

Violencia obstétrica en tiempo de pandemia:  
consecuencias del Covid19 en las madres.

**TRABAJO FIN DE MÁSTER** - julio 2021  
Máster Universitario en Estudios de Género y Políticas de Igualdad

Almenara Teixidó, Beatriz

**Tutora académica**  
Laura Aguilera Ávila

## **RESUMEN**

En el presente documento se recoge una investigación llevada a cabo en la Universidad de La Laguna, a mujeres que han dado a luz en hospitales tanto privados como públicos desde el inicio de la pandemia por COVID-19 hasta mayo de 2021. El fin de la investigación es analizar si siguen existiendo casos de violencia obstétrica a día de hoy. La violencia obstétrica es ejercida por el personal de salud con el fin de controlar y oprimir a las mujeres, en ese sentido, se considera violencia obstétrica a las diferentes formas de control que se ejercen sobre las mujeres que están embarazadas tanto en el seguimiento del embarazo, parto y postparto.

El motivo de la realización de este trabajo es conocer las sensaciones y emociones de las mujeres, así como, conocer si las mujeres que han dado a luz en pandemia por COVID-19 en la isla de Tenerife han sufrido este tipo de violencia sobre la mujer. Para ello, se ha establecido una metodología de investigación de tipo cualitativa, observacional y descriptiva, recabándose esta información mediante entrevistas semiestructuradas. Los resultados que se han obtenido demuestran que las mujeres han sufrido violencia obstétrica durante la pandemia por COVID-19. Igualmente, se distingue que las formas de violencia han cambiado durante la pandemia, incluyéndose nuevas formas donde se ejerce violencia obstétrica.

**PALABRAS CLAVE:** Violencia obstétrica, mujer, COVID-19, género, parto, embarazo

## **ABSTRACT**

The present dissertation contains an investigation carried out at the University of La Laguna, to women who have given birth in both types of hospitals, public and private, since the beginning of the COVID-19 pandemic until May 2021. The end of the investigation is to analyse whether there are still cases of obstetric violence to this day. Obstetric violence is exercised by health staff to control and oppress women, in that sense, obstetric violence is considered to be the different forms of control that are exercised over women who are pregnant either in the monitoring of pregnancy, childbirth and postpartum.

The reason for carrying out this work is to know the feelings and emotions of women, as well as to know if women who have given birth in a COVID-19 pandemic in the island of Tenerife have suffered this type of violence against women. For this reason, a qualitative, observational, and descriptive research methodology has been established, collecting this information through semi-structured interviews. The results obtained show that women have suffered obstetric violence during the COVID-19 pandemic. Likewise, it is distinguished that the forms of violence have changed during the pandemic, including new forms where obstetric violence is practiced.

**KEY WORDS:** obstetric violence, woman, COVID-19, gender, childbirth, pregnancy

## ÍNDICE

<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	5
<b>1. MARCO TEÓRICO</b> .....	6
<b>1.1 Historia</b> .....	6
<b>1. 2 Concepto de Violencia obstétrica</b> .....	8
1. 2.1 Manifestaciones de la violencia obstétrica .....	10
<b>1. 3 Violencia obstétrica y Derechos Humanos</b> .....	12
<b>1. 4. Influencia del COVID-19</b> .....	13
<b>1. 5 Investigaciones previas</b> .....	15
<b>2. MARCO NORMATIVO</b> .....	16
<b>3. OBJETIVOS</b> .....	18
<b>4. METODOLOGÍA</b> .....	18
<b>5. RESULTADOS</b> .....	20
<b>6. DISCUSIÓN</b> .....	37
<b>CONCLUSIÓN</b> .....	42
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	45
<b>ANEXOS</b> .....	48
ANEXO I. ....	48
ANEXO II.....	49

## INTRODUCCIÓN

En el presente Trabajo de Fin de Máster, se lleva a cabo un análisis exhaustivo sobre la violencia obstétrica que han sufrido las mujeres durante el seguimiento del embarazo, parto y postparto durante la pandemia por COVID-19 en la isla de Tenerife, partiendo de la base que la violencia obstétrica es definida por el Observatorio de la Violencia Obstétrica en España como “ la apropiación del cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres por los prestadores de salud, expresándose en un trato deshumanizado, abuso de medicación y patologización de procesos naturales” (Observatorio Violencia, 2021).

La Organización Mundial de la Salud hace referencia a esta forma de violencia como al “maltrato físico, humillación y abuso verbal, procedimientos médicos coercitivos o no consentidos, no obtener un consentimiento informado, negativa a administrar medicamentos para el dolor, descuido de la atención o violaciones graves de la intimidad” (Observatorio Violencia, 2021). La elección de esta temática se debe al creciente interés sobre esta problemática, ya que pasa desapercibida en la sociedad, siendo una violencia invisible y bastante normalizada. Por ello como futura profesional es importante conocer las dificultades y trato deshumanizado que sufren las mujeres desde que comienza el seguimiento del embarazo hasta la etapa del postparto, así como, el tratamiento legal de este hecho en España.

El trabajo está estructurado de manera lógica, al objeto de que se conozca la magnitud de esta problemática hasta las conclusiones que se han obtenido tras el desarrollo de la investigación. En primer lugar, se ha realizado una búsqueda exhaustiva de material bibliográfico, así como, se ha recogido información sobre la violencia obstétrica, las diferentes manifestaciones de este tipo de violencia. Asimismo, se hace referencia a la violencia obstétrica y su relación con los Derechos Humanos y por último cómo ha afectado y en qué medida el COVID-19 a este tipo de violencia. Posteriormente, se ha determinado el objetivo que se pretende conseguir de un modo concreto, así como, las hipótesis que se pretenden verificar. Del mismo modo, se ha establecido la metodología, haciendo énfasis en la muestra del estudio, la tipología que se ha utilizado, el instrumento elegido para realizar la entrevista y el proceso que se ha llevado a cabo durante la elaboración del estudio.

Finalmente, se continúa con la presentación de los resultados que se han conseguido tras la realización de las entrevistas.

## 1. MARCO TEÓRICO

### 1.1 Historia

En lo que se refiere a la medicina del siglo XIX, el hombre conforma el referente del cuerpo sano, por lo que los procesos biológicos relativos a la mujer como la menstruación, embarazo, puerperio y menopausia fueron utilizados para conformar el arquetipo del cuerpo femenino vinculándolo con estados psicológicos alterados como la depresión, la locura e infanticidio (Salgado y Díaz, 2017). Sin embargo, cuando surge la medicina clínica se configura una imagen negativa según Foucault (1987) mediante la histerización del cuerpo femenino, que se trataría como una patología, lo que imposibilitaba que el personal médico examinara a las mujeres que sufrieran alguna enfermedad relacionada con su sexo sin incurrir en los estereotipos que predominaban en los siglos XVIII y XIX. Surge, por tanto, la ginecología como una disciplina cimentada en la creencia de que la menstruación, gestación y menopausia, eran factores clave de la naturaleza de las mujeres. En este sentido, el dimorfismo sexual, no solo consideraba a la mujer como un ser inferior al hombre, sino que biológicamente estaban destinadas a la reproducción y al cuidado de su descendencia. Es preciso destacar que mediante la medicalización del cuerpo femenino se controla tanto su sexualidad como la capacidad reproductiva (Salgado y Díaz, 2017).

En la segunda mitad del siglo XX, se institucionaliza el parto, trasladándose del hogar a los centros hospitalarios, debido a la preocupación por parte de las autoridades políticas y sanitarias quienes buscaban mejorar los resultados de mortalidad tanto de madres como de recién nacidos. Con el fin de mejorar la seguridad en los partos, se animó a la mujer a recurrir a los centros hospitalarios para dar a luz a sus bebés coincidiendo con la revolución biomédica que ocurría en esa época. No obstante, durante las últimas décadas del siglo XX, se comienzan a cuestionar este modelo de atención sanitaria al nacimiento ya que se convirtió la atención a los embarazos y partos en la propia de una enfermedad (Goberna -Tricas, 2020).

Esta medicalización del parto se sitúa como el nuevo paradigma tanto de la reproducción como de la salud en general, dejando atrás el parto en el domicilio, reforzando así el paradigma basado en el modelo biomédico- tecnológico, que entiende el parto como un proceso de riesgo y, por ende, entiende que es necesario que haya intervenciones médico- quirúrgicas (Zárate, 2007). Por tanto, a raíz de la medicalización

de parto, prevalece una maternidad sin autonomía, es decir, se precisa de una constante guía por parte del personal de la salud, lo que supone que las mujeres terminan viviendo su embarazo a través del personal que la atiende. A raíz de esto, la conducta que toman las personas que atienden a las embarazadas se torna paternalista, convirtiéndose así la mujer en un sujeto pasivo en la toma de decisiones sobre su cuerpo (Imaz, 2001).

En lo que se refiere al activismo por los derechos de la mujer y la salud reproductiva, así como por los partos, tiene su origen en los años 60, aunque se lograron avances en la década de 1980 (Salgado y Díaz, 2017).

Así en 2007, Venezuela fue de los primeros en legislar en esta materia, recogiendo en la Ley Orgánica sobre “Derechos de las mujeres a una vida libre de violencia” la definición de violencia obstétrica como “una práctica violatoria de los derechos sexuales y reproductivos”. A su vez, la Organización Mundial de la Salud, en 2014 aunque si bien no menciona directamente la violencia obstétrica, sí que denuncia el maltrato que reciben las mujeres gestantes bajo la forma de trato irrespetuoso en los centros de salud y hospitalarios (Salgado y Díaz, 2017).

La medicina ha expropiado el cuerpo femenino, donde no se abarca solamente el parto sino los demás ciclos de la mujer: la niñez, adolescencia, adultez y la tercera edad. Estas etapas han sido transformadas en patologías por el discurso médico vinculadas además a la construcción de mitos sobre la depresión, la inestabilidad emocional, libido baja y cualquier otro síntoma que legitiman y perpetúan el paradigma biologicista sobre el cuerpo femenino (Salgado y Díaz, 2017).

En cuanto a lo que se refiere a la situación en España, en 2006 se hace visible en el país un movimiento que demandaba cambios en la atención sanitaria al parto. El Observatorio de Salud de la Mujer del Ministerio de Sanidad y Consumo en 2008, en el II Foro de Mujer, Salud y Género trató la atención al parto, y en la tercera edición del Foro de Mujer, Salud y Género, se trataron los indicadores sanitarios alusivos al embarazo, parto y puerperio. Es preciso destacar que, pese a que existe una preocupación por parte de diferentes instituciones, personal investigador y académico, no se ha logrado una unanimidad en la terminología que da nombre a este tipo de situación, y que sea adecuada y respetuosa con la dignidad de las mujeres (Goberna -Tricas, 2019).

## 1. 2 Concepto de Violencia obstétrica

Para comenzar, es necesario definir qué se entiende por violencia obstétrica, esta es consecuencia de la medicalización que hay en el parto, aunque también puede estar presente en mujeres que no están embarazadas y que la sufren en procesos ginecológicos. Este tipo de violencia, se considera violencia de género y, además, se encuentra invisibilizada ya que está arraigada a prácticas médicas. Este tipo de violencia sobrepasa lo físico y lo verbal puesto que también ocurre de manera institucional, y es este hecho, lo que obstaculiza que se pueda identificar y penalizar este tipo de violencia (Salgado y Díaz, 2019).

La Ley Orgánica venezolana sobre el Derecho de las mujeres a una vida libre de 2007 en su artículo 51 define la violencia obstétrica como:

“La apropiación del cuerpo y de los procesos reproductivos de las mujeres por prestadores de la salud, que se expresa en un trato jerárquico deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidades”

La violencia obstétrica surge como consecuencia del proceso de medicar el parto, aunque si bien es cierto esta violencia también puede darse en mujeres que no están embarazadas durante algún procedimiento ginecológico. Este tipo de violencia excede lo físico, lo verbal y además es violencia institucional también, todo esto impide que se identifique y se penalice (Salgado y Díaz, 2017). El paradigma que predomina en la atención al parto, concretamente de tecnificación y medicalización, considera a la mujer que da a luz como un objeto de intervención y no como una persona con derechos. En este sentido, la relación desigual que existe entre las mujeres y el personal sanitario es tanto simbólica como real, lo que imposibilita que las mujeres ejerzan sus derechos básicos, un ejemplo de cómo se ejerce esta violencia simbólica y epistémica es con la patologización de un parto de bajo riesgo. Este tipo de violencia consigue que las mujeres dejen de ser protagonistas de sus embarazos, partos y puerperios ya que su vivencia queda desplazada a un segundo plano por el saber médico (Belli, 2013).

Este tipo de violencia se concreta de diferentes formas, en lo que respecta a la física se produce con prácticas invasivas, suministro de medicación no justificado por el estado de salud, no respetar el tiempo ni la posibilidad de un parto fisiológico. En lo que respecta a lo psicológico, esta se manifiesta con la utilización de un lenguaje inadecuado, burlas, críticas por la manifestación de emociones, proporcionar información incompleta, una atención médica deficiente, entre otros. Sin embargo, el mayor problema radica en la institucional ya que se reproduce de manera natural y automática en las rutinas del personal sanitario y, por ende, al personal sanitario le resulta difícil identificar estas conductas. Es preciso destacar que otro factor que puede influir es el tiempo, ya que las instituciones hospitalarias no disponen del tiempo necesario para realizar un parto respetado (Salgado y Díaz, 2019).

En este aspecto, el personal sanitario realiza prácticas que encubren formas de maltrato que vulneran tanto los derechos reproductivos como sexuales de las mujeres, dando pie a la violencia obstétrica, que se exhibe en situaciones de abuso, desinformación y maltrato, que también silencian las propias mujeres ya que han normalizado este tipo de comportamientos (Belli, 2013).

La Ley Orgánica venezolana sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia (2007) explicita los actos que se consideran como violencia obstétrica como los siguientes:

1. Omitir la atención oportuna y eficaz de las emergencias obstétricas.
2. Obligar a parir en posición supina y con las piernas levantadas, existiendo los medios necesarios para un parto en vertical.
3. Obstaculizar el apego precoz del niño o niña con su madre sin causa médica justificada, negándole la posibilidad de cargarlo y amamantarlo inmediatamente después de nacer.
4. 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.

5. Practicar el parto por vía cesárea, existiendo condiciones para el parto natural, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer.

### 1. 2.1 Manifestaciones de la violencia obstétrica

A continuación, se procede a exponer alguna de las manifestaciones de la violencia obstétrica en los servicios de salud tanto durante el embarazo como en la atención al parto por parte del personal sanitario (ONU, 2019):

- Técnica “Sinfisiotomía” se considera una violación de los derechos humanos, consiste en la separación y ampliación mediante técnicas quirúrgicas de la pelvis para así favorecer el parto. Esta técnica puede llegar a considerarse una forma de tortura, puesto que, esta práctica de alumbramiento causa dolor y posibilidad de una discapacidad permanente en las mujeres. Esta técnica se utilizaba fundamentalmente en Irlanda hasta principios de los años 90, hay que destacar que se realizaba sin el consentimiento y sin el conocimiento de las mujeres.
- Esterilización y el aborto forzado, este tipo de formas son consideradas violencia contra la mujer, hay que señalar que son métodos que se llevan a cabo en el mundo sin el consentimiento de las mujeres. Así mismo, es importante señalar que tanto el Convenio del Consejo de Europa sobre prevención y lucha contra la Violencia contra las Mujeres y la Violencia Doméstica (Convenio de Estambul) como la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer y otros tratados de las Naciones Unidas, prohíben este tipo de prácticas.
- Cesárea, consiste en el uso de la cirugía para dar a luz cuando es médicamente necesario, es decir, cuando un parto vaginal supone un riesgo para la madre o recién nacido/a, cabe destacar que esta práctica salva vidas cuando está justificado su uso. Si bien es cierto, esta práctica no siempre se realiza con un motivo justificado, viéndose aumentado el uso de esta práctica en todo el mundo, sustituyendo al parto vaginal. En esta práctica surge un inconveniente y es que, en muchos ordenamientos jurídicos, el

interés del feto prevalece a los derechos de la mujer, lo que conlleva a que en muchas situaciones no se consulte a las mujeres su decisión de dar a luz mediante cesárea. Además, en muchas circunstancias se realiza esta práctica por el coste y el tiempo, aunque también afecta el hecho que las cesáreas se pueden programar y la inmensa mayoría se realizan en días laborales, no sucediendo en fines de semana, y así mismo, el personal médico de compañías privadas percibe honorario más alto que en los centros públicos.

- Episiotomía, es un corte profundo que se realiza en el perineo, el corte llega hasta el musculo del suelo pélvico para ayudar de forma quirúrgica a la mujer en los partos vaginales. Y aunque puede ser un procedimiento beneficioso tanto para la madre como para el/la recién nacida, si se realiza sin ser necesario y sin el consentimiento informado de la mujer, puede tener efectos tanto físicos como psicológicos. Esta práctica constituye violencia de género y un acto de tortura y tratamiento inhumano y degradante para con la mujer. También es preciso señalar que tanto la episiotomía como la sutura posterior al parto, son métodos que inciden en la salud reproductiva y mental de las mujeres ya que las cicatrices resultantes del uso de esta práctica están presentes durante toda la vida. Por todo esto, esta práctica cuando se realiza sin justificación se considera una violación de los derechos de la mujer y se considera una forma de violencia de género. Dentro de esta práctica también se recoge el procedimiento que se conoce como “los puntos para el marido” que es una práctica que se realiza cuando se dan más puntos de los necesarios en pro de la satisfacción sexual del hombre.
- Uso excesivo de oxitocina, que se utiliza para provocar las contracciones lo que supone un daño para la salud de las mujeres, puesto que, si se aplica la oxitocina de una forma inadecuada puede llegar a ocasionar la mortinatalidad y ruptura uterina y, por ende, ocasionar dolores a la mujer.
- Maniobra de Kristeller, es una práctica de presión manual del fondo uterino que se lleva a cabo durante la segunda fase del parto, que tiene como finalidad ocasionar el expulsivo y que no está recomendada por la

OMS<sup>1</sup>, aunque es una práctica que se sigue realizando a veces con el antebrazo, codo o bien con el peso de todo el cuerpo.

- Otras situaciones de violencia obstétrica son los exámenes vaginales durante el proceso del parto sin respetar al intimidad y confidencialidad de las mujeres, llegando a realizarse delante de terceros. Además, también se considera violencia las practicas humillantes, las agresiones verbales y las observaciones sexistas durante el parto, así como, no promover la autonomía de las mujeres y la capacidad de tomar decisiones incluyendo no poder elegir la posición en la que se prefiere realizar el expulsivo.

Es conveniente señalar que las mujeres que se encuentran en privación de su libertad en centros penitenciarios, en algunos países son inmovilizadas durante el parto, siendo atadas a la cama y amordazadas. De igual manera, existe conocimiento sobre la situación de las mujeres inmigrante en prisión, las cuales son esposadas e inmovilizadas durante el parto y el postparto, este tipo de hechos son una violación de los derechos humanos (ONU, 2019).

### **1. 3 Violencia obstétrica y Derechos Humanos**

A lo largo de tres décadas, determinadas conferencias internacionales han alertado sobre la importancia del respeto de los derechos sexuales y reproductivos, siendo la salud sexual y reproductiva inalienable, integral e indivisible de los Derechos Humanos. Dichas conferencias son: la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (1979), la Declaración de Naciones Unidas sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer (1993) junto con la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer (1995) y la Convención Interamericana para prevenir, sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres “Convención Belem De Pará” (1996). Si bien es cierto que, aunque se han conseguido logros a raíz de estas conferencias, las desigualdades de género siguen afectando al ámbito de la salud reproductiva en gran parte del mundo (Belli, 2013).

---

<sup>1</sup> Organización Mundial de la Salud.

Este tipo de violencia se entiende como una violación de los Derechos Humanos, en cuanto a manifestación de la violencia de género y desde el enfoque del derecho a la salud como un derecho humano (Villaverde, 2006). En este sentido, el derecho a la salud está asociado al ejercicio de otros derechos humanos, por ende, no se puede considerar un derecho aislado, sino que debe entenderse desde una concepción integral de los Derechos Humanos.

En 2015 la Organización Mundial de la Salud dio respuesta a los temores que tenían las mujeres en relación a la violencia que sufrían a la hora de dar a luz, publicando una declaración donde condenaban el maltrato que sufrían las mujeres, las humillaciones, agresiones verbales, los procedimientos no consentidos, la falta de confidencialidad y de consentimiento informado, entre otras. En esta declaración la OMS no solo reconoce este maltrato viola los derechos de la mujer a recibir una atención respetuosa, sino que reconocen que puede poner en riesgo el derecho a la vida, a la salud, integridad física y a no ser objeto de discriminación (ONU, 2019).

#### **1. 4. Influencia del COVID-19**

Para comenzar es necesario definir qué es el Coronavirus (COVID-19). Se trata de una enfermedad causada por el coronavirus conocido como SARS-CoV-2. La OMS tuvo conocimiento de este nuevo coronavirus por primera vez en diciembre de 2019, tras declararse en Wuhan (República Popular China) una serie de casos de neumonía vírica. (OMS, 2020).

A nivel mundial esta enfermedad ha causado cerca de 64 millones de casos y más de 1.4 millones de personas fallecidas en el mundo. Esto ha supuesto que casi más de la mitad de la población a nivel mundial se haya visto sometida a un confinamiento domiciliario por un período largo de tiempo, así como que se hayan impuesto diferentes medidas para ralentizar el contagio, tales medidas son: el distanciamiento social, uso de mascarilla y de alcohol hidroalcohólico. En lo que se refiere a España, se extendió por el territorio nacional a partir del mes de febrero y desde mediados de marzo en España se impuso el estado de alarma con el fin de disminuir el número de contagios y conseguir aliviar la saturación que vivía el sistema sanitario (RTVE,2021).

La pandemia por COVID-19, en España ha supuesto una adaptación por parte del sistema de salud, esta adaptación ha sido de una manera urgente en lo que a la atención de embarazos y partos se refiere dentro de un Sistema Nacional de Salud colapsado por la atención a todas las personas enfermas por COVID-19. Esto supuso una adaptación de los paritorios para la atención de partos de mujeres sanas como de aquellas mujeres que se encontraban infectadas por el COVID-19 (Goberna- Tricas, 2020).

A raíz de esta situación los países han desarrollado estrategias de distinta índole para dar la atención necesaria al seguimiento de los embarazos y de los nacimientos. Esto se ve reflejado, por ejemplo, en países donde los partos en domicilio no son excepcionales, y que se han visto incrementados y otros donde se han adaptado hoteles para dar la atención necesaria a los nacimientos. En el caso de España, en algunos centros hospitalarios se cerraron los paritorios y el personal de esta área fue destinado a atender a las personas infectadas por COVID-19, esto supuso que fueran pocos los centros que concentraban salas más o menos aisladas del resto del hospital, para atender a los partos. La violencia institucional y la atención al parto en la atención médica es un tema que se ha estudiado con intensidad previamente a la pandemia. Si bien es cierto hay que tener en cuenta que en a las formas de violencia que se deban previo al COVID-19 ahora hay que sumar el estrés que tiene el personal sanitario y que amenaza los derechos de las mujeres a tener una atención digna a la hora de dar a luz. Sin duda la pandemia por COVID-19 conforma un factor de gran importancia en la vulnerabilidad de las mujeres gestantes. (Goberna -Tricas, 2020).

En lo que se refiere a las citas médicas, las mujeres tienen dos citas con la matrona, una con el personal de pediatría y otra con el de toxicología y, además, a las visitas previas al momento del parto la madre acude sola a consulta. No pudiendo estar presente el otro miembro de la pareja en las ecografías que se realizan. Con esto se pretende reducir lo máximo posible el riesgo de contagio tanto del personal como de la madre y del feto, por ende, se han visto reducidas las visitas y se han implementado las consultas telefónicas, de igual manera, se han suspendido los cursos de preparación del parto y adaptados a las nuevas tecnologías, y también, en cuanto a los grupos de apoyo de lactancia, postparto etc. Han tenido que reducir el número de personas participantes y trasladar su impartición al aire libre (Morales, 2020). Cabe destacar que al comienzo de la pandemia por COVID-19 muchas de las intervenciones y restricciones que se llevaron a cabo en los partos eran innecesarios, tales como intervenciones como cesáreas sin motivo aparente, prohibición

de que hubiera una persona acompañando a la mujer durante el parto, así como, la separación inmediata del/ la recién nacida y prevenir la lactancia materna durante al menos 14 días en el caso de madres que dieran positivo (Sadler, Leiva y Olza, 2019).

Estas recomendaciones se difundieron sin ser consciente del daño que se le causa tanto a las madres como a los/as recién nacidas, ya que, se ha constatado que cuando se induce el parto existe una mayor probabilidad de que se tenga que realizar una cesárea de emergencia, así como una reducción de la lactancia materna se considera un factor de riesgo para sufrir una depresión postparto o trastorno de estrés postraumático después del parto, también es importante señalar que, aislar a los/as recién nacidas y prevenir la lactancia puede tener consecuencias a largo plazo y ser perjudiciales. La OMS publicó en marzo de 2019 unas directrices donde reconocen el peligro que supone estas prácticas y abogan por una atención especializada, respetuosa y centrada en la mujer embarazada cuando se sospeche de contagio o bien exista un positivo por lo que recomiendan que el nacimiento debe de individualizarse y recurrir a la cesárea solo cuando sea medicamente necesario, así como, las mujeres deben de poder realizar piel con piel y poder realizar lactancia materna. En el caso de España, se han actualizado los protocolos para que estos se encuentren alineados con las pautas recomendadas por la OMS (Sadler, Leiva y Olza, 2019).

## **1. 5 Investigaciones previas**

Para poder realizar una comparativa de la situación de violencia obstétrica tras la pandemia del COVID-19 se va a proceder a exponer investigaciones sobre la materia previas a esta situación.

Para comenzar encontramos el estudio de Iglesias, Conde, González y Parada (2019), “Violencia obstétrica en España, ¿realidad o mito? 17.000 mujeres opinan”, donde el 45.8% de las mujeres encuestadas opinaron que el personal sanitario no solicitó su consentimiento informado antes de la realización de diferentes prácticas y que a el 49% de ellas no se les dio la oportunidad de poder aclarar dudas o expresar miedos. Asimismo, el 38% de las mujeres recibieron durante el trabajo de parto métodos que no eran necesario y/o que podían resultar perjudiciales para su salud. En este estudio el 34% de las mujeres encuestadas consideraron que habían sufrido violencia obstétrica.

Otro de los estudios encontrados en materia de violencia obstétrica es el de Llobera, Ferrer y Chela (2019) “Violencia obstétrica. La perspectiva de mujeres que la han sufrido” donde se han realizado 12 entrevistas semiestructuradas. En las entrevistas las mujeres hicieron referencia al trato que recibieron y lo calificaron como impersonal y deshumanizado, así como, irrespetuoso. También hicieron referencia a que se sintieron infantilizadas a través del lenguaje. En cuanto a lo que se refiere a prácticas no recomendadas, las mujeres manifestaron haber recibido un trato paternalista ya que no se les dejaba decidir u opinar sobre el proceso. En lo que concierne al seguimiento del embarazo las mujeres expresaron que la atención fue rápida, sin explicaciones de ecografías y sin resolverles las dudas, esta situación se daba en el proceso de dilatación también. En lo relativo a la parte clínica las mujeres manifestaron que existió una sobreintervención, ya que se inducía el parto sin justificación, así como, se llevaron a cabo técnicas como la de Kristeller, episiotomías innecesarias, impedir el libre movimiento o la elección de la postura en el expulsivo entre otras. Hay que añadir que se les realizaron prácticas sin previa información como: amniorrexis artificial, tactos vaginales, maniobra de Hamilton, realización de parto instrumental, entre otras.

## **2. MARCO NORMATIVO**

En lo que se refiere a la situación normativa en España, no existe en la actualidad ninguna ley que regule la violencia obstétrica en el país, aunque si bien es cierto, existe un Observatorio de Violencia Obstétrica, que surge en el año 2014 vinculado a la asociación “El parto es nuestro”. Sin embargo, pese a que no hay una ley específica que proteja a las mujeres frente a este tipo de violencia la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, esta “comprende todo acto de violencia física y psicológica, incluidas las agresiones a la libertad sexual, las amenazas, las coacciones o la privación arbitraria de libertad.” por lo tanto, es importante dar visibilidad y conocer las diversas formas de violencia contra la mujer. Aunque no existe a nivel nacional legislación específica en materia de violencia obstétrica en 2007 el Ministerio de Sanidad y Consumo elabora la Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud.

En 2012 el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, lleva a cabo el Informe sobre la Atención al Parto y Nacimiento en el Sistema Nacional de Salud donde se recogen los resultados obtenidos de una primera evaluación de la Estrategia de Atención al Parto Normal en el Sistema Nacional de Salud. Los resultados obtenidos son destacables en su totalidad, aunque en esta ocasión se resaltan los siguientes:

- En lo que se refiere a las amniotomías o roturas de bolsas, se llevaron a cabo en un 46.6%, es un porcentaje muy alto ya que se recomienda no realizar esta práctica.
- En el 53.3% de partos de inicio espontáneo se administró oxitocina, dato que se aleja del 5-10% que se entiende como buena práctica profesional.
- En el caso de las inducciones se producen en un 19.4% siendo esta cifra muy superior a la determinada por la OMS menos del 10%.
- El 87.4% de los partos vaginales han sido en posición litotomía, más favorecedora para el trabajo profesional que para la mujer.
- En cuanto a la maniobra Kristeller persiste en un 26.1% de los partos vaginales, pese a que se considera una técnica en desuso y eliminada de la práctica habitual, los datos revelan que se siguen practicando.
- En lo que se refiere a las episiotomías se realizaron en un 41.9% de los partos eutócicos, estos datos están muy por encima de lo recomendado, <15%
- En cuanto a lo referido a los partos instrumentalizados, los resultados fueron 10.2% para uso de ventosa, 6.1% para fórceps y 3.2 % para espátula, siendo el total el uso de instrumento en un 19.5% de los partos.
- El 22.02% de los partos terminaron en cesárea lo que implica que se supera la tasa apoyada por la OMS.

En cuanto a lo referido a la situación en Canarias, al igual que ocurre a nivel nacional no existe legislación específica en materia de violencia obstétrica. Aunque existe un Protocolo de Atención al Parto Normal (Gobierno de Canarias, 2010), donde se recogen según las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, la información sobre las prácticas adecuadas para la atención clínica. Del mismo modo, el protocolo pretende ser un instrumento para unificar los criterios de actuación en los centros hospitalarios del Servicio Canario de Salud. Además, también tiene como objetivo servir de instrumento para implementar un parto más personalizado y respetado.

### 3. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL	OBJETIVOS ESPECÍFICOS
3.1 Conocer si las mujeres que han dado a luz en Tenerife durante la pandemia de COVID-19 han sufrido violencia obstétrica	3.1.1 Identificar los tipos de forma de violencia que han sufrido las mujeres.  3.1.2 Determinar si las mujeres conocían que habían sufrido violencia obstétrica

### 3.3 HIPÓTESIS

- Una amplia mayoría de las mujeres desconoce que muchas de las prácticas que les han realizado durante el parto constituyen formas de violencia obstétrica.
- La violencia obstétrica ha aumentado tras la situación de pandemia por COVID-19.

## 4. METODOLOGÍA

### 4.1. Diseño

Se va a desarrollar un acercamiento a un tema en concreto utilizando el método de investigación cualitativo, puesto que, no se va a realizar ningún análisis estadístico, sino que se va a recopilar información y proceder a la interpretación de esta, ofreciendo una descripción completa del tema a estudiar. Implica un análisis de tipo observacional, descriptivo y transversal, ya que lo que se pretende es describir una realidad social sin incidir en la misma, mediante la observación. La recogida de datos se llevará a cabo a través de una entrevista semiestructurada; asimismo, se va a realizar un análisis exhaustivo sobre la materia de estudio a través de la lectura de textos bibliográficos que permitan recoger la información necesaria. Al ser una investigación cualitativa, no se pretende que los resultados que se obtengan sean extrapolados a la población en general.

### 4.2. Muestra

La población objeto de la investigación, son mujeres que hayan dado a luz en hospitales público o privados durante la pandemia por COVID-19. El criterio de exclusión de la muestra lo constituye el que estas mujeres no hayan dado a luz entre marzo de 2020 y mayo de 2021. Finalmente, la muestra se compone de un total de 16 mujeres.

Estás mujeres han decidido participar libremente en el estudio, siendo informadas que los datos iban a ser tratados con lo establecido en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, las imágenes tomadas y los datos personales de esta autorización serán incorporadas a un fichero cuyo responsable será la Beatriz Almenara Teixidó que podrá tratar las mismas y hacer uso de ellas en los términos y para la finalidad fijados en este documento.

*Tabla 1. Población objeto de estudio*

<i>Madres primerizas (25 -45 años)</i>	<i>Madres con partos previos (25-40 años)</i>
– <i>Entrevistada 1</i>	– <i>Entrevistada 2</i>
– <i>Entrevistada 3</i>	– <i>Entrevistada 5</i>
– <i>Entrevistada 4</i>	– <i>Entrevistada 11</i>
– <i>Entrevistada 6</i>	– <i>Entrevistada 12</i>
– <i>Entrevistada 7</i>	– <i>Entrevistada 14</i>
– <i>Entrevistada 8</i>	
– <i>Entrevistada 9</i>	
– <i>Entrevistada 10</i>	
– <i>Entrevistada 13</i>	
– <i>Entrevistada 15</i>	
– <i>Entrevistada 16</i>	

*Fuente: Datos extraídos de la entrevista. Elaboración propia.*

*Tabla 2. Hospitales*

	<i>Hospital Universitario de Canarias</i>	<i>Hospital Nuestra Señora de la Candelaria</i>	<i>Hospiten Rambla</i>	<i>Hospiten Sur</i>
<i>Madres primerizas</i>	3	6	-	2
<i>Madres con partos previos</i>	2	2	1	-

*Fuente: Datos extraídos de la entrevista. Elaboración propia.*

### 4.3. Instrumentos

El instrumento que se ha utilizado son entrevistas semiestructuradas, ya que se pretende que las mujeres entrevistadas puedan contestar libremente (ver anexos), además, este tipo de entrevista permite interactuar y adaptarse a las entrevistadas y sus respuestas, son entrevistas dinámicas, flexibles y abiertas y que también permiten una mejor interpretación de los datos. Para poder contactar con las mujeres, se realizó un cuestionario mediante Google Formularios, donde se recogían los datos de contacto, facilitando así la posterior relación con ellas.

### 4.4. Procedimiento

1. Se ha realizado un análisis exhaustivo sobre la materia de estudio, a través de diferentes fuentes bibliográficas e investigaciones, para así poder conocer la magnitud de la problemática, la percepción social y concepción que hay al respecto.
2. A partir de la información obtenida, se procedió a la elaboración de las preguntas para las entrevistas posteriores contemplando en ella los aspectos más relevantes obtenidos de la investigación bibliográfica. Además, se utilizó una batería de preguntas ya validada de la Asociación el Parto es Nuestro, donde se recogen las dimensiones relevantes implicadas en las experiencias de violencia obstétrica. Las dimensiones son: percepción del trato recibido, experiencia en lo referido a las prácticas clínicas que se consideran violencia obstétrica, así como los sentimientos y emociones de las mujeres.
3. Las entrevistas, debido a la situación actual de restricciones, se llevaron a cabo a través de la plataforma Google Meet, ya que esta plataforma facilita la grabación de las entrevistas para su posterior análisis y extracción de datos relevantes.
4. Una vez que se obtuvieron las entrevistas necesarias, se realizó un visionado de las grabaciones, donde se obtuvieron los resultados y posteriormente se procedió a clasificar y analizar e interpretar los datos obtenidos.

## **5. RESULTADOS**

A continuación, se expondrán los resultados obtenidos tras el análisis de las entrevistas realizadas, se mostrarán los datos más relevantes obtenidos durante el análisis de los mismos.

En primer lugar, se les preguntó a las mujeres entrevistadas si **al llegar al hospital tuvieron que llevar la mascarilla en todo momento y si, además, les realizaron alguna prueba bien sea PCR o antígenos a su llegada**. Ante esta pregunta muchas de ellas respondieron que sí, que o bien les hicieron la prueba días antes o por el contrario se las hicieron en el mismo momento del parto, llegando a algunas de ellas, a hacérselas en el momento de los pujos.

*“Sí, nos hicieron la PCR el día anterior...”* (entrevistada 9)

*“Me hicieron PCR y prueba sanguínea...”* (entrevistada 10)

*“Me hicieron la PCR en pleno parto, cuando estaba con los pujos.... Entonces entre una contracción y otra pues me la hicieron.”* (entrevistada 11)

*“Sí, a mí me habían hecho la PCR antes ... el 23 tuve un registro y me dijeron que fuera un poquito antes para hacerme una PCR...”* (entrevistada 13)

*“La PCR me la hicieron entre contracciones. Yo recuerdo que entró un chico mientras yo tenía contracciones a tope y entro para hacérmela, y tenía la mascarilla y le dije tienes que esperar a que se me pasé la contracción porque no podía y entre contracciones me la hizo...”* (entrevistada 14)

De igual manera ante la pregunta **¿En el caso en que sí te hicieran prueba y a pesar del resultado tuvo que llevar la mascarilla puesta en todo momento o en el expulsivo podía estar sin ella?** La mayoría de las mujeres que tuvo que llevar la mascarilla en todo momento incluyendo el parto, aunque muchas de ellas se la retiraron en el momento del parto o bien cuando se encontraban a solas.

*“(...) al día siguiente que fue cuando me puse de parto definitivamente, tuve que dar a luz con mascarilla, lo que ocurre es que empecé a perder el conocimiento y me permitieron quitármela porque la PCR había dado negativo sino tendría que haber dado a luz con mascarilla...”* (entrevistada 12)

*“Me hicieron PCR nada más llegar (...) y sí, tuve que mantenerla en el expulsivo...”* (entrevistada 15)

*“Nada más ingresar me hicieron la PCR y poco antes de empezar los pujos llegó el resultado y me dejaron quitarla...”* (entrevistada 16)

Teniendo en cuenta estas situaciones se les preguntó **qué les había supuesto tener que llevar la mascarilla en todo momento**, y si habían sentido sensación de agobio, mareo, etc. Ante esta pregunta respondieron muchas de las mujeres manifestaron haber sufrido sensación de agobio, pérdida de concentración para estar tranquilas y que no ocurrieran desgarros o vómitos.

*“Hubo un momento en el que sí estaba agobiada...”* (entrevistada 2)

*“Supuso, como explicártelo, esa concentración, esa conciencia que tenía de intentar estar tranquila sobre todo en los pujos, para intentar no desgarrar, pues me puse nerviosa claro...”* (entrevistada 11)

*“Yo di a luz con mascarilla hasta que vomité y me la quité. Fue bastante incómodo la verdad...”* (entrevistada 13)

En lo que se refiere a las madres primerizas se les realizó la siguiente pregunta, **¿crees que el trato que te han dado pueda deberse a la situación de estrés e incertidumbre que se estaba (y se está) viviendo en España?** Ante esta pregunta las mujeres han respondido que, si bien en partitorio no habían tenido esa sensación, en planta sí, y que pudiera deberse a ello, ya que en muchas ocasiones no querían ni acercarse ni tocarlas.

*“No, en ese sentido no...”* (entrevistada 6)

*“No, no lo noté para nada...”* (entrevistada 7)

*“Por lo menos en paritorio no me dio esa sensación, tal vez en planta sí me dio esa sensación...”* (entrevistada 9)

*“A ver es posible que fuera por eso, pero a mi es que me trataron muy mal, fue una experiencia horrible, me trataron muy muy mal, pero mi experiencia fue muy horrible...”* (entrevistada 15)

*“Yo no noté ningún trato malo a la hora de dar a luz, quitando un matrn que me dijo que estaba muy gorda y que con toda la grasa que tenía era normal que no pudieran escuchar bien el latido del bebe...”* (entrevistada 16)

En lo referido a las madres no primerizas se les realizó la siguiente pregunta **¿Ha notado un trato deficiente en todo el trabajo de parto, por parte del personal**

**sanitario?** Las respuestas que se obtuvieron en muchas de ellas en comparación con su primer parto fueron las siguientes:

*“(...) Sí noté una diferencia brutal, fue un día muy loco, yo di a luz sin ginecólogos y sin paritorios, yo di a luz en una cama de ingreso normal, sin paritorio, sin estar monitorizada, solo había una matrona y una enfermera...”* (entrevistada 2)

*“(...) Falta de humanidad, se ha perdido mucho ese contacto (...) luego los protocolos yo estuve sola en la sala de dilatación hasta el paritorio y no estuve acompañada por la noche... Yo con respecto a mi primer parto y este he visto esa falta de humanidad y frialdad...”* (entrevistada 11)

*“(...) Mira hubo muchas cosas relacionadas con la pandemia (...) pero este segundo había muchas cosas que iban en detrimento de las madres (...) Lo que ocurrió más que nada fue que estaban intentando que no se quedara nadie allí, que no hubiera casi gente allí, entonces se les acumularon los partos y luego nos quisieron obligar a dar a luz a una velocidad que no era normal”* (entrevistada 12)

Alguna de ellas no consideraba que la atención al parto fuera más deficiente a causa del COVID y del agotamiento que sufría el personal sanitario, puesto que, consideraban que la atención recibida fue la misma durante el parto, aunque si difería en planta, ya que, no estaba permitido recibir visitas. También acusaban que había mucha improvisación y falta de protocolos.

*“(...) en el momento de dar a luz no, fue igual que mi anterior parto que fue hace 3 años en el mismo hospital...”* (entrevistada 4)

*“(...) No noté que los sanitarios estuvieran excesivamente cansados, pero si lo que note fue, quizás, mucha improvisación y falta de protocolos conmigo...”* (entrevistada 13)

En lo que concierne al seguimiento del embarazo, se les consultó a las mujeres si en algún momento se habían sentido abandonadas o solas y, además, si en algún momento el personal que las atendió no resolvió sus dudas, o si hablaban en terminología médica y no le explicaban, asimismo, se les preguntó si pudieron ver las imágenes. En este sentido muchas de estas mujeres sí refirieron haberse sentido abandonadas y que, además, no les explicaban bien las cosas que veían.

*“(...) Me sentí abandonada totalmente, de principio a fin del embarazo...”*  
(entrevistada 2)

*“(...) Totalmente abandonada, en la primera ecografía, yo intenté levantarme para ver a la niña y la chica me decía “te quieres acostar porque así no puedo ver nada” primero colocó la pantalla para verlo solo ella, entonces como yo me levantaba para ver a la niña, me decía “te quieres acostar que así no puedo ver nada” y yo le decía perdón y me eche hacia atrás y me dijo “es que si tu no colaboras yo no puedo ver a la niña, y si no puedo ver a la niña ya tú me dirás...””* (entrevistada 15)

*“(...) El seguimiento fue bastante frío (...) en cuanto a los ginecólogos la verdad que fueron bastantes fríos, como un corre, corre sin explicarme a penas nada. A la última ecografía fui ya con contracciones y me dijeron que eso no era nada, que eran cosas mías...”* (entrevistada 16)

Relacionado con la pregunta anterior, se les cuestionó si habían podido entrar acompañadas a las revisiones y, en caso negativo, cómo les afectó esta medida protocolaria. En este aspecto muchas mujeres contestaron que esta medida les parecía excesiva, ya que con las medidas de seguridad y distancia puede acudir alguien que las acompañe. De igual manera, la mayor parte de las mujeres hizo referencia en algún momento a que se podría dar alguna situación negativa sobre todo en la ecografía más importante como es la selectiva, y la falta de acompañamiento endurece aún más puesto que no tienes quien te brinde apoyo. Cabe destacar, que aquellas mujeres que llevaron su embarazo tanto por lo público como por lo privado referían que por lo privado sí que dejaban que pudiera entrar alguien más con ellas.

*“(...) Mal, me sentía hasta culpable de que yo pudiera verlo y él no. Esto solo ocurre en la sanidad pública porque yo me pagué algunas en la sanidad privada y él podía entrar...”* (entrevistada 2)

*“(...) Para mi ninguna, pero para el padre sí (...) una vez se lo comenté a la ginecóloga y me dijo “hay mucha gente que está muriendo sola en los hospitales y que no ven a sus familiares, y me dices tú a mí que por parir o que por venir a una ecografía” en ese momento me sentí mal, me sentí atacada, me hicieron sentir mal, egoísta ...”*  
(entrevistada 3)

*“(...) no me afectó tanto, pero si es verdad que a mi pareja una ansiedad importante porque él necesitaba verlo. Pedí grabarlo para que el padre lo viera y me dijeron que no, que si quería me daban una foto pero que no podía grabar mientras medían y demás...” (entrevistada 10)*

*“(...) Sí, en la selectiva no entro mi pareja. Lo viví con estrés, porque la selectiva es una ecografía importante (...) el no tener acompañante me pareció exagerado y ridículo en estas ecografías. Me parece feo porque con las medidas de protección, aunque tu pareja no pueda estar cogiéndote de la mano pero que este dentro, porque imagínate que te dan una mala noticia, no lo puedo imaginar...” (entrevistada 14)*

*“(...) Pues bastante mal, con el miedo de que te pudieran decir algo malo y estar sola. Encima padres primerizos (...) gracias al privado, que dejaba que mi marido entrara en alguna...” (entrevistada 16)*

En lo que concierne a las clases preparatorias al parto, se les preguntó si habían recibido este tipo de clases o si, por el contrario, en el caso de no recibirlas qué opciones les habían dado desde el Servicio Canario de Salud. Cabe destacar que las mujeres que no eran primerizas y no recibieron este tipo de clases, no les supuso nada negativo puesto que ya tenían la experiencia previa, si bien es cierto, alguna de ellas recibió alguna píldora recordatoria en las últimas visitas antes de dar a luz. Sin embargo, en lo que se refiere a las madres primerizas, muchas de ellas no recibieron ningún tipo de clase y, además, ningún tipo de opción, más allá de un enlace a un vídeo o simplemente no recibieron nada por parte del Servicio Canario de Salud.

*“(...) Tuve dos clases y luego ya las quitaron, no nos dieron opción a hacerlas online, por el seguro privado me cobraban un pastón por ellas por lo que investigué todo lo que pude (...) yo llegué al hospital sin saber bañar a un bebé, no me sentí acompañada...” (entrevistada 3)*

*“(...) Pude recibirlas online, pero privadas. El SCS no le dio opción...” (entrevistada 6)*

*“(...) No, como estábamos en pandemia no se podía. Me dieron un enlace a un video que te explicaban cosas. Ni si quiera me dieron una cartilla del embarazo, me fotocopiaron una cartilla de alguien y eso era lo que yo tenía...” (entrevistada 15)*

*“(...) No recibí clases y la única opción que me dieron es ver videos en YouTube...” (entrevistada 16)*

A continuación, se va a exponer los resultados obtenidos sobre el trato que les dieron el personal de salud, así como sobre los procedimientos que se le realizaron y la libertad de movimiento durante el proceso de dilatación y el trabajo de parto en sí. En este sentido y en lo que se refiere sobre el trato que les dio el personal de salud se les realizaron una serie de preguntas para indagar en esta cuestión. La primera de ellas se basaba en si **el personal de salud que las atendió en algún momento realizó algún comentario descalificador, de burla o el todo irónico de su comportamiento.** En esta pregunta muchas de las mujeres respondieron que sí sintieron que hubiera comentarios de burla o irónicos.

*“(...) Sí, hubo un momento en el que me pusieron el propess (...) llegó el momento en el que yo no podía más y pedir por favor un paritorio y la epidural y me dijeron “Sí, sí, espera que a ti todavía te queda un rato” y yo sentía que no, que el niño ya estaba ahí (...) Cuando me oyeron gritar demasiado fue cuando me hicieron caso...” (entrevistada 2)*

*“(...) cuando me pusieron la epidural sí que lo pasé un poco mal (...) El anestesista me pinchó por lo menos 8 veces, porque yo cuando me pinchaba de efecto reflejo me movía y el hombre poco menos me decía que por qué me movía que me la iba a poner mal. En ese momento yo estaba llorando y le decía que lo sentía mucho, que me movía por un efecto espejo, que no era algo que estuviera haciendo adrede...” (entrevistada 4)*

*“(...) El anestesista cuando vino me dijo que “estaba muy molesto por haberlo llamado” convenciéndome de que no me la pusiera, pues al final me la puso. Estaban las enfermeras ahí y va la matrona y me dice que no, que me tenía que bajar la dosis porque yo tenía que sentir dolor...” (entrevistada 15)*

Cabe destacar que en esta pregunta fueron muchas más mujeres las que no vivieron comentarios descalificadores por parte del personal que las que sí sufrieron este tipo de violencia.

En relación con la pregunta anterior, se les preguntó **si en algún momento les trataron con sobrenombres o diminutivos como si fueran niñas incapaces de**

**comprender los procesos por los cuales están atravesando.** Hay que destacar que, aunque gran parte de las mujeres entrevistadas no fueron tratadas con paternalismo, algunas de ellas sí que vivieron estas situaciones donde el personal de salud las trataba como si no supieran lo que estaban viviendo y ocurriendo.

*“(...) Al principio bien, pero hubo un cambio de turno(...) la primera que me atendió me dijo que el monitor podía estar mal y no contaba bien las contracciones (...) cuando cambió el turno, la matrona que entraba me dijo que no, que no estaba de parto, me dejó allí y me ponía oxitocina y me subía la dosis porque “no estaba de parto” imagínate yo estaba partida por la mitad porque cuando me venía una contracción me quería morir(...) no me miró en ningún momento(...) una de las veces le dije que me venía una contracción que me mirara y ahí le cambió la cara y me dijo “ay pues lo mismo sí estas de parto”” (entrevistada 15)*

En cuanto a si en algún momento se sintieron criticadas por expresar sus emociones durante el parto, muchas mujeres hacen referencia a que no se sintieron para nada juzgadas en ese aspecto.

*“(...) no me vi en la obligación de tener ninguna duda porque el personal se iba adelantando a contarme lo que iba pasando” (entrevistada 1)*

*“(...) No, yo hablé y pregunté todo.” (entrevistada 4)*

*“(...) No, pero porque yo no grité, yo ya sabía lo que había, mi tía me había preparado para esas cosas...” (entrevistada 15)*

*“(...) No, todo lo contrario. Me animaban a gritar y desahogarme...” (entrevistada 16)*

Sin embargo, una mujer sí hizo referencia a sentirse juzgada en el momento de dar a luz.

*“(...) sí es verdad que al final me mandaron a callar, me dijeron “que no gritara tanto”, cabe destacar que yo di a luz sin epidural, porque cuando me pasaron a cubículo, yo dilate super rápido, en la sala estaba a 3cm y cuando me pasaron estaba de 8. Yo quería la epidural desde que se las pedí, pero pasaron de mí. Entonces yo di a luz en carne viva por así decirlo...”* (entrevistada 2)

Del mismo modo, se les preguntó **si les había resultado imposible o difícil manifestar sus miedos e inquietudes**, bien fuera porque no les respondieran o porque les fueran a contestar de mala forma. Cabe destacar que las mujeres mayoritariamente respondieron que no habían tenido esa sensación y en el caso de las madres no primerizas, que, todo lo contrario, habían preguntado todas sus dudas. Sin embargo, aquellas mujeres que, si recibieron un trato más hostil durante su parto, referenciaron lo siguiente:

*“(...) Yo sí me hice la tonta muchas veces porque pensaba si ya me estas tratando así de mal, si encima me pongo chula imagínate. Yo me hacía mucho la tonta y yo creo que eso a ella le gusto...”* (entrevistada 15)

*“(...) Sí, era un poco, no estaba segura de lo que iba a pasar. La matrona te iba diciendo lo que van a hacer y tú okay, acepto porque estas en una situación en la que tienes miedo, no sabes, confías en que lo que están haciendo lo mejor, pero no creo que fuera del todo lo mejor...”* (entrevistada 6)

En lo que concierne a los procedimientos médicos, se les preguntó a las mujeres **si en algún momento se practicó algún procedimiento sin que se les pidiera el consentimiento** o sin explicarles el por qué había que realizarlos.

*“(...) No, (...) tuve un pequeño desgarro se me explicó lo que iban a hacer y me lo hizo.”* (entrevistada 7)

*“(...) después le dio prisa que yo pariera y me pincharon oxitocina de más con lo cual se le dispararon las constantes al bebé (...) me pincharon la bolsa, porque a mí se me rompió la placenta por arriba porque manchaba, pero era muy poquito, entonces llegaron a la conclusión de eso que se me había roto por arriba, entonces un chico por “agilizar” me la rompió por abajo”* (entrevistada 9)

*“Yo creo que sí que hacía falta que me pusieran la oxitocina, quizás no a esas cantidades o a esa velocidad, pero también creo que si me hubieran dejado ingresada cuando rompí la bolsa la primera vez que fui, (...) no habría llegado tan angustiada ni con tantas horas de la bolsa rota, estaban alargando tanto el proceso que estaban poniendo en peligro al bebé.” (entrevistada 12)*

*“(...) Con mi segundo hijo di a luz de 41 semanas, y la ginecóloga me dijo “tienes que dar a luz ya sino hay que inducirlo” y preferí que me hicieran la maniobra, pero lo elegí yo...” (entrevistada 14)*

*“(...) La niña estaba encajada (...) entonces ella me decía que empujara para ella girarla y que bajara, pero no bajaba la giraban y volvía a ponerse en su sitio. Ella me decía que si la niña no bajaba había que intentar bajarla con fórceps y yo le decía que no, que con fórceps no (...) Cuando yo vi a la niña tenía por detrás tres raspones como que le faltaba piel, entonces mi tía que había sido ATS me dijo que la matrona había usado fórceps, que esas marcas eran de fórceps” (entrevistada 15)*

*“Decidieron usar ventosas para sacar a la niña y no me informaron ni me pidieron consentimiento” (entrevistada 16)*

En cuanto a la libertad de movimiento durante la dilatación las mujeres refirieron que, en muchas ocasiones al estar monitorizada, y tener la vía, imposibilitaba de alguna manera que pudieran moverse libremente. Sin embargo, muchas de ellas sí pudieron moverse caminando, usar la pelota o la ducha.

*“(...) Fui obligada, porque al tener el propess puesto, tenía que llevar el registro puesto (...) llevaba 4h acostada boca arriba con el registro puesto, estaba incomodísima, me quería levantar para ir al baño, le decía a la matrona “por favor quiero quitarme el registro, quiero caminar un poco” y me decían “no mi niña, tienes que quedarte acostada con el registro puesto” (entrevistada 2)*

*“(...) Estuve 12h en planta con pelota, moviéndome libremente y en la planta caminando, podía estar caminando con mascarilla. Una vez en paritorio no podía salir, tenía acceso a ducha y a pelota” (entrevistada 3)*

*“Sí, tenía movimiento libre, de hecho, fue lo que me aconsejaron” (entrevistada 7)*

*“No, no me dejaban caminar. Me tenían toda cableada y no podía caminar y había veces me recomendaban posturas donde me doliera menos pero siempre acostada”* (entrevistada 8)

*“No, no me dieron pelota ni nada, siempre acostada y en la posición que la matrona quería. Que encima no era la que más me convenia a mí por las caderas”* (entrevistada 15)

En relación con la cuestión anterior, se les preguntó a las mujeres **si habían tenido libertad para poder elegir la postura en la que dar a luz**. Se observa que en gran mayoría no tuvieron libre elección de la postura, ya sea porque tenían la epidural o por algunas complicaciones que las obligaba a estar en una posición para facilitar el trabajo al personal.

*“(…) No, no la elegí. A mí me daba igual la postura en la que dar a luz, estaba tan agobiada que me daba igual...”* (entrevistada 2)

*“Yo fui la que eligió la posición y no me dijeron nada (...) me ofrecieron sentarme en la posición común y era la decisión que yo llevaba.”* (entrevistada 7)

*“(…) No, la típica, no me dieron opción, pero tampoco me quejé.”* (entrevistada 8)

*“No, porque como se le estaban acelerando las pulsaciones a la niña, de hecho, el matron me dijo “yo sé que para ti resultaría más fácil, (...) y es más bueno, parir sentada” pero en este caso él debía tener libertad absoluta por si tenía que cortar y sacar a la niña rápido.* (entrevistada 9)

*“Sí, totalmente libre, como yo quisiera, de hecho, di a luz boca abajo de cuclillas”* (entrevistada 13)

*“No, en la de toda la vida no, peor. De hecho, yo pedía cambiar de posición porque en la que ella me tenía que era de lado, me estaba destrozando las caderas y no me dejaba, cada tanto me cambiaba de cadera, pero no como yo quería”* (entrevistada 15)

En lo que se refiere al acompañamiento durante la dilatación y el parto. Muchas de las mujeres relatan que han estado solas durante el proceso de dilatación, solamente estando acompañadas durante el parto. En cuanto a las mujeres que tuvieron una cesárea

programada o como resultado del parto mencionan que les gustaría poder estar acompañadas en ese momento.

*“(...) Me hubiera gustado como he visto que se hace en otros sitios, es que mi pareja hubiera estado conmigo en el quirófano...”* (entrevistada 1)

*“(...) Solo cuando entré a quirófano, pero de resto sí pude estar acompañada...”* (entrevistada 4)

*“(...) Desde que subí a paritorio estuve acompañada de mi pareja.”* (entrevistada 6)

*“(...) Solo estuve acompañada en el momento del parto...”* (entrevistada 7)

*“Y encima estaba sola porque mi marido estaba en la habitación, él no pudo bajar en ninguno momento. Cuando me van a pasar de paritorio a quirófano, estaba mi marido que me dio un beso y eso fue todo lo que yo lo vi”* (entrevistada 15)

Se destaca que en este aspecto se puede establecer cierta diferencia entre las mujeres que han dado a luz en hospitales privados y quienes lo hicieron en público. Ya que las mujeres que dieron a luz en hospitales privados sí se les favoreció el acompañamiento en el proceso de dilatación.

En lo concerniente al piel con piel, todas las mujeres refirieron que sí se facilitó el piel con piel una vez nació el o la bebé. En el caso de una mujer de embarazo gemelar refiere que primero los revisaron e inmediatamente se los dieron para favorecer el piel con piel. Asimismo, una mujer que dio a luz en hospital privado refiere que en ese hospital no hacen el piel con piel.

*“(...) escuchaba al ginecólogo decir ya ha nacido el primer gemelo, yo los veía, pero nada 5 min en lo que los revisó el pediatra para que estuvieran bien y en seguida me los daba la matrona para hacer el piel con piel y salí de quirófano con ellos en el pecho...”* (entrevistada 1)

*“(...) Sí, no lo hacen, te lo dan un momento, un segundo y con la misma se lo llevan. Supuestamente se lo iban a llevar al padre, pero ni siquiera eso, él lo vio después”* (entrevistada 4)

En cuanto a sus sensaciones tras el parto se les preguntó lo siguiente. **Después del parto, ¿Sintió que no había estado a la altura de lo que se esperaba de ti (que no habías “colaborado”)?**

*“(…) No, yo creo que para mí hice todo lo que pude y me “porté bastante, bastante bien” (entrevistada 2)*

*“No, en el primer parto sí, pero en este no” (entrevistada 14)*

*“Yo preguntaba cada rato sobre todo a la hora de empujar, cuando la niña no se daba la vuelta yo decía “pero es por mi culpa porque yo no estoy empujando lo suficiente” y la matrona no me decía nada, pero las enfermeras me decían no, no tú lo estás haciendo super bien” (entrevistada 15)*

En línea con la anterior pregunta, también se les realizó la siguiente cuestión **¿Podría decir que la experiencia de la atención en el parto le hizo sentir vulnerable, culpable o insegura?**

*“(…) Después del parto, sí me sentí insegura y vulnerable porque la niña estuvo en observación durante dos días (...) En la zona de cuidados medios, sí me sentí vulnerable, para las enfermeras era como una fiesta, yo que acabo de parir, tengo miedo, estoy sola...” (entrevistada 3)*

*“(…) Sí, insegura cuando tenía muchas contracciones. Me dio miedo porque parecía que ellos no sabían bien lo que estaba pasando...” (entrevistada 6)*

*“Culpable no, pero vulnerable tal vez sí” (entrevistada 9)*

Por último, se les preguntó a las mujeres por el postparto y por el trato recibido en planta por parte del personal de planta, una vez han dado a luz.

En este sentido y en cuanto al trato que reciben por parte del personal de planta, se les pregunta si en algún momento el personal se refiere a ellas con comentarios descalificadores. Ante esto las mujeres refieren que donde peor trato han recibido ha sido por el personal de planta, no brindándoles la ayuda necesaria.

*“(…) Mi peor momento, fue en recuperación, porque ahí el personal sí que estaban hablando a sus cosas y se olvidaron de ponerme la morfina...” (entrevistada 5)*

*“Sí, en un momento que llamé al día siguiente porque tenía que ducharme y al no tener acompañamiento la bebé se quedaba sola, llamé para decirles que como hacía que no quería dejar a la bebé sola, y me dijeron algo así como que no me preocupara que no se iba a morir, que la chica de la cama de al lado la cuidaba (...) Al final no me duché y esperé a que viniera mi marido por la tarde en las dos horas que le dejaban”* (entrevistada 16)

En línea con lo anterior se les pregunta si en algún momento se sintieron juzgadas por parte del personal de planta en algunas de las decisiones que tomaron como madre, y en este aspecto son muchas las mujeres que relatan haber sido juzgadas por el personal de planta con respecto a sus decisiones.

*“(...) Ni mi pareja ni yo pudimos hacer nada ni bañarlo, lo hacían todo ellas, supongo que sería por el COVID...”* (entrevistada 4)

*“Sí, en un principio a mí no me subía la leche, y la niña lloraba mucho y yo les decía que me ayudaran porque yo me la ponía, pero no salía nada, y una de ellas me dijo “bueno pues lo siento la lactancia es así, te tienes que acostumbrar”* (entrevistada 9)

*“(...) no había forma que comprendiera que era celíaca e intolerante a la lactosa, me dieron la comida mal y me puse malísima y una de las veces que tuve que ir al baño deje a la bebe dormida en la cuna y cuando salí como la bebé había llorado vino una persona que no sabía quién era y se puso a gritarme desde la puerta de la habitación como si yo fuera la peor persona del mundo (...) cuando no te daban opción a que viniera otra persona...”* (entrevistada 12)

*“Yo no me sentí apoyada, me estaban dando consejos, me decían de ir a bañarlo y yo le decía que no y me sentía juzgada porque no quisiera bañar a mi hijo”* (entrevistada 14)

*“A mí no me salía la leche, y la niña estuvo llorando porque claro yo no tenía leche, desde que di a luz a las 5 de la tarde hasta las 6 de la mañana que mi marido se cansó y pidió un biberón y nos dijeron que no, que si no se acostumbraba y no querría pecho (...) Fue una discusión larga hasta que me trajeron el bibe”* (entrevistada 15)

*“Sí, no quería dar el pecho y me “obligaron”, al final seguí dándoselo unos meses, pero sentí que no me respetaban”* (entrevistada 16)

En lo que concierne al acompañamiento durante la primera noche las mujeres refieren que no han podido estar acompañadas la primera noche en el hospital, solo aquellas que acuden a hospitales con seguro privado, tiene la posibilidad de pasar la noche acompañada.

*“(...) En la planta no, a mí me ingresaron a las 12 y mi pareja vino a las 6 porque las visitas eran de 6 a 8 y entonces a las 8 se tuvo que ir (...) pudimos alargarlo y se quedó hasta las 11”* (entrevistada 6)

*“La pase sola. No sentí que el personal de planta me ayudara”* (entrevistada 9)

*“Yo tengo un seguro privado, por el seguro privado lo pude pasar acompañada”* (entrevistada 15)

*“Tuve que estar sola, dejaron a mi marido estar conmigo 2 horas después del parto. Después se tuvo que ir. Por suerte no necesité nada, pero mi compañera de habitación si las llamó más veces y fueron bastante antipáticas”* (entrevistada 16)

Por último, se les pregunta **por las pruebas que le hacen al o la recién nacida y si se les informa en todo momento tanto de resultados como de donde está la criatura cuando por algún motivo han tenido que llevársela**. La mayor parte de las mujeres relataron que no tuvieron ningún problema en este aspecto, salvo una de las mujeres entrevistadas quien refirió que hubo un momento donde no sabían quién se había llevado a la criatura y que además los informes venían con información errónea de las pruebas.

*“(...) cuando se llevaron a la bebé porque mi marido no se pudo quedar no sabíamos quién se la había llevado, vino una mujer que se la llevaba (...) pero es que a la media hora vino otra mujer a llevarse a la bebé, y yo le dije mira ya se la han llevado mira ver si se la ha llevado alguien del hospital o no, no volvió nadie a decirme que estaba todo bien (...) luego ya cuando conseguí ir a mostrador no me querían atender, tuve que ir tres veces a pedir que me trajeran a la bebé (...) Me pusieron en el informe los resultados del bebé de al lado, no de la mía, me pusieron que la bebe era alérgica a los carbohidratos y era que yo era celíaca, no sabían lo que escribían (...) la prueba del talón no me llegó, la tuve que volver a solicitar, todas las pruebas que le tenían que haber hecho, llegaron tarde mal y nunca y gracias que estaba todo bien porque si hubiera estado mal no nos habríamos enterado.”* (entrevistada 12)

Cabe señalar que a continuación se van a exponer aspectos que se consideran violencia obstétrica, así mismo se exponen aquellos aspectos que las mujeres relataron que no estaban recogidas en las preguntas que se les realizaron. Es importante destacar lo siguiente:

*“(...) En cuidados medios fue donde me sentí sola, insegura, maltratada, no sabía qué hacer, dónde tenía que ir, cómo darle el pecho, me dijeron que podía ir a cuidados medios cuantas veces quiera y en el horario que quisiera(...) Y luego yo tenía que pedir permiso para coger a mi bebe, a veces me decían que no podía cogerla porque “no le toca comer” o “no, está durmiendo” y lloraba porque yo solo quería cogerla, o cuando me iba y volvía me decían “ay antes lloro tanto, tanto” y me hacían sentir mal...” (entrevistada 3)*

*“(...) algún personal pues como van con prisas para que nos fuéramos antes, me hacían bajarme de la cama sin tener en cuenta mi situación, que tenía una cesárea hecha. Solo dos personas de enfermería me ayudaron a bajarme de la cama” (entrevistada 5)*

*(...) me pusieron la epidural y se me durmió una pierna más que otra, y yo esto lo manifesté (...) la segunda que vino, que la llamaron cuando manifesté esto, venía directa a ponerme otro chute de anestesia, y claro lo que yo les decía era que tenía la pierna muy dormida (...) que no la sentía (...) Mi pareja le dijo, no puede mover la pierna ni siquiera un poco y ella le dijo “bueno no puede no querer dolor y querer las piernas de una bailarina”. Cuando yo no me quejé del dolor, sino que estaba preocupada por no sentir la pierna...” (entrevistada 9)*

*“Yo aprovechaba para desayunar cuando venía el pediatra a hacerles pruebas, aprovechaba que ellos tenían a la niña para poder comer. Y yo les decía “mira si esto va a ser así cómo hago para ducharme” y me dijeron “arrastras la cuna de la niña hasta el baño” y tuve que arrastrar la cuna para poder ducharme” (...) pero cuando tu bebé tiene horas y eres madre primeriza no dejas a tu bebé, aunque este durmiendo para ir a hacer pis.” (entrevistada 9)*

*“Nosotros aceptamos y fue como 45min lo que tardaron, pero solicitamos que nos trajeran al bebé 3 veces y yo me he machacado psicológicamente durante el postparto, de hecho, he soñado, porque además yo iba convencida de que no se podían llevar a la niña en ningún momento, en ese momento tomas la decisión porque es importante” (entrevistada 11)*

*“A mí me dieron el alta y yo tenía una infección y no la detectaron porque tenían mucha prisa por darnos el alta y entonces me fui a casa con el periné infectado y al día siguiente me moría del dolor, tuve que ir a la matrona de urgencias, no podía casi caminar. Estaban más pendientes del COVID-19 que del trabajo que estaban haciendo.” (entrevistada 12)*

*“En cuanto al postparto, el miércoles me dan el alta y el jueves me empieza una fiebre super alta y me encontraba mal y la fiebre no se me quitaba con nada (..) me entraron por posible COVID-19, me dejaron en la puerta de la residencia y me miraron de lejos (...)me dejaron sola en una sala unas 3h , hasta que me dijeron que a nivel ginecológico estaba bien que quizás sospecha de COVID-19, me bajan a la planta COVID, me hacen una placa y me ponen con todos los infectados COVID-19 (...)cuando alguien tuvo luces y dijo que me sacaran de ahí, me pusieron en otra sala con un suelo, que quizás podía ser infección de orina, me hicieron el test COVID-19 y al final me mandaron antibióticos, y volví a casa sola a las 12 de la noche” (entrevistada 13)*

*“Yo le decía si al final se gira no voy a tener fuerzas para sacarla y le decía que me la sacara. No me hacía caso (...) De repente me dijo voy a llamar a un ginecólogo a que te vea porque yo no sé si habrá que sacar a la niña con fórceps y yo le decía con fórceps no. En esto que entra el ginecólogo, (...) Entonces me tocó y tocó a la niña y se acerca y me dice “lo siento, pero te vamos a tener que hacer una cesárea” y le dice la matrona “no le pidas perdón si es lo que lleva pidiendo hace media hora” Como si yo no hubiera querido parir a mi hija, lo que yo sabía que no se iba a girar.” (entrevistada 15)*

*“Me parece bastante inhumano que tengan a las mujeres solas con los bebés recién nacidos. Solo dejan que entre un familiar dos horas al día y el resto del día estás sola con el bebé. Yo no podía casi ni moverme con los puntos y se me hizo súper duro. También me gustaría comentarte que yo fui dos veces a urgencias dilatada antes del ingreso (...). A las 11 vuelvo ya llorando con un dolor imposible y sangrando y me “echan la bronca” diciendo que, por qué no he ido antes, cuando ellos mismos me han mandado a casa de mala manera hacía 4 horas.” (entrevistada 16)*

## 6. DISCUSIÓN

En lo que concierne a la situación que han vivido las mujeres que han dado a luz desde el inicio de la pandemia hasta el momento de realización del estudio, se puede extraer de los discursos analizados que las medidas de los protocolos que se han establecido desde el inicio de la pandemia interfieren con los derechos de las mujeres. Como podemos observar, a muchas de las mujeres entrevistadas pese a haberles sido realizado algún tipo de prueba para detectar el COVID-19, bien sea antígenos o la PCR, antes del inicio del parto, en días previos o como han verbalizado “*entre contracciones*”, han tenido que dar a luz con la mascarilla puesta aun siendo negativas para la presencia del COVID-19. Esto supone una vulneración y un tipo de violencia, puesto que, ha supuesto para ellas perder la concentración en un momento como son las contracciones, así como, sensación de agobio, mareos e incluso vómitos. Si tenemos en cuenta que a estas mujeres se les ha realizado una prueba, resulta abusivo, que tengan que dar a luz con mascarilla, puesto que, el personal que las atiende lleva el equipo de protección individual sanitario necesario para no que no se les contagie y como ya se ha mencionado a las mujeres se les ha realizado a una prueba. En este caso, se deberían de revisar los protocolos de actuación y buscar la manera en la cual las mujeres puedan tener un parto tranquilo y, además, donde puedan estar centradas en las respiraciones y no en la mascarilla.

En cuanto al seguimiento del embarazo, se observa que son muchas las mujeres que se han sentido abandonadas en este punto, bien sea porque la persona que las atendía no les explicaba nada relativo a su bebé, no pudiendo en muchas ocasiones ni si quiera ver la pantalla o por la falta de acompañamiento en las citas de seguimiento. La mayor parte de las mujeres coinciden en un punto y es en la obligación de tener que entrar solas en las citas de seguimiento y ecografías, puesto que, en muchas ocasiones veían que tenían que tomar decisiones solas y se planteaban cómo podrían sentirse con respecto a recibir una mala noticia estando sin compañía que les preste apoyo emocional. Al igual que en el punto anterior, en esta situación son muchas las mujeres que han sufrido violencia obstétrica, ya que como se ha visto esta violencia no solo ocurre en el momento del parto. Han sufrido violencia por parte de un personal que, si bien en un primer momento podría estar asustado por la situación que se vivía de caos y desconocimiento, actualmente y tras ya pasados unos meses, se conoce mejor la situación y se podría en

estas circunstancias permitir el acompañamiento de la otra parte de la pareja, ya que, supone un apoyo emocional para las mujeres, con las medidas pertinentes de distanciamiento. Asimismo, hay que destacar que hubo mujeres que sufrieron un trato hostil, por parte del personal de salud que las atendía.

Del mismo modo, en lo referido a las clases preparatorias hay un abandono por parte del Servicio Canario de Salud, puesto que, las mujeres en su amplia mayoría afirmaron no haber recibido este tipo de preparación y en muchas de las ocasiones lo que se les envió fue un PDF o un enlace a un video. Cabe destacar que fueron muchas las que no recibieron ningún tipo de información y tuvieron que investigar ellas por su cuenta, bien preguntando a familiares y amistades o bien buscando información en Internet. Esto es un claro caso de violencia obstétrica, puesto que, se les está negando a ser informadas y preparadas para la situación a la que se van a enfrentar. En este caso no influye el COVID-19, ya que, algunas mujeres tuvieron la opción de realizarlo por lo privado, lo que resultaba excesivamente caro. Si la sanidad privada es capaz de ofrecer este tipo de clases, la sanidad pública debería de ofertarlas también, ya que se pueden realizar en espacios abiertos y con grupos reducidos, y por supuesto, manteniendo las medidas de seguridad vigentes en el país.

En lo que se refiere al trato brindado por el personal de salud bien sea en el proceso de dilatación y del parto en sí, se observa que muchas mujeres refieren que sí se les hizo comentarios irónicos, descalificadores o en todo de burla. Observamos como a una de estas mujeres comunicó al personal de salud, después de que se le administrara el propess, que sentía que ya estaba de parto y la subestimaron, como si ella no supiera lo que estaba ocurriendo con su cuerpo. Asimismo, se observa un trato hostil por parte del personal anestesista, quien en alguno de los casos culpó a las mujeres por el movimiento o incluso se mostraron con cierto enfado por tener que realizar su trabajo. Está claro que si bien no ha sido algo homogéneo sigue existiendo este tipo de violencia obstétrica.

En cuanto a los procedimientos médicos no informados ni consentidos, se advierten claros casos de violencia obstétrica y como pese a las recomendaciones de la OMS (2018) y la Estrategia de Atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud (2007), sigue siendo común que se realicen procedimientos no necesarios, sin informar a las mujeres y sin el consentimiento de las mismas. Algunas mujeres experimentaron como por agilizar el parto se les administraba oxitocina en grandes cantidades y a una gran velocidad, produciendo en uno de los casos que se le dispararan las constantes al bebé,

además, también se produjo amniotomía, rotura de bolsa, que según las recomendaciones de la OMS (2018) “No se recomienda el uso temprano de la amniotomía con conducción temprana con oxitocina para la prevención del retraso del trabajo de parto”. Además, también se usaron ventosas sin haber sido informadas ni consentidas.

En este punto es necesario destacar que una de las mujeres manifestó su negativa al uso de los fórceps a la matrona que la estaba atendiendo, y cuando el bebé había nacido pudo comprobar que tenía daños en la cabeza que coinciden con el uso del fórceps. Está claro que, en este caso al igual que los otros que esta mujer ha sufrido violencia obstétrica, puesto que, pese a su verbalización se desobedeció la decisión de la madre.

En lo que se refiere al libre movimiento durante el proceso de la dilatación y pese a las recomendaciones de la OMS (2018) “No se recomienda la cardiotocografía continua) para evaluar el bienestar del feto en embarazadas sanas con trabajo de parto espontáneo”, es decir, en mujeres sanas no se recomienda una monitorización constante, ya que, esto limita el movimiento libre de las mujeres, cambiar de posición, etc. Esto es algo que se ha constatado en la mayor parte de las mujeres entrevistadas, quienes estuvieron monitorizadas durante bastantes horas, refieren que les fue complicado poder moverse, usar la pelota o la ducha. Está claro que esto no contribuye a un parto respetado y que, por tanto, se considera violencia obstétrica. A día de hoy, es preciso buscar otra forma en la cual las mujeres puedan estar monitorizadas pero que a la vez se les permita el libre movimiento, puesto que este es fundamental para poder controlar las contracciones y el dolor que estas implican.

En el mismo sentido, en relación a la elección de la postura en el parto, si bien muchas mujeres pudieron elegir la postura en la que querían dar a luz, quienes tenían anestesia epidural, tuvieron que dar a luz en la posición habitual, la posición de litotomía. Actualmente existen taburetes o sillas de parto vertical que permiten que la mujer pueda dar a luz sentada, si así lo desea, por tanto, está claro que el Servicio Nacional de Salud, debe brindar a los hospitales de todo material necesario para favorecer los partos respetados y, por ende, la mujer pueda elegir la postura en la que dar a luz. Del mismo modo, actualmente existen alternativas al uso de la anestesia epidural y que favorece que la mujer pueda elegir la postura, entre ellas destaca la analgesia de corta duración y que se administra por vías respiratorias cuando la mujer siente las contracciones. Un ejemplo de este tipo de analgesia es el óxido nitroso que permite que la mujer sea consciente del parto y tenga la sensación de un parto natural. También otra alternativa es la anestesia

epidural ambulante, que permite que solo se anestesia las fibras sensitivas permitiendo el libre movimiento (Reproducción Asistida, 2011).

En cuanto al acompañamiento, la situación provocada por el COVID-19 ha dificultado esta parte, debido a que, muchas de las mujeres refieren haber estado solas durante el proceso de dilatación, solo algunas mujeres pudieron estar acompañadas en la dilatación y esto ocurrió en mayor medida con las que parieron en hospitales privados. Está claro que en estos momentos no se respetan las recomendaciones de la OMS (2018) quienes dicen lo siguiente: “Se recomienda el acompañamiento de la mujer durante el trabajo de parto y el parto por la persona de su elección”, por tanto, al igual que en el acompañamiento en las citas de seguimiento, las mujeres deben de estar acompañadas en el momento de la dilatación y del parto en sí, puesto que para ellas es necesario tener un apoyo emocional al lado y no estar solas ya que afloran sentimientos e inseguridades. Si la pareja puede entrar en el parto con las medidas de protección, resulta incoherente que no puedan estar en el proceso de dilatación, cuando este se produce en un habitáculo donde solo se encuentran la pareja en sí, y llevando las medidas de seguridad recomendadas como son el uso de las mascarillas.

En cuanto a los sentimientos de inseguridad, vulnerabilidad o culpabilidad, algunas mujeres sí refieren haberlo sentido, lo que infiere que actualmente sigue existiendo violencia obstétrica en el trabajo de parto y en el parto en sí.

Continuando por lo que se refiere a la atención brindada por el personal de planta, las madres relatan que se sintieron juzgadas por el personal de planta, una de ellas alude a que se sintió juzgada por no querer bañar a su bebé en sus primeras horas de vida y si atendemos a las recomendaciones de la OMS (2018) observamos que “ El baño se debe retrasar hasta 24 horas después del nacimiento”, y aunque un organismo como es la OMS no tuviera estas recomendaciones, no se debe juzgar en ninguna circunstancia a una madre por no querer bañar a su bebé, siempre y cuando esto no perjudique a la criatura. Asimismo, se observa que algunas madres a las cuales en las primeras horas o por problemas previos no podían realizar lactancia materna, se les juzga a la hora de pedir un biberón cuando la criatura “*llevaba horas llorando*”. Está claro que se debe favorecer la lactancia materna y así lo recomienda la OMS (2018) “(...) se deben colocar al pecho tan pronto como sea posible después del nacimiento tras corroborar la estabilidad clínica, y en tanto la madre y el bebé estén listos”, pero también es cierto que debe primar la integridad física del o la bebé en cuestión y que si tras largas horas de intento no se

produce la subida de la leche, no se debe obligar ni juzgar, puesto que se reitera debe primar la integridad y se debe alimentar a la criatura de la forma que sea necesaria. Del mismo modo, aunque se recomiende la lactancia, se debe respetar en todo momento la decisión de la madre y si esta manifiesta no querer dar el pecho, no se ha de insistir como ha ocurrido con una madre, a la cual se le obligó a dar el pecho pese a ella no querer.

En esta línea cuando hablamos de acompañamiento en la primera noche tras el alumbramiento, se observa que por normal general no está permitido que las madres puedan tener un acompañante en hospitales públicos, cuando esto si ocurre en algunas madres en hospitales privados. Está claro que una madre que ha dado a luz recientemente debe poder estar acompañada esa noche, puesto que, el trabajo de parto y el parto normalmente suelen ser largos y la madre está agotada, por tanto, debe primar el descanso de ella permitiendo que alguien la acompañe para ayudarla en lo que precise. Es indudable que el COVID-19 ha imposibilitado que esto suceda así y que incluso madres que han dado a luz mediante una cesárea se han visto solas durante la noche, y si bien es cierto, algunas recibieron ayuda por parte del personal de planta, fueron muchas las que relataron haber sufrido un trato hostil por parte de este personal, quienes no empatizaban con la situación que estaban viviendo.

Analizando los discursos se observan incongruencias en la atención que recibieron las mujeres, a algunas de ellas se les decía que *“llevaran el bebé a la ducha, que no se iba a morir por estar solo”* pero sin embargo a una de las mujeres por dejarlo solo para acudir al servicio, debido a que el personal no tuvo en cuenta sus intolerancias alimenticias, le recriminaron desde la puerta y gritando que hubiera dejado solo al bebé. En este punto cabría una mejora de los protocolos puesto que si para poder dar a luz sin mascarilla realizamos PCR y entendemos que la mujer no ha estado en riesgo, ya que, no ha tenido contacto de riesgo, se le debería realizar la misma prueba a la persona que le acompañe y así permitir el acompañamiento en la primera noche. Además, este acompañamiento no solo es necesario por aquellas madres que son primerizas sino por las que no lo son también, puesto que, insiste muchas terminan cansadas y necesitan descansar.

Por último, es necesario destacar que, al principio de la pandemia, una de las mujeres vivió una situación de caos donde nadie sabía dónde estaba su bebé y pese a que iba a mostrador a preguntar nadie le daba respuesta alguna, esta situación se entiende como una forma de violencia, ya que, hay un desentendimiento por parte del personal sin

tener en cuenta los sentimientos de la mujer y una falta de empatía total. Además, tal fue la desorganización que a la mujer le redactaron los resultados de las pruebas de un bebe que no era el de ella. De igual manera se destacan situaciones de violencia obstétrica que vivieron las mujeres encuestadas y que no se encuentran englobadas en las preguntas que se realizaron, entre ellas se destaca el alta prematura, muchas mujeres refieren a que el personal tenía prisa porque abandonaran el recinto hospitalario, ocasionando a muchas de ellas infecciones no detectadas lo que conllevó que tuvieran que volver al hospital.

## CONCLUSIÓN

La violencia obstétrica sigue estando presente en la actualidad, pese a que existen multitud de recomendaciones a nivel mundial como son las de la OMS o a nivel estatal como las que recoge la Estrategia de atención al parto normal en el Sistema de Salud. Si bien es cierto, la investigación en violencia obstétrica está poco desarrollada en España, ya que, en lo referido a la búsqueda de investigaciones previas están han resultado escasas, lo que ha supuesto una dificultad para establecer el estado de la cuestión.

Teniendo en cuenta los objetivos establecidos al inicio de la investigación, se puede concluir que se han cumplido todos los objetivos, tanto el principal como los específicos, destacando que las mujeres sí han sufrido violencia obstétrica durante la pandemia de COVID -19. En cuanto a las formas en las que ha sufrido este tipo de violencia se identifican las siguientes: uso excesivo de oxitocina para agilizarle la labor al personal sanitario, así como, prácticas humillantes, agresiones verbales, la no promoción de la autonomía de las mujeres y la capacidad de tomar decisiones como la de elegir la postura en el parto. También se destaca, el uso de procedimientos instrumentalizados no informados ni consentidos y, además, no actuar conforme a los deseos expresos de la madre. En lo que concierne a si las mujeres eran conocedoras, se puede extraer de manera implícita tras la realización de las entrevistas que solo algunas mujeres relataron saber dónde habían sufrido violencia obstétrica, por lo tanto, no todas las mujeres eran conocedoras de que, aunque creyeran que no, sí habían sufrido este tipo de violencia. Esto es debido a que la violencia obstétrica es una violencia que se ejerce de manera invisible y sistemática por parte del personal de salud.

En lo concerniente a las hipótesis se puede afirmar que una amplia mayoría de las mujeres entrevistadas desconocía que muchas de las prácticas y situaciones que vivieron durante su experiencia al parto son violencia obstétrica, asimismo, en lo que se refiere a la segunda hipótesis, se puede afirmar que la pandemia por COVID-19 ha aumentado los casos de violencia obstétrica, ya que se entiende por violencia las situaciones de no acompañamiento así como la obligación de mantener la mascarilla en todo momento.

A pesar de que, a lo largo del desarrollo de la investigación, se han encontrado limitaciones en el estudio, que se tendrán en cuenta a la hora de la ampliación de la investigación o de cara a la realización de futuros análisis. Entre ellos se destaca la escasa publicación de investigaciones recientes a nivel estatal de esta problemática, así como, la dificultad a la hora de encontrar los protocolos que se llevan a cabo en los diferentes hospitales en la isla a raíz de la pandemia. En este sentido, lo único que se ha podido encontrar son noticias, entre ellas se destaca la publicada por el Gobierno de Canarias en abril del 2021, donde se recogen cambios en los protocolos para permitir el acompañamiento de las mujeres tras el parto. Un aspecto llamativo de dicha nota de prensa es que se hace referencia a que “Si bien el centro hospitalario ya permitía el acompañamiento total durante el momento del parto, las visitas quedaban limitadas al horario establecido durante el preingreso, con el objetivo de minimizar cualquier riesgo de contagio por COVID-19 en un momento tan delicado” algo que difiere de la realidad puesto que son muchas las mujeres que han dado a luz tanto en 2020 como 2021 que refieren que no han estado acompañadas sino a la hora del expulsivo, e incluso en algunos casos no ha existido posibilidad de estar acompañadas. En este sentido, habría que definir qué se entiende por “momento del parto” si hace referencia desde que se inicia la dilatación o a la realidad que ha estado ocurriendo hasta el momento, solamente el expulsivo.

Es preciso destacar, factores positivos que han de tenerse en cuenta, uno de ellos ha sido la sensibilidad y la predisposición mostrada por las mujeres que han sido entrevistadas. Así mismo, se debe destacar la reforma de la Ley del Aborto promovida por el Instituto de las Mujeres, donde Igualdad “prevé incorporar en la ley la violencia obstétrica, como una forma de violencia contra las mujeres” (El diario, 2021)

En cuanto al resultado, hay que destacar que es preciso realizar más investigaciones a niveles estatales que permitan llevar a cabo medidas que favorezcan un parto respetado, del mismo modo, se debe dotar de medios técnicos y de personal, ya sea

para formar a los equipos sanitarios como para evitar la saturación de los hospitales y que así pueda desarrollarse el parto en mejores condiciones. Asimismo, se debe de poner en relieve que esta investigación tiene como fin describir la realidad de esta problemática desde la perspectiva de la población estudiada.

Para finalizar, sería relevante la realización de esta investigación a mayor escala, de una manera cuantitativa que permitiera extrapolar los datos a la población en general, y que muestre en mayor medida, la realidad que sufren las mujeres que dan a luz en nuestro país. Asimismo, se propone como medidas para dar respuesta a las formas de violencia detectadas en las mujeres entrevistadas, una reelaboración de los protocolos de actuación, ya que, como se ha constatado no son compatibles con un parto respetado e informar a las mujeres sobre la violencia obstétrica, las formas en las que se manifiesta y que sepan que pueden denunciarlo para así poder erradicar estas prácticas.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Belli, L. (2013). La violencia obstétrica: otra forma de violación de los Derechos Humanos. *Revista Redbioética/UNESCO*. 4(7). 25-34. Recuperado de [http://www.unesco.org/new/fileadmin/MULTIMEDIA/FIELD/Montevideo/iags\\_RevistaRedBioeticaA4V1N7-2013.pdf](http://www.unesco.org/new/fileadmin/MULTIMEDIA/FIELD/Montevideo/iags_RevistaRedBioeticaA4V1N7-2013.pdf).
- Borraz, M. (26 mayo 2021). Igualdad incluirá en la reforma de la Ley del Aborto la violencia obstétrica como un tipo de violencia contra las mujeres. *El diario*. Recuperado de [https://www.eldiario.es/sociedad/igualdad-incluire-reforma-ley-aborto-violencia-obstetrica-tipo-violencia-mujeres\\_1\\_7973073.html?fbclid=IwAR12K\\_qwiC1Y4La5InrRWqVUpWWF8cdDVg9uPlsCXiGfUiWwhlv6\\_Df70l8](https://www.eldiario.es/sociedad/igualdad-incluire-reforma-ley-aborto-violencia-obstetrica-tipo-violencia-mujeres_1_7973073.html?fbclid=IwAR12K_qwiC1Y4La5InrRWqVUpWWF8cdDVg9uPlsCXiGfUiWwhlv6_Df70l8)
- Foucault, M. (1987). *La voluntad del saber*. Madrid: XXI editores citado en Salgado, F y Díaz, M. (2019). Violencia obstétrica y de género mediante la medicalización del cuerpo femenino. *Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad*, (29), 23-34.
- Imaz, E. (2001). Madres gestantes, madres en gestación. Metáforas de un cuerpo fronterizo. *Política y Sociedad*. 36. 97-111. Recuperado de <https://revistas.ucm.es/index.php/POSO/article/view/POSO0101130097A/24407>
- Goberna -Tricas, J. (2019). Violencia obstétrica: aproximación al concepto y debate en relación a la terminología empleada. *MUSAS. Revista de Investigación en Mujer, Salud y Sociedad*, 4(2), 26-36.
- Goberna -Tricas, J. (2020). Vulnerabilidad de las mujeres en el parto hospitalario: reflexiones para el debate. *Musas. Revista de Investigación en Mujer, Salud y Sociedad*, 5 (2), 1-3.
- Gobierno de Canarias. (2010). Protocolo de Atención al Parto Normal. Recuperado de <https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/cd295228-0324-11e3-8241-7543da9dbb8a/ProtocoloPartoNormal.pdf>
- Gobierno de Canarias. (1 abril 2021). El Hospital de La Candelaria adapta su protocolo COVID para facilitar el acompañamiento integral de las gestantes. Recuperado de <https://www3.gobiernodecanarias.org/noticias/el-hospital-de-la-candelaria->

adaptar-su-protocolo-covid-para-facilitar-el-acompanamiento-integral-de-las-gestantes/

Iglesias, S., Conde, M., González, S. y Parada, M<sup>a</sup>. E. (2019) ¿Violencia obstétrica en España, realidad o mito? 17.000 mujeres opinan. *MUSAS. Revista de Investigación en Mujer, Salud y Sociedad*, 4(1), 77-97.

Llobera, R., Ferrer, V., y Chela, X. (2019). Violencia obstétrica. La perspectiva de mujeres que la han sufrido. *Investigaciones Feministas*, 10(1), 167-185.

Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud. (2007). Recuperado de <https://saludcantabria.es/uploads/pdf/profesionales/ESTRATEGIA%20ATENCIÓN%20PARTO%20NORMAL%20SNS.pdf>

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2012). Informe sobre al Atención al Parto y Nacimiento en el Sistema Nacional de Salud. Recuperado de [https://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/InformeFinalEAPN\\_revision8marzo2015.pdf](https://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/InformeFinalEAPN_revision8marzo2015.pdf)

Morales, A. (23 octubre de 2020). Embarazos más solitarios y frustración posparto: así es dar a luz en plena pandemia de COVID. El diario. Recuperado de [https://www.eldiario.es/canariasahora/sociedad/embarazos-solitarios-frustracion-posparto-dar-luz-plena-pandemia-covid\\_1\\_6314338.html](https://www.eldiario.es/canariasahora/sociedad/embarazos-solitarios-frustracion-posparto-dar-luz-plena-pandemia-covid_1_6314338.html)

Naciones Unidas. (2019). 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. *Relatoría Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias*.

Observatorio Violencia ORG. (24 de febrero 2021). La violencia obstétrica en España. Recuperado de <https://observatorioviolencia.org/la-violencia-obstetrica-en-espana/>

Organización Mundial de la Salud. (2018). Recomendaciones de la OMS, para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva. Recuperado de <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272435/WHO-RHR-18.12-spa.pdf>

- Organización Mundial de la Salud. (12 de octubre 2020). Información básica sobre la COVID-19. Recuperado de <https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and-answers-hub/q-a-detail/coronavirus-disease-covid-19>
- Radio Televisión Española. (2021). Mapa del coronavirus en España. Recuperado de <https://www.rtve.es/noticias/coronavirus-graficos-mapas-datos-covid-19-espana-mundo/>
- Reproducción Asistida ORG (2011). Alternativas a la epidural para un parto sin dolor. Recuperado de <https://www.reproduccionasistida.org/alernativas-a-la-epidural-para-parto-sin-dolor/>
- Sadler, M., Leiva, G. y Olza, I. (2019). COVID-19 as a risk factor for obstetric violence. *Sexual and Reproductive Health Matters*, 28 (1). 1785379, DOI:10.1080/26410397.2020.1785379
- Salgado, F. y Díaz, M. (2017). Naturalización de la violencia obstétrica mediante el discurso médico y sus prácticas. *Revista Venezolana de Estudios de la Mujer*, 22, (49) 153-176.
- Salgado, F y Díaz, M. (2019). Violencia obstétrica y de género mediante la medicalización del cuerpo femenino. *Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad*, (29), 23-34.
- Villaverde, M. (2006). Salud sexual y Procreación responsable. Jurisprudencia Argentina: Buenos Aires, 31-32 citado en Belli, L. (2013). La violencia obstétrica: otra forma de violación de los Derechos Humanos. *Revista Redbioética/UNESCO*. 4(7). 25-34. Recuperado de [http://www.unesco.org/new/fileadmin/MULTIMEDIA/FIELD/Montevideo/iags\\_RevistaRedBioeticaA4V1N7-2013.pdf](http://www.unesco.org/new/fileadmin/MULTIMEDIA/FIELD/Montevideo/iags_RevistaRedBioeticaA4V1N7-2013.pdf).
- Zárate, M. (2007). Dar a luz en Chile XIX. De la ciencia de la hembra a la ciencia obstétrica. Chile, Santiago: Dirección de Bibliotecas, Archivos y Museos en Salgado, F. y Díaz, M. (2017). Naturalización de la violencia obstétrica mediante el discurso médico y sus prácticas. *Revista Venezolana de Estudios de la Mujer*, 22, (49) 153-176.

## ANEXOS

### ANEXO I.

A continuación, se presenta el guion para la realización de las entrevistas, en este caso las preguntas han sido extraídas de la Asociación El Parto es Nuestro.

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

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?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## ANEXO II.

A continuación, se encuentra el guion para las entrevistas con preguntas de elaboración propia, enfocadas en la pandemia del COVID-19

1. En cuanto a las medidas de seguridad ¿han supuesto una dificultad para la realización del parto?
2. En el caso en que te realizaran un PCR y el resultado fuera negativo, ¿Ha supuesto que, a pesar de ese resultado, en el expulsivo tuvieras que estar con mascarilla?
3. En el caso de no ser madre primeriza, ¿Ha notado un trato deficiente en todo el trabajo de parto, por parte del personal sanitario? En caso de ser afirmativo, ¿dirías que puede deberse a la situación de estrés que han sobrellevado y sobrellevan el personal sanitario?
4. En lo relacionado con el seguimiento del embarazo, ¿Se ha sentido abandonada o sola? ¿Cómo ha sido vivir las ecografías sin poder tener la presencia de la otra persona de la pareja?
5. ¿Ha podido recibir clases preparatorias para el parto?