantea con una mayor intensidad en España^(8,10). A pesar de ello, existen escasos trabajos de investigación en nuestro país^(9,15).

1.4.1 Prevalencia de la violencia obstétrica en España

Existe escasa evidencia que justifique el elevado número de procedimientos innecesarios y el tratamiento injustificado que se administra a las gestantes en España⁽⁹⁾.

Según las estadísticas del Observatorio español de Violencia Obstétrica y las publicaciones realizadas por Mena-Tudela, la prevalencia de violencia obstétrica en España se estima en un 38,3-40%^(8-10,28). Otros estudios como el llevado a cabo por Martínez-Vázquez o Martínez-Galiano, determinan prevalencias más elevadas, situándose en un 67% y 67,4% respectivamente. En este último, se estableció además la prevalencia para cada tipo de violencia obstétrica, siendo de un 25,1% para la violencia obstétrica verbal, de un 54,5% para la física y de un 36,7% para la psicoafectiva^(7,17).

En relación a este punto, existen varias publicaciones que determinan el uso de las prácticas que conforman la violencia obstétrica. La maniobra de Kristeller se lleva a cabo en un 34,2% de los partos vaginales en nuestro país, sin estar justificada por la evidencia científica. Estudios anteriores habían estimado su prevalencia en España en torno a un 25%. Del mismo modo, se llevan a cabo otras acciones asiduamente como el impedimento de un acompañante en el momento del parto (27,9%), tocamientos vaginales constantes (31,9%), la maniobra de Hamilton (21,5%), la extracción manual de la placenta (11,2%), el pinzamiento anticipado del cordón umbilical (21%), no facilitar el contacto piel con piel (36,9%) o la lactancia materna (13,6%), la aplicación desmedida de oxitocina (42,3%), la realización de episotomías de rutina (39,3%), la instrumentalización del parto

(23,6%) o la realización de cesáreas injustificadas (16,9%), sin reflejarse en muchas ocasiones en la historia clínica⁽⁹⁾. En cuanto al plan de parto, únicamente se respetó en el 20,2% de los casos⁽¹⁰⁾.

Así, un 44,4% de las mujeres encuestadas señaló haber estado sujeta a la práctica de intervenciones innecesarias y desagradables, sin haber dado el consentimiento para su uso en el 83,4% de los casos^(8-10,28). La ausencia de consentimiento informado tuvo lugar en el embarazo en el 38,2% de las mujeres, en el parto en el 81% y en postparto en el 20,7%. El área hospitalaria resultó ser ámbito en el que se llevaron a cabo más procedimientos sin consentimiento informado⁽¹⁰⁾.

Por otro lado, el 34,5% de las mujeres afirmó sufrir violencia obstétrica verbal en forma de juicios hirientes y descalificadores y el 31,4% mediante seudónimos e infantilización. Este tipo de violencia se produjo durante el parto en el 68,4% de los casos, especialmente en el hospital (81,2%). Asimismo, el 39% señaló falta de apoyo por parte del personal sanitario durante el puerperio⁽¹⁰⁾.

1.4.2 Descentralización del sistema sanitario

En España, la prevalencia de violencia obstétrica es muy variable entre las diferentes comunidades autónomas (CCAA) debido a la descentralización política del sistema sanitario a raíz de la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud (SNS) en 2003. El modelo de descentralización de nuestro país constituye un sistema muy particular, por lo que las conclusiones extraídas del mismo a menudo no son comparables a las de otros modelos sanitarios^(8-10,21). Por ejemplo, el porcentaje de lactancia materna a los 6 meses en La Rioja es alto en comparación al resto de CCAA. Esta comunidad registra uno de los menores porcentajes de violencia obstétrica, siendo el apoyo a la lactancia materna uno de los factores protectores en la misma⁽⁸⁾.

Sin embargo, no existen diferencias relevantes a nivel estadístico en cuanto al grado de intervencionismo y medicalización en las CCAA españolas. Estas actuaciones se traducen en una alta tasa de incidencia. Si bien los resultados publicados con anterioridad indicaban una menor prevalencia de violencia obstétrica debido a que se habían extraído de publicaciones oficiales e historias clínicas de las pacientes, al obtener los datos mediante entrevistas clínicas a las mujeres los resultados evidenciaron una mayor prevalencia de la esperada. Esto podría ser debido al hecho de que muchos procedimientos no se registran en las historias clínicas⁽⁹⁾.

1.4.3 La violencia obstétrica en la sanidad pública y privada

En nuestro país existen claras diferencias entre los resultados obtenidos en los centros sanitarios públicos y privados⁽⁹⁾.

La sanidad privada registra un grado de intervencionismo mayor, pudiendo incluso triplicar el de la sanidad pública, y la violencia obstétrica apreciada es tam-

bién más elevada^(8,9,12). Esto se debe principalmente al uso de protocolos desfasados y la estandarización de la atención, desatendiendo las características psicoemocionales en detrimento del desarrollo del parto como una intervención sanitaria más⁽⁸⁾.

En el estudio *Obstetric Violence in Spain (Part II): Interventionism and Medicalization during Birth*⁽⁹⁾, un 48,6% de las mujeres manifestaron haber sido sometidas a intervenciones innecesarias y dolorosas en los hospitales públicos, un 58,4% en las clínicas privadas y un 27,1% en la sanidad mixta (asociación del Ministerio de Salud y Asuntos Sociales con un consorcio privado). La percepción de violencia obstétrica por parte de las mujeres encuestadas se tradujo en un 74,3%.

El nivel más bajo de intervencionismo se dio en la asistencia sanitaria mixta, coincidiendo con un mayor grado de satisfacción y una percepción de violencia obstétrica inferior⁽⁹⁾.

1.5 MARCO LEGAL

La violencia obstétrica constituye un problema sistémico de violencia contra la mujer, que requiere de intervenciones a nivel estructural⁽¹⁴⁾. Un ejemplo claro lo constituye el hecho de que debido a causas políticas y legales, a menudo, la mujer no pueda disponer de un permiso de maternidad adecuado para poder satisfacer las cuestiones relativas al desarrollo físico y emocional del neonato y asegurar una lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses, siguiendo las recomendaciones de la OMS y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)⁽⁸⁾.

El modelo de América Latina, que plantea la violencia obstétrica en la jurisprudencia relativa a la violencia contra la mujer puede servir de ejemplo para su aplicación en otros países⁽¹⁴⁾.

1.5.1 Marco legal a nivel mundial

Si bien América Latina ha adoptado el concepto de violencia obstétrica dentro de su legislación⁽¹⁸⁾, en Europa todavía no se ha definido un marco legal sobre la violencia obstétrica^(8,10).

Como se ha mencionado previamente, Venezuela fue pionera en la creación de una legislación que contemplara la violencia obstétrica como un derecho de acción legal en 2007^(1,4,5,12-14). Uno de los tipos de violencia obstétrica penados por la ley venezolana es la práctica de cesáreas sin el previo consentimiento por parte de la paciente⁽⁴⁾.

Tanto Argentina como diez estados de México reconocen la violencia obstétrica como violencia de género. En Argentina, se aprobaron la Ley 25.929 del 25 de agosto de 2004 (B.O. 21/10/2004), de Protección del Embarazo y del Recién Nacido, conocida también como “Ley de Parto Humanizado”⁽²⁹⁾ que respalda a las

mujeres en el alumbramiento y la Ley 26.485 o “Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales”⁽³⁰⁾ en 2009, que condena la violencia obstétrica en Argentina, tanto a nivel físico como a nivel psicoafectivo. A pesar de la aprobación de estas leyes, la jurisprudencia que solventa las reclamaciones sigue basando su acción en el estudio de las negligencias médicas, en lugar de en un proceso de parto humanizado y sin abusos^(4,12,14). Por su parte, México modificó en abril de 2014 la Ley de Igualdad entre Hombres y Mujeres y la Ley de Derecho de la Mujer a una Vida Libre de Violencia con la finalidad de incrementar la seguridad de la gestante en la atención sanitaria, sancionando cualquier acción u omisión por parte de los profesionales de salud que suponga un daño o cause el fallecimiento de la paciente durante el embarazo, parto y puerperio^(12,31,32).

La legislación establecida en Venezuela y Argentina para tratar la violencia obstétrica plantea un abordaje de la violencia de género a nivel estructural⁽⁴⁾.

La legislación de Estados Unidos enfoca la cuestión como una parte más de las negligencias médicas, sin considerar el origen sistémico de la violencia obstétrica que no puede solventarse mediante litigios individuales por daños y perjuicios. Así, la legislación estadounidense suele ser favorable a respaldar la decisión de la mujer para exponerse a una intervención que conlleve un riesgo personal a cambio del aumento en la esperanza de vida del feto, pero no ocurre lo mismo en sentido contrario. Todo ello contribuye a que los profesionales de la salud eludan su compromiso, apoyándose en la justificación de la primacía de la salud del feto frente a las decisiones de la madre. Así, no existe ningún inconveniente en la práctica de cesáreas voluntarias, obviando los graves riesgos que implica esta intervención frente al parto vaginal. Esto constituye un ejercicio de medicina defensiva⁽⁴⁾.

Por este motivo, resulta complicado avanzar en una denuncia de violencia obstétrica frente a un tribunal estadounidense, ya que la mayoría de abogados rechazan el caso debido a la escasa compensación económica derivada del mismo y la facilidad con la que prescriben los casos. De esta forma, la única manera de solventarlo es a través de pleitos individuales por agravios, que con frecuencia escapan al alcance de las mujeres. Estos litigios son imprescindibles aunque insuficientes para terminar con la violencia obstétrica. Para ello, en primer lugar es fundamental percatarse de la necesidad, exponiendo una situación a menudo obviada por parte de la jurisprudencia⁽¹⁴⁾.

En el año 2019, varios expertos en materia de derechos humanos dictaminaron la necesidad de “hacer frente a los actos de violencia obstétrica e institucional sufridos por las mujeres en los centros de salud y a adoptar todas las medidas legislativas y prácticas posibles para prevenir, prohibir y castigar esos actos y para garantizar su reparación”, basándose en la aplicación de la Agenda 2030⁽²³⁾.

1.5.2 Marco legal en España

En algunos países, la violencia obstétrica se ha incluido a nivel legislativo en el marco de la violencia de género, partiendo de la consideración de la violencia obstétrica como una mala praxis médica dentro de la misma.

En España no se dispone de un marco legal específico en materia de violencia obstétrica, aunque resulta obvio que el ejercicio de la violencia obstétrica vulnera claramente los derechos constitucionales reconocidos en el artículo 15 (integridad física y moral), artículo 17 (libertad personal) y el artículo 18 (intimidad)^(12,33). Asimismo, la Constitución Española reconoce en su artículo 43, apartado 1, el derecho a la protección de la salud⁽³³⁾.

Por su parte, la Ley 14/1986, del 25 de abril, General de Sanidad, en su artículo 10.5, señala como uno de los derechos del paciente el que se le facilite información comprensible sobre la evolución de su estado de salud⁽³⁴⁾.

La 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, señala en su artículo 2 que “Toda actuación en el ámbito de la sanidad requiere, con carácter general, el previo consentimiento de los pacientes o usuarios. El consentimiento, que debe obtenerse después de que el paciente reciba una información adecuada, se hará por escrito en los supuestos previstos en la Ley”^(12,35).

En 2004, se aprobó la Ley Orgánica 1/2004, del 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. Sin embargo, en esta Ley, la violencia de género se limita únicamente al marco de la pareja o expareja, sin tener en cuenta el ámbito laboral, sanitario o educativo, entre otros, por lo que la violencia obstétrica no se ve reflejada en ella⁽³⁶⁾.

Con el fin de ofrecer una atención al parto óptima basada en la evidencia científica y suprimir las prácticas injustificadas que implicarían violencia obstétrica, se desarrolló la “Estrategia de Atención al Parto Normal” (EAPN) en 2007⁽³⁷⁾.

La Ley 6/2009, de 30 de junio, de protección a la maternidad de la Comunidad Valenciana, es la única ley que hace alusión a la maternidad desde el ámbito social y no sanitario. Así, señala en su artículo 1, la importancia de “garantizar y proteger el derecho de la mujer gestante”⁽³⁸⁾. Esta ley fue derogada en el 2017⁽³⁹⁾.

Por último, la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo, destaca en su preámbulo que entre los derechos humanos de las mujeres se encuentra el derecho a decidir y a asumir el control sobre su sexualidad, sin mencionar la violencia que se ejerce sobre la mujer tanto en el embarazo como en el parto⁽⁴⁰⁾. El Ministerio de Igualdad se

plantea una reforma de la mencionada Ley apostando por incorporar la violencia obstétrica y la gestación subrogada como un tipo de violencia contra la mujer.

Así pues, no existe todavía ningún reconocimiento legal de la violencia obstétrica en España. Por tanto, es necesario instaurar la violencia obstétrica dentro del marco de la legalidad para poder tratar aquellos procesos restrictivos durante el parto, ya que a través de la misma se identifican los abusos sufridos por procedimientos innecesarios. Su visibilidad legal dificultará la protección de los profesionales sanitarios frente a los tribunales en respuesta a las demandas por daños en el proceso de parto^(4,12). El marco de la violencia obstétrica desregulariza el intervencionismo durante el parto e insta al equipo médico y judicial a justificar sus acciones⁽⁴⁾.

Con el objetivo de reclamar el reconocimiento legal de la violencia obstétrica, existen en nuestro país algunas asociaciones que destacan por su labor educativa e impulsora en la toma de decisiones de la mujer. Entre las asociaciones más importantes cabe mencionar la asociación El Parto Es Nuestro, cuyo objetivo principal es informar a la mujer sobre la atención durante el embarazo, parto y posparto. Esta asociación fundó el Observatorio de Violencia obstétrica el 25 de noviembre de 2014 con el objetivo de reunir todos los casos de violencia obstétrica en España. También, la Asociación Dona Llum, Asociación Catalana Por Un Pacto Respetado, que además de intentar mejorar la atención que reciben las mujeres gestantes, asesora jurídicamente a las mujeres que quieran iniciar un proceso legal⁽⁴¹⁻⁴³⁾. Asimismo, se ha establecido recientemente (febrero de 2022) el Grupo de Trabajo en Violencia Obstétrica y Perspectiva de Género en Salud, en el marco de la Sociedad Catalana de Obstetricia y Ginecología (SCOG), de la Academia de Ciencias Médicas y de la Salud de Cataluña y de Baleares, con el objetivo de trabajar en la salud integral de la mujer y en el abordaje de la violencia obstétrica mediante acciones de sensibilización, prevención y formación⁽⁴⁴⁾.

1.6 JUSTIFICACIÓN DE LA PERSISTENCIA DE LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN LA SOCIEDAD

Según señala la OMS, la violencia obstétrica se engloba dentro de un problema estructural ya establecido, trivial e invisible en la práctica habitual, lo que dificulta su aceptación como un abuso de los derechos humanos. Esta práctica proviene de una cultura paternalista que naturaliza estos procedimientos de forma que finalmente acaban siendo aceptados por la comunidad^(1,8,12,15).

La violencia obstétrica, además de ser admitida en la sociedad, se presenta como una práctica reiterada y consolidada por todos los participantes, incluyendo a las propias mujeres. De esta forma, se siguen repitiendo los patrones establecidos, contribuyendo a la desigualdad social⁽⁵⁾.

Existe una falta de información por parte de la mujer respecto a sus derechos sexuales y reproductivos, de forma que, a menudo, no percibe si ha experimen-

tado violencia obstétrica⁽¹⁾. En este contexto, se obvian las demandas de las gestantes, se contestan a disgusto o se ridiculizan, lo cual supone una violación de sus derechos⁽²⁾.

El parto es un proceso fisiológico⁽⁵⁾ que requiere supervisión por parte de profesionales capacitados ante posibles complicaciones. Sin embargo, acostumbra a visualizarse como una intervención sanitaria más^(10,12). La atención integral durante el trabajo de parto ha sido reemplazada de forma gradual por técnicas enfocadas en el tratamiento de un proceso patológico, bajo la percepción de la gestación como un acontecimiento que necesita una supervisión y una atención terapéutica excesiva⁽¹⁾. Así pues, la falta de confianza en el desarrollo natural del parto puede llevar al profesional sanitario a sobrevalorar el peligro de un parto vaginal tras una cesárea, y a decantarse por recurrir a una cesárea no consentida antes de acceder a un parto vaginal⁽⁴⁾. El temor por parte del médico a llevar a cabo una mala praxis repercute activamente en su decisión a la hora de realizar un número desproporcionado de procedimientos⁽⁵⁾. A nivel profesional, existe un esfuerzo por legitimar el uso de la violencia obstétrica debido a la sobrecarga asistencial, la falta de recursos y de equipamiento y el desgaste físico y mental⁽¹⁾.

La estandarización de la atención durante este proceso fomenta su normalización^(3,8,11). De hecho, el profesional sanitario suele ejercer la violencia obstétrica sin percibirla como tal^(2-4,10,16). Además, esta práctica está tan integrada en la sociedad que es incluso previsible por parte de las gestantes. Resulta singular el hecho de que las profesionales de la salud puedan ser, al mismo tiempo, autoras y víctimas de este fenómeno⁽¹⁾. Por tanto, supone un problema muchas veces obviado por la comunidad médica y por la propia paciente.

En contraposición a los resultados obtenidos en los países nórdicos, en los que la violencia obstétrica se ejerce de forma inconsciente, en Asia, África y Sudamérica, suele desempeñarse de manera intencionada, ya sea debido a la escasez de tiempo o la carencia de medios⁽¹¹⁾.

Existe la convicción de que los responsables de determinar la forma en la que se desarrolla el parto son los profesionales sanitarios, sin tener en cuenta las preferencias de las mujeres gestantes^(11,14). De esta forma, la maternidad se ha visto desplazada bajo la perspectiva y rigor médico-científico⁽¹²⁾. En el ámbito médico y jurídico se inhabilita la decisión de la madre en caso de que exista la sospecha de algún peligro para el bebé, restando importancia a la mujer sobre su autonomía reproductiva y contribuyendo a la persistencia de la violencia obstétrica en la sociedad. Las preferencias de la madre están supeditadas al bienestar de su hijo, negándole protección a nivel estatal aunque peligre su vida o salud física y psicológica^(4,12,14). Es patente que ningún ser humano puede verse forzado a acatar una decisión médica (como ser donante para un trasplante renal) a pesar de que esa decisión pueda evitar el fallecimiento de otra persona, incluso si se trata de su propio hijo. No obstante, se pretende que la gestante ponga en riesgo su salud y, en ocasiones, su vida para dar a luz a un hijo sano^(12,14).

1.7 AVANCES EN LA VISIBILIDAD FRENTE A LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA

A nivel supranacional, se han redactado documentos por parte de organismos internacionales con responsabilidades en el campo de la violencia de género, como la Guía de cuidados en el parto normal de la OMS de 1996^(12,45).

También se han llevado a cabo diferentes acciones para visibilizar la violencia obstétrica. Son ejemplos de ello, la organización *National Advocates for Pregnant Women* que ha estudiado e investigado casos de violencia obstétrica para defender la atención a la maternidad en Estados Unidos, la campaña *#BreaktheSilence* gestionada por la organización *ImprovingBirth* que dio voz a los abusos y los traumas sufridos por estas mujeres o la Organización No Gubernamental (ONG) *Human Rights in Childbirth* enfocada en defender los derechos de las mujeres durante el parto^(4,14).

El empoderamiento femenino y la reducción de la morbilidad materna e infantil son objetivos prioritarios para La Agenda 2030 de Desarrollo Sostenible⁽⁴⁶⁾. Una de las acciones indicadas para lograr este fin es el de prevenir la práctica de cesáreas injustificadas⁽²¹⁾. Cabe destacar el hecho de que actualmente no existe contraindicación para el parto vaginal tras una cesárea previa⁽⁴⁷⁾.

En España, el Ministerio de Sanidad redactó en el año 2010 la Guía de Práctica Clínica del Parto Normal. Asimismo, en el año 2015, la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), junto con la OMS, la Confederación Internacional de Matronas (ICM), la Asociación Internacional de Pediatría (IPA) y la Alianza de la Cinta Blanca (WRA), plantearon la Instalación de Parto Amigable para la Madre y el Bebé (MBFBF), propuesta basada en la falta de respeto y el abuso físico, atención no consentida, atención no digna, discriminación basada en características propias del paciente; desatención y detención en los centros⁽⁸⁾.

1.8 PARTO POR CESÁREA

1.8.1 Prevalencia de parto por cesárea a nivel mundial

La tasa de cesáreas sigue aumentando, principalmente en los países de ingresos medios-altos, debido principalmente al desconocimiento de los riesgos que supone, a factores estructurales y a la protección del recién nacido como justificación de la medicalización del parto^(46,48-51). También podría ser fruto de una creciente solicitud por parte de la gestante debido al miedo al parto^(6,50,51).

El alto índice de cesáreas supone un grave problema de salud pública dado el elevado gasto, el exceso de recursos y los riesgos tanto maternos como perinatales que conlleva la intervención^(21,46,47). Con el fin de contrastar el porcentaje de cesáreas en los distintos centros hospitalarios y reducir el aumento desproporcionado de las mismas, se ha propuesto la utilización del sistema de clasificación de diez grupos de Robson (RTGCS), recomendado por la OMS^(21,47,51).

La prevalencia de cesáreas es muy variable según los diferentes países y regiones. Las cifras más elevadas de cesárea se observan en la República Dominicana (56,4%), Brasil (55,6%) y Egipto (51,8%). Por el contrario, las menores tasas de cesárea se contabilizan en África (7,3%). En Europa la mayor parte de países, registran tasas que fluctúan entre el 25% y el 35%⁽²¹⁾.

Actualmente, la tasa de cesáreas se considera un indicador de calidad de la atención de los servicios sanitarios. Según la OMS la proporción de cesáreas no debería sobrepasar el límite del 15%^(9,12,47), ya que cifras superiores apenas pueden respaldarse basándose en la evidencia científica^(46,51). Amelia Valladolid y otros, defienden en su artículo publicado en 2021 que no existe una tasa de cesáreas óptima, sino indicaciones apropiadas y razonables para la misma⁽⁴⁸⁾.

1.8.2 Situación en España

Las cifras de cesárea en España sobrepasan sustancialmente los niveles recomendados por la OMS, situándose alrededor de un 25%⁽⁹⁾. En 2015, la tasa media de cesáreas registrada en las 17 CCAA fue del 24,5%⁽²¹⁾. Aun así, la diferencia entre regiones es evidente.

Por ejemplo, en un estudio llevado a cabo en Valencia entre 2010 y 2018 la tasa de cesáreas se situó en torno a un 19%, en el País Vasco en un 13,3% entre 2015 y 2017 y en Alicante sobre un 23,9% entre el 2009 y 2012 (previamente a la implantación de las intervenciones) y sobre un 20,9%, entre 2013 y 2017 (posteriormente a la implantación de las mismas)^(21,47,48). Todo ello cuestiona su justificación⁽⁵⁾.

El mismo estudio llevado a cabo en 2020 en Valencia demostró que las mujeres comprendidas en los grupos 1 y 2 de Robson (mujeres nulíparas con un embarazo único y con presentación cefálica de 37 o más semanas de gestación) fueron las más determinantes en cuanto al aumento en la tasa global de cesáreas (20,4% y 29,4% respectivamente)⁽²¹⁾.

El nivel de cesáreas en cada uno de los grupos de Robson en el estudio realizado en el País Vasco se encontraba dentro de los parámetros estipulados, menos en el caso del grupo 5, que se estableció en un 37,4% , el grupo 8, sobre un 42,6% y el grupo 10, en un 19,5%. En estos grupos, las cifras se situaron por debajo de los valores de referencia. En el centro del estudio las cesáreas previas no implicaban la necesidad de una cesárea electiva (grupo 5). Del mismo modo, la presentación transversa del segundo gemelo no se vinculaba a la cesárea electiva (grupo 8), así como tampoco se tenía en cuenta la edad gestacional en el tipo de parto (grupo 10). Probablemente, todo ello contribuyó a la reducción del número de cesáreas en cada uno de los grupos mencionados favoreciendo, a su vez, el descenso de la tasa global de cesáreas. La baja prevalencia de cesáreas se relacionó con resultados perinatales favorables. Al igual que en el estudio realizado en Valencia, la proporción de cesáreas incluidas en el grupo 1 de Robson fue

mayor durante el año 2017 que en el año 2015, mientras que en el grupo 3 (mujeres multíparas sin cicatriz uterina previa con un embarazo único y con presentación cefálica de 37 o más semanas de gestación y en trabajo de parto espontáneo) disminuyó de 2016 a 2017⁽⁴⁸⁾.

Finalmente, en el estudio realizado en Alicante, tras la aplicación del plan estratégico, la tasa global de cesáreas disminuyó un 3%, reduciendo el riesgo de parto por cesárea un 16% y asociando un descenso considerable de la tasa total de cesáreas, sin que ello conllevara un incremento de resultados perinatales desfavorables. Las gestantes que más influyeron en el nivel medio de cesáreas tras la aplicación del plan estratégico fueron las del grupo 2 de Robson, mientras que el grupo que más incidió antes de la implantación de las intervenciones fue el grupo 5, que se redujo significativamente en el periodo postimplantación⁽⁴⁷⁾.

En relación a la tasa media de cesáreas registrada en nuestro país, la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia elaboró en 2012 un documento de consenso denominado "Estrategias para racionalizar la tasa de cesáreas en España" inspirado en las sugerencias de la 'Guía de Práctica Clínica de Atención al Parto Normal' propuestas por el Ministerio de Sanidad y Política Social en 2010⁽⁴⁷⁾.

1.8.3 Factores de riesgo y factores protectores

El incremento de las cesáreas se asocia a aspectos psicológicos (escasa atención, inequidad en la asistencia, temor al parto), aspectos socioculturales (elección de la fecha de nacimiento, percepción de un mayor nivel socioeconómico) y la falsa seguridad que ofrecen los partos por cesárea^(5,19).

Además, el primer parto determina en gran medida la elección del método empleado en futuros partos⁽²⁰⁾.

Respecto a los factores que se asocian a una mayor proporción de partos por cesárea, se encuentran los hospitales privados⁽⁵⁾ y las gestaciones en mujeres mayores de 35 años⁽²¹⁾.

Como se ha comentado anteriormente, uno de los motivos del aumento de cesáreas entre las gestantes se debe a una mayor participación de la mujer en la toma de decisiones, que conlleva una mayor solicitud de cesárea electiva^(46,50). De la totalidad de los partos llevados a cabo por cesárea en el estudio presentado por Olieman y otros, entre el 1 y el 9% correspondían a cesáreas electivas⁽⁵⁰⁾. La violencia de género incrementa la probabilidad de trauma psicológico y miedo al parto, lo que a su vez propicia un aumento en las peticiones de cesárea, especialmente en aquellos casos en los que no existe un tratamiento adecuado para el dolor ni un acompañamiento durante el proceso^(6,20,46,50).

Respecto a los antecedentes de agresión sexual, los estudios realizados muestran resultados dispares. Si bien en algunos de ellos se demuestra una asociación

entre la violencia sexual y el riesgo de cesárea tanto electiva como de urgencia, en otros no se aprecia dicha relación. En concreto, en el estudio llevado a cabo por Gisladdottir y otros, no se aprecian diferencias en cuanto a la probabilidad de finalizar el parto mediante una cesárea electiva entre los grupos mujeres con y sin antecedentes de agresión sexual. No obstante, sí se identificó una menor incidencia entre las mujeres agredidas en la adolescencia⁽⁵²⁾. Razi y otros tampoco encontraron asociación⁽⁵³⁾. Por otro lado, en el artículo publicado por Schei y otros, el haber sufrido violencia sexual elevó las tasas de cesárea sin justificación médica. En madres primerizas se vio incrementada la tasa de cesárea electiva, mientras que en el caso de las múltiparas que habían sufrido abuso físico el aumento se produjo en las cifras de cesárea de urgencia. El hecho de que la agresión sexual se lleve a cabo durante el embarazo, también puede influir en la decisión de la madre sobre el modo de parto⁽²⁰⁾. El artículo de Henriksen y otros también señala que, a mayor gravedad de violencia sexual, mayores son las tasas de cesárea. Los casos de violencia sexual moderada presentaban un riesgo más elevado de cesárea urgente, mientras que los de violencia sexual grave (violación) se relacionaron con cesárea electiva. Probablemente, el miedo al parto sea debido a que el sufrimiento físico durante el trabajo de parto evoque recuerdos de violencia sexual. Por este motivo, existe mayor predisposición por parte de los obstetras a conceder una cesárea electiva cuando estos antecedentes son conocidos⁽⁶⁾.

En contraposición a los países desarrollados donde se solicitan las cesáreas a petición materna, en el estudio *Perception and attitude of women with previous caesarean section towards repeat caesarean delivery*, llevado a cabo en Nigeria, un 24,46% de las mujeres con antecedente de cesárea rechazaría este método en un futuro embarazo, a pesar de estar médicamente indicado. La tasa de rechazo fue todavía mayor entre las mujeres con antecedente de muerte perinatal en una cesárea anterior⁽⁴⁹⁾.

En cuanto a los factores protectores, cabe destacar que unas directrices sólidas en cuanto a la cesárea electiva junto a otros factores socioculturales conllevan una mayor incidencia de partos por vía vaginal⁽²¹⁾.

1.8.4 Tipos de cesárea

Existen varios tipos de cesárea, distinguiéndose la cesárea electiva, la cesárea en curso de parto o de recurso, la cesárea urgente y la cesárea emergente. La cesárea electiva es aquella que se programa con antelación y se realiza antes del inicio del parto en gestantes con patología materna o fetal que contraindique o desaconseje un parto por vía vaginal. La cesárea en curso de parto o de recurso se realiza durante el curso de parto por indicación materna, fetal o mixta, incluyendo la desproporción pélvico-fetal, fracaso de inducción, distocia de dilatación o de descenso y parto estacionado, sin riesgo inminente para la madre o el feto. La cesárea urgente es aquella que se realiza como consecuencia de una patología de la madre o del feto, en la que se sospecha compromiso del bienestar fetal.

Puede ser anteparto o intraparto y se recomienda la finalización del embarazo de forma rápida. El tiempo seguro entre el diagnóstico y el inicio de la cesárea no debe superar los 30 minutos. Por último, la cesárea emergente se indicará en situaciones en las que exista un riesgo vital para la madre y/o el feto: rotura uterina, prolapso del cordón umbilical, desprendimiento prematuro de placenta normoinsera, placenta previa con hemorragia que comprometa el estado hemodinámico de la paciente y embolia del líquido amniótico. La extracción fetal se tendrá que realizar en menos de 15 minutos. Normalmente el profesional se inclina por seguir las indicaciones médicas, teniendo en cuenta las preferencias de las gestantes cuando es viable⁽⁴⁶⁾. La cesárea puede llevarse a cabo a petición materna⁽²⁰⁾, pero existen otros motivos por los que los obstetras pueden inclinarse por una cesárea electiva, así como beneficios estructurales, de gestión, técnicos, económicos o institucionales⁽⁴⁶⁾. Asimismo, los profesionales sanitarios pueden ser más propensos a facilitar la cesárea a petición materna frente a la sensibilización hacia aquellas mujeres que han sufrido algún tipo de abuso, de forma que se les permita asumir el control del proceso de parto⁽⁶⁾.

El volumen considerable de cesáreas, sobre todo en los países de renta media, refleja el incremento de cesáreas electivas⁽⁴⁶⁾. La cesárea ha demostrado ser útil en la reducción de la morbilidad materna y perinatal siempre que se realice en base a las indicaciones médicas⁽⁴⁸⁾. Sin embargo, no se han descrito ventajas cuando no puede justificarse a nivel médico, suponiendo, por añadidura, un incremento presupuestario y mayor riesgo para la salud^(46,50,51).

Las indicaciones más habituales para la práctica de cesárea fueron el parto estacionado, el fracaso de inducción, la desproporción cefalopélvica y el sufrimiento fetal⁽⁴⁸⁾. Las cesáreas a petición materna se relacionaron principalmente con motivos psicosociales como el temor al parto, presente en un 20% de las gestantes⁽⁵⁰⁾. Del mismo modo, una experiencia adversa durante el parto se relaciona con un mayor número de cesáreas a petición materna en futuros embarazos, que pueden dar lugar asimismo a un resultado desfavorable⁽¹⁹⁾.

La tasa de cesárea electiva es variable en las diferentes publicaciones. Olieman y otros la sitúan entre un 1% y un 9% en relación a todas las cesáreas realizadas⁽⁵⁰⁾. En el estudio llevado a cabo por de Loenzien y otros la tasa se sitúa en un 14,8%, siendo mayor en el caso de las multíparas (18,4%) frente a las primíparas (10,1%)⁽⁴⁶⁾. Del mismo modo, se describió una mayor prevalencia de cesárea sin indicación médica en multíparas (14%) que en primíparas (7%) del total de mujeres que fueron sometidas a cesárea en un estudio de cohorte realizado en seis países europeos⁽²⁰⁾.

1.8.5 Consecuencias del parto por cesárea

El parto por cesárea se relaciona con consecuencias negativas para la salud tanto de la madre como del bebé, además de un mayor gasto económico^(48,50,51).

Un estudio realizado en Nigeria señala entre las causas más importantes de aversión ante una segunda cesárea el dolor postoperatorio, motivos culturales o religiosos, los costes del procedimiento y antecedentes de complicaciones tras la misma⁽⁴⁹⁾.

En el estudio ya mencionado realizado por Olieman y otros, se indicaron cifras de depresión y ansiedad anteparto más elevadas ante la petición de cesárea electiva, sin mostrar diferencias en los índices de depresión postparto entre las mujeres que se sometieron a cesárea electiva respecto a las mujeres con parto vaginal que no la habían solicitado. Por otro lado, se señalan niveles más elevados de depresión, miedo al parto y de trastorno de estrés postraumático en las mujeres que priorizaron una cesárea electiva y tuvieron un parto por vía vaginal. Asimismo, se evidenciaron mayores niveles de depresión postparto entre las gestantes sujetas a una cesárea pese a su elección de dar a luz por vía vaginal. Todo ello sugiere que probablemente lo que provoque el malestar sea el no respetar sus decisiones, y no el modo de parto⁽⁵⁰⁾. Cabe destacar que, tanto la cesárea electiva (programada) como la cesárea de urgencia constituyen un factor de riesgo para el trastorno de estrés postraumático postparto⁽¹⁷⁾.

1.9 CESÁREA Y VIOLENCIA OBSTÉTRICA

El antecedente personal de violencia obstétrica se asocia a un mayor nivel de cesáreas y partos prematuros⁽¹⁶⁾. Pese a ser considerado como un elemento protector en cuanto a la violencia obstétrica verbal, la cesárea fue reconocida como un componente de riesgo para la violencia obstétrica a nivel psicoafectivo⁽⁷⁾.

Tanto en las mujeres primerizas como en aquellas con partos previos, los casos de abuso grave en el sistema sanitario se relacionaron con temor al momento de parto e intención de parto por cesárea⁽¹¹⁾.

También se relaciona el incremento del dolor durante el parto con los abusos sufridos durante la infancia, siendo este un ítem a tener en cuenta frente a la percepción de la gestante que contribuye a un aumento en la tasa de cesáreas⁽¹⁶⁾.

2. METODOLOGÍA

2.1 DISEÑO Y MUESTRA

Para llevar a cabo el estudio se aplicó un diseño transversal, con el objeto de utilizar un instrumento previamente validado y publicado en la literatura para determinar la prevalencia de violencia obstétrica en las Islas Baleares. Para ello se diseñó una herramienta denominada “Cuestionario sobre la Atención Recibida durante el proceso de Aborto, Embarazo, Parto y Posparto” que permitiera recopilar información respecto a las variables sociodemográficas de las participantes del estudio e información relativa a sus antecedentes obstétricos. En este cuestionario se incluyó, asimismo, el Test de Violencia Obstétrica⁽⁵⁴⁾ creado por varias

organizaciones argentinas, incluyendo la “Asociación Civil Dando a Luz” y “Colectiva Maternidad Libertaria”, que ya había sido utilizado en publicaciones previas⁽⁵⁵⁻⁵⁷⁾. Los ítems del mismo incorporados al cuestionario, correspondían a la transcripción original. Además, se incluyeron aspectos relativos a la experiencia de parto, entre otras cuestiones.

A través del test se pretendía determinar si las mujeres encuestadas habían sido víctimas de violencia obstétrica. Igualmente, se pretendía establecer la atención recibida por las mujeres participantes en cuanto al ejercicio de ciertas prácticas que pueden englobarse dentro de la violencia obstétrica, ya que en ocasiones la violencia obstétrica experimentada no es percibida como tal.

Al inicio del cuestionario del estudio se adjuntó un consentimiento informado donde se exponía la información relativa al estudio y en el que se explicaba el carácter voluntario y anónimo de la encuesta. Las mujeres participantes debían leer los datos aportados y facilitar su consentimiento de forma digital señalando la casilla correspondiente. Su conformidad era necesaria para participar en el estudio en forma de pregunta de cumplimentación obligatoria, que no permitía acceder al cuestionario sin aceptación previa. Así pues, la aceptación del mismo implicaba el consentimiento del uso de los datos personales de las mujeres encuestadas. A pesar de que se solicitara el correo electrónico para acceder al cuestionario, este no se recogió, como tampoco otros datos personales que pudieran comprometer la identidad de las participantes. El acceso a la encuesta mediante el correo electrónico se estableció como metodología para garantizar que cada mujer respondía una única vez al cuestionario. Los datos reflejados en la encuesta fueron tratados de forma anónima y confidencial respetando la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos de carácter personal y Garantía de los Derechos Digitales (LOPDGDD). Las participantes fueron informadas de estos aspectos antes de responder voluntariamente al cuestionario.

El estudio se realizó con mujeres que acudieron a consultas con especialistas en Ginecología o Medicina Familiar y Comunitaria en diferentes Centros de Salud dentro de la Comunidad Autónoma de las Islas Baleares, como el Centro de Salud Rafal Nou y otros Centros de Salud y Unidades de Atención Primaria de las Islas Baleares, así como en la consulta de Salud Sexual y Reproductiva del Hospital General.

Con el fin de definir el tamaño muestral adecuado para corroborar los datos obtenidos en el estudio mediante el Test de Violencia Obstétrica ya validado, se revisó la literatura publicada relativa al tamaño de la muestra empleada para validar una escala. En relación a este tema, se recomienda incluir de 2 a 20 sujetos por cada ítem, con un mínimo absoluto de 100 a 250 individuos. Comrey y Lee⁽⁵⁸⁾ consideraron como pobres aquellas escalas validadas con apenas 100 sujetos, regulares en torno a 200, buenas si contaban con cerca de 300, muy buenas si el número era de 500 y excelentes si se contaba con más de 1000 personas⁽⁵⁹⁾.

Si nos remitimos a las publicaciones existentes, algunos autores señalan la necesidad de contar con entre 5 y 10 candidatos por cada elemento, sin embargo, otros autores indican que es suficiente con 2 o 3 personas por punto a condición de que el total de participantes sea igual o superior a 200^(60,61). En función de estas directrices se estableció un tamaño muestral mínimo de 5 sujetos por ítem⁽⁵⁹⁻⁶²⁾, contando finalmente con un total de 253 participantes.

Por otro lado, se llevó a cabo un estudio observacional, de carácter descriptivo y de corte transversal, para determinar la proporción de mujeres víctimas de violencia obstétrica en las Islas Baleares. En esta situación, para el estudio, se esperaba una prevalencia del 40%, que se estimó según las estadísticas del Observatorio español de Violencia Obstétrica y las publicaciones realizadas por Mena-Tudela, que describen una prevalencia de violencia obstétrica en España de alrededor de un 40%^(8-10,28). Se deseó un margen de error (M) para el intervalo de confianza (IC) del 95% de $\pm 5\%$ (M=0,05). Esto se traduce en que se esperaba que el resultado fuera una proporción igual a 0,40 (IC 95%: 0,35 a 0,45). Para saber cuántos partos, como unidad de análisis, eran necesarios para responder a esta cuestión se partió del IC de una proporción, que despejando la n da la siguiente fórmula:

$$n = \frac{z_{\alpha/2}^2 \times p \times q}{M^2}$$

En este caso, sería: $n = \frac{(1.96)^2 \times (0.40) \times (0.60)}{(0.05)^2} = 368,8$

Es decir, se requerían un total de 370 partos. Finalmente, el número total de partos incluidos en el estudio fue de 466.

El cuestionario se ofreció a todas aquellas mujeres que acudieron a la consulta del Centro de Salud Rafal Nou y otros Centros de Salud y Unidades de Atención Primaria de las Islas Baleares, así como en la consulta de Salud Sexual y Reproductiva del Hospital General y cumplían los criterios de inclusión. La recogida de datos se realizó en el periodo comprendido entre febrero de 2022 y abril de 2022. Los criterios de inclusión contemplaron mujeres mayores de 18 años que habían experimentado el proceso de embarazo, parto, posparto o aborto, que tuvieran un nivel formativo básico necesario para leer y comprender las preguntas, que dispusieran de correo electrónico y conexión a internet para acceder al cuestionario, con un buen uso del teléfono móvil u otro dispositivo electrónico para completarlo y que hubieran otorgado su consentimiento informado para participar en el estudio. El desconocimiento de lengua española y que no completaran el 80% del cuestionario o más, se establecieron como criterios de exclusión. Las participantes no recibieron ningún tipo de incentivo por su participación.

Se llevó a cabo un estudio observacional, de carácter descriptivo y de corte transversal entre noviembre de 2021 y mayo de 2022. Se incluyeron en el estudio las mujeres atendidas en los centros indicados previamente, que respondieron al cuestionario y que cumplían los criterios de inclusión y de exclusión. De esta forma, la población objeto de estudio estuvo formada por mujeres atendidas en los respectivos centros que habían dado a luz o habían tenido un aborto en España o fuera de España, ya fuera en hospitales públicos o privados o en su domicilio, por vía vaginal o por cesárea.

2.2 FUENTES DE INFORMACIÓN E INSTRUMENTO DE RECOGIDA DE DATOS

El desarrollo del “Cuestionario sobre la Atención Recibida durante el proceso de Aborto, Embarazo, Parto y Posparto” se realizó de acuerdo a las sugerencias de la bibliografía. En primer lugar, se revisó la documentación disponible para asegurar que no se había elaborado una herramienta para la misma finalidad en concreto en los últimos 5 años. Para ello, se revisaron las bases de datos PubMed, Cochrane y Scientific Electronic Library Online (SciELO) incluyendo los artículos publicados durante los últimos 10 años tanto en inglés como en español. Los descriptores y las palabras clave utilizados en una primera aproximación se obtuvieron de los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) de la Biblioteca Virtual en Salud (BVS) y del tesoro de vocabulario controlado elaborado por la National Library of Medicine (NLM) Medical Subject Headings (MeSH) y se agruparon mediante operadores booleanos, dando diferentes combinaciones entre los términos: "Delivery, Obstetric", "Gender-Based Violence", "Cesarean Section", "Obstetric Violence" y "Spain". La revisión de la literatura se empleó con el objeto de definir los procedimientos que podrían vincularse con la violencia obstétrica para formular los elementos del cuestionario y desarrollar el contexto actual del tema a tratar. También se consultaron otras fuentes de información.

Además, se revisó la Guía de Práctica Clínica Española de Atención al Parto Normal⁽⁶³⁾, en la que se proponen como líneas de futuras investigaciones “realizar nuevas investigaciones que permitan esclarecer la influencia del estado de ánimo de la mujer, su sensación de seguridad y confianza, sobre los resultados durante el parto” y “nuevos estudios con instrumentos validados de evaluación de satisfacción materna con la experiencia del parto”. Asimismo indica que “son necesarios nuevos estudios que investiguen los factores relacionados con la satisfacción, que incluyan resultados sobre el bienestar emocional y psicológico materno. Así como, un método sólido de evaluación de la satisfacción materna”.

A nivel legislativo, se llevó a cabo una búsqueda en la Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela, el Boletín Oficial de la República Argentina, el Diario Oficial de la Federación de los Estados Unidos Mexicanos y el Boletín Oficial del Estado.

Para recopilar los datos del estudio, se elaboró y se aplicó un cuestionario online autosuministrado mediante Google Forms, con un total de 50 ítems (6 preguntas abiertas y 44 preguntas cerradas), estructuradas de la siguiente forma: 10 preguntas sobre variables sociodemográficas, 19 preguntas sobre antecedentes obstétricos, 11 preguntas correspondientes al Test de Violencia Obstétrica y 10 preguntas sobre la atención al parto. Para concretar los resultados, las preguntas del Test de Violencia Obstétrica pasaron a ser preguntas dicotómicas (Sí/No) y se consideraron hasta 6 o más partos a lo largo de todo el cuestionario. En el apartado 8.2 del anexo se pueden ver las preguntas de las que se compuso la encuesta.

A continuación, se analizó la validez del contenido mediante una reunión en la que se evaluaron los ítems del cuestionario uno a uno ajustando y corrigiendo aquellos aspectos que suscitaban dudas. Posteriormente, se envió la escala a Audiovisuales y Corrección Lingüística del Hospital Universitario Son Espases para su revisión y aprobación y no se modificó ningún ítem (enero 2022). El cuestionario también fue revisado por personal de IBDona y de Gènere de IBSalut. Asimismo, se elaboraron folletos para la difusión del cuestionario que fueron aprobados por el equipo de Audiovisuales y Corrección Lingüística del Hospital Universitario Son Espases.

La recopilación de datos tuvo lugar entre febrero y abril de 2022 mediante el cuestionario aprobado, que se distribuyó entre las participantes mediante un código QR incluido en el folleto y que debían escanear con su teléfono móvil. Las mujeres rellenaron el cuestionario en su tiempo libre. Se recogió información sobre las variables sociodemográficas, las características clínicas, los resultados obstétricos y las prácticas clínicas que se habían realizado, así como cualquier tipo de problema o molestia durante el proceso y la opinión personal de las participantes. Además, se facilitó un apartado de comentarios adicionales abierto a cualquier sugerencia o experiencia que quisieran aportar. Estos comentarios se considerarían de cara a estudios posteriores.

Una vez finalizado el trabajo de campo, se llevó a cabo el tratamiento de los datos recopilados.

2.3 VARIABLES DEL ESTUDIO

Las principales variables que se estudiaron fueron la violencia obstétrica experimentada y la percepción de violencia obstétrica por parte de las mujeres participantes.

Para establecer la prevalencia de la violencia obstétrica experimentada por parte de las mujeres participantes en el estudio, se utilizó el Test de Violencia Obstétrica. En la línea del Test de Violencia Obstétrica de El Parto es Nuestro, en el que se indica que “si la respuesta a cualquiera de estas preguntas es sí, fuiste

víctima de violencia obstétrica”⁽⁵⁴⁾, y teniendo en cuenta que la violencia obstétrica es difícil de clasificar, se consideró que la obtención de alguna respuesta afirmativa en cualquiera de los ítems del test original era un indicador de violencia obstétrica.

En base a la búsqueda realizada tanto a nivel bibliográfico como a nivel legislativo se consideró que las mujeres participantes en el estudio también habían experimentado este tipo de violencia cuando no se les pidió autorización para la realización de ciertas prácticas, informándoles del por qué, sus riesgos y beneficios (preguntas 19, 20, 21, 22, 23, 26 y 30). Estas prácticas fueron parto inducido o instrumentado, parto por cesárea, uso de anestesia durante el parto, episiotomía, rasurado o enema. También se consideró que las participantes habían experimentado violencia obstétrica en caso de haber disconformidad con alguna de las acciones mencionadas en la pregunta 31: respetar el plan o expectativas de parto que se había acordado verbalmente o por escrito, lactancia materna en la primera hora después del parto, respetar su intimidad, acelerar o ralentizar el parto por conveniencia del personal sanitario, atención prestada durante el proceso de parto, uso de palabras técnicas que dificultaron la comprensión del proceso de parto y comunicación adecuada para resolver dudas o manifestar sus miedos o inquietudes. Estas variables se midieron como "sí/no" . Las participantes podían responder a más de un ítem.

Estas variables se presentaron como posibles predictores de haber sufrido violencia obstétrica fundamentándose en la búsqueda realizada. Un ejemplo de ello es la Ley Orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia, del 23 de abril de 2007, que establece las prácticas que conforman la violencia obstétrica.

Por otra parte, la pregunta 38 del “Cuestionario sobre la Atención Recibida durante el proceso de Aborto, Embarazo, Parto y Posparto” sirvió para analizar la percepción de Violencia Obstétrica por parte de las mujeres encuestadas. Se determinó haber sufrido violencia obstétrica en cualquiera de los supuestos mencionados en el Test de Violencia Obstétrica a pesar de no coincidir con la percepción de violencia obstétrica por parte de la mujer.

Otras variables consideradas en el estudio fueron las características sociodemográficas como la edad, el peso, la talla, el estado civil, el lugar de nacimiento, el nivel académico, la profesión, la categoría profesional, el tipo de trabajo o el nivel de ingresos propios y los antecedentes obstétricos como la paridad, la edad en el momento del parto, las semanas de gestación en el momento del parto, la Comunidad Autónoma o país donde tuvo lugar, dónde sucedió el parto (hospital público, privado o domicilio), el tipo de parto, las complicaciones maternas y del recién nacido y la satisfacción con la atención recibida en una escala visual analógica desde 1 (la peor atención prestada) hasta 10 (la mejor atención prestada). La principal variable estudiada respecto a las acabadadas de comentar fue el modo de parto. Todas las variables fueron autodeclaradas por las mujeres. Por último,

se añadieron algunas preguntas sobre la opinión general de las mujeres encuestadas en cuanto a la atención sanitaria recibida en formato de respuesta libre.

2.4 ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Una vez concluido el trabajo de campo, se generó una base de datos a partir de los cuestionarios cumplimentados. Los datos se procesaron con el programa Statistical Package for Social Sciences (SPSS) en su versión 28.0.0.0 (190).

Se realizó un análisis descriptivo de las variables cualitativas recogidas a través del “Cuestionario sobre la Atención Recibida durante el proceso de Aborto, Embarazo, Parto y Posparto”, determinándose su frecuencia y porcentaje. Los datos categóricos se describieron asimismo como frecuencias. Además, se determinaron las relaciones estadísticamente significativas entre las principales variables con la prueba chi-cuadrado de Pearson y la prueba exacta de Fisher para las variables dicotómicas (positividad para violencia obstétrica en la herramienta validada y percepción de la misma en los diferentes partos). El nivel de significación estadística se fijó en $p < 0,05$.

Por último, se calculó la curva ROC para estudiar la capacidad de las mujeres para percibir la violencia obstétrica y conocer el rendimiento global de la percepción de las mismas. El cálculo del área bajo la curva (AUC) sirvió para proporcionar una idea de la fiabilidad de la percepción por parte de las mujeres, indicando la capacidad de la percepción por parte de las mujeres para discriminar correctamente entre las mujeres que habían experimentado violencia obstétrica y las que no.

2.5 CONSIDERACIONES ÉTICAS

El estudio se realizó de acuerdo con las normas éticas de la Declaración de Helsinki de 1964 y las reformas posteriores o normas éticas equiparables.

3. RESULTADOS

La mayor parte de las participantes del estudio, tenían una edad comprendida entre los 41 y los 50 años (35,97%), un índice de masa corporal (IMC) entre 18,5 y 24,9 kg/m², es decir, normopeso (66,01%), eran mujeres casadas (66,40%), con nacionalidad española (90,51%), con estudios universitarios (41,90%) y un nivel de ingresos entre 1500€ y 2000€ (27,67%). Las profesiones más comunes entre las encuestadas fueron administración y gestión (21,74%), educación (17,39%) y sanidad y farmacia (17,39%). La distribución en función de las variables sociodemográficas puede observarse en las tablas 1-9 en el anexo 8.3.

En relación al número de partos, 86 de las encuestadas habían tenido un parto (33,99%), 130 de ellas tuvieron 2 partos (51,38%), 30 mujeres 3 partos (11,86%), 6 mujeres 4 partos (2,37%), ninguna mujer había tenido 5 partos y solo una de

ellas tuvo 6 o más (0,40%). En cuanto a la edad más frecuente en el momento del parto, se situó entre los 31-40 años en primer lugar (61,59%) y entre los 20-30 años en segundo lugar (33,91%). La mayoría de mujeres dieron a luz entre las 37-42 semanas de gestación (65,02%).

Se registraron 359 partos en las Islas Baleares, 93 partos en otras CCAA y 14 partos en otros países (Argentina, Chile, Colombia, Francia, Grecia, Italia, Países Bajos y Reino Unido). Entre los partos registrados fuera de las Islas Baleares, la comunidad autónoma con mayor número de partos fue Cataluña (44 partos), seguida de Aragón (24 partos).

Respecto al lugar de parto, la mayoría se produjeron en el entorno institucional (53,86% de partos en un hospital público y 43,35% en un hospital privado), y tan solo un 2,79% de partos tuvieron lugar en el domicilio. Un total de 19 mujeres realizó un cambio de lugar de parto (pueden consultarse en la tabla 18). El 57,14% de los cambios se llevó a cabo de un hospital privado a un hospital público, mientras que el 23,81% se produjo de un hospital público a un hospital privado.

El 65,66% de las mujeres tuvo un parto por vía vaginal, el 22,32% un parto por cesárea y el 12,02% un parto instrumentado. Centrándonos en los partos por cesárea el 27,88% fueron partos únicos y el 25,96% volvió a tener un parto por cesárea. Del total de partos por cesárea, el 95,19% fueron cesáreas no electivas, mientras que el 4,81% fueron cesáreas electivas. La mayoría de cesáreas no electivas se llevaron a cabo por sufrimiento fetal (22,12%), presentación podálica (18,27%) y cesáreas previas (12,50%). Ninguna de las participantes señaló que la cesárea se había realizado “por decisión del médico, sin aclararle la razón” o “por motivos logísticos del médico”. Solo una de las mujeres que tuvo un parto por cesárea electiva indicó el motivo de la misma: “No quiero volver a pasar por una cesárea urgente”. El 10,58% de las mujeres no indicó el motivo de la cesárea.

En el hospital público el 21,51% de los partos fueron por cesárea frente al 24,75% en el hospital privado. Del total de cesáreas electivas, solo una de ellas se llevó a cabo en el hospital público.

En el 68,45% de los partos se utilizó anestesia. En el 72,73% de los casos la solicitó la paciente, y en el 29,41% de los casos en los que no fue solicitada por la misma, no se le pidió autorización para ello, informándole del por qué, sus riesgos y beneficios.

La complicación más frecuente durante el embarazo fue la diabetes gestacional (24,41%), seguida de la preeclampsia (13,39%), el aborto espontáneo (11,81%) y la incompatibilidad Rh (11,81%). Durante el parto, la principal complicación fue el desgarro perineal (26,39%), seguida del parto estacionado (23,61%) y el sufrimiento fetal (22,92%). Por último, la ictericia (32,53%) fue la complicación más frecuente del recién nacido. Otras complicaciones a destacar fueron el bajo

peso al nacer (16,87%), la hipoglucemia (12,05%) y los problemas respiratorios (12,05%).

La distribución en base al número de partos, la edad en el momento del parto, las semanas de gestación en el momento del parto, los partos fuera de la comunidad autónoma de las Islas Baleares, lugar de parto y cambios realizados respecto al mismo, modo de parto, descripción de los partos por cesárea (cambios en el modo de parto, cesárea electiva y no electiva, lugar de parto), así como el uso de anestesia y las complicaciones durante el embarazo, el parto y las del recién nacido puede observarse en las tablas 10-36 en el anexo 8.3.

Referente a las prácticas que han sido consideradas violencia obstétrica en base a la bibliografía consultada, al 39,85% de las mujeres con un parto inducido o instrumentado no se le pidió autorización para ello, informándoles del por qué, sus riesgos y beneficios; al 15,38% de las mujeres que tuvieron parto por cesárea no se les pidió autorización para ello, informándoles del por qué, sus riesgos y beneficios; al 39,42% no se les explicaron los riesgos frente al parto vaginal y al 45,19% no se les explicaron los riesgos en futuras gestaciones.

Entre las acciones con las que las mujeres estuvieron en desacuerdo cabe destacar el respeto de su intimidad (10,73%), la comunicación inadecuada en la resolución de dudas o la imposibilidad de manifestar sus miedos e inquietudes (9,66%), la acción de acelerar o ralentizar el parto por conveniencia del personal sanitario (9,44%), lactancia materna en la primera hora después del parto (8,80%), atención prestada durante el proceso de parto (8,37%), respeto del plan o expectativas de parto acordado previamente (3,86%) y el uso de palabras técnicas que dificultaron la comprensión del proceso de parto (3,65%). Sin embargo, en el caso de que la paciente no aceptara alguna de las propuestas del personal sanitario o propusiera algún procedimiento o intervención, fue respetado en la mayoría de los casos (63,86%). En la tabla 44 se recogen los comentarios proporcionados por las participantes respecto a otras acciones relevantes que no han sido reflejadas en la pregunta 31.

Se aplicó enema en el 12,45% de los partos, sin consentimiento y/o información a la paciente en el 70,69% de los casos. Respecto a la episiotomía, esta se llevó a cabo en el 26,61% de los partos, sin consentimiento y/o información a la paciente en el 74,19%. Por último, el rasurado se realizó en el 13,95% de los partos, sin consentimiento y/o información a la paciente en el 75,38%. Estos resultados pueden consultarse en las tablas 37-43 incluidas en el anexo 8.3.

El registro que se ha realizado comparando los resultados obtenidos mediante el test ya validado incluido en la encuesta y los obtenidos en relación a las prácticas que también pueden considerarse violencia obstétrica según la literatura a pesar no incluirse en la herramienta validada, se resume en la tabla 46. Las respuestas del Test de Violencia Obstétrica se exponen en la tabla 45. El 57,08% de los partos dio un resultado positivo. Entre las acciones no incluidas en esta encuesta

y que también fueron consideradas como violencia obstétrica se encuentran la práctica de un parto inducido o instrumentado sin la autorización para el mismo, ni la información del por qué, sus riesgos y beneficios; la práctica de una cesárea sin la autorización para la misma, ni la información del por qué, sus riesgos y beneficios; la práctica de una cesárea sin la explicación de los riesgos que conlleva frente al parto vaginal; la práctica de una cesárea sin la explicación de los riesgos en futuras gestaciones; uso de anestesia sin la autorización para la misma, ni la información del por qué, sus riesgos y beneficios; la falta de respeto del plan (o expectativas) de parto que se había acordado verbalmente o por escrito; la disconformidad relativa a la lactancia materna en la primera hora después del parto; la falta de respeto a su intimidad; la aceleración o ralentización del parto por conveniencia del personal sanitario; la disconformidad en cuanto a la atención prestada durante el proceso de parto; el uso de palabras técnicas que dificultaron la comprensión del proceso de parto; la comunicación inadecuada para resolver dudas o manifestar miedos o inquietudes o el hecho de que el equipo obstétrico se enfadara o le hablara del bienestar del bebé ante la negativa a alguna de las intervenciones propuestas o ante la propuesta de algún procedimiento o intervención por parte de la mujer. Estas acciones son las que se recogen las tablas 33 y 37-42. De los partos que habían dado negativo en el Test de Violencia Obstétrica, en 30 de ellos se había experimentado alguna de estas acciones, considerándose en base a la literatura que el total de partos en los que se había producido violencia obstétrica ascendía al 63,52%. Sin embargo, únicamente en el 15,45% de los partos se percibía haber sufrido violencia obstétrica.

Un 60,08% de las mujeres afirmó conocer el término violencia obstétrica. Entre los medios a través de los cuales habían oído hablar de violencia obstétrica destacaban internet y redes sociales (23,03%), varias fuentes de información (19,08%) y radio y otros medios de comunicación (10,53%) (tablas 47-48).

Por último, la mayoría de las mujeres encuestadas valoró positivamente la atención recibida. Estos resultados, así como los comentarios adicionales aportados por las participantes, se reflejan en las tablas 49-50.

4. DISCUSIÓN

Actualmente, las consecuencias derivadas de la iatrogenia de los procedimientos obstétricos que se realizan en mujeres sin una justificación previa han suscitado un interés creciente, priorizando el “parto normal” en el siglo XXI⁽⁵⁾. Hoy en día, la mayor parte de las mujeres pueden dar a luz con el mínimo de intervenciones necesarias sin que esto implique un perjuicio en la calidad de la asistencia médica recibida.

Así pues, es prioritario que se respete la autonomía de la mujer, favoreciendo sus necesidades en la toma de decisiones⁽⁵⁾.

4.1 VIOLENCIA OBSTÉTRICA

Tal y como señala la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) en su Declaración Universal de Bioética y Derechos Humanos: "la salud no depende únicamente de los avances de la investigación científica y tecnológica, sino también de factores psicosociales y culturales"⁽⁵⁾. Por ello, es necesario evaluar la influencia de los determinantes estructurales de la salud en relación a la violencia obstétrica^(5,24).

En el estudio llevado a cabo por Martínez-Galiano y otros, no se identificó ningún tipo de asociación entre las variables sociodemográficas y la violencia obstétrica⁽⁷⁾. Por otra parte, existen estudios que sí determinan asociación entre estos ítems. Tanto las diferencias a nivel económico, social y educativo, como ciertos antecedentes obstétricos repercuten en el ejercicio de los profesionales de la salud. Esta situación afecta principalmente a las mujeres de bajo nivel socioeconómico, bajo nivel de estudios, adolescentes, minorías raciales, drogodependientes, sin seguimiento prenatal y sin acompañamiento durante la asistencia médica. El riesgo de episiotomías injustificadas era más alto en este grupo, así como el de exploraciones vaginales reiterativas con objetivos docentes. Asimismo, las mujeres blancas, con un mayor nivel socioeconómico y atendidas en hospitales privados, eran más propensas a tener un parto por cesárea^(1,2,18). En base a los resultados obtenidos en relación al nivel de ingresos, en el 88% de los partos en mujeres con unos ingresos mensuales inferiores a 500€ se había experimentado violencia obstétrica frente al 30% de los partos en mujeres con ingresos superiores a 5000€ (tabla 54). En el caso del nivel educativo, los niveles más bajos de escolarización (educación primaria y secundaria) presentaron una mayor violencia obstétrica con un 73,08% y 70% respectivamente, frente al 14,29% reflejado en las mujeres con estudios de doctorado (tabla 53). La frecuencia de violencia obstétrica observada en variables tales como el índice de masa corporal o el lugar de nacimiento se recogen en las tablas 51 y 52. Sin embargo, cualquier mujer al margen de su nivel sociocultural es susceptible de ser objeto de violencia obstétrica⁽⁷⁾.

La posibilidad de experimentar violencia obstétrica es más elevada en relación al número de partos⁽⁷⁾. En este trabajo, en mujeres con un único parto el 58,14% dio positivo para violencia obstétrica según la herramienta validada, con dos partos el 66,92% dio positivo al menos en uno de ellos, con tres partos el 73,33% y con 4 partos el 83,33%. La única mujer con 6 o más partos también dio positivo para el Test de Violencia Obstétrica (tabla 55).

Respecto a otros antecedentes obstétricos, se observó una mayor frecuencia de violencia obstétrica en los partos de mujeres más jóvenes (la herramienta validada dio positivo para el 66,67% de partos en mujeres con menos de 20 años y para el 68,99% de partos en mujeres con entre 20 y 30 años, frente al 40% de partos en mujeres con más de 40 años). Asimismo, en el 75% de los partos en mujeres con menos de 28 semanas de gestación y entre 28 y 32 semanas de

gestación se había experimentado violencia obstétrica. De la misma forma, se había experimentado violencia obstétrica en el 77,78% de los partos en mujeres con más de 42 semanas de gestación. En cuanto al modo de parto, se observó una mayor prevalencia de violencia obstétrica es en el parto instrumentado (66,07%). Estos datos se encuentran en las tablas 56, 57 y 61 del anexo 8.3.

En un estudio llevado a cabo en 2021, no se encontró asociación entre las mujeres que habían tenido un parto en el domicilio o en el medio hospitalario y el riesgo de violencia obstétrica⁽⁷⁾. En este estudio, la violencia obstétrica obtenida para los partos en hospitales privados se situó en torno a un 58,91%, en los hospitales públicos en torno a un 56,57% y en el domicilio 38,46%. Cabe señalar que entre el total de mujeres que realizaron un cambio de lugar de parto (n=19), 14 de ellas, es decir, el 73,68%, habían sufrido violencia obstétrica. De estas, la mayoría realizaron un cambio del hospital privado al hospital público (57,14%) y el 28,57% lo realizaron del público al privado (tablas 58-60).

Cabe destacar que la calificación de la atención descendió al realizar la comparativa entre las mujeres que habían experimentado violencia obstétrica en al menos uno de sus partos y el total de las mujeres participantes en el estudio, pasando de una media de 8,2 a un 7,6. Estos resultados se exponen en las tablas 49 y 62.

Finalmente, la prevalencia de violencia obstétrica observada en las Islas Baleares según el estudio llevado a cabo fue del 59,05% (tabla 63). A pesar de contar con un número considerable de mujeres que dieron a luz en otras CCAA (93 partos), a la hora de realizar la distribución por CCAA el número de partos obtenidos en algunas de ellas fue muy bajo (1 solo parto en Extremadura, 3 en Madrid, 4 en Murcia y Valencia o 5 en las Islas Canarias) y no permitieron comparar los resultados con los obtenidos en las Islas Baleares (tablas 14-15). Así pues, sería interesante llevar a cabo un estudio posterior a nivel nacional en el que se comparara la violencia obstétrica en las diferentes CCAA de nuestro país.

4.2 PARTO POR CESÁREA

La prevalencia de este tipo de parto en función del índice de masa corporal, el nivel de ingresos, la edad en el momento del parto y las semanas de gestación en el mismo se recogen en las tablas 64-67.

El estudio realizado por Smarandache y otros relaciona el incremento de cesáreas con aspectos socioculturales y psicológicos. En dicho estudio, el incremento en el número de cesáreas se relacionó con las peticiones por parte de las gestantes. Aquellas mujeres que habían tenido un parto previo por cesárea se decantaban con mayor frecuencia por un nuevo parto por cesárea⁽¹⁹⁾.

En este trabajo se sometieron a cesárea electiva (sin indicación médica) un 4,81% (tabla 24) de las mujeres participantes, en comparación al 14,8% determinado en el artículo publicado por de Loenzien y otros. La prevalencia de

cesárea electiva entre las mujeres multíparas fue superior a la de las primíparas, mientras que, por el contrario, el porcentaje total de cesáreas fue mayor en las mujeres que dieron a luz por primera vez⁽⁴⁶⁾. A pesar de que la tasa de cesárea electiva obtenida en este caso fue muy baja, los resultados concuerdan con los expuestos: de las mujeres con parto por cesárea electiva, 3 de ellas eran multíparas y 2 primíparas. También coinciden los resultados referentes a la tasa global de cesáreas, con un 60,58% en mujeres primíparas y un 39,42% en multíparas (tablas 68 y 69).

El artículo ya comentado también señala que las mujeres con mayor poder adquisitivo se someten con más frecuencia a cesárea electiva⁽⁴⁶⁾. En el presente estudio 3 de las mujeres con parto por cesárea sin indicación médica tenían un nivel de ingresos de entre 1000€ y 1500€, y 2 de ellas de entre 3000€ y 5000€, correspondiendo a un 5,77% y 8,70% en relación al total de mujeres con ese determinado nivel de ingresos respectivamente (tabla 70).

En la bibliografía consultada se refleja un aumento en la tasa de cesárea electiva en los países con un mayor nivel socioeconómico⁽⁴⁹⁾. Asimismo, a partir de los 35 años hay una mayor inclinación hacia este tipo de parto⁽⁴⁶⁾. En contraposición a estos resultados, en este estudio, del total de las mujeres con parto por cesárea electiva, 3 tenían entre 20 y 30 años en el momento del parto y 2 entre 31 y 40 años (tabla 71).

La cesárea a petición materna tiene un menor riesgo de provocar una vivencia negativa respecto a la atención obstétrica en el momento del parto en comparación con el parto instrumentado y la cesárea de urgencia⁽⁵²⁾. Las mujeres encuestadas en este proyecto que habían solicitado cesárea por sus motivos personales, calificaron la atención prestada durante el proceso de parto con una media del 9,4 sobre 10 (tabla 72).

En multíparas, a menudo, el modo de parto en el primer embarazo condiciona de forma considerable el siguiente método de parto⁽²⁰⁾, de forma que no llevar a cabo una cesárea influirá en la utilización o no de este método en futuros embarazos^(21,47). Este hecho se refleja en los resultados del trabajo llevado a cabo donde las mujeres que han tenido un parto por cesárea repiten el método de parto en el siguiente embarazo en el 60% de los casos. Además, constituye el tercer motivo para la elección de cesárea como modo de parto (12,50%), situándose por detrás del sufrimiento fetal (22,12%) y la presentación podálica (18,27%) (tablas 25 y 73).

4.3 PERCEPCIÓN DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA

La distribución de la percepción de violencia obstétrica en relación a la edad, el nivel de estudios, la profesión, el número de partos, el lugar de parto y el modo de parto se resume en las tablas 74-79. Resulta interesante el hecho de que uno

de los sectores profesionales con menor percepción de violencia obstétrica sea el sector sanitario y farmacéutico.

Respecto a la calificación de la atención prestada, el 71,43% de las mujeres que habían calificado la atención con una puntuación menor de 5 habían percibido violencia obstétrica y únicamente la había percibido el 1,48% de las que habían otorgado una puntuación de entre 9 y 10 puntos (tabla 80).

El estudio publicado en 2021 por Rodríguez Mir y realizado en España indica que el 80% de las mujeres no conocía el término “violencia obstétrica”⁽¹⁵⁾. Sin embargo, en este estudio, el 60,08% de las mujeres afirmó conocer el término (tabla 47).

El hecho de practicar intervenciones sin una explicación adecuada puede hacer que la mujer perciba que ha sufrido violencia obstétrica⁽⁷⁾. Sin embargo, como se ha señalado con anterioridad, a menudo la violencia obstétrica no es percibida como tal. En este trabajo, la frecuencia con la que las mujeres percibieron violencia obstétrica parecía ser mayor en el parto instrumentado (66,07%), seguido por el parto por cesárea (59,62%) (tabla 81).

El 57,08% de las mujeres dieron positivo en la herramienta validada. Sin embargo, de todas las mujeres que experimentaron violencia obstétrica, únicamente el 24,44% la percibieron. Asimismo, el 96,5% de las mujeres que no habían experimentado violencia obstétrica no la habían percibido, obteniéndose un 3,5% de falsos positivos.

La probabilidad de percepción de violencia obstétrica fue casi 7 veces mayor (6,98 veces) entre las mujeres que la experimentaron (resultado positivo en el Test de Violencia Obstétrica) que en las mujeres que no la habían experimentado (resultado negativo en el Test de Violencia Obstétrica). La probabilidad de no percibir violencia obstétrica en las mujeres que no la habían experimentado frente a las mujeres que sí la habían experimentado no fue mucho mayor (1,28 veces).

El resumen del procesamiento de casos, la tabla cruzada en función del Test de Violencia Obstétrica y percepción de violencia obstétrica en el número total de partos, la prevalencia, sensibilidad, especificidad, likelihood ratio, la distribución y las pruebas de chi-cuadrado se reflejan en las tablas 82-85 y figura 3. Como se puede observar en la tabla 85, existen diferencias estadísticamente significativas en el hecho de percibir o no percibir violencia obstétrica en función de si se ha experimentado o no se ha experimentado violencia obstétrica. Es decir, se puede afirmar que existe evidencia de una asociación estadísticamente significativa ($p < 0,05$) entre haber experimentado violencia obstétrica y la percepción de violencia obstétrica.

Asimismo, se obtuvo un área bajo la curva (AUC) de 0,605 (IC95% 0,554-0,655) para la percepción de violencia obstétrica. Esto se traduce en que existe un

60,5% de probabilidad de que la percepción en una mujer que haya dado positivo en la herramienta validada sea más correcta que la de una mujer que ha dado negativo en la herramienta validada escogida al azar. Es decir, la probabilidad de que al escoger al azar una mujer que ha dado positivo en la herramienta validada y una mujer que ha dado negativo en la herramienta validada, la percepción para la primera sea superior a la de la segunda es del 60,5%. La percepción parece ser un método de baja exactitud para la detección de violencia obstétrica, puesto que el valor del AUC se sitúa entre 0,5-0,7. El resumen del procesamiento de casos, la curva ROC, el AUC y las coordenadas de la curva se recogen en las tablas 86-88 y en la figura 4.

Este análisis se realizó también en función del modo de parto. Los datos se muestran en las tablas 89-114 y las figuras 5-12. Las pruebas de chi-cuadrado (parto vaginal y parto por cesárea) y prueba exacta de Fisher (parto instrumentado) indicaron relación estadísticamente significativa entre las variables. En el parto instrumentado se utilizó la prueba exacta de Fisher (significación exacta bilateral) debido a que había una celda con valores esperados menores de 5.

Respecto a las razones de verosimilitud o likelihood ratio en el parto por cesárea, la probabilidad de percepción de violencia obstétrica fue 3,16 veces mayor entre las mujeres que habían dado positivo en el Test de Violencia Obstétrica que en las mujeres que habían dado negativo. Este valor fue el más bajo de los obtenidos en los diferentes modos de parto.

Se obtuvo un AUC de 0,605 (IC95% 0,543-0,668) en el parto vaginal, AUC 0,649 (IC95% 0,506-0,791) en el parto instrumentado y AUC 0,577 (IC95% 0,467-0,687) en el parto por cesárea. En este último caso, el IC incluyó el valor 0,5, lo que señala que la percepción de violencia obstétrica por parte de las mujeres no presentaba capacidad discriminadora.

Por último, para el parto por cesárea electiva no se obtuvo un AUC estadísticamente significativa (AUC 0,5 con IC95% 0-1). En este estudio, la percepción de las mujeres sometidas a cesárea electiva no tuvo capacidad para discriminar correctamente entre las mujeres que habían experimentado violencia obstétrica y las que no. Asimismo, no se pudo determinar asociación entre las variables debido a que la variable percepción presentaba un valor constante (no percepción de violencia obstétrica) al ser la n muy pequeña.

Con todos los datos aportados se evidencia que el grado de percepción de violencia obstétrica sigue siendo bajo a pesar de que se trata de un concepto cada vez más visible y reconocido en la sociedad.

4.4 LIMITACIONES DEL ESTUDIO

En relación al “Cuestionario sobre la Atención Recibida durante el proceso de Aborto, Embarazo, Parto y Posparto” deben considerarse el sesgo de memoria, sesgo por mínimo esfuerzo, sesgo por cadencia (preguntas 19-22), sesgo por auto-defensa (motivo de la cesárea), sesgo por tema delicado (edad, peso, estado conyugal, nivel de ingresos), sesgo por diagramación de respuestas y sesgo por escalas yuxtapuestas. Asimismo, en el cuestionario se preguntó sobre el uso de anestesia durante el parto, considerando como una práctica de violencia obstétrica su uso sin la autorización por parte de la paciente. Sin embargo, no se tuvo en cuenta el caso opuesto, indagando en el motivo de la negativa a la misma ante la solicitud por parte de la mujer.

Futuros estudios deben superar, igualmente, otras limitaciones presentes en este trabajo. La primera es el uso de una muestra de carácter no probabilístico. Al utilizar un muestreo no probabilístico de casos consecutivos se dificulta la generalización de los resultados a la población general, ya que, científicamente, los muestreos probabilísticos son de mayor valor. En este caso se puede haber incurrido en un sesgo de selección, ya que la selección de mujeres ha podido suponer un sesgo del voluntario.

En segundo lugar, el desconocimiento de lengua española formó parte de los criterios de exclusión dado que el cuestionario estaba redactado exclusivamente en esta lengua. Esto excluyó del estudio ciertos colectivos que pueden experimentar violencia obstétrica de forma más evidente.

Por último, a la hora de realizar la distribución por CCAA el número de partos obtenidos en algunas de ellas fue muy bajo por lo que sería interesante llevar a cabo un estudio posterior con un mayor tamaño muestral en mujeres de las diferentes CCAA que utilicen servicios públicos o privados para su atención obstétrica. Del mismo modo, el número de cesáreas electivas fue muy bajo y no permitió extraer resultados concluyentes. Un aumento del tamaño muestral facilitaría, a su vez, el abordaje de esta limitación.

Con las limitaciones expuestas, el proyecto puede asumirse como una propuesta inicial que debe acumular mayor evidencia de cara a futuros estudios.

5. CONCLUSIONES

A través del estudio realizado se observaron diferencias estadísticamente significativas en el hecho de percibir o no percibir violencia obstétrica en función de si se había experimentado o no se había experimentado violencia obstétrica. Así pues, se puede afirmar que existe evidencia de una asociación estadísticamente significativa ($p < 0,05$) entre haber experimentado violencia obstétrica y la percepción de violencia obstétrica.

La prevalencia de violencia obstétrica observada en las Islas Baleares según el Test de Violencia obstétrica fue del 59,05%. La prevalencia de violencia obstétrica observada en el total de partos que se incluyeron en el estudio fue del 57,08%. Pese a ello, el 75,56% de las mujeres que habían experimentado violencia obstétrica no la había percibido, estableciéndose como un nivel bajo de percepción (sensibilidad 24,44%).

En los resultados obtenidos, ninguna de las mujeres sometidas a cesárea electiva percibió haber sufrido violencia obstétrica, sin embargo, en 2 de los partos por cesárea electiva (40%) las mujeres experimentaron violencia obstétrica. No obstante, el número de cesáreas electivas obtenido en este estudio fue muy bajo, lo que no permitió extraer resultados concluyentes. En el estudio, no se obtuvo un AUC estadísticamente significativa ni se pudo determinar asociación entre las variables debido a que la variable percepción presentaba un valor constante.

Algunos de los comentarios que realizaron las participantes del estudio enfatizaron la importancia de considerar los aspectos emocionales del parto durante la atención obstétrica: “Me hubiera gustado ser la protagonista de mi parto y me sentí más bien como una paciente enferma. El hecho de que no se nos pida opinión ni se nos informe sobre lo que se hace a nuestro cuerpo pienso que es violencia obstétrica”. Se hace cada vez más necesario establecer nuevas estrategias para prevenir la violencia obstétrica. Para ello es preciso realizar un abordaje multidisciplinar que permita dar una mayor visibilidad a este concepto, y que promueva el parto humanizado y la reducción del número de cesáreas innecesarias.

Los supuestos establecidos en el trabajo deberán ser confirmados en futuros estudios. De esta forma, se pretende establecer una línea de trabajo posterior que permita ampliar el estudio para poder extraer resultados concluyentes.

6. CONFLICTOS DE INTERÉS

No se declara ningún conflicto de interés.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Jardim DMB, Modena CM. Obstetric violence in the daily routine of care and its characteristics. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2018;26.
2. Sen G, Reddy B, Iyer A. Beyond measurement: the drivers of disrespect and abuse in obstetric care. *Reprod Health Matters*. 2018;26(53):6–18.
3. Mena-Tudela D, Cervera-Gasch A, Alemany-Anchel MJ, Andreu-Pejó L, González-Chordá VM. Design and validation of the percov-s questionnaire for measuring perceived obstetric violence in nursing, midwifery and medical students. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(21):1–12.
4. Borges MTR. A violent birth: Reframing coerced procedures during childbirth as obstetric violence. *Duke Law J*. 2018;67(4):827–62.

5. 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. *Reprod Health Matters*. 2016;24(47):47–55.
6. Henriksen L, Schei B, Vangen S, Lukasse M. Sexual violence and mode of delivery: a population-based cohort study. *BJOG*. 2014;121(10):1237–44.
7. Martínez-Galiano JM, Martínez-Vázquez 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;34(5):e526–36.
8. Mena-Tudela D, Iglesias-Casás S, González-Chordá VM, Cervera-Gasch Á, Andreu-Pejó L, Valero-Chillerón MJ. Obstetric violence in Spain (Part I): Women's perception and interterritorial differences. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(21):1–14.
9. Mena-Tudela D, Iglesias-Casás S, González-Chordá VM, Cervera-Gasch Á, Andreu-Pejó L, Valero-Chillerón MJ. Obstetric violence in Spain (Part II): Interventionism and medicalization during birth. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(1):1–14.
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. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(7).
11. Lukasse M, Schroll AM, Karro H, Schei B, Steingrimsdottir T, Van Parys AS, et al. Prevalence of experienced abuse in healthcare and associated obstetric characteristics in six European countries. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2015;94(5):508–17.
12. Al Adib Mendiri M, Ibáñez Bernáldez M, Casado Blanco M, Santos Redondo P. La violencia obstétrica: un fenómeno vinculado a la violación de los derechos elementales de la mujer. *Med Leg Costa Rica*. 2017;34(1):104–11.
13. Ley Orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia, del 23 de abril de 2007. *Gaceta Oficial de la Republica Bolivariana de Venezuela*, número 38668, (23 de Abril de 2007) Caracas, Venezuela; 2007 p. 354064–75.
14. Diaz-Tello F. Invisible wounds: obstetric violence in the United States. *Reprod Health Matters*. 2016;24(47):56–64.
15. Rodríguez Mir J, Martínez Gandolfi A. Obstetric violence. A hidden practice in medical care in Spain. *Gac Sanit*. 2021;35(3):211–2.
16. Vidmar Šimic M, Lučovnik M, Leskošek V, Pavše L, Krajnc M, Verdenik I, et al. Abuse of pregnant women in the healthcare system. *J Matern Neonatal Med*. 2020;33(5):790–3.
17. Martínez-Vázquez S, Rodríguez-Almagro J, Hernández-Martínez A, Martínez-Galiano JM. Factors associated with postpartum post-traumatic stress disorder (PTSD) following obstetric violence: A cross-sectional study. *J Pers Med*. 2021;11(5).
18. Gray T, Mohan S, Lindow S, Farrell T. Obstetric violence: Clinical staff perceptions from a video of simulated practice. *Eur J Obstet Gynecol*

- Reprod Biol X. 2019;1:100007.
19. Smarandache A, Kim THM, Bohr Y, Tamim H. Predictors of a negative labour and birth experience based on a national survey of Canadian women. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2016;16(1):1–9.
 20. Schei B, Lukasse M, Ryding EL, Campbell J, Karro H, Kristjansdottir H, et al. A history of abuse and operative delivery - Results from a European multi-country cohort study. *PLoS One*. 2014;9(1).
 21. Vila-Candel R, Martín A, Escuriet R, Castro-Sánchez E, Soriano-Vidal FJ. Analysis of caesarean section rates using the robson classification system at a university hospital in Spain. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 Feb 29;17(5):1575.
 22. Bellizzi S, Nivoli A, Salaris P, Ronzoni AR, Pichierri G, Palestra F, et al. Sexual violence and eclampsia: Analysis of data from demographic and health surveys from seven low-and middle-income countries. *J Glob Health*. 2019;9(2).
 23. Šimonović D (Asamblea General de las Naciones Unidas). Informe de la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias acerca de un enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva, con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica. A/74/137; 11 de julio de 2019. Nueva York; 2019.
 24. Williams CR, Meier BM. Ending the abuse: the human rights implications of obstetric violence and the promise of rights-based policy to realise respectful maternity care. *Sex Reprod Heal Matters*. 2019;27(1):6–9.
 25. Asamblea General de las Naciones Unidas. Declaración Universal de Derechos del Hombre, de 10 de diciembre de 1948. En: Resolución 217 A (III): Carta Internacional de los Derechos del Hombre, 183a sesión plenaria, (10 de diciembre de 1948). París; 1948. p. 34–6.
 26. Resolución del Parlamento Europeo, de 1 de marzo de 2018, sobre la situación de los derechos fundamentales en la Unión Europea en 2016 (2017/2125(INI)). En: Diario Oficial de la Unión Europea, 2019/C 129/04, (5 de abril de 2019). Bruselas; 2019. p. 14–24.
 27. United Nations Fund for Population Activities. Report of the International Conference on Population and Development, Cairo 5-13 September 1994. En: A/CONF 171/13/Rev1 (18 October 1994). Cairo; 1994. p. 40–2.
 28. Flores S. Observatorio de Violencia Obstétrica [Internet]. La violencia obstétrica en España. 2021 [citado 2022 Feb 26]. Disponible en: <https://observatorioviolecia.org/la-violencia-obstetrica-en-espana/>
 29. Ley 25929/2004, de Protección del Embarazo y del Recién Nacido, del 25 de agosto de 2004. Boletín Oficial de la República Argentina, número 30489, (21 de septiembre de 2004). Buenos Aires, Argentina; 2004 p. 1–2.
 30. Ley 26485/2009, de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales, del 11 de marzo de 2009. Boletín Oficial de la República Argentina, número 31632, (14 de abril de 2009). Buenos Aires, Argentina; 2009 p. 1–6.

31. Ley General Para La Igualdad Entre Mujeres Y Hombres, del 2 de agosto de 2006. Diario Oficial de la Federación del 2 de agosto de 2006 Estados Unidos Mexicanos; 2006 p. 1–15.
32. Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, del 1 de febrero de 2007. Diario Oficial de la Federación del 1 de febrero de 2007 Estados Unidos Mexicanos; 2007 p. 1–26.
33. Constitución Española, 27 de diciembre de 1978. Boletín Oficial del Estado número 311, (29 de diciembre de 1978) España; 1978 p. 29313–424.
34. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Boletín Oficial del Estado, número 102, (29 de abril de 1986) España; 1986 p. 15207–24.
35. 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. Boletín Oficial del Estado, número 274, (15 de noviembre de 2002) España; 2002 p. 40126–32.
36. Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. Boletín Oficial del Estado, número 313, (29 de diciembre de 2004) España; 2004 p. 42166–97.
37. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud. 2007.
38. Ley 6/2009, de 30 de junio, de protección a la maternidad. Boletín Oficial del Estado, número 177, (23 de julio de 2009) España; 2009 p. 62888–98.
39. Ley 6/2017, de 24 de marzo, de derogación de la Ley 6/2009, de 30 de junio, de protección a la maternidad. Boletín Oficial del Estado, número 112, (11 de mayo de 2017) España; 2017 p. 37956–3757.
40. Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. Boletín Oficial del Estado, número 55, (4 de marzo de 2010) España; 2010 p. 21001–14.
41. Asociación El Parto Es Nuestro. El Parto es Nuestro [Internet]. 2003 [citado 2022 Feb 27]. Disponible en: <https://www.elpartoesnuestro.es/>
42. Asociación El Parto Es Nuestro. Observatorio de Violencia Obstétrica [Internet]. 2014 [citado 2022 Feb 27]. Disponible en: <https://observatorioviolenciaobstetrica.es/>
43. Associació Catalana per un Part Respectat. DONA LLUM [Internet]. 2006 [citado 2022 Feb 27]. Disponible en: <https://www.donallum.org/>
44. Societat Catalana d'Obstetrícia i Ginecologia de l'Acadèmia de Ciències Mèdiques i de la Salut de Catalunya i de Balears. Creació del Grup de Treball en Violència Obstètrica i Perspectiva de Gènere en Salut. Barcelona; 2022.
45. Grupo Técnico de Trabajo Organización Mundial de la Salud. Cuidados en el parto normal: Una guía práctica. Ginebra; 1996.
46. de Loenzien M, Mac QNH, Dumont A. Women's empowerment and elective cesarean section for a single pregnancy: a population-based and multivariate study in Vietnam. BMC Pregnancy Childbirth. 2021;21(1):1–12.
47. Palacios-Marques AM, Quijada-Cazorla MA, Marcos-Sanmartin J, Garcia-Villalba A, Perez-Silvestre L, Jimenez-Martinez MD, et al. Rationalisation of the caesarean section rate in a tertiary referral hospital using the Robson

- classification. *J Obstet Gynaecol (Lahore)*. 2021;41(2):200–6.
48. Valladolid A, Fraca M, Román MVS, Bilbao A, Andia D. Use of the Robson Classification System to Assess Cesarean Delivery Rate in a Tertiary Hospital in the Basque Country. *J Obstet Gynaecol Canada*. 2021;43(4):455–62.
 49. Enabudoso EJ, Ezeanochie MC, Olagbuji BN. Perception and attitude of women with previous caesarean section towards repeat caesarean delivery. *J Matern Neonatal Med*. 2011;24(10):1212–4.
 50. Olieman RM, Siemonsma F, Bartens MA, Garthus-Niegel S, Scheele F, Honig A. The effect of an elective cesarean section on maternal request on peripartum anxiety and depression in women with childbirth fear: A systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2017;17(1):21–3.
 51. Souza JP, Betran AP, Dumont A, De Mucio B, Gibbs Pickens CM, Deneux-Tharaux C, et al. A global reference for caesarean section rates (C-Model): A multicountry cross-sectional study. *BJOG An Int J Obstet Gynaecol*. 2016;123(3):427–36.
 52. Gisladdottir A, Luque-Fernandez MA, Harlow BL, Gudmundsdottir B, Jonsdottir E, Bjarnadottir RI, et al. Obstetric outcomes of mothers previously exposed to sexual violence. *PLoS One*. 2016;11(3):1–12.
 53. Razi T, Walfisch A, Sheiner E, Abd Elrahim L, Zahalka S, Abdallah A, et al. #metoo? The association between sexual violence history and parturients' gynecological health and mental well-being. *Arch Gynecol Obstet*. 2021;304(2):385–93.
 54. Blasco C. Test de violencia obstétrica | El Parto es Nuestro [Internet]. 2014 [citado 2022 Mar 3]. Disponible en: <https://www.elpartoesnuestro.es/blog/2014/08/18/test-de-violencia-obstetrica>
 55. Rodríguez Ramos PA, Aguilera Ávila L. La violencia obstétrica, otra forma de violencia contra la mujer. El caso de Tenerife. *Musas*. 2017;2(2):56–74.
 56. Figueroa-Palomino OE, Hurtado-Lagarda R, Valenzuela-Coronado DG, Bernal-Cruz JD, Duarte-Gutiérrez CD, Cázares-González FA. Violencia obstétrica: percepción de las usuarias sonorenses. *SANUS*. 2017;(3):14–21.
 57. Cárdenas Castro M, Salinero Rates S. Validación de la escala de violencia obstétrica y pruebas de la invarianza factorial en una muestra de mujeres chilenas. *Interdisciplinaria*. 2021;38(2):209–23.
 58. Comrey AL, Lee HB. *A First Course in Factor Analysis*. 2nd Editio. Hillsdale, New Jersey 07642: Lawrence Erlbaum Associates, Inc., Publishers; 1992. 442 p.
 59. Anthoine E. Sample size used to validate a scale: a review of publications on non newly-developed patient reported outcomes measures. *Health Qual Life Outcomes*. 2014;1–10.
 60. Gudjonsson G. An easy guide to factor analysis. Vol. 17, *Personality and Individual Differences*. 1994. 302 p.
 61. Schumm WR, Stevens J. *Applied Multivariate Statistics for the Social Sciences*. Vol. 47, *The American Statistician*. 1993. 155 p.

62. Del Coso J. Validación de una encuesta para determinar la prevalencia en el uso de suplementos en deportistas de élite españoles. *Nutr Hosp.* 2018;38(4):877–8.
63. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre atención al parto normal. *Guía de Práctica Clínica sobre la atención al parto normal. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco (OSTEBA). Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (Avalia-t). 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS: OSTEBA N° 2009/01.*

8. ANEXOS

8.1 NÚMERO DE PUBLICACIONES SOBRE VIOLENCIA OBSTÉTRICA DESDE 1951

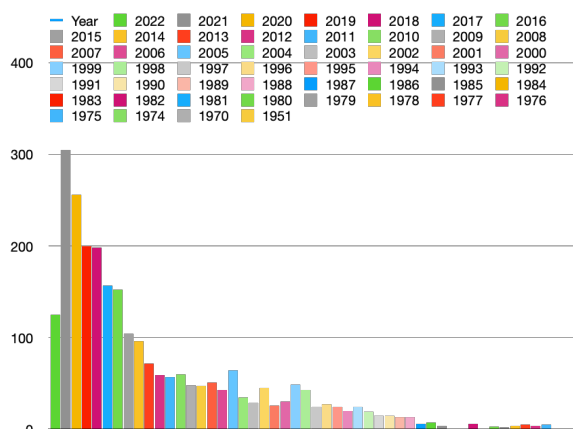


Figura 1. Número de publicaciones sobre violencia obstétrica desde 1951.

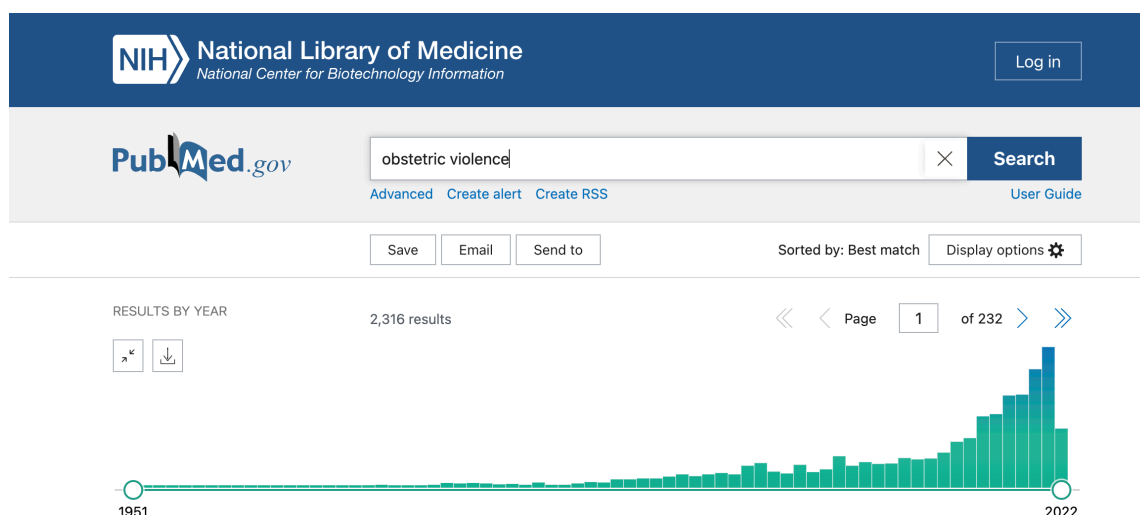


Figura 2. Número de publicaciones sobre violencia obstétrica desde 1951.

8.2 “CUESTIONARIO SOBRE LA ATENCIÓN RECIBIDA DURANTE EL PROCESO DE ABORTO, EMBARAZO, PARTO Y POSPARTO”



Cuestionario sobre la Atención Recibida durante el proceso de Aborto, Embarazo, Parto y Posparto.

Este estudio ha sido diseñado como parte de un Trabajo de Fin de Grado (TFG), y ha sido elaborado por Elena Jiménez Belío (especialista en Ginecología y Obstetricia en el Hospital Universitario Son Espases y profesora asociada en la Facultad de Medicina de la Universidad de las Islas Baleares) y Marta Aguiló Sánchez (estudiante de sexto curso del Grado de Medicina en la Universidad de las Islas Baleares), vinculadas y sensibilizadas en temas de igualdad y género.

Nos interesa conocer cuál es su opinión en cuanto a la atención recibida durante el embarazo, parto y puerperio, tanto en aquellos en los que nació un niño sano, como en aquellos en los que tuvo algún problema o el bebé falleció, independientemente de las semanas en las que se detuvo el embarazo. Rellenar este cuestionario le llevará tan solo entre 5 y 10 minutos.

Agradeceríamos que nos escribiera cualquier comentario que desee añadir, en relación a su experiencia personal o sugerencias para el estudio, en la pregunta 36 donde se le permite escribir en texto libre.

Agradeceríamos que contestara a la encuesta con la mayor honestidad posible, ya que los resultados obtenidos podrían contribuir a desarrollar estrategias para una mejora en la atención obstétrica. ¡Muchas gracias por su tiempo!



***** (no compartidos)



[Cambiar de cuenta](#)

[Siguiente](#)



Página 1 de 6

[Borrar formulario](#)

Nunca envíes contraseñas a través de Formularios de Google.

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google. [Notificar uso inadecuado](#) - [Términos del Servicio](#) - [Política de Privacidad](#)





Cuestionario sobre la Atención Recibida durante el proceso de Aborto, Embarazo, Parto y Posparto.



***** (no compartidos)



[Cambiar de cuenta](#)

***Obligatorio**

Consentimiento informado

Su participación en esta encuesta es de carácter voluntario y la contestación a la misma implica el consentimiento del uso de sus datos personales para participar en el estudio. El tratamiento, la comunicación y la cesión de los datos de carácter personal se ajusta a lo que dispone la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos de carácter personal y Garantía de los Derechos Digitales (LOPDGDD). De esta forma, todos los datos reflejados en la encuesta serán tratados de forma anónima y confidencial respetando la citada ley. Su identidad nunca será revelada en los análisis o publicaciones científicas de este estudio, por lo que no se solicita identificación de ningún tipo.

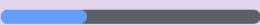
Gracias por su tiempo y colaboración en el estudio.

¿Acepta el consentimiento informado? *

Sí

[Atrás](#)

[Siguiente](#)

 Página 2 de 6 [Borrar formulario](#)

Nunca envíe contraseñas a través de Formularios de Google.



Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google. [Notificar uso inadecuado](#) - [Términos del Servicio](#) - [Política de Privacidad](#)





Cuestionario sobre la Atención Recibida durante el proceso de Aborto, Embarazo, Parto y Posparto.



***** (no compartidos)

[Cambiar de cuenta](#)



*Obligatorio

Cuestionario sobre la atención recibida durante el proceso de parto

1. Edad actual *

- <20 años
- 20-30 años
- 31-40 años
- 41-50 años
- 51-60 años
- >60 años

2. Peso (escriba el número, en kg) *

Tu respuesta _____

3. Altura (escriba el número, en cm) *

Tu respuesta _____

4. Estado Civil *

- Soltera
- En pareja
- Casada
- Separada
- Divorciada
- Viuda

5. Lugar de nacimiento *

 ▼

6. Nivel de estudios *

- Sin estudios
- Educación Primaria
- Educación Secundaria
- Formación Profesional
- Bachillerato
- Estudios Universitarios
- Estudios de Máster
- Estudios de Doctorado

7. Profesión *

- Actividades Físico-deportivas
- Administración y Gestión
- Agricultura y Ganadería
- Ama de casa
- Comercio
- Construcción e Industrias Extractivas
- Cultura y Ocio
- Economía
- Educación
- Energía y Agua
- Finanzas y Seguros
- Grandes almacenes
- Hostelería y Turismo
- Industria Alimentaria
- Industria Química y Vidrio
- Información, Comunicación y Artes Gráficas
- Metal
- Pesca y Agricultura
- Sanidad
- Servicios a las Empresas
- Servicios de Limpieza
- Servicio Doméstico
- Servicios Medioambientales
- Telecomunicaciones
- Textil, Confección y Piel
- Transporte y Logística
- Otro: _____



8. Categoría profesional *

- Puesto base
- Puesto intermedio
- Puesto de responsabilidad

9. Tipo de trabajo *

- Por cuenta propia
- Por cuenta ajena

10. Nivel de ingresos propios (mensuales) *

- Hasta 500€
- 500-1000€
- 1000-1500€
- 1500-2000€
- 2000-2500€
- 2500-3000€
- 3000-5000€
- Más de 5000€

[Atrás](#)

[Siguiente](#)



Página 3 de 6 [Borrar formulario](#)

Nunca envíes contraseñas a través de Formularios de Google.

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google. [Notificar uso inadecuado](#) - [Términos del Servicio](#) - [Política de Privacidad](#)

Google Formularios



Cuestionario sobre la Atención Recibida durante el proceso de Aborto, Embarazo, Parto y Posparto.



***** (no compartidos)



[Cambiar de cuenta](#)

***Obligatorio**

Antecedentes obstétricos

En este apartado le preguntaremos cuestiones acerca de sus embarazos. Si desea añadir algún comentario, en cada pregunta existe una opción de "otros" donde puede escribir lo que considere relevante.

11. Número de partos *

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6 o más

12. Edad en el momento del parto

	<20 años	20-30 años	31-40 años	>40 años
1º parto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2º parto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3º parto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4º parto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5º parto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6º parto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

13. Semanas de gestación en el momento del parto

	Menos de 28 semanas de gestación	28-32 semanas de gestación	32-37 semanas de gestación	37-42 semanas de gestación	Más de 42 semanas de gestación
1º parto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2º parto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3º parto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4º parto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5º parto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6º parto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

14. Indique si alguno de sus partos tuvo lugar fuera de esta Comunidad Autónoma (Islas Baleares)

- 1º parto
- 2º parto
- 3º parto
- 4º parto
- 5º parto
- 6º parto

15. En caso de tratarse de otra Comunidad Autónoma, indique cuál:

16. En caso de tratarse de otro país, indique cuál:

17. Lugar de parto

	Hospital Público	Hospital Privado	Domicilio
1º parto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
2º parto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3º parto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4º parto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5º parto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6º parto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

18. Modo de parto

	Parto vaginal	Parto inducido o estimulado	Parto instrumentado (fórceps, ventosa, espátulas)	Parto por cesárea
1º parto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2º parto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3º parto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4º parto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5º parto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6º parto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



19. En caso de haber tenido algún parto inducido o instrumentado, ¿pidieron su autorización para ello, informándole del por qué, sus riesgos y beneficios?

	Sí	No
1º parto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2º parto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3º parto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4º parto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5º parto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6º parto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

20. En caso de haber tenido algún parto por cesárea, ¿pidieron su autorización para ello, informándole del por qué, sus riesgos y beneficios?

	Sí	No
1º parto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2º parto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3º parto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4º parto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5º parto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6º parto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



21. En caso de haber tenido algún parto por cesárea, ¿le explicaron los riesgos frente al parto vaginal?

	Sí	No
1° parto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2° parto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3° parto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4° parto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5° parto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6° parto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

22. En caso de haber tenido algún parto por cesárea, ¿le explicaron los riesgos en futuras gestaciones?

	Sí	No
1° parto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2° parto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3° parto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4° parto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5° parto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6° parto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



23. En caso de haber tenido algún parto por cesárea, ¿conoce el motivo?

- Embarazo múltiple
- Presentación podálica
- Tamaño del bebé
- Parto estacionado (duración excesiva)
- Sufrimiento fetal
- Cesáreas previas
- Por decisión del médico, sin aclararme la razón
- Por motivos logísticos del médico (se iba a ausentar los siguientes días por vacaciones, cursos, congresos, etc.). Si conoce el motivo, escríbalo en la opción "otra".
- Por sus motivos personales: quería que naciera un día determinado o con alguna persona que pudiera atenderla un día específico, estaba cansada del embarazo,... Si conoce el motivo, escríbalo en la opción "otra".
- Otro: _____

24. ¿Se utilizó anestesia durante el parto?

	Sí	No
1° parto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2° parto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3° parto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4° parto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5° parto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6° parto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

25. En caso de utilizar anestesia, ¿la solicitó usted?

	Sí	No
1º parto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2º parto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3º parto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4º parto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5º parto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6º parto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

26. Si no la solicitó usted, ¿pidieron su autorización para aplicársela, informándole del por qué, sus riesgos y beneficios?

	Sí	No
1º parto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2º parto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3º parto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4º parto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5º parto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6º parto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



27. ¿Tuvo alguna de las siguientes complicaciones en el embarazo?

- Presión arterial demasiado alta
- Diabetes gestacional
- Incompatibilidad Rh
- Infecciones
- Retraso del crecimiento intrauterino
- Desprendimiento de placenta
- Trabajo de parto prematuro
- Depresión
- Ansiedad
- Aborto espontáneo
- Otro: _____

28. ¿Tuvo alguna de las siguientes complicaciones durante el parto?

- Parto estacionado (duración excesiva)
- Desgarros perineales
- Problemas con el cordón umbilical
- Sufrimiento fetal
- Distocia de hombros
- Sangrado excesivo
- Otro: _____

29. ¿El recién nacido tuvo alguna de las siguientes complicaciones?

- Lesión durante el parto
- Malformación congénita
- Problemas respiratorios
- Hipoglucemia (glucosa demasiado baja)
- Infecciones
- Ictericia
- Retraso en la evacuación del meconio
- Bajo peso al nacer
- Otro: _____

[Atrás](#)

[Siguiente](#)

Página 4 de 6 [Borrar formulario](#)

Nunca envíes contraseñas a través de Formularios de Google.

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google. [Notificar uso inadecuado](#) - [Términos del Servicio](#) - [Política de Privacidad](#)

Google Formularios

Cuestionario sobre la Atención Recibida durante el proceso de Aborto, Embarazo, Parto y Posparto.



***** (no compartidos)

[Cambiar de cuenta](#)



***Obligatorio**

Atención durante el parto

Esta primera parte de atención durante el parto corresponde a un test realizado por varias organizaciones argentinas, incluyendo las organizaciones civiles "Dando a luz" y "Maternidad Libertaria", que ya ha sido utilizado en estudios previos. Los ítems del mismo corresponden a la transcripción original.

1) ¿El personal de salud hacía comentarios irónicos, descalificadores o en tono de chiste acerca de tu comportamiento?

	Sí	No
1° parto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2° parto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3° parto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4° parto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5° parto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6° parto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2) ¿Te trataron con sobrenombres (gorda) o diminutivos (gordita-mamita-hijita) como si fueras una niña incapaz de comprender los procesos por los cuales estás atravesando?

	Sí	No
1° parto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2° parto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3° parto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4° parto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5° parto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6° parto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3) ¿Fuiste criticada por llorar o gritar de dolor, emoción, alegría..., durante el trabajo de parto y/o el parto?

	Sí	No
1º parto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2º parto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3º parto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4º parto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5º parto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6º parto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4) ¿Te fue difícil o imposible preguntar o manifestar tus miedos o inquietudes porque no te respondían o lo hacían de mala manera?

	Sí	No
1º parto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2º parto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3º parto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4º parto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5º parto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6º parto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



5) ¿Se realizaron alguno o varios de los siguientes procedimientos médicos sin pedirte consentimiento o explicarte por qué eran necesarios?

	1º parto	2º parto	3º parto	4º parto	5º parto	6º parto
Rasurado de genitales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Indicación de permanecer acostada todo el tiempo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rotura artificial de bolsa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Administración de medicación o goteo para "apurar" el parto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tactos vaginales reiterados y realizados por diferentes personas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Compresión del abdomen en el momento de los pujos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Episiotomía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cesárea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Raspaje del útero sin anestesia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6) En el momento del parto, ¿te obligaron a permanecer acostada boca arriba aunque manifestaras tu incomodidad en esa posición?

	Sí	No
1º parto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2º parto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3º parto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4º parto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5º parto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6º parto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

7) ¿Fuiste obligada a quedarte en cama impidiéndote caminar o buscar posiciones según tus necesidades?

	Sí	No
1º parto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2º parto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3º parto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4º parto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5º parto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6º parto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



8) ¿Se te impidió estar acompañada por alguien de tu confianza?

	Sí	No
1º parto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2º parto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3º parto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4º parto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5º parto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6º parto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

9) ¿Se te impidió el contacto inmediato con tu hija/o recién nacido antes de que se lo llevara el neonatólogo para control? (acariciarlo, tenerlo en brazos, hablarle, darle el pecho, etc.)

	Sí	No
1º parto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2º parto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3º parto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4º parto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5º parto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6º parto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



10) Después del parto, ¿sentiste que no habías estado a la altura de lo que se esperaba de ti (que no habías «colaborado»)?

	Sí	No
1º parto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2º parto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3º parto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4º parto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5º parto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6º parto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

11) ¿Podrías decir que la experiencia de la atención en el parto te hizo sentir vulnerable, culpable o insegura?

	Sí	No
1º parto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2º parto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3º parto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4º parto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5º parto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6º parto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Atención durante el parto II

30. En caso de llevarse a cabo alguna de estas acciones ¿pidieron su autorización para aplicársela, informándole del por qué, sus riesgos y beneficios?

	Sí	No
Episiotomía	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rasurado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Enema	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

31. ¿Hubo disconformidad con alguna de estas acciones?

	1º parto	2º parto	3º parto	4º parto	5º parto	6º parto
Respetar el plan (o expectativas) de parto que se había acordado verbalmente o por escrito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lactancia materna en la primera hora después del parto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Respetar su intimidad (no presentación por su nombre cuando entraba personal nuevo en la habitación, abrir y cerrar la puerta con frecuencia, exploración vaginal con las puertas abiertas o con >4 sanitarios presentes, no cubrir con sábanas durante la exploración vaginal, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<p>Acelerar o ralentizar el parto por conveniencia del personal sanitario</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

<p>Atención prestada durante el proceso de parto</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

<p>Uso de palabras técnicas que dificultaron la comprensión del proceso de parto</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

<p>Comunicación adecuada para resolver dudas o manifestar sus miedos o inquietudes</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

32. ¿Tuvo lugar alguna otra acción que considere relevante y no haya sido reflejada en la pregunta 31?

Tu respuesta _____

33. En caso de no haber aceptado alguna de las intervenciones propuestas por el personal sanitario o en caso de proponer usted algún procedimiento o intervención (ej. cesárea electiva) ¿cuál fue la reacción del equipo obstétrico?

	1º parto	2º parto	3º parto	4º parto	5º parto	6º parto
Lo respetaron	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se enfadaron	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le hablaron del bienestar del bebé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otra reacción (especifíquela al final del cuestionario)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

34. ¿Conoce el término Violencia Obstétrica? *

Sí

No

35. Si la respuesta anterior fue "sí", ¿dónde ha oído hablar del término "Violencia Obstétrica"?

Tu respuesta

36. ¿Desea realizar algún comentario adicional respecto a su experiencia durante el proceso de parto que no haya sido reflejado en el cuestionario?

Tu respuesta

37. ¿Cómo calificaría la atención prestada durante el proceso de parto del 1 al 10? *

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

La peor atención prestada ○○○○○○○○○○○○ La mejor atención prestada

38. Finalmente, ¿considera que ha sufrido Violencia Obstétrica durante el proceso de parto? *

Sí

No

Muchas gracias por su colaboración.

[Atrás](#)

[Enviar](#)

Página 6 de 6

[Borrar formulario](#)

Nunca envíes contraseñas a través de Formularios de Google.

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google. [Notificar uso inadecuado](#) - [Términos del Servicio](#) - [Política de Privacidad](#)

Google Formularios



8.3 RESPUESTAS OBTENIDAS EN EL “CUESTIONARIO SOBRE LA ATENCIÓN RECIBIDA DURANTE EL PROCESO DE ABORTO, EMBARAZO, PARTO Y POSPARTO”

Edad actual	Número de mujeres	%
<20 años	0	0,00%
20-30 años	17	6,72%
31-40 años	74	29,25%
41-50 años	91	35,97%
51-60 años	60	23,72%
>60 años	11	4,35%
Total	253	100,00%

Tabla 1. Edad de las mujeres participantes en el estudio.

IMC (kg/m ²)	Número de mujeres	%
Bajo peso (<18,5)	14	5,53%
Normopeso (18,5-24,9)	167	66,01%
Sobrepeso grado 1 (25-26,9)	30	11,86%
Sobrepeso grado 2 (27-29,9)	23	9,09%
Obesidad grado 1 (30-34,9)	16	6,32%
Obesidad grado 2 (35-39,9)	0	0,00%
Obesidad grado 3 o mórbida (40-49,9)	2	0,79%
Obesidad supermórbida (50-59,9)	1	0,40%
Total	253	100,00%

Tabla 2. Índice de masa corporal (IMC) de las mujeres participantes en el estudio.

Estado civil	Número de mujeres	%
Soltera	14	5,53%
En pareja	49	19,37%
Casada	168	66,40%
Separada	7	2,77%
Divorciada	8	3,16%
Viuda	7	2,77%
Total	253	100,00%

Tabla 3. Estado civil de las mujeres participantes en el estudio.

Nivel de Estudios	Número de mujeres	%
Sin estudios	0	0,00%
Educación Primaria	10	3,95%
Educación Secundaria	17	6,72%
Formación Profesional	35	13,83%
Bachillerato	34	13,44%
Estudios Universitarios	106	41,90%
Estudios de Máster	46	18,18%
Estudios de Doctorado	5	1,98%
Total	253	100,00%

Tabla 4. Nivel de estudios de las mujeres participantes en el estudio.

Profesión	Número de mujeres	%
Actividades Físico-deportivas	4	1,58%
Administración y Gestión	55	21,74%
Agricultura y Ganadería	0	0,00%
Ama de casa	14	5,53%
Artesanía	1	0,40%
Comercio	13	5,14%
Construcción e Industrias Extractivas	5	1,98%
Cultura y Ocio	2	0,79%
Derecho y administración judicial	3	1,19%
Economía	2	0,79%
Educación	44	17,39%
Energía y Agua	1	0,40%
Finanzas y Seguros	5	1,98%
Formación vial	1	0,40%
Grandes almacenes	0	0,00%
Hostelería y Turismo	19	7,51%
Industria Alimentaria	1	0,40%
Industria Química y Vidrio	0	0,00%
Información, Comunicación y Artes Gráficas	7	2,77%
Jubilación y Subsidios	3	1,19%
Metal	0	0,00%
Periodismo y Telecomunicaciones	3	1,19%
Pesca y Agricultura	0	0,00%
Psicología y Coaching	2	0,79%
Publicidad	1	0,40%
Sanidad y Farmacia	44	17,39%
Servicios a las Empresas	5	1,98%
Servicios de Limpieza	2	0,79%
Servicio Doméstico	1	0,40%
Servicios Medioambientales	2	0,79%
Servicios Sociales	7	2,77%
Textil, Confección y Piel	3	1,19%
Transporte y Logística	3	1,19%
Total	253	100,00%

Tabla 5. Profesión de las mujeres participantes en el estudio.

Categoría Profesional	Número de mujeres	%
Puesto base	62	24,51%
Puesto intermedio	96	37,94%
Puesto de responsabilidad	95	37,55%
Total	253	100,00%

Tabla 6. Categoría profesional de las mujeres participantes en el estudio.

Tipo de trabajo	Número de mujeres	%
Por cuenta ajena	201	79,45%
Por cuenta propia	52	20,55%
Total	253	100,00%

Tabla 7. Tipo de trabajo de las mujeres participantes en el estudio.

Nivel de ingresos	Número de mujeres	%
Hasta 500€	15	5,93%
500-1000€	16	6,32%
1000-1500€	52	20,55%
1500-2000€	70	27,67%
2000-2500€	45	17,79%
2500-3000€	25	9,88%
3000-5000€	23	9,09%
Más de 5000€	7	2,77%
Total	253	100,00%

Tabla 8. Categoría profesional de las mujeres participantes en el estudio.

Lugar de nacimiento	Número de mujeres	%
Alemania	2	0,79%
Argentina	4	1,58%
Chile	1	0,40%
Canadá	1	0,40%
Colombia	1	0,40%
Cuba	2	0,79%
Ecuador	1	0,40%
España	229	90,51%
Francia	1	0,40%
Grecia	1	0,40%
Irlanda	1	0,40%
Italia	2	0,79%
Países Bajos	1	0,40%
Perú	1	0,40%
Polonia	1	0,40%
Suiza	1	0,40%
Venezuela	3	1,19%
Total	253	100,00%

Tabla 9. Lugar de nacimiento de las mujeres participantes en el estudio.

Número de partos	Número de mujeres	%	Número de partos
1	86	33,99%	86
2	130	51,38%	260
3	30	11,86%	90
4	6	2,37%	24
5	0	0,00%	0
6 o más	1	0,40%	6
Total	253	100,00%	466

Tabla 10. Número de partos de las mujeres participantes en el estudio.

Edad en el momento del parto	1º	2º	3º	4º	5º	6º	Total	%
<20 años	6	0	0	0	0	0	6	1,29%
20-30 años	111	43	4	0	0	0	158	33,91%
31-40 años	132	119	28	6	1	1	287	61,59%
>40 años	4	5	5	1	0	0	15	3,22%
Total	253	167	37	7	1	1	466	100%

Tabla 11. Edad en el momento del parto de las mujeres participantes en el estudio.

Semanas de gestación en el momento del parto	1º	2º	3º	4º	5º	6º	Total	%
<28 semanas de gestación	10	2	0	0	0	0	12	2,58%
28-32 semanas de gestación	11	7	0	1	1	0	20	4,29%
32-37 semanas de gestación	60	41	8	4	0	0	113	24,25%
37-42 semanas de gestación	162	111	28	1	0	1	303	65,02%
>42 semanas de gestación	10	6	1	1	0	0	18	3,86%
Total	253	167	37	7	1	1	466	100%

Tabla 12. Semanas de gestación en el momento del parto de las mujeres participantes en el estudio.

Número de partos fuera de la CCAA de las Islas Baleares	Número de partos	%
1º parto	64	13,73%
2º parto	33	7,08%
3º parto	8	1,72%
4º parto	2	0,43%
5º parto	0	0,00%
6º parto	0	0,00%
Total	107	22,96%

Tabla 13. Número de partos fuera de la comunidad autónoma (CCAA) de las Islas Baleares de las mujeres participantes en el estudio.

Partos fuera de la CCAA de las Islas Baleares	Número	%
En otra CCAA	93	86,92%
En otro país	14	13,08%
Total	107	100,00%

Tabla 14. Distribución de los partos fuera de la comunidad autónoma (CCAA) de las Islas Baleares de las mujeres participantes en el estudio.

Distribución por Comunidades Autónomas	Número de partos	%
Aragón	24	25,81%
Cataluña	44	47,31%
Extremadura	1	1,08%
Islas Canarias	5	5,38%
Madrid	3	3,23%
Murcia	4	4,30%
Valencia	4	4,30%
No indica	8	8,60%
Total	93	100,00%

Tabla 15. Distribución por comunidades autónomas de los partos de las mujeres participantes en el estudio.

Distribución por Países	Número de partos	%
Argentina	3	21,43%
Chile	1	7,14%
Colombia	1	7,14%
Francia	2	14,29%
Grecia	1	7,14%
Italia	1	7,14%
Países Bajos	3	21,43%
Reino Unido	2	14,29%
Total	14	100,00%

Tabla 16. Distribución por países de los partos de las mujeres participantes en el estudio.

Lugar de parto	Número partos	%
Hospital Público	251	53,86%
Hospital Privado	202	43,35%
Domicilio	13	2,79%
Total	466	100,00%

Tabla 17. Lugar de parto de las mujeres participantes en el estudio.

Cambios en el lugar de parto	1°	2°	3°	4°
Mujer 21	Hospital Privado	Hospital Privado	Hospital Público	
Mujer 56	Hospital Privado	Hospital Público		
Mujer 57	Hospital Privado	Hospital Público	Hospital Público	Hospital Público
Mujer 61	Hospital Privado	Hospital Privado	Hospital Privado	Hospital Público
Mujer 70	Hospital Público	Hospital Privado	Hospital Privado	
Mujer 92	Hospital Privado	Hospital Público	Domicilio	
Mujer 95	Hospital Público	Hospital Privado	Hospital Privado	
Mujer 96	Hospital Privado	Hospital Privado	Hospital Público	
Mujer 144	Hospital Privado	Hospital Privado	Hospital Público	
Mujer 145	Hospital Privado	Hospital Privado	Hospital Público	
Mujer 156	Domicilio	Hospital Privado		
Mujer 195	Hospital Privado	Hospital Público		
Mujer 199	Hospital Privado	Hospital Privado	Hospital Público	
Mujer 212	Domicilio	Hospital Público	Hospital Público	
Mujer 222	Hospital Público	Hospital Privado		
Mujer 226	Hospital Privado	Hospital Público	Hospital Público	
Mujer 231	Hospital Público	Hospital Privado		
Mujer 240	Hospital Privado	Hospital Público	Hospital Privado	
Mujer 251	Hospital Público	Domicilio		

Tabla 18. Cambios en el lugar de parto de las mujeres participantes en el estudio.

Cambios lugar de parto	Número de cambios	%
Hospital Público a Privado	5	23,81%
Hospital Público a Domicilio	2	9,52%
Hospital Privado a Público	12	57,14%
Hospital Privado a Domicilio	0	0,00%
Domicilio a Hospital Público	1	4,76%
Domicilio a Hospital Privado	1	4,76%
Total	21	100,00%

Tabla 19. Distribución de los cambios en el lugar de parto de las mujeres participantes en el estudio.

Modo de parto	Número de partos	%
Parto vaginal (no inducido o estimulado)	229	49,14%
Parto vaginal (inducido o estimulado)	77	16,52%
Parto instrumentado (fórceps, ventosa, espátulas)	56	12,02%
Parto por cesárea	104	22,32%
Total	466	100,00%

Tabla 20. Modo de parto de las mujeres participantes en el estudio.

Cambios modo de parto	Número de cambios	%
Único parto por cesárea	29	27,88%
Cesárea a parto por cesárea (sin cambios)	27	25,96%
Cesárea a no parto por cesárea	18	17,31%
No parto por cesárea a parto por cesárea	13	12,50%
Primer parto por cesárea	20	19,23%
* Cesáreas que se han contado por partida doble en mujeres con 3 partos, el segundo de ellos por cesárea, considerando entonces un "No parto por cesárea a parto por cesárea no electiva" y también "Cesárea no electiva a no parto por cesárea"	-3	-2,88%
Total cambios modo de parto	104	100,00%

Tabla 21. Distribución de los cambios en el modo de parto de las mujeres participantes en el estudio.

Distribución partos por cesárea	Tipo de parto por cesárea	%
Único parto por cesárea no electiva	29	27,88%
Único parto por cesárea electiva	0	0,00%
Primer parto por cesárea no electiva	18	17,31%
Primer parto por cesárea electiva	2	1,92%
Cesárea no electiva a parto por cesárea no electiva	23	22,12%
Cesárea no electiva a parto por cesárea electiva	1	0,96%
Cesárea electiva a parto por cesárea electiva	1	0,96%
Cesárea electiva a parto por cesárea no electiva	2	1,92%
Cesárea no electiva a no parto por cesárea	18	17,31%
Cesárea electiva a no parto por cesárea	0	0,00%
No parto por cesárea a parto por cesárea no electiva	12	11,54%
No parto por cesárea a cesárea electiva	1	0,96%
* Cesáreas que se han contado por partida doble en mujeres con 3 partos, el segundo de ellos por cesárea, considerando entonces un "No parto por cesárea a parto por cesárea no electiva" y también "Cesárea no electiva a no parto por cesárea"	-3	-2,88%
Total partos por cesárea	104	100,00%

Tabla 22. Distribución de los cambios en el modo de parto de las mujeres participantes en el estudio.

* Cesáreas que se han contado por partida doble en mujeres con 3 partos, el segundo de ellos por cesárea, considerando entonces un "No parto por cesárea a parto por cesárea no electiva" y también "Cesárea no electiva a no parto por cesárea"			
Cambios modo de parto	1°	2°	3°
Mujer 144	Parto vaginal	Parto por cesárea	Parto instrumentado
Mujer 168	Parto inducido o estimulado	Parto por cesárea	Parto vaginal
Mujer 196	Parto vaginal	Parto por cesárea	Parto vaginal

Tabla 23. Cesáreas que se han contado por partida doble en la distribución de los cambios en el modo de parto de las mujeres participantes en el estudio.

Partos por cesárea	Número de cesáreas	%
Total partos por cesárea no electiva	99	95,19%
Total partos por cesárea electiva	5	4,81%
Total partos por cesárea	104	100,00%

Tabla 24. Distribución de partos por cesárea electiva y no electiva de las mujeres participantes en el estudio.

Motivo por el que se llevó a cabo el parto por cesárea	Número de mujeres	%
Cesáreas previas	13	12,50%
Cesárea urgente		
Hemorragia grave	1	0,96%
Intento vaginal fallido	2	1,92%
Desprendimiento de placenta	1	0,96%
Embarazo múltiple	5	4,81%
Enfermedad de Crohn con afectación perianal	1	0,96%
Feto macrosómico	6	5,77%
Fractura de coxis que impedía el parto vaginal	1	0,96%
Miomectomía anterior	1	0,96%
Motivos personales (a petición materna)		
No quiero volver a pasar por cesárea urgente	1	0,96%
Otros motivos	4	3,85%
Parto estacionado	8	7,69%
Placenta previa	4	3,85%
Preeclampsia	2	1,92%
Presentación podálica		
Presentación podálica	16	15,38%
Presentación podálica en embarazo múltiple	1	0,96%
Presentación podálica en feto macrosómico	2	1,92%
Rotura uterina	1	0,96%
Sufrimiento fetal	23	22,12%
Por decisión del médico, sin aclararle la razón	0	0,00%
Por motivos logísticos del médico	0	0,00%
No indica motivo	11	10,58%
Total partos por cesárea	104	100,00%

Tabla 25. Motivos por los que se llevó a cabo el parto por cesárea.

Distribución partos por cesárea	Tipo de partos por cesárea	%
Hospital Público cesárea no electiva	53	50,96%
Hospital Público cesárea electiva	1	0,96%
Hospital Privado cesárea no electiva	46	44,23%
Hospital Privado cesárea electiva	4	3,85%
Domicilio cesárea no electiva	0	0,00%
Domicilio cesárea electiva	0	0,00%
Total partos por cesárea	104	100,00%

Tabla 26. Distribución de partos por cesárea electiva y no electiva de las mujeres participantes en el estudio.

Distribución partos por cesárea	Tipo de partos por cesárea	%
Partos por cesárea en Hospital Público	54	21,51%
Partos no por cesárea en Hospital Público	197	78,49%
Total partos en Hospital Público	251	100,00%

Tabla 27. Distribución de partos por cesárea en hospitales públicos de las mujeres participantes en el estudio.

Distribución partos por cesárea	Tipo de partos por cesárea	%
Partos por cesárea en Hospital Privado	50	24,75%
Partos no por cesárea en Hospital Privado	152	75,25%
Total partos en Hospital Privado	202	100,00%

Tabla 28. Distribución de partos por cesárea en hospitales privados de las mujeres participantes en el estudio.

Distribución partos por cesárea	Tipo de partos por cesárea	%
Partos por cesárea en Domicilio	0	0,00%
Partos no por cesárea en Domicilio	13	100,00%
Total partos en Domicilio	13	100,00%

Tabla 29. Distribución de partos por cesárea en domicilio de las mujeres participantes en el estudio.

Distribución partos por cesárea	Público	Privado	Domicilio	Total
Partos por cesárea	54	50	0	104
Total de partos	251	202	13	466
%	21,51%	24,75%	0,00%	22,32%

Tabla 30. Distribución de partos por cesárea en domicilio de las mujeres participantes en el estudio.

¿Se utilizó anestesia durante el parto?	Número de partos	%
Sí	319	68,45%
No	143	30,69%
No contesta	4	0,86%
Total	466	100,00%

Tabla 31. Uso de anestesia durante el parto en las mujeres participantes en el estudio.

En caso de utilizar anestesia, ¿la solicitó usted?	Número de partos	%
Sí	232	72,73%
No	85	26,65%
No contesta	2	0,63%
Total	319	100,00%

Tabla 32. Solicitud de anestesia por parte de las mujeres participantes en el estudio.

Si no la solicitó usted, ¿pidieron su autorización para aplicársela, informándole del por qué, sus riesgos y beneficios?	Número de partos	%
Sí	57	67,06%
No	25	29,41%
No contesta	3	3,53%
Total	85	100,00%

Tabla 33. Consentimiento informado para el uso de anestesia de las mujeres participantes en el estudio.

Complicaciones durante el embarazo	Número de complicaciones	%
Aborto espontáneo	15	11,81%
Aborto voluntario (por malformación)	1	0,79%
Anemia	1	0,79%
Ansiedad	8	6,30%
Colestasis	1	0,79%
Depresión	4	3,15%
Desprendimiento de placenta	2	1,57%
Diabetes gestacional	31	24,41%
Incompatibilidad Rh	15	11,81%
Infecciones	10	7,87%
Malformación cerebral	1	0,79%
Oligoamnios	2	1,57%
Placenta previa	2	1,57%
Preeclampsia	17	13,39%
Retraso del crecimiento intrauterino	2	1,57%
Síndrome de transfusión feto-fetal	1	0,79%
Trabajo de parto prematuro	12	9,45%
Vuelta de cordón umbilical	1	0,79%
Ninguna de las anteriores	1	0,79%
Total	127	100,00%

Tabla 34. Complicaciones durante el embarazo de las mujeres participantes en el estudio.

Complicaciones durante el parto	Número de complicaciones	%
Desgarro perineal	38	26,39%
Inversión uterina	1	0,69%
Legrado	1	0,69%
Maniobra de Kristeller	1	0,69%
Parto estacionado	34	23,61%
Problemas con el cordón umbilical	21	14,58%
Retención de placenta	1	0,69%
Rotura uterina	1	0,69%
Sangrado excesivo	11	7,64%
Sepsis	1	0,69%
Sufrimiento fetal	33	22,92%
Ninguna de las anteriores	1	0,69%
Total	144	100,00%

Tabla 35. Complicaciones durante el parto de las mujeres participantes en el estudio.

Complicaciones del recién nacido	Número de complicaciones	%
Asfixia y muerte perinatal durante las contracciones	1	1,20%
Bajo peso al nacer	14	16,87%
Barro biliar	1	1,20%
Caput succedaneum	1	1,20%
Complicaciones relacionadas con la prematuridad	1	1,20%
Deshidratación	1	1,20%
Estrangulación intestinal	1	1,20%
Hiperglobulinemia	1	1,20%
Hipoglucemia	10	12,05%
Ictericia	27	32,53%
Infecciones	4	4,82%
Lesión durante el parto sin especificar	4	4,82%
Lesión por fórceps	1	1,20%
Malformación congénita	3	3,61%
Problemas respiratorios	10	12,05%
Retraso en la evacuación de meconio	2	2,41%
Ninguna de las anteriores	1	1,20%
Total	83	100,00%

Tabla 36. Complicaciones del recién nacido.

En caso de haber tenido algún parto inducido o instrumentado, ¿pidieron su autorización para ello, informándole del por qué, sus riesgos y beneficios?	Número de mujeres	%
Sí	80	60,15%
No	53	39,85%
Total	133	100,00%

Tabla 37. Consentimiento informado de las mujeres participantes en el estudio con parto inducido o instrumentado.

En caso de haber tenido algún parto por cesárea, ¿pidieron su autorización para ello, informándole del por qué, sus riesgos y beneficios?	Número de mujeres	%
Sí	88	84,62%
No	16	15,38%
Total	104	100,00%

Tabla 38. Consentimiento informado de las mujeres participantes en el estudio con parto por cesárea.

En caso de haber tenido algún parto por cesárea, ¿le explicaron los riesgos frente al parto vaginal?	Número de mujeres	%
Sí	63	60,58%
No	41	39,42%
Total	104	100,00%

Tabla 39. Información recibida por las mujeres participantes en el estudio con parto por cesárea.

En caso de haber tenido algún parto por cesárea, ¿le explicaron los riesgos en futuras gestaciones?	Número de mujeres	%
Sí	57	54,81%
No	47	45,19%
Total	104	100,00%

Tabla 40. Información recibida por las mujeres participantes en el estudio con parto por cesárea.

¿Hubo disconformidad con alguna de estas acciones?	Sí	% respecto al total de partos (466)
Respetar el plan (o expectativas) de parto que se había acordado verbalmente o por escrito	18	3,86%
Lactancia materna en la primera hora después del parto	41	8,80%
Respetar su intimidad (no presentación por su nombre cuando entraba personal nuevo en la habitación, abrir y cerrar la puerta con frecuencia, exploración vaginal con las puertas abiertas o con >4 sanitarios presentes, no cubrir con sábanas durante la exploración vaginal, ...)	50	10,73%
Acelerar o ralentizar el parto por conveniencia del personal sanitario	44	9,44%
Atención prestada durante el proceso de parto	39	8,37%
Uso de palabras técnicas que dificultaron la comprensión del proceso de parto	17	3,65%
Comunicación adecuada para resolver dudas o manifestar sus miedos o inquietudes	45	9,66%

Tabla 41. Disconformidad en el proceso de parto por parte las mujeres participantes en el estudio.

En caso de no haber aceptado alguna de las intervenciones propuestas por el personal sanitario o en caso de proponer usted algún procedimiento o intervención (ej. cesárea electiva) ¿cuál fue la reacción del equipo obstétrico?	Total	%
Lo respetaron	53	63,86%
Se enfadaron	5	6,02%
Le hablaron del bienestar del bebé	21	25,30%
Otra reacción	4	4,82%
Total	83	100,00%

Tabla 42. Reacción del equipo obstétrico frente a la negativa de las mujeres participantes en el estudio o las propuestas de las mismas.

En caso de llevarse a cabo alguna de estas acciones ¿pidieron su autorización para aplicársela, informándole del por qué, sus riesgos y beneficios?	Enema	Episiotomía	Rasurado
Sí	17	32	16
No	41	92	49
Total	58	124	65
Porcentaje de partos con enemas/episiotomías/rasurados respecto al total	12,45%	26,61%	13,95%
Porcentaje de enemas/episiotomías/rasurados realizadas sin consentimiento respecto al total de enemas/episiotomías/rasurados	70,69%	74,19%	75,38%
Porcentaje de partos con episiotomía sin consentimiento respecto al total	8,80%	19,74%	10,52%

Tabla 43. Consentimiento informado de las mujeres participantes en el estudio.

“¿Tuvo lugar alguna otra acción que considere relevante y no haya sido reflejada en la pregunta 31?”
<ul style="list-style-type: none"> - “Matrona dejó el parto sin finalizar porque acababa su turno. Lo retomó otra compañera”. - “Mal control del dolor después de la cesárea”. - “Me trataron despectivamente en el postparto cuando manifesté que NO iba a dar el pecho. Es más, esperaron a que me subiera la leche para darme la medicación para retirármela. Literalmente, me llamaron “mala madre””. - “La epidural en el primer parto no llegó porque me indicaron el anestesista estaba en una urgencia. Me informaron en todo momento y me permitieron moverme y levantarme según mis necesidades”. - “En el primer parto me insistieron para que me pusiese la epidural, pero yo no quería ya que había sido un parto inducido y conllevaba riesgo para el bebé y una posible cesárea”.

- "Cuando ya había dilatado, algo que sucedió muy rápido, tuve que pasar hora y pico hasta que llegó el médico, yo quería parir pero no me dejaban, estuve sola esperando jadeando para no pujar, la matrona venía de vez en cuando fue horrible, y cuando el médico llegó oliendo a cigarrillos y cena (era domingo por la noche), cortó hizo episiotomía y me robó mi parto, luego se llevaron al bebé y el tipo empezó a empujar para sacar la placenta. Ni me avisó y le di una hostia. Se enfadó mucho y yo más. Luego mi hijo tenía una herida en la cabeza, estaba ya tan fuera que le hirió el con el bisturí, me acusó: "¿qué le has hecho?", le contesté yo estaba aquí arriba sin poder hacer nada, le heriste tú, mi hijo aun hoy tiene un súper queloide en la cabeza. Considero al médico un cabrón y el sistema una mierda, yo podía haber parido con la comadrona con un parto naturalísimo sin médicos cabrones".
- "Pedí por escrito en mi plan de parto que pudiera entrar mi pareja en la cesárea y no tuvieron en cuenta mi voluntad. Me dijeron que al ser una cesárea programada pero de riesgo, por ser placenta previa, tenía que estar sola. Tampoco pude hacer piel con piel con mi bebé porque me enviaron a reanimación y allí no podía estar mi hija, según me comentó el jefe de ginecología del Hospital Son Llàtzer".
- "Tacto salvaje".
- "Cambios de opinión del personal sanitario sin ninguna explicación. Se da por hecho que somos unas exageradas y no sirve de nada decir, me siento mal, me siento rara o me duele aquí. Abusan de la vulnerabilidad del momento".
- "Me explicaron perfectamente que aunque el bebé estaba muerto debía dar a luz de manera natural y no por cesárea si quería tener hijos pronto. Llegado el momento de la expulsión me sedaron para que no lo viera".
- "Tras la cesárea no tenía las piernas bien por la epidural, yo no era capaz de dar el pecho bien porque era mi primera vez y la matrona me contestó: "¿es que nunca viste a tu madre dar el pecho?", me quedé anonadada".
- "El ginecólogo hizo una maniobra en mi 2º embarazo para adelantarme el parto sin mi consentimiento porque se iba a ir de vacaciones".
- "Ignorarme, actuar como si yo no estuviese allí".
- "Mi parto fue en el agua, lo que me disgustó un poco es que me dijeron que si quería hacer la expulsión en el agua tenía que optar por la posición de semi sentada. Al parecer hoy en día no hay muchos partos en el agua y nos dio la sensación que sabían la teoría pero en la práctica les faltaba un poco más de experiencia. Resulta que no habían llenado lo suficiente la bañera y mi primera sensación en meterme en el agua fue que quería dar a luz a cuatro patas, claro la matrona al decirme que no era posible porque cada vez que me venía una contracción sacaba el culo hacia arriba y eso hacía que el bebé a lo mejor iba a sobresalir del agua y no se podía. Al cabo de una hora aproximadamente llegó otra matrona que llenó la bañera y la puso más caliente y tuve mucho alivio, lo que fue ya tarde porque con las contracciones cada vez más fuertes ya no podía cambiar de posición. En el momento de expulsión estuvieron las 2 matronas y una enfermera, prácticamente no decían nada, en mi plan de parto pedí que por favor me ayudaran en la expulsión diciéndome cuando debía pujar o si tenía que esperar un poco, un poco de indicación, pero lamentablemente no la tuve. Sin embargo, me gustaría decir que no creo que sea culpa del personal en sí, como he dicho al principio, se notó que era un poco por la falta de práctica en estos tipos de parto, de hecho yo misma aún no me creo que haya tenido mi parto en el agua. Quitando estas dos observaciones en todo momento respetaron todos mis puntos que desarrollé en el plan de parto y puedo decir que estamos bastante contentos con la atención recibida en el parto y en los días de ingreso".
- "Sí, pero solo en el caso de aborto espontáneo, a la hora del parto, poca información y atención por parte del personal sanitario".
- "Después del parto no oyeron mis quejas de dolor hasta pasado un tiempo, tenía una hemorragia interna".
- "En el 2n part, jo avisava que la fieta "ja venia" però no em feien gaire cas... la van haver d'agafar sense posar-se els guants perquè no va tenir temps. Em va demanar que "deixès d'empènyer". Llevat d'aquest fet (que entenc), i que no vaig poder donar les cèl·lules del cordó umbilical, crec que va anar bé". (En el segundo parto, yo avisaba que la hijita "ya venía" pero no me hacían ningún caso... La tuvieron que coger sin ponerse los guantes porque no tuvieron tiempo. Me pidieron que "dejara de empujar". A parte de este hecho (que entiendo), y que no pude donar las células del cordón umbilical, creo que fue bien).
- "Se tomaron decisiones sin consultarme como darle el chupete y biberón al estar separadas 24h por cesárea y el menor en neonatos".
- "Insistencia en epidural. No respetar el desarrollo del parto".
- "Mis matronas de Manises, gine y yo ... hicimos lo posible para que el parto fuese natural pero llegamos al límite...y finalmente hubo cesárea de urgencia".
- "En el primer parto una enferma mostró disconformidad con no querer dar el pecho".
- "En el primer parto era cesárea por no dilatar, pero al ser de noche y clínica privada (seguro de funcionarios) no sé molestaron en llamar al ginecólogo de guardia. Mi hijo llego a tener las pulsaciones a 40 a lo que me hacía la comadrona a coger aire para que tuviera oxígeno".
- "Alumnos de prácticas en el momento del parto sin consentimiento previo al proceso. Es decir, justo en el momento del parto preguntarme si se podían quedar".
- "Si mi hija estuvo un mes muy mal por dejarla tanto tiempo antes de hacerme cesaria".
- "Mi primera hija nació en son Espases, cesárea de urgencia por sufrimiento fetal, además venía de nalgas, para empezar no había ni una silla para mí marido. En el preoperatorio mientras el auxiliar me trataba de tranquilizar diciendo que en breve tendría a mi hija en brazos, la anestesista lo hizo callar diciendo que no me podía asegurar nada. Al ponerme la epidural me trataron fatal, me gritaban y me decían de mala manera que me relajara o que me podían hacer mucho daño. Durante la cesárea se me trató como un pedazo de carne, podía ver todo reflejado en la lámpara de quirófano, durante la cesárea la cirujana le echo la bronca al interno que me estaba abriendo la tripa y le dijo que lo que acababa de hacer no lo tenía que volver a repetir, como si yo no escuchará. Me

mostraron a mi niña unos segundos y no la volví a ver hasta una hora después. Tuve problemas para dar el pecho, mi hija nació de 37 semanas y con hipoglucemia, se dormía y no tenía fuerza para mamar, sin embargo se me trató como una inútil y venían a controlar cada toma, una matrona sacudió y cacheteó a mi hija para que se despertara, además una de las matronas me había dado unas pezoneras ya que tenía los pezones destrozados y cuando cuando la jefa de las matronas lo vió, me lo quito y lo tiró a la basura. Yo estaba en shock desde la cesárea. En esos momentos no pude reaccionar como lo haría hoy. Mi hija no cogía peso y se negaron por 3 días a darle leche complementaria, hasta que perdió demasiado peso, cuando me dijeron que estaban preocupados por ella y que nos tendríamos que quedar unos días más, finalmente le darían leche de bibe. Me puse a llorar desconsolada por todo, y la matrona me empezó a gritar que no tenía por qué llorar, que era la niña la que estaba mal y no yo. La cirujana vino a darme el alta unos minutos después, yo no entendía nada, me dijo que era por qué había que liberar camas, le expliqué lo que me acababa de decir la matrona. No había comunicación entre pediatría y ginecología, un desastre. Al final nos quedamos dos días más y con leche complementaria se recuperó. Los últimos tres días no me cambiaron las sábanas. Pleno junio y al lado de la ventana. Cada día pedíamos un sillón para mi marido y nos daban largas, la primera noche le hice un espacio en mi ca y las enfermeras lo echaron, pretendían que durmiera en pie? por suerte vivíamos cerca y no quedó otra que se fuera a dormir a casa".

Tabla 44. Comentarios adicionales de las mujeres participantes en el estudio.

Test de Violencia Obstétrica	Sí	No	Total	%
1) ¿El personal de salud hacía comentarios irónicos, descalificadores o en tono de chiste acerca de tu comportamiento?	44	422	466	9,44%
2) ¿Te trataron con sobrenombres (gorda) o diminutivos (gordita-mamita-hijita) como si fueras una niña incapaz de comprender los procesos por los cuales estás atravesando?	23	443	466	4,94%
3) ¿Fuiste criticada por llorar o gritar de dolor, emoción, alegría..., durante el trabajo de parto y/o el parto?	21	445	466	4,51%
4) ¿Te fue difícil o imposible preguntar o manifestar tus miedos o inquietudes porque no te respondían o lo hacían de mala manera?	43	423	466	9,23%
5) ¿Se realizaron alguno o varios de los siguientes procedimientos médicos sin pedirte consentimiento o explicarte por qué eran necesarios?				
Administración de medicación o goteo para "apurar" el parto	55	411	466	11,80%
Cesárea	25	441	466	5,36%
Compresión del abdomen en el momento de los pujos	57	409	466	12,23%
Enema	41	425	466	8,80%
Episiotomía	92	374	466	19,74%
Indicación de permanecer acostada todo el tiempo	62	404	466	13,30%
Raspaje del útero sin anestesia	2	464	466	0,43%
Rasurado de genitales	49	417	466	10,52%
Rotura artificial de bolsa	67	399	466	14,38%
Tactos vaginales reiterados y realizados por diferentes personas	48	418	466	10,30%
6) En el momento del parto, ¿te obligaron a permanecer acostada boca arriba aunque manifestaras tu incomodidad en esa posición?	72	394	466	15,45%
7) ¿Fuiste obligada a quedarte en cama impidiéndote caminar o buscar posiciones según tus necesidades?	67	399	466	14,38%
8) ¿Se te impidió estar acompañada por alguien de tu confianza?	49	417	466	10,52%
9) ¿Se te impidió el contacto inmediato con tu hija/o recién nacido antes de que se lo llevara el neonatólogo para control? (acariciarlo, tenerlo en brazos, hablarle, darle el pecho, etc.)	76	390	466	16,31%
10) Después del parto, ¿sentiste que no habías estado a la altura de lo que se esperaba de ti (que no habías «colaborado»)?	41	425	466	8,80%
11) ¿Podrías decir que la experiencia de la atención en el parto te hizo sentir vulnerable, culpable o insegura?	70	396	466	15,02%

Tabla 45. Test de Violencia Obstétrica ya validado.

Partos	Positivo para el Test de Violencia Obstétrica (herramienta validada)	Violencia obstétrica en el "Cuestionario sobre la Atención Recibida durante el proceso de Aborto, Embarazo, Parto y Posparto"	Percepción de violencia obstétrica
Sí	266	296	72
No	200	170	394
Total	466	466	466
% Violencia obstétrica	57,08%	63,52%	15,45%
% No violencia obstétrica	42,92%	36,48%	84,55%
% Total	100%	100%	100%

Tabla 46. Violencia obstétrica en función del Test de Violencia Obstétrica ya validado, el "Cuestionario sobre la Atención Recibida durante el proceso de Aborto, Embarazo, Parto y Posparto" y percepción de violencia obstétrica por parto.

¿Conoce el término "violencia obstétrica"?	Número de mujeres	%
Sí	152	60,08%
No	101	39,92%
Total	253	100,00%

Tabla 47. Conocimiento del término "violencia obstétrica" de las mujeres participantes en el estudio.

Si la respuesta anterior fue "sí", ¿dónde ha oído hablar del término "violencia obstétrica"?	Número	%
A través de su doula	1	0,66%
A través de su ginecólogo	1	0,66%
A través de su matrona	2	1,32%
A través de una estudiante de Medicina	1	0,66%
Asociación el Parto es Nuestro	3	1,97%
Asociaciones	3	1,97%
Clases pre-parto, grupos de lactancia...	7	4,61%
Conferencias u otras ponencias	3	1,97%
Documentales	4	2,63%
Familiares, amigos o conocidos	8	5,26%
Gremio hospitalario	4	2,63%
En su formación	3	1,97%
Experiencia personal	2	1,32%
Internet y redes sociales	35	23,03%
Libros y bibliografía	6	3,95%
Prensa, revistas y artículos	9	5,92%
Radio y otros medios de comunicación	16	10,53%
Televisión	7	4,61%
Trabajo	8	5,26%
Más de una fuente de información	29	19,08%
Total	152	1

Tabla 48. Medios a través de los cuales se ha oído hablar del término "violencia obstétrica".

Calificación de la atención	Número	%
<5 puntos	14	5,53%
5-6 puntos	24	9,49%
7-8 puntos	80	31,62%
9-10 puntos	135	53,36%
Total respuestas	253	100,00%
Media	8'2	

Tabla 49. Calificación de la atención recibida por parte de las mujeres participantes en el estudio.

“¿Desea realizar algún comentario adicional respecto a su experiencia durante el proceso de parto que no haya sido reflejado en el cuestionario?”	
-	“Durante la recuperación en el primer parto, la atención en planta por parte del personal fue pésima. No tenían cuidado cuando entraban en las habitaciones, daban golpes con las puertas, te despertaban constantemente, en las curas te hablaban de hacerte daño pero te decían que era lo que había y que te aguantaras. Ayunas de más de 10 horas después de la cesárea”.
-	“Depende mucho de la comadrona y equipo que te toque”.
-	“El personal médico encubrió la posible negligencia de una compañera que originó un desgarro y posterior legrado”.
-	“Tras el parto, el bebé presentó ictericia, debiendo quedar ingresado más tiempo que la madre. Allí la atención cambió, ya que al no estar ingresada la madre no se consideraron sus necesidades físicas y psicológicas durante el período de ingreso del recién nacido”.
-	“El personal tanto de enfermería como médico fueron muy amables y atentos”.
-	“Considero que he sido dada de alta por necesidad de la habitación sin haberse instaurado la lactancia materna a las 22 horas posparto. Posteriormente hipoglicemia neonatal”.
-	“En el primer parto, comente que daría el biberón, la comadrona (creo que con su buena intención) insistía en que no era una buena opción. Tuve que decir que lo pensaría para que no me fuera insistiendo. Ya que yo tenía claro que no haría lactancia materna”.
-	“Mi segundo hijo nació con una cesárea a demanda, hace 10 años procedimiento bastante novedoso, fui criticada bastante por esta elección”.
-	“Hay una actitud de desidia por parte del personal que te recibe cuando vas a parir. En las dos ocasiones en que fui me dijeron que seguro que no estaba de parto porque no parecía estar tan mal...”.
-	“Hay que tener en cuenta que en el paritorio estuve acompañada por una familiar, enfermera y de ahí la respuesta que dejo a continuación”.
-	“Mi experiencia fue muy buena en todos los sentidos. Muy bien tratada y me sentí muy arropada por los profesionales”.
-	“En el segundo parto fui al paritorio porque tenía contracciones cada muy poco y fuertes. Cuando llegué me tumbaron para ponerme las correas. En esa postura se ralentizaban las contracciones. Me dijeron que me fuese a casa. Me fui del paritorio y saliendo, en un pasillo del hospital, rompí aguas. Volví y les dije que tenía contracciones cada poco y que había roto aguas. Me miraron mal como si fuese una exagerada. Me volvieron a tumbar, se pararon las contracciones. Y como si me hiciesen un favor me pasaron a una habitación. En la habitación yo estaba de pie y de cuclillas, y el parto se aceleró, llamamos a la comadrona, "que por favor viniese que estaba de parto". No sé por qué motivo esa señora no se creía que estaba de parto. El caso es que cuando entré en la habitación y yo estaba en postura de pie con las piernas flexionadas, le dije: "ya sale el bebé". Y ella me dijo que eso debía ser una impresión mía. Cuando me levantó el camisón y vio a mi bebé saliendo, ya dijo: "Ah, pues sí". Ahí ya no tuvo más remedio que hacerme caso. Y empezaron las prisas en el paritorio”.
-	“La amabilidad del personal del Hospital”.
-	“Creo que tuve atención excepcional en los 2 partos. No se me pudo explicar la cesárea del primer parto correctamente por lo urgente de la intervención (cesárea urgente tras parto vaginal fallido, el niño precisó 7 días de incubadora por sufrimiento durante el parto). En el segundo parto, por lo traumático de la experiencia del parto previo, yo propuse cesárea y la ginecóloga me convenció de que no era necesaria. Todo salió bien”.
-	“Me robaron el parto, durante los últimos meses el obstetra me decía que no nadara ja! Nadar fue una práctica estúpida, los ejercicios y la respiración me salvaron la vida, no así el puto médico”.
-	“Pedí a las ginecólogas que atendieron la cesárea que, por favor, pudiera entrar mi pareja y ellas tampoco no aceptaron. Alegaron que era una cesárea de riesgo al tener placenta previa”.
-	“Muy bien atendida sobre todo al 2 parto que tuve algún problema con la formación del cerebro y el final terminó bien”.
-	“Parir con mascarilla y las horas de dilatación previas con ella, a pesar encima de haberme hecho PCR antes. El tacto salvaje de una comadrona me traumatizó”.
-	“Ha ido cambiando mucho en los últimos 20 años. No puedo generalizar. La peor experiencia fue cuando no aceptaba la posición de la ginecóloga de la Rotger (sobre todo por sus cambios de opinión incomprensibles para mí) y al pedir traslado a otro hospital (a Son Espases). Amenazarme con que estaba loca y que el niño iba a morir por mi culpa. Fue muy duro y una gran mentira”.

- "Mi experiencia fue muy dura, pero dadas las circunstancias se volcaron con nosotros en los tres partos".
- "Me hubiera gustado tener un control de mi recuperación. Un diagnóstico postparto, si hubo o no diástasis abdominal, estado del suelo pélvico y haber recibido una guía para su recuperación. Yo sabía que no estaba igual y no sabía por dónde empezar y a quién acudir. También, la duración de las bajas por maternidad no deberían ser todas iguales, cada caso es un mundo".
- "En mi primer parto, que fue por cesárea, fue muy extenso durante casi una semana, era desesperante, hasta que una matrona me explicó que la preparación del parto podría tardar y que cuando tuviera contracciones tenía que relajarme porque si no era peor y gracias a esa explicación mi parto fue mejor".
- "Creo que el personal sanitario debería cuidar las formas, hablar durante el parto entre ellos de turnos, peleas... Como si no estuvieras allí crea inseguridad, miedo y despersonalización".
- "Antipatía".
- "Teniendo en cuenta que entregué al personal el plan de parto donde puse que quería intentar tener un parto en el agua, en el último tacto que se me realizó, dilatada de 6 cm, se me preguntó: "¿aún sigues con la idea del agua?" La verdad que la manera de preguntarme eso y la pregunta no me gustó, yo estaba exhausta y cuando alguien te sugiere la epidural, pues a lo mejor la hubiera aceptado. Creo que en esos momentos a lo mejor hay que tener un poco más de tacto, ya que se sabe hoy en día, que es mejor un parto sin epidural. Sin embargo, también creo que la especialista me lo preguntó porque yo estaba muy muy cansada y dolorida, así que tampoco es una acusación, simplemente una observación para que se pueda tener en cuenta con otra mujer".
- "El recuerdo que tengo de mi parto es precioso, a pesar de los dolores, lo recuerdo como algo maravilloso. Mi marido pudo estar conmigo en todo momento y me ayudó activamente a soportar mejor los dolores. Habíamos hecho sesiones de sofrología en la preparación al parto y me pusieron epidural cuando ya estaba casi dilatada de 10 cm (al haber roto aguas 12h antes me explicaron que controlaban lo mínimo por vía vaginal para evitar infecciones)".
- "Lo peor fue tener que estar completamente dormida durante la cesárea porque no pude tener una epidural, por causa de las inyecciones de heparina que me hacía a diario. Necesitaba haber estado 12 horas ante esta y la epidural, y no lo había estado. No tuve otra que anestesia general y me da pena que no pude ver a mis bebés nacer, aunque fuera por cesárea, y perdí los primeros minutos de contacto físico".
- "La matrona que estuvo conmigo durante el proceso se portó de 10. La ginecóloga fue algo más brusca. Pero compensó el trabajo la matrona arropándome en todo momento y no separándose de mi lado".
- "Lo peor fue el postparto inmediato en el primer parto, que me tuvieron que sondar porque por la anestesia no podía orinar. El trato fue horrible y el dolor también. Muy mal recuerdo de eso. Un cero para las enfermeras que me tocaron".
- "Fa 23 anys que vaig parir una filla i 21 del segon part. Ningú no ens preparava realment per al procés del part. Sols comptàvem amb les comares i crec que anaven bastant saturades. M'hauria agradat ser la protagonista del meu part i me vaig sentir més aviat com a pacient malalta. El fet que no se'ns demani opinió ni se'ns informi sobre el que es fa al nostre cos pens que és violència obstètrica" (Hace 23 años que parí una hija y 21 del segundo parto. Nadie nos preparaba realmente para el proceso de parto. Tan solo contábamos con las comadronas y creo que iban bastante saturadas. Me hubiese gustado ser la protagonista de mi parto y me sentí más bien como paciente enferma. El hecho de que no se nos pida opinión ni se nos informe sobre lo que se hace a nuestro cuerpo pienso que es violencia obstétrica).
- "Gracias por vuestro estudio".
- "El equipo de matronas fue realmente bueno. Y me ayudaron mucho con la lactancia con pezón invertido".
- "Jo volia fer la dilatació amb una pilota i caminant i no em varen deixar. No vaig demanar parir amb una altra postura perquè ni es contemplava la idea" (Yo quería hacer la dilatación con una pelota y caminando y no me dejaron. No pedí parir con otra postura porque ni se contemplaba la idea).
- "Atención deficiente por falta de personal/recursos".
- "Mi segundo parto terminó en el hospital pero iba a ser en mi domicilio, dejaron entrar a mi comadrona en el paritorio del hospital y creo que ese hecho hizo que el trato fuera diferente y más respetuoso. En el segundo parto calificaría la atención de un 7. El primero con un 3".
- "Mi cesárea fue programada, la anestesia es necesaria, he respondido igualmente a las preguntas sobre la anestesia, pero creo que no es posible realizar una cesárea sin anestesia".
- "Me atendieron buenas profesionales y me dieron tranquilidad".
- "Me hubiera gustado poder evitar estar tumbada "por obligación" en la cama desde el ingreso hospitalario. También se me recomendó y administró un sedante pese a que la comadrona me alababa el control del dolor y la relajación conseguida entre contracciones. Simplemente ridículo. Aunque la posición para parir no tenía discusión y mis partos fueron fáciles y sin epidural, fue muy incómodo y antinatural parir tumbada de espaldas pujando sin apoyo en los pies. Y sinceramente, que se me subiera no sé quién a horcajadas para "ayudar" con los pujos y sin preguntar fue violento".
- "Tuve un parto en casa y pienso que debería estar cubierto por la seguridad social. Personalmente creo que es lo mejor para el bebé, para la madre y para que el parto vaya bien".
- "Tuve lloros postparto el segundo o tercer día (no lo recuerdo exactamente). Una enfermera se burló de mí directamente en la habitación de la clínica".
- "En las ocasiones las matronas tuvieron un papel fundamental y el ginecólogo/a respetaron y apoyaron sus decisiones. Actuaron conjuntamente y eso me dio mucha confianza".
- "Muy buena atención sanitaria. Hospital Son Dureta".

- "He tengut tres parts molt diferents i a les darreres preguntes del qüestionari no puc respondre genèricament. Els dos primers a la Clínica Rotger i el 3r a Son Llätzer no tenen res a veure". (He tenido tres partos muy diferentes y a las últimas preguntas del cuestionario no puedo responder genéricamente. Los dos primeros en la clínica Rotger y el tercero en Son Llätzer no tienen nada que ver).
- "Conmigo fueron de lo mejor".
- "Me llamaron unas semanas antes del parto desde el hospital para comentar, mi pareja y yo con el personal del hospital, el plan de parto que había presentado".
- "Me provocaron el parto con una maniobra sin aviso previo a las 21+3. Posteriormente tuve sangrado y pensaba que perdía al bebé. Me tuvieron que intervenir a los dos meses por infección por placenta".
- "Me atendieron muy bien en todo momento".
- "La primera consulta (pastillas para realizar el aborto) me trataron bien pero en la segunda consulta (revisión) noté que el personal sanitario estaba molesto, también con la mujer que iba antes que yo, como si no quisieran realizar abortos".
- "Muchas gracias por vuestra investigación y vuestras ganas de ayudar a hacer más visible esta lacra social".
- "Se me explicó en todo momento lo que se me iba a hacer, se me pidió permiso y se respetaron mis decisiones en todo momento (no querer epidural), hasta que por motivos físicos míos que dificultaban el parto vaginal y ponían en peligro la salud del bebé se tomó la decisión de llevar a cabo una cesárea".
- "Por mi parte todo fue perfecto, no tengo ninguna queja. Todos los empleados hicieron que cada duda o incomodidad que yo sintiera desapareciera (por ser madre primeriza y tener miedo de no hacerlo bien o tema lactancia miedo que mi bebé tuviese hambre). Por mi parte las veces que he ido al hospital mis partos fueron en los momentos que mejor me han tratado los sanitarios y eso se agradece y mucho".
- "A mi hijo le costó respirar, pero en la clínica no nos dijeron nada, nos lo dijo su pediatra en la primera revisión".
- "Ahora que tengo más información, hubiera pedido que no me realizaran según qué técnicas o hubiera pedido los motivos, cosa que en la época que tuve a mis hijos, no nos informaban de nada".
- "Deberían preparar psicológicamente a las madres que damos a luz por cesárea. En las clases preparto se debería hablar más sobre esto".
- "Mis partos fueron respetados de principio a fin. Quise tener partos sin anestesia y en bañera (HSSL). Las matronas fueron más que excelentes, aclararon todas nuestras dudas, nos hicieron sentir bien. Me hicieron sentir fuerte, especial, poderosa. Capaz de todo lo que estaba por llegar. No paraban de decirnos lo bien que lo hacíamos mi bebé y yo, lo bonito que estaba siendo ese momento pese al dolor obviamente. Les doy gracias infinitas por ambas experiencias. Puede moverme, caminar, cambiar de postura, entrar y salir de la bañera... Y el segundo expulsivo fue tan rápido que saqué yo sola a mi hijo. Estoy feliz, y mi marido también, de la atención recibida. No pudo ser mejor".
- "Mi parto no fue el soñado ni el que había preparado en mi plan de parto (pre-inducción, inducción, epidural, vacuum). Gracias al equipo maravilloso de Son Llätzer pude tener un parto respetado y lo más parecido al que yo quería. Sentí en todo momento su cariño, sus ánimos. No podría estar más agradecida".
- "Trato vejatorio por ser portadora de bacteria resistente en el segundo embarazo, atención cruel, siempre era la última de la consulta para que no tocara nada, no me dejaban sentarme en una silla ni tocar una mesa, me prohibieron ir a las consultas acompañada, se dirigían a mí no por mi nombre solo por la bacteria, la atención postparto fue mala en el hospital, poca información y mala, no querían tocarme ni bañar a mi bebé, pero ellos mismos se saltaban las medidas de aislamiento. Además en los dos partos se me ridiculizó por llegar con 9 cm de dilatación, por esperar tanto, pero en realidad mis partos fueron muy rápidos 1h cada uno desde la primera contracción, casi no llego al hospital. Sobre el primer embarazo que fue aborto espontáneo a las 6 semanas ni un mínimo consuelo, a casa y ya".
- "La cesárea puede ser programada por diversos motivos. En mi caso, CIR diagnosticado desde la semana 28 y presentación podálica durante todo el embarazo".
- "Se me impidió estar acompañada en el momento del parto por ley".
- "En mi segundo embarazo decidí dar una segunda oportunidad a la sanidad pública, la primera ecografía en el hospital de Inca, se habían equivocado y estaba solicitada como aborto, entré en consulta con toda la ilusión y desde un principio se me trató fatal, yo no entendía nada hasta que me dijo que me iba a hacer un aborto, yo me negué y le expliqué que no era así, que iba a mi primer eco, ella convencida decía que era lo que ponía la cita... Cuando me hicieron la última eco, este mismo hospital, la ginecóloga, de malas maneras me dijo que tenía que firmar para que me ligaran las trompas en la cesárea, yo le dije que no quería, ella insistía constantemente y que si no firmaba iba a tener que parir porque no me iban a hacer cesárea (sabiendo que había placenta previa y estaba con pérdidas desde el 7º mes). En ese momento decidí irme a una clínica privada".
- "Una ginecóloga y una comadrona sacaron las tijeras en el expulsivo. Al pedir mi marido que no me hicieran episiotomía porque ya se veía la cabecita del bebé, le dijeron "usted encárguese de apoyar a su mujer y déjenos hacer nuestro trabajo". Pero en ese último pujo nació mi hija, y no les dio tiempo a la episiotomía, me desgarré un poquito (leve), me cosieron y todo bien. La realidad es que tenía tanto miedo al intervencionismo médico (porque por varias razones médicas -hipotiroidismo, dioptrías, 35 años...-, me dijeron durante el embarazo que me pondrían suero, y me controlarían durante el parto, etc.) que me esperé todo lo que pude a dilatar en casa, y así estar a mi aire (fui a un grupo de preparación al parto privado, pro-parto natural que me empoderó mucho). Cuando llegué al hospital ya estaba de 10 cm y me llevaron directa a paritorio y no hubo tiempo de negociar nada. En 20 min mi hija había nacido perfectamente. No me gustó que me rompieran la bolsa sin preguntar, y que no me dejaran parir sentada o de pie, incluso discutimos unos segundos por ello con la ginecóloga, pero tenía tanto dolor que cedí. Asumo por mi parte que llegué tan justa que no les di ni tiempo a que revisaran mi expediente médico, ni a que leyeran mi plan de parto. Ese mismo día, de 5 bebés que nacieron en ese hospital,

- solo mi hija se salvó de acabar en Neonatología. Parece que estaba de guardia una ginecóloga con exceso de celo? Eso dijo la pediatra de Neonatología, amiga de una amiga. Quién sabe”.
- “El 2n part va ser molt ràpid i no va néixer al quiròfan, sino a la sala d’exploració. Vaig demanar el meu fill perquè no el me duien durant unes quantes hores. Passava pena de no reconèixer-lo ja que no l’havien identificat per haver nascut a una sala que no era el paritori”. (El segundo parto fue muy rápido y no nació en el quirófano, sino en la sala de exploración. Pedí a mi hijo porque no me lo traían durante unas cuantas horas. Pasaba pena de no reconocerlo ya que no lo habían identificado por haber nacido en una sala que no era el paritorio).
 - “En el primer parto pedí epidural y me dijeron que no había anestesiistas en el momento”.
 - “Lo mejor que me ha pasado en la vida”.
 - “Tendría que promocionar las Casas de partos”.
 - “No percibí violencia obstétrica cuando la estaba experimentando porque en aquellos momentos no era consciente de que la estuviese sufriendo”.

Tabla 50. Comentarios adicionales de las mujeres participantes en el estudio.

IMC (kg/m ²)	Positivo para el Test de Violencia Obstétrica			% respecto al total de partos en ese grupo		
	Sí	No	Total	Sí	No	Total
Bajo peso (<18,5)	6	16	22	27,27%	72,72%	100%
Normopeso (18,5-24,9)	175	131	306	57,19%	42,81%	100%
Sobrepeso grado 1 (25-26,9)	34	22	56	60,71%	39,29%	100%
Sobrepeso grado 2 (27-29,9)	33	11	44	75%	25%	100%
Obesidad grado 1 (30-34,9)	15	18	33	45,45%	54,55%	100%
Obesidad grado 2 (35-39,9)	0	0	0	0%	0%	0%
Obesidad grado 3 o mórbida (40-49,9)	2	2	4	50%	50%	100%
Obesidad supermórbida (50-59,9)	1	0	1	100%	0%	100%
Total partos	266	200	466	57,08%	42,92%	100%

Tabla 51. Índice de masa corporal (IMC) de las mujeres que han experimentado violencia obstétrica en sus partos.

Lugar de nacimiento	Positivo para el Test de Violencia Obstétrica			% respecto al total de partos en ese grupo		
	Sí	No	Total	Sí	No	Total
Alemania	0	3	3	0%	100%	100%
Argentina	3	6	9	33,33%	66,67%	100%
Chile	1	0	1	100%	0%	100%
Canadá	1	1	2	50%	50%	100%
Colombia	0	1	1	0%	100%	100%
Cuba	3	0	3	100%	0%	100%
Ecuador	1	0	1	100%	0%	100%
España	249	173	422	59%	41%	100%
Francia	2	0	2	100%	0%	100%
Grecia	1	0	1	100%	0%	100%
Irlanda	0	2	2	0%	100%	100%
Italia	1	3	4	25%	75%	100%
Países Bajos	3	0	3	100%	0%	100%
Perú	0	2	2	0%	100%	100%
Polonia	0	1	1	0%	100%	100%
Suiza	0	3	3	0%	100%	100%
Venezuela	1	5	6	16,67%	83,33%	100%
Total partos	266	200	466	57,08%	42,92%	100%

Tabla 52. Lugar de nacimiento de las mujeres que han experimentado violencia obstétrica en sus partos.

Nivel de Estudios	Positivo para el Test de Violencia Obstétrica			% respecto al total de partos en ese grupo		
	Sí	No	Total	Sí	No	Total
Sin estudios	0	0	0	0%	0%	0%
Educación Primaria	19	7	26	73,08%	26,92%	100%
Educación Secundaria	21	9	30	70%	30%	100%
Formación Profesional	36	26	62	58,06%	41,94%	100%
Bachillerato	36	29	65	55,38%	44,62%	100%
Estudios Universitarios	117	83	200	58,5%	41,5%	100%
Estudios de Máster	36	40	76	47,37%	52,63%	100%
Estudios de Doctorado	1	6	7	14,29%	85,71%	100%
Total partos	266	200	466	57,08%	42,92%	100%

Tabla 53. Nivel de estudios de las mujeres que han experimentado violencia obstétrica en sus partos.

Nivel de ingresos	Positivo para el Test de Violencia Obstétrica			% respecto al total de partos en ese grupo		
	Sí	No	Total	Sí	No	Total
Hasta 500€	22	3	25	88%	12%	100%
500-1000€	16	15	31	51,61%	48,39%	100%
1000-1500€	49	49	98	50%	50%	100%
1500-2000€	83	45	128	64,84%	35,16%	100%
2000-2500€	46	38	84	54,76%	45,24%	100%
2500-3000€	30	16	46	65,22%	34,78%	100%
3000-5000€	17	27	44	38,64%	61,36%	100%
Más de 5000€	3	7	10	30%	70%	100%
Total partos	266	200	466	57,08%	42,92%	100%

Tabla 54. Nivel de ingresos de las mujeres que han experimentado violencia obstétrica en sus partos.

Número de partos	Número de mujeres	% respecto al total de mujeres en ese grupo
1	50	58,14%
2	87	66,92%
3	22	73,33%
4	5	83,33%
5	0	0,00%
6 o más	1	100,00%
Número total de mujeres que han experimentado violencia obstétrica en alguno de sus partos	165	

Tabla 55. Número de partos de las mujeres que han experimentado violencia obstétrica en al menos uno de ellos.

Edad en el momento del parto	Positivo para el Test de Violencia Obstétrica			% respecto al total de partos en ese grupo		
	Sí	No	Total	Sí	No	Total
<20 años	4	2	6	66,67%	33,33%	0%
20-30 años	109	49	158	68,99%	31,01%	100%
31-40 años	147	140	287	51,22%	48,78%	100%
>40 años	6	9	15	40%	60%	100%
Total partos	266	200	466	57,08%	42,92%	100%

Tabla 56. Edad en el momento del parto en los partos en los que se ha experimentado violencia obstétrica.

Semanas de gestación en el momento del parto	Positivo para el Test de Violencia Obstétrica			% respecto al total de partos en ese grupo		
	Sí	No	Total	Sí	No	Total
<28 semanas de gestación	9	3	12	75%	25%	100%
28-32 semanas de gestación	15	5	20	75%	25%	100%
32-37 semanas de gestación	64	49	113	56,64%	43,36%	100%
37-42 semanas de gestación	164	139	303	54,13%	45,87%	100%
>42 semanas de gestación	14	4	18	77,78%	22,22%	100%
Total partos	266	200	466	57,08%	42,92%	100%

Tabla 57. Semanas de gestación en el momento del parto en los partos en los que se ha experimentado violencia obstétrica.

Lugar de parto	Positivo para el Test de Violencia Obstétrica			% respecto al total de partos en ese grupo		
	Sí	No	Total	Sí	No	Total
Hospital Público	142	109	251	56,57%	43,43%	100%
Hospital Privado	119	83	202	58,91%	41,09%	100%
Domicilio	5	8	13	38,46%	61,54%	100%
Total partos	266	200	466	57,08%	42,92%	100%

Tabla 58. Lugar de parto en los partos en los que se ha experimentado violencia obstétrica.

Cambios lugar de parto	1º parto	2º parto	3º parto	4º parto
Mujer 20	Hospital Privado	Hospital Privado	Hospital Público	
Mujer 55	Hospital Privado	Hospital Público		
Mujer 56	Hospital Privado	Hospital Público	Hospital Público	Hospital Público
Mujer 60	Hospital Privado	Hospital Privado	Hospital Privado	Hospital Público
Mujer 69	Hospital Público	Hospital Privado	Hospital Privado	
Mujer 91	Hospital Privado	Hospital Público	Domicilio	
Mujer 94	Hospital Público	Hospital Privado	Hospital Privado	
Mujer 95	Hospital Privado	Hospital Privado	Hospital Público	
Mujer 143	Hospital Privado	Hospital Privado	Hospital Público	
Mujer 144	Hospital Privado	Hospital Privado	Hospital Público	
Mujer 155	Domicilio	Hospital Privado		
Mujer 194	Hospital Privado	Hospital Público		
Mujer 198	Hospital Privado	Hospital Privado	Hospital Público	
Mujer 211	Domicilio	Hospital Público	Hospital Público	
Mujer 221	Hospital Público	Hospital Privado		
Mujer 225	Hospital Privado	Hospital Público	Hospital Público	
Mujer 230	Hospital Público	Hospital Privado		
Mujer 239	Hospital Privado	Hospital Público	Hospital Privado	
Mujer 250	Hospital Público	Domicilio		

Tabla 59. Cambios de lugar de parto. En color gris los partos en los que se ha experimentado violencia obstétrica.

Cambios lugar de parto en mujeres que han experimentado violencia obstétrica	Número de cambios	%
Hospital Público a Privado	4	28,57%
Hospital Público a Domicilio	1	7,14%
Hospital Privado a Público	8	57,14%
Hospital Privado a Domicilio	0	0,00%
Domicilio a Hospital Público	1	7,14%
Domicilio a Hospital Privado	0	0,00%
Total	14	100,00%

Tabla 60. Cambios de lugar de parto de las mujeres que han experimentado violencia obstétrica.

Modo de parto	Positivo para el Test de Violencia Obstétrica			% respecto al total de partos en ese grupo		
	Sí	No	Total	Sí	No	Total
Parto vaginal (no inducido o estimulado)	127	102	229	55,46%	44,54%	0%
Parto vaginal (inducido o estimulado)	40	37	77	51,95%	48,05%	100%
Parto instrumentado	37	19	56	66,07%	33,93%	100%
Parto por cesárea	62	42	104	59,62%	40,38%	100%
Total partos	266	200	466	57,08%	42,92%	100%

Tabla 61. Modo de parto en los partos en los que se ha experimentado violencia obstétrica.

Calificación de la atención	Número de mujeres	%	% respecto al total de mujeres en ese grupo
<5 puntos	14	8,48%	100,00%
5-6 puntos	24	14,55%	100,00%
7-8 puntos	67	40,61%	83,75%
9-10 puntos	60	36,36%	44,44%
Total respuestas	165	100,00%	
Media	7,6		

Tabla 62. Calificación de la atención recibida por parte de las mujeres que han experimentado violencia obstétrica en al menos uno de sus partos.

Partos en la CCAA de las Islas Baleares	Positivo para el Test de Violencia Obstétrica	% respecto al total de partos en la CCAA de las Islas Baleares
Sí	212	59,05%
No	147	40,95%
Total	359	100,00%

Tabla 63. Violencia obstétrica en los partos en la CCAA de las Islas Baleares en función del Test de Violencia Obstétrica

IMC (kg/m ²)	Parto por cesárea			% respecto al total de partos en ese grupo		
	Sí	No	Total	Sí	No	Total
Bajo peso (<18,5)	2	20	22	9,09%	90,91%	100%
Normopeso (18,5-24,9)	62	244	306	20,26%	79,74%	100%
Sobrepeso grado 1 (25-26,9)	14	42	56	25%	75%	100%
Sobrepeso grado 2 (27-29,9)	11	33	44	25%	75%	100%
Obesidad grado 1 (30-34,9)	14	19	33	42,42%	57,58%	100%
Obesidad grado 2 (35-39,9)	0	0	0	0%	0%	0%
Obesidad grado 3 o mórbida (40-49,9)	1	3	4	25%	75%	100%
Obesidad supermórbida (50-59,9)	0	1	1	0%	100%	100%
Total	104	362	466	22,32%	77,68%	100%

Tabla 64. Índice de masa corporal (IMC) de las mujeres que han tenido un parto por cesárea.

Nivel de ingresos	Parto por cesárea			% respecto al total de partos en ese grupo		
	Sí	No	Total	Sí	No	Total
Hasta 500€	6	19	25	24%	76%	100%
500-1000€	9	22	31	29,03%	70,97%	100%
1000-1500€	15	83	98	15,31%	84,69%	100%
1500-2000€	31	97	128	24,22%	75,78%	100%
2000-2500€	15	69	84	17,86%	82,14%	100%
2500-3000€	10	36	46	21,74%	78,26%	100%
3000-5000€	12	32	44	27,27%	72,73%	100%
Más de 5000€	6	4	10	60%	40%	100%
Total	104	362	466	22,32%	77,68%	100%

Tabla 65. Nivel de ingresos de las mujeres que han tenido un parto por cesárea.

Edad en el momento del parto	Parto por cesárea			% respecto al total de partos en ese grupo		
	Sí	No	Total	Sí	No	Total
<20 años	1	5	6	16,67%	83,33%	100%
20-30 años	36	122	158	22,78%	77,22%	100%
31-40 años	62	225	287	21,60%	78,40%	100%
>40 años	5	10	15	33,33%	66,67%	100%
Total	104	362	466	22,32%	77,68%	100%

Tabla 66. Edad en el momento del parto de las mujeres que han tenido un parto por cesárea.

Semanas de gestación en el momento del parto	Parto por cesárea			% respecto al total de partos en ese grupo		
	Sí	No	Total	Sí	No	Total
< 28 semanas de gestación	3	9	12	25%	75%	100%
28-32 semanas de gestación	4	16	20	20%	80%	100%
32-37 semanas de gestación	28	85	113	24,78%	75,22%	100%
37-42 semanas de gestación	68	235	303	22,44%	77,56%	100%
> 42 semanas de gestación	1	17	18	5,56%	94,44%	100%
Total	104	362	466	22,32%	77,68%	100%

Tabla 67. Semanas de gestación en el momento del parto de las mujeres que han tenido un parto por cesárea.

Paridad	Número de cesáreas	%
Primípara	63	60,58%
Múltipara	41	39,42%
Total	104	100,00%

Tabla 68. Paridad de las mujeres que han tenido un parto por cesárea.

Paridad	Número de cesáreas electivas	%
Primípara	2	40,00%
Múltipara	3	60,00%
Total	5	100,00%

Tabla 69. Paridad de las mujeres que han tenido un parto por cesárea electiva.

Nivel de ingresos	Número de cesáreas electivas	%	% respecto al total de mujeres en ese grupo	% respecto al total de mujeres con cesárea en ese grupo
1000-1500€	3	60,00%	5,77%	27,27%
3000-5000€	2	40,00%	8,70%	25,00%
Total	5	100,00%		

Tabla 70. Nivel de ingresos de las mujeres que han tenido un parto por cesárea electiva.

Edad en el momento del parto	Número de cesáreas electivas	%
20-30 años	3	60,00%
31-40 años	2	40,00%
Total	5	100,00%

Tabla 71. Edad en el momento del parto de las mujeres que han tenido un parto por cesárea electiva.

Calificación de la atención en mujeres con parto por cesárea electiva	Calificación
Mujer 29	8
Mujer 146	10
Mujer 154	9
Mujer 198	10
Mujer 198	10
Media	9,4

Tabla 72. Calificación de la atención recibida por parte de las mujeres que han tenido un parto por cesárea electiva.

Mujeres con parto por cesárea	Número de partos	%
Parto posterior por cesárea	27	60,00%
Parto posterior no por cesárea	18	40,00%
Total	45	100,00%

Tabla 73. Cambios en el modo de parto tras haber tenido un parto por cesárea.

Edad actual	Número de mujeres	%	% respecto al total de mujeres en ese grupo
<20 años	0	0,00%	0,00%
20-30 años	3	7,50%	17,65%
31-40 años	14	35,00%	18,92%
41-50 años	15	37,50%	16,48%
51-60 años	8	20,00%	13,33%
>60 años	0	0,00%	0,00%
Total	40	100,00%	

Tabla 74. Edad de las mujeres que perciben haber experimentado violencia obstétrica.

Nivel de Estudios	Número de mujeres	%	% respecto al total de mujeres en ese grupo
Sin estudios	0	0,00%	0,00%
Educación Primaria	0	0,00%	0,00%
Educación Secundaria	3	7,50%	17,65%
Formación Profesional	3	7,50%	8,57%
Bachillerato	4	10,00%	11,76%
Estudios Universitarios	19	47,50%	17,92%
Estudios de Máster	11	27,50%	23,91%
Estudios de Doctorado	0	0,00%	0,00%
Total	40	100,00%	

Tabla 75. Nivel de estudios de las mujeres que perciben haber experimentado violencia obstétrica.

Profesión	Número de mujeres	% respecto al total de mujeres en ese grupo
Administración y Gestión	8	14,55%
Ama de casa	2	14,29%
Comercio	1	7,69%
Construcción e Industrias Extractivas	2	40,00%
Educación	6	13,64%
Finanzas y Seguros	1	20,00%
Hostelería y Turismo	5	26,32%
Información, Comunicación y Artes Gráficas	2	28,57%
Psicología y Coaching	1	50,00%
Publicidad	1	100,00%
Sanidad y Farmacia	5	11,36%
Servicios a las Empresas	2	40,00%
Servicios Medioambientales	2	100,00%
Servicios Sociales	1	14,29%
Textil, Confección y Piel	1	33,33%
Total	40	

Tabla 76. Profesión de las mujeres que perciben haber experimentado violencia obstétrica.

Número de partos	Número de mujeres	%	% respecto al total de mujeres en ese grupo
1	16	40,00%	18,60%
2	20	50,00%	15,38%
3	2	5,00%	6,67%
4	1	2,50%	16,67%
5	0	0,00%	0,00%
6 o más	1	2,50%	100,00%
Total	40	100,00%	
Número total de partos:	72		

Tabla 77. Número de partos de las mujeres que perciben haber experimentado violencia obstétrica.

Lugar de parto	Número de mujeres	%	% respecto al total de mujeres en ese grupo
Hospital Público	42	58,33%	16,73%
Hospital Privado	28	38,89%	13,86%
Domicilio	2	2,78%	15,38%
Total	72	100,00%	

Tabla 78. Lugar de parto de las mujeres que perciben haber experimentado violencia obstétrica.

Modo de parto	Número de mujeres	%	% respecto al total de mujeres en ese grupo
Parto vaginal	44	61,11%	19,21%
Parto instrumentado (fórceps, ventosa, espátulas)	11	15,28%	19,64%
Parto por cesárea	17	23,61%	16,35%
Total	72	100,00%	

Tabla 79. Modo de parto de las mujeres que perciben haber experimentado violencia obstétrica.

Calificación de la atención	Número de mujeres	% respecto al total de mujeres en ese grupo
<5 puntos	10	71,43%
5-6 puntos	14	58,33%
7-8 puntos	14	17,50%
9-10 puntos	2	1,48%
Total respuestas	40	
Media	5'6	

Tabla 80. Calificación de la atención recibida por parte de las mujeres que perciben haber experimentado violencia obstétrica.

Modo de parto	Percepción de violencia obstétrica			% respecto al total de partos en ese grupo		
	Sí	No	Total	Sí	No	Total
Parto vaginal (no inducido o estimulado)	33	196	229	14,41%	85,59%	100%
Parto vaginal (inducido o estimulado)	11	66	77	14,29%	85,71%	100%
Parto instrumentado	37	19	56	66,07%	33,93%	100%
Parto por cesárea	62	42	104	59,62%	40,38%	100%
Total partos	143	323	466	30,69%	69,31%	100%

Tabla 81. Percepción de violencia obstétrica en función del modo de parto.

➔ **Tablas cruzadas**

Resumen de procesamiento de casos

	Válido		Casos Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
Violencia obstétrica en función del Test de Violencia Obstétrica * Percepción de violencia obstétrica	466	100,0%	0	0,0%	466	100,0%

Tabla 82. Resumen de procesamiento de casos en el número total de partos.

Tabla cruzada Violencia obstétrica en función del Test de Violencia Obstétrica*Percepción de violencia obstétrica

Recuento		Percepción de violencia obstétrica		Total
		No	Sí	
Violencia obstétrica en función del Test de Violencia Obstétrica	No	193	7	200
	Sí	201	65	266
Total		394	72	466

Tabla 83. Violencia obstétrica en función del Test de Violencia Obstétrica y percepción de violencia obstétrica en el número total de partos.

Prevalencia	0,570815 (57,08%)
Sensibilidad	0,2444 (24,44%)
Especificidad	0,965 (96,5%)
LR+	6,98
LR-	0,78
Cálculo del valor inverso para su más fácil interpretación:	$(1/0,78) = 1,28$

Tabla 84. Prevalencia, sensibilidad, especificidad y Likelihood Ratio de Violencia obstétrica en función del Test de Violencia Obstétrica y percepción de violencia obstétrica en el número total de partos.

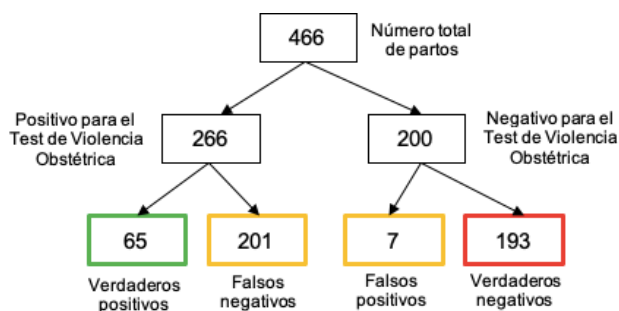


Figura 3. Distribución de Violencia obstétrica en función del Test de Violencia Obstétrica y percepción de violencia obstétrica en el número total de partos.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	38,305 ^a	1	<,001		
Corrección de continuidad ^b	36,720	1	<,001		
Razón de verosimilitud	44,670	1	<,001		
Prueba exacta de Fisher				<,001	<,001
Asociación lineal por lineal	38,223	1	<,001		
N de casos válidos	466				

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 30,90.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Tabla 85. Pruebas de chi-cuadrado en el número total de partos.

Curva COR

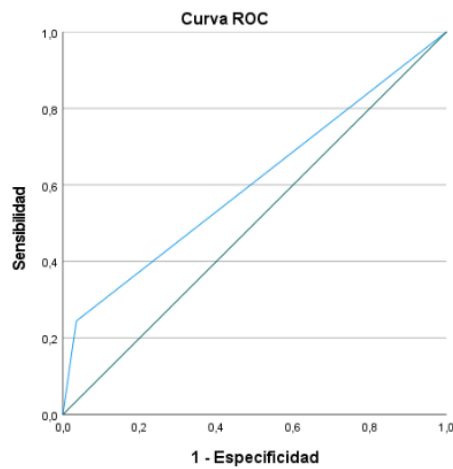
Resumen de procesamiento de casos

Violencia obstétrica en función del Test de Violencia Obstétrica	N válido (por lista)
Positivo ^a	266
Negativo	200

Los valores más grandes de las variables de resultado de prueba indican una prueba mayor para un estado real positivo.

a. El estado real positivo es Sí.

Tabla 86. Resumen de procesamiento de casos para la curva ROC en función del Test de Violencia Obstétrica y percepción de violencia obstétrica en el número total de partos.



Los segmentos de diagonal se generan mediante empates.

Figura 4. Curva ROC en función del Test de Violencia Obstétrica y percepción de violencia obstétrica en el número total de partos.

Área bajo la curva

VARIABLES DE RESULTADO DE PRUEBA: Percepción de violencia obstétrica

Área	Desv. Error ^a	Significación asintótica ^b	95% de intervalo de confianza asintótico	
			Límite inferior	Límite superior
,605	,026	,000	,554	,655

Las variables de resultado de prueba: Percepción de violencia obstétrica tienen, como mínimo, un empate entre el grupo de estado real positivo y el grupo de estado real negativo. Las estadísticas podrían estar sesgadas.

a. Bajo el supuesto no paramétrico

b. Hipótesis nula: área verdadera = 0,5

Tabla 87. Área bajo la curva (AUC) en función del Test de Violencia Obstétrica y percepción de violencia obstétrica en el número total de partos.

Coordenadas de la curva

Variables de resultado de prueba: Percepción de violencia obstétrica

Positivo si es mayor o igual que ^a	Sensibilidad	1 - Especificidad
-1,00	1,000	1,000
,50	,244	,035
2,00	,000	,000

Las variables de resultado de prueba: Percepción de violencia obstétrica tienen, como mínimo, un empate entre el grupo de estado real positivo y el grupo de estado real negativo.

- a. El valor de corte más pequeño es el valor mínimo de prueba observado menos 1 y el valor de corte más grande es el valor máximo de prueba observado más 1. Todos los demás valores de corte son los promedios de los dos valores de prueba observados solicitados consecutivos.

Tabla 88. Coordenadas de la curva en función del Test de Violencia Obstétrica y percepción de violencia obstétrica en el número total de partos.

→ Tablas cruzadas

Resumen de procesamiento de casos

	Válido		Casos Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
	Violencia obstétrica en función del Test de Violencia Obstétrica * Percepción de violencia obstétrica	306	100,0%	0	0,0%	306

Tabla 89. Resumen de procesamiento de casos en el parto vaginal.

Tabla cruzada Violencia obstétrica en función del Test de Violencia Obstétrica*Percepción de violencia obstétrica

Recuento		Percepción de violencia obstétrica		Total
		No	Sí	
Violencia obstétrica en función del Test de Violencia Obstétrica	No	135	4	139
	Sí	127	40	167
Total		262	44	306

Tabla 90. Violencia obstétrica en función del Test de Violencia Obstétrica y percepción de violencia obstétrica en el parto vaginal.

Prevalencia	0,545752 (54,58%)
Sensibilidad	0,240 (24,00%)
Especificidad	0,971 (97,1%)
LR+	8,32
LR-	0,78
Calculamos el valor inverso para su más fácil interpretación:	$(1/0,78) = 1,28$

Tabla 91. Prevalencia, sensibilidad, especificidad y Likelihood Ratio de Violencia obstétrica en función del Test de Violencia Obstétrica y percepción de violencia obstétrica en el parto vaginal.

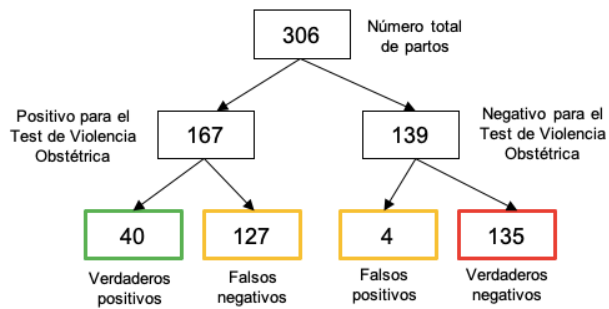


Figura 5. Distribución de Violencia obstétrica en función del Test de Violencia Obstétrica y percepción de violencia obstétrica en el parto vaginal.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	27,366 ^a	1	<,001		
Corrección de continuidad ^b	25,681	1	<,001		
Razón de verosimilitud	31,868	1	<,001		
Prueba exacta de Fisher				<,001	<,001
Asociación lineal por lineal	27,276	1	<,001		
N de casos válidos	306				

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 19,99.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Tabla 92. Pruebas de chi-cuadrado en el parto vaginal.

Resumen de procesamiento de casos

Violencia obstétrica en función del Test de Violencia Obstétrica	N válido (por lista)
Positivo ^a	167
Negativo	139

Los valores más grandes de las variables de resultado de prueba indican una prueba mayor para un estado real positivo.

a. El estado real positivo es Sí.

Tabla 93. Resumen de procesamiento de casos para la curva ROC en función del Test de Violencia Obstétrica y percepción de violencia obstétrica en el parto vaginal.

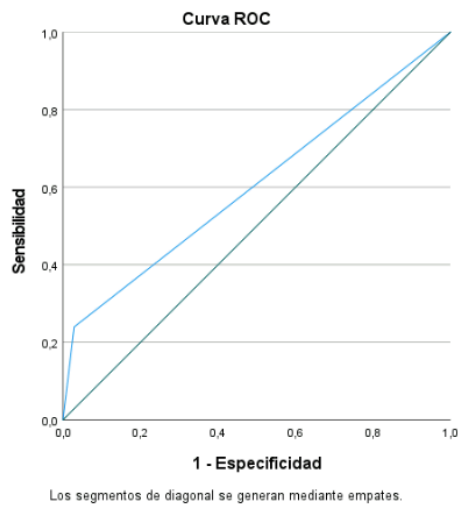


Figura 6. Curva ROC en función del Test de Violencia Obstétrica y percepción de violencia obstétrica en el parto vaginal.

Área bajo la curva

Variables de resultado de prueba: Percepción de violencia obstétrica

Área	Desv. Error ^a	Significación asintótica ^b	95% de intervalo de confianza asintótico	
			Límite inferior	Límite superior
,605	,032	,002	,543	,668

Las variables de resultado de prueba: Percepción de violencia obstétrica tienen, como mínimo, un empate entre el grupo de estado real positivo y el grupo de estado real negativo. Las estadísticas podrían estar sesgadas.

a. Bajo el supuesto no paramétrico

b. Hipótesis nula: área verdadera = 0,5

Tabla 94. Área bajo la curva (AUC) en función del Test de Violencia Obstétrica y percepción de violencia obstétrica en el parto vaginal.

Coordenadas de la curva

Variables de resultado de prueba: Percepción de violencia obstétrica

Positivo si es mayor o igual que ^a	Sensibilidad	1 - Especificidad
-1,00	1,000	1,000
,50	,240	,029
2,00	,000	,000

Las variables de resultado de prueba: Percepción de violencia obstétrica tienen, como mínimo, un empate entre el grupo de estado real positivo y el grupo de estado real negativo.

a. El valor de corte más pequeño es el valor mínimo de prueba observado menos 1 y el valor de corte más grande es el valor máximo de prueba observado más 1. Todos los demás valores de corte son los promedios de los dos valores de prueba observados solicitados consecutivos.

Tabla 95. Coordenadas de la curva en función del Test de Violencia Obstétrica y percepción de violencia obstétrica en el parto vaginal.

➔ **Tablas cruzadas**

Resumen de procesamiento de casos

	Válido		Casos Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
Violencia obstétrica en función del Test de Violencia Obstétrica * Percepción de violencia obstétrica	56	100,0%	0	0,0%	56	100,0%

Tabla 96. Resumen de procesamiento de casos en el parto instrumentado.

Tabla cruzada Violencia obstétrica en función del Test de Violencia Obstétrica*Percepción de violencia obstétrica

Recuento

		Percepción de violencia obstétrica		Total
		No	Sí	
Violencia obstétrica en función del Test de Violencia Obstétrica	No	19	0	19
	Sí	26	11	37
Total		45	11	56

Tabla 97. Violencia obstétrica en función del Test de Violencia Obstétrica y percepción de violencia obstétrica en el parto instrumentado.

Prevalencia	0,660714 (66,07%)
Sensibilidad	0,297 (29,70%)
Especificidad	1,000 (100,00%)
LR+	999999
LR-	0,70
Calculamos el valor inverso para su más fácil interpretación:	$(1/0,7) = 1,43$

Tabla 98. Prevalencia, sensibilidad, especificidad y Likelihood Ratio de Violencia obstétrica en función del Test de Violencia Obstétrica y percepción de violencia obstétrica en el parto instrumentado.

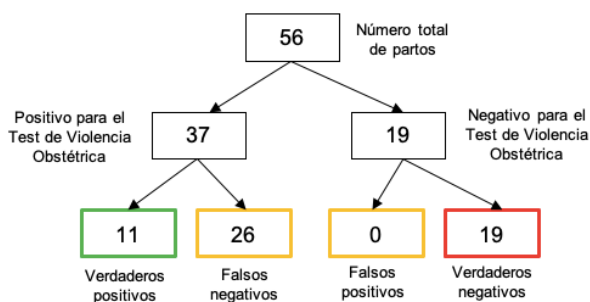


Figura 7. Distribución de Violencia obstétrica en función del Test de Violencia Obstétrica y percepción de violencia obstétrica en el parto instrumentado.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	7,029 ^a	1	,008		
Corrección de continuidad ^b	5,272	1	,022		
Razón de verosimilitud	10,453	1	,001		
Prueba exacta de Fisher				,010	,006
Asociación lineal por lineal	6,904	1	,009		
N de casos válidos	56				

a. 1 casillas (25,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 3,73.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Tabla 99. Pruebas de chi-cuadrado en el parto instrumentado.

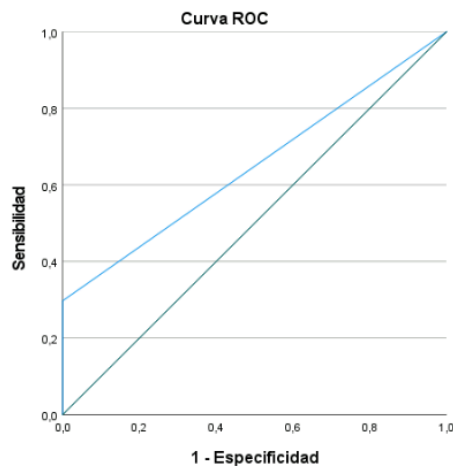
Resumen de procesamiento de casos

Violencia obstétrica en función del Test de Violencia Obstétrica	N válido (por lista)
Positivo ^a	37
Negativo	19

Los valores más grandes de las variables de resultado de prueba indican una prueba mayor para un estado real positivo.

a. El estado real positivo es Sí.

Tabla 100. Resumen de procesamiento de casos para la curva ROC en función del Test de Violencia Obstétrica y percepción de violencia obstétrica en el parto instrumentado.



Los segmentos de diagonal se generan mediante empates.

Figura 8. Curva ROC en función del Test de Violencia Obstétrica y percepción de violencia obstétrica en el parto instrumentado.

Área bajo la curva

Variables de resultado de prueba: Percepción de violencia obstétrica

Área	Desv. Error ^a	Significación asintótica ^b	95% de intervalo de confianza asintótico	
			Límite inferior	Límite superior
,649	,073	,071	,506	,791

Las variables de resultado de prueba: Percepción de violencia obstétrica tienen, como mínimo, un empate entre el grupo de estado real positivo y el grupo de estado real negativo. Las estadísticas podrían estar sesgadas.

a. Bajo el supuesto no paramétrico

b. Hipótesis nula: área verdadera = 0,5

Tabla 101. Área bajo la curva (AUC) en función del Test de Violencia Obstétrica y percepción de violencia obstétrica en el parto instrumentado.

Coordenadas de la curva

Variables de resultado de prueba: Percepción de violencia obstétrica

Positivo si es mayor o igual que ^a	Sensibilidad	1 - Especificidad
-1,00	1,000	1,000
,50	,297	,000
2,00	,000	,000

Las variables de resultado de prueba: Percepción de violencia obstétrica tienen, como mínimo, un empate entre el grupo de estado real positivo y el grupo de estado real negativo.

a. El valor de corte más pequeño es el valor mínimo de prueba observado menos 1 y el valor de corte más grande es el valor máximo de prueba observado más 1. Todos los demás valores de corte son los promedios de los dos valores de prueba observados solicitados consecutivos.

Tabla 102. Coordenadas de la curva en función del Test de Violencia Obstétrica y percepción de violencia obstétrica en el parto instrumentado.

→ Tablas cruzadas

Resumen de procesamiento de casos

	Casos					
	Válido		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
Violencia obstétrica en función del Test de Violencia Obstétrica * Percepción de violencia obstétrica	104	100,0%	0	0,0%	104	100,0%

Tabla 103. Resumen de procesamiento de casos en el parto por cesárea.

Tabla cruzada Violencia obstétrica en función del Test de Violencia Obstétrica*Percepción de violencia obstétrica

Recuento		Percepción de violencia obstétrica		Total
		No	Sí	
Violencia obstétrica en función del Test de Violencia Obstétrica	No	39	3	42
	Sí	48	14	62
Total		87	17	104

Tabla 104. Violencia obstétrica en función del Test de Violencia Obstétrica y percepción de violencia obstétrica en el parto por cesárea.

Prevalencia	0,596154 (59,61%)
Sensibilidad	0,226 (22,6%)
Especificidad	0,929 (92,90%)
LR+	3,16
LR-	0,83
Calculamos el valor inverso para su más fácil interpretación:	$(1/0,83) = 1,2$

Tabla 105. Prevalencia, sensibilidad, especificidad y Likelihood Ratio de Violencia obstétrica en función del Test de Violencia Obstétrica y percepción de violencia obstétrica en el parto por cesárea.

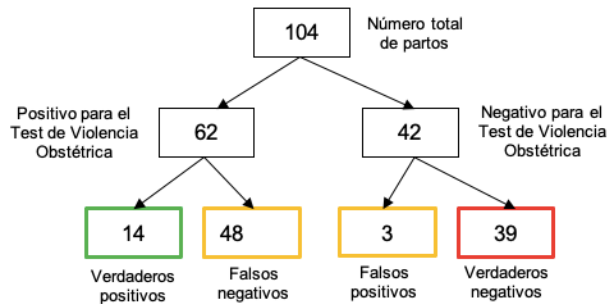


Figura 9. Distribución de Violencia obstétrica en función del Test de Violencia Obstétrica y percepción de violencia obstétrica en el parto por cesárea.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,364 ^a	1	,037		
Corrección de continuidad ^b	3,308	1	,069		
Razón de verosimilitud	4,786	1	,029		
Prueba exacta de Fisher				,057	,031
Asociación lineal por lineal	4,322	1	,038		
N de casos válidos	104				

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 6,87.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Tabla 106. Pruebas de chi-cuadrado en el parto por cesárea.

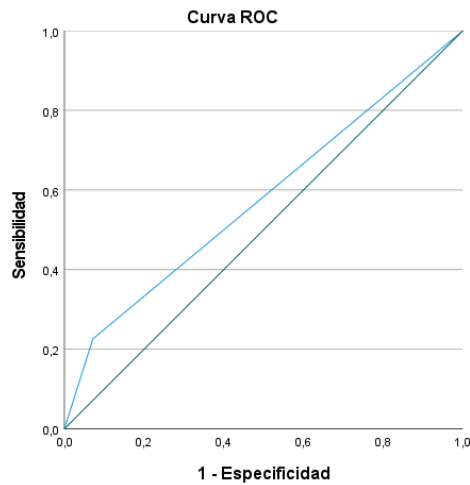
Resumen de procesamiento de casos

Violencia obstétrica en función del Test de Violencia Obstétrica	N válido (por lista)
Positivo ^a	62
Negativo	42

Los valores más grandes de las variables de resultado de prueba indican una prueba mayor para un estado real positivo.

a. El estado real positivo es Sí.

Tabla 107. Resumen de procesamiento de casos para la curva ROC en función del Test de Violencia Obstétrica y percepción de violencia obstétrica en el parto por cesárea.



Los segmentos de diagonal se generan mediante empates.

Figura 10. Curva ROC en función del Test de Violencia Obstétrica y percepción de violencia obstétrica en el parto por cesárea.

Área bajo la curva

VARIABLES DE RESULTADO DE PRUEBA: Percepción de violencia obstétrica

Área	Desv. Error ^a	Significación asintótica ^b	95% de intervalo de confianza asintótico	
			Límite inferior	Límite superior
,577	,056	,183	,467	,687

Las variables de resultado de prueba: Percepción de violencia obstétrica tienen, como mínimo, un empate entre el grupo de estado real positivo y el grupo de estado real negativo. Las estadísticas podrían estar sesgadas.

a. Bajo el supuesto no paramétrico

b. Hipótesis nula: área verdadera = 0,5

Tabla 108. Área bajo la curva (AUC) en función del Test de Violencia Obstétrica y percepción de violencia obstétrica en el parto por cesárea.

Coordenadas de la curva

Variables de resultado de prueba: Percepción de violencia obstétrica

Positivo si es mayor o igual que ^a	Sensibilidad	1 - Especificidad
-1,00	1,000	1,000
,50	,226	,071
2,00	,000	,000

Las variables de resultado de prueba: Percepción de violencia obstétrica tienen, como mínimo, un empate entre el grupo de estado real positivo y el grupo de estado real negativo.

a. El valor de corte más pequeño es el valor mínimo de prueba observado menos 1 y el valor de corte más grande es el valor máximo de prueba observado más 1. Todos los demás valores de corte son los promedios de los dos valores de prueba observados solicitados consecutivos.

Tabla 109. Coordenadas de la curva en función del Test de Violencia Obstétrica y percepción de violencia obstétrica en el parto por cesárea.

→ Tablas cruzadas

Resumen de procesamiento de casos

	Válido		Casos Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
	Violencia obstétrica en función del Test de Violencia Obstétrica * Percepción de violencia obstétrica	5	100,0%	0	0,0%	5

Tabla 110. Resumen de procesamiento de casos en el parto por cesárea electiva.

Tabla cruzada Violencia obstétrica en función del Test de Violencia Obstétrica*Percepción de violencia obstétrica

Recuento

		Percepción de violencia obstétrica	
		No	Total
Violencia obstétrica en función del Test de Violencia Obstétrica	No	3	3
	Sí	2	2
Total		5	5

Tabla 111. Violencia obstétrica en función del Test de Violencia Obstétrica y percepción de violencia obstétrica en el parto por cesárea electiva.

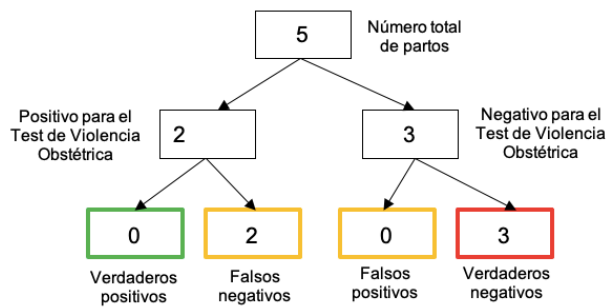


Figura 11. Distribución de Violencia obstétrica en función del Test de Violencia Obstétrica y percepción de violencia obstétrica en el parto por cesárea electiva.

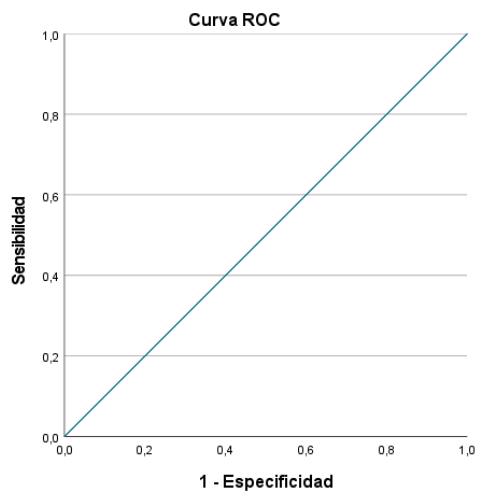
Resumen de procesamiento de casos

Violencia obstétrica en función del Test de Violencia Obstétrica	N válido (por lista)
Positivo ^a	2
Negativo	3

Los valores más grandes de las variables de resultado de prueba indican una prueba mayor para un estado real positivo.

a. El estado real positivo es Sí.

Tabla 112. Resumen de procesamiento de casos para la curva ROC en función del Test de Violencia Obstétrica y percepción de violencia obstétrica en el parto por cesárea electiva.



Los segmentos de diagonal se generan mediante empates.

Figura 12. Curva ROC en función del Test de Violencia Obstétrica y percepción de violencia obstétrica en el parto por cesárea electiva.

Área bajo la curva

VARIABLES DE RESULTADO DE PRUEBA: Percepción de violencia obstétrica

Área	Desv. Error ^a	Significación asintótica ^b	95% de intervalo de confianza asintótico	
			Límite inferior	Límite superior
,500	,289	1,000	,000	1,000

Las variables de resultado de prueba: Percepción de violencia obstétrica tienen, como mínimo, un empate entre el grupo de estado real positivo y el grupo de estado real negativo. Las estadísticas podrían estar sesgadas.

a. Bajo el supuesto no paramétrico

b. Hipótesis nula: área verdadera = 0,5

Tabla 113. Área bajo la curva (AUC) en función del Test de Violencia Obstétrica y percepción de violencia obstétrica en el parto por cesárea electiva.

Coordenadas de la curva

VARIABLES DE RESULTADO DE PRUEBA: Percepción de violencia obstétrica

Positivo si es mayor o igual que ^a	Sensibilidad	1 - Especificidad
-1,00	1,000	1,000
1,00	,000	,000

Las variables de resultado de prueba: Percepción de violencia obstétrica tienen, como mínimo, un empate entre el grupo de estado real positivo y el grupo de estado real negativo.

a. El valor de corte más pequeño es el valor mínimo de prueba observado menos 1 y el valor de corte más grande es el valor máximo de prueba observado más 1. Todos los demás valores de corte son los promedios de los dos valores de prueba observados solicitados consecutivos.

Tabla 114. Coordenadas de la curva en función del Test de Violencia Obstétrica y percepción de violencia obstétrica en el parto por cesárea electiva.