

**ESCUELA DE DOCTORADO Y ESTUDIOS DE POSTGRADO**

**MÁSTER EN BIOÉTICA Y BIODERECHO  
TRABAJO DE FIN DE MÁSTER**



# **Violencia obstétrica: Percepción de las mujeres tras su proceso de parto.**

**Autora: Marta Guerrero Moya.  
Tutora: Janet Delgado Rodríguez.**

Curso académico:2021/2022  
Convocatoria: Septiembre 2022

## ÍNDICE:

1 Agradecimientos.....	4
2 Resumen y palabras clave.....	5
3 Abstract and Key words.....	6
4 Introducción.....	7
5 Justificación.....	9
6 Objetivos.....	12
7 Metodología.....	13
Fuentes de información	
Estrategias de búsqueda. Descriptores y operadores booleanos	
Criterios de inclusión y exclusión	
Selección de estudios	
8 Resultados.....	15
8.1 Percepción de las mujeres respecto a la violencia obstétrica.....	15
8.2 Beneficios de la supresión de la violencia obstétrica y posibles consecuencias de la misma.....	16
8.2.1 Influencia de la percepción de apoyo para una exitosa lactancia materna.....	16
8.3 Consecuencias de la violencia obstétrica.....	17
8.3.1 Medicalización e intervencionismo durante el parto.....	17
8.4 Relación entre riesgo de depresión postparto tras la experiencia de sufrir violencia obstétrica.....	18

8.5 Implicaciones para la práctica clínica.....	19
8.6 Derechos humanos y legislación.....	20
8.7 Diferencia entre sanidad pública y privada en España.....	21
8.8 Formas desconocidas de violencia obstétrica.....	22
8.8.1 Sangre de cordón vs sangre del bebé.....	22
8.9. Artículos de prensa.....	23
9 Discusión.....	25
Datos cuantitativos.....	25
Pinzamiento tardío o inmediato del cordón umbilical.....	26
Limitaciones del trabajo.....	27
Aspectos éticos.....	28
10 Conclusión.....	31
11 Referencias bibliográficas.....	32

## **1.- Agradecimientos:**

Primeramente quisiera agradecer personalmente la predisposición y colaboración de todas las mujeres a las que planteé cómo iba a ser mi trabajo. Ellas han sido y serán la inspiración para proseguir con un continuo aprendizaje y en un futuro próximo el concepto de violencia obstétrica pueda quedar obsoleto.

Gracias a la página web de “El parto es nuestro” porque con su labor ha aumentado la visibilidad de este comportamiento inaceptable por parte de los profesionales.

Muchas gracias a quién en estos meses me ha apoyado para continuar con el trabajo diario del máster y a quien me ha prestado ayuda con el proceso de investigación que tan olvidado tenía.

Por último, gracias a mi tutora Janet por sus buenos consejos y correcciones.

## **2.- Resumen y palabras clave**

El término violencia obstétrica cuya definición no está consensuada se vincula habitualmente al momento del parto durante la vida de la mujer. Es incorrecto que esta definición únicamente se centre en el instante en el que una gestante da a una luz, puesto que involucra una serie de momentos vitales en la vida de una mujer en edad fértil como son la propia gestación, el proceso del parto y el postparto o puerperio.

Mucha bibliografía se centra en la descripción de esta acepción desde el punto de vista del personal sanitario, dejando en el completo olvido a la principal protagonista y víctima que es la mujer.

Esta revisión bibliográfica muestra la deficiencia de la investigación en este campo, puesto que continúa siendo dificultosa la búsqueda de estudios cualitativos donde las mujeres expresen y manifiesten un grito de ayuda que consiga hacer recapacitar al negacionista.

De igual modo, este trabajo se centra en la vulneración de derechos de la mujer, en la muestra de diferentes formas de violencia obstétrica y en la necesidad de reconocer esta problemática, recapacitar y analizar el trabajo del profesional sanitario para su completa extinción.

Palabras clave: Violencia Obstétrica, Gestación, Parto, Postparto, Olvido, Deficiencia, Búsqueda dificultosa, Grito, Vulneración de derechos, Reconocer.

### **3.- Abstract and Key words**

The term obstetric violence, the definition of which is not consensual, is usually linked to the time of delivery during a woman's lifetime. It is incorrect that this definition only focuses on the moment when a pregnant woman gives birth, since it involves a series of vital moments in the life of a woman of childbearing age such as pregnancy itself, the process of childbirth and the postpartum or puerperium.

Much bibliography focuses on the description of this meaning from the point of view of health personnel, leaving in complete oblivion the main protagonist and victim who is the woman. This literature review shows the deficiency of research in this field, since it continues to be difficult to search for qualitative studies where women express and manifest a cry for help that manages to make the denier to reconsider.

Similarly, this work focuses on the violation of women's rights, on the sample of different forms of obstetric violence and on the need to recognize this problem, reconsider and analyze the work of the health professional for its complete extinction.

Keywords: Obstetric Violence, Gestation, Childbirth, Postpartum, Forgetfulness, Deficiency, Difficult search, Screaming, Violation of rights, Recognize.

## 4.- Introducción

¿Qué es la violencia obstétrica? ¿por qué motivo últimamente está en boca de todos este concepto? ¿Por qué existen profesionales que miran a otro lado y no tienen en cuenta la visión, apreciación y deseos de las mujeres embarazadas? ¿cuál es el motivo por el que no es reconocida por parte de algunos profesionales sanitarios cuando las mujeres no cesan en manifestarlo?

La violencia obstétrica engloba una serie de prácticas y conductas realizadas por profesionales a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio, sin distinción en el ámbito público o privado, que pueden ser percibidas como violentas. Son actos inapropiados o no consensuados, como episiotomías, intervenciones dolorosas sin anestésicos, obligar a dar a luz en una postura determinada o una medicalización excesiva, innecesaria o iatrogénica con gran posibilidad de provocar complicaciones graves. Esta violencia incluye la psicológica, como el trato infantil a la mujer, paternalista, autoritario, despectivo, humillante, con insultos, despersonalizado o con vejaciones. (Rodríguez-Mir J et al., (2021)

Tras la revisión bibliográfica de diversos artículos del tema abordado, puede observarse que no existe un consenso generalizado para la descripción, definición y uso de este término con exactitud.

Debemos destacar que la revisión teórica del concepto de violencia obstétrica como fenómeno reconocido indica que dicha violencia puede ocurrir durante el embarazo, el parto y el puerperio, y en situaciones como el aborto espontáneo, el postmanifiesto y el ciclo reproductivo (Jardim D et al., 2018). Es importante resaltar este hecho, pues de forma errónea mayoritariamente denominamos violencia obstétrica únicamente al ocurrido durante el proceso de parto, y el término empleado no está correctamente utilizado.

Rodríguez-Mir J et al., (2021) también detalla que la violencia obstétrica constituye una discriminación de género y representa una violación de los derechos humanos desde un enfoque de los derechos de la salud y derechos sexuales y reproductivos de la mujer, entendidos como derechos inalienables e indivisibles de los derechos humanos.

Esta violencia estructural e institucional emana de una cultura patriarcal. A pesar de no ser un concepto nuevo, ha permanecido oculta mucho tiempo y actualmente continúa siendo

desconocida, incluso por profesionales de la salud. Rodríguez-Mir J et al., (2021) continúa definiendo este término como un viejo problema, transformado en un concepto novedoso.

En este trabajo se ha procedido a la revisión de varios artículos con el deseo que suponga un cambio en las actividades formativas en toda la rama obstétrica, incluyendo personal sanitario (personal de ginecología y obstetricia, enfermeras y matronas). También se busca un cambio en el personal no sanitario empleado por el servicio de salud (auxiliar de enfermería, celadores, auxiliares administrativos, incluyendo el personal de limpieza) ya que este conjunto es quien trata con las mujeres desde el momento en el que entran en un centro sanitario, hasta la salida del mismo.

## 5.- Justificación

Durante mi práctica profesional he podido observar, aprender y por ello poner en práctica el objeto de mi tesis: la violencia obstétrica.

Me formé como enfermera en la comunidad de Madrid y realicé mi formación de matrona en Budapest ( Hungría). Realmente, hasta que no realizas tu primera práctica clínica, desconoces cómo se actúa en ese centro en concreto y, a esa incertidumbre inicial, debes sumarle la problemática de un idioma y un país extranjero, a la par de un sistema de salud donde parece que hubiéramos retrocedido en el tiempo. De esta manera que relato fue como me inicié en la obstetricia.

En Budapest ( Hungría), el parto es asistido “parcialmente” por la matrona. Si existe alguna complicación en el expulsivo, es el ginecólogo el encargado de realizar una episiotomía y realizar una sutura. La analgesia epidural en 2012 era prácticamente desconocida y, durante mis prácticas únicamente tres mujeres la solicitaron.

En los últimos meses de mis dos años de formación, tuve la oportunidad de realizar una prácticas como matrona externa rotante en dos hospitales bastante dispares entre sí de Madrid: el hospital 12 de octubre y el hospital de Torrejón. Estos dos hospitales en 2014 eran completamente diferentes: el doce de octubre es un hospital con una gran volumen de gestantes donde proseguí aprendiendo cómo tratar a las mujeres con la violencia que mi tesis expone, mientras, el hospital de Torrejón me enseñaba completamente lo opuesto: partos “a la carta”, mujeres que acudían de todas las comunidades autónomas para tratar de tener un parto respetado, partos en el agua y en diferentes posturas a la litotomía... agua y aceite (sistema público y gestión privada respectivamente).

Tras esta experiencia, decidí proseguir con mi formación, pero esta vez como trabajadora y viajé y ejercí mi profesión en Inglaterra. La mayoría de protocolos que encontré en el hospital de Torrejón estaban basados en la praxis realizada en Inglaterra.

A mi entender y por mi experiencia, Inglaterra es el país pionero en el cuidado de la mujer en su proceso de parto y postparto. Las mujeres tienen como opciones incluidas en su seguridad social (NHS) tanto un parto en paritorio, (cuando existe una patología o la mujer desea epidural acudirán a él) un parto en una “casa de partos” integrada en el hospital o un parto en casa.

El paritorio en Inglaterra suele ser elegido por mujeres que desean la epidural o existe una característica o patología por la que no pueden ser incluidas en la “casa de partos”. En el hospital donde trabajé, también en el propio paritorio existía una habitación con bañera, por lo que, aunque tuvieras una patología que no te permitiera a priori beneficiarte de la “casa de partos”, podrías dar a luz en el agua si ese es tu deseo.

El “birth centre” (casa de partos) es una unidad que se encuentra a 30 segundos del paritorio, por si fuera preciso que acudiera algún ginecólogo con urgencia o la mujer tuviera que ser trasladada. El “birth centre” trata de simular una habitación de tu casa y en cada una de ellas había una bañera óptima para dar a luz. Lo más destacado de esta unidad es que no dispone de una cama de partos, sino de diferentes opciones para que la mujer pueda elegir cómo y en qué postura dar a luz.

El parto en casa es otra opción plausible que se encuentra dentro de los servicios ofrecidos por el sistema de salud (NHS). Trasladan una “ambulancia” con lo imprescindible para atender una emergencia obstétrica.

Tras Inglaterra, volví a Madrid y pude comprobar que había una pequeña evolución y esa violencia que se realizaba a diario, se estaba tratando de regularizar. Tras mi paso por Madrid, trabajé en el hospital universitario de Canarias, en Tenerife, donde pude sentir de nuevo la sensación de volver a realizar a diario y en casi todas las prácticas, violencia obstétrica.

En la actualidad, trabajo en un hospital en Madrid donde sigo observando protocolos obsoletos que promueven la violencia obstétrica.

Por todo ello, hace falta formación, investigación y reconocer todas las prácticas que vulneran a las mujeres para poder cambiar nuestra forma de trabajar y respetar el parto con el que cada mujer sueña y tiene derecho a vivir.

La necesidad de esta investigación recae en el quebrantamiento de derechos que sufren las mujeres en un momento único en su vida. Al igual que cada uno de nosotros tiene la necesidad de planificar un evento especial que va a surgir en los próximos días, meses...es de vital importancia que tengamos en cuenta los recursos con los que vayamos a poder contar, a la vez que, cuáles podrían ser los contratiempos que surgieran en el camino.

La mujer es la protagonista en su proceso de parto, nadie más. El profesional sanitario es el encargado de satisfacer, en la manera de lo posible, ese plan de parto idealizado. Los profesionales sanitarios y no sanitarios

En pleno año 2022, no puede seguir apareciendo en portadas de periódicos o titulares en televisión que las mujeres no se sientan dueñas de su parto y que no deje de cesar la sensación de violencia en un proceso fisiológico, mamífero y natural como es dar vida a otro ser humano.

Existen partos distócicos que por supuesto no serán lo planificado por la mujer, pero a día de hoy es imperdonable que no se informe a las mujeres previamente a realizar una técnica a la que puede negarse y que desarrolle un profesional sin tener en cuenta su opinión.

Las mujeres son protagonistas y así deben seguir siendo y sintiéndose. Ellas son las que con su voz denuncian esta situación que debe ser extinguida con la mayor premura posible.

## 6.- Objetivos

Los objetivos a perseguir son de reflexión, divulgación, conocimiento y autoevaluación.

### *Objetivo general número 1*

- Conocer cuál la experiencia de las mujeres que han dado a luz en relación a la violencia obstétrica en la bibliografía

#### Objetivos específicos:

- Describir las situaciones donde las mujeres han percibido sufrir violencia obstétrica desde su propia perspectiva
- Describir las situaciones donde las mujeres no han percibido sufrir violencia obstétrica pero ha sido ejercida

### *Objetivo general número 2*

- Analizar de qué manera reflexionar acerca de la violencia obstétrica interfiere con la vivencia y el recuerdo que las mujeres tienen de su propio parto.

#### Objetivos específicos:

- Conocer a posteriori el sentimiento que le recrea a la mujer el recuerdo de su parto.
- Relacionar la violencia obstétrica con una depresión postparto a causa de la misma.
- Identificar violencia obstétrica a través de ejemplos.

## **7.- Metodología**

### **Fuentes de información:**

Para la metodología del trabajo se ha realizado una revisión bibliográfica de estudios cualitativos ya existentes que analicen la percepción de las mujeres que han dado a luz sobre la violencia obstétrica. De igual manera se ha procedido a la revisión de tesis doctorales, y páginas web de divulgación como “El parto es nuestro”. Se estableció una búsqueda en profundidad de información en bases de datos como Pubmed, Medline, Scielo o Cinhal. Se exponen en el trabajo artículos relevantes, llamativos y significativos de prensa. Toda información consultada se ha realizado en los idiomas español e inglés.

### **Estrategias de búsqueda. Descriptores y operadores**

Respecto a la búsqueda se utilizaron las siguientes palabras clave mediante la terminología MeSH (Medical Subject Heading): obstetrics, violence, postpartum, depression, qualitative research, interview..., incluyendo la búsqueda de todos sus términos en inglés y español. Se realizaron diferentes combinaciones entre ellas utilizando el operador booleano AND.

### **Criterios de inclusión y exclusión:**

La selección de publicaciones se realizó siguiendo los objetivos del presente trabajo y para ello se establecieron los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

Criterios de inclusión:	Publicaciones en español e inglés. Estudios cualitativos No se determinará límite de fecha de publicación Artículos que estén disponibles a texto completo
Criterios de exclusión	Publicaciones en idiomas diferentes a español o inglés Estudios cuantitativos Artículos que no estén disponibles a texto completo

### **Selección de estudios:**

La selección de estudios se ha llevado a cabo siguiendo los criterios de inclusión y exclusión anteriormente expuestos, eligiendo los que se adecúen en responder a los objetivos previamente seleccionados.

## **8.- Resultados**

### **8.1 Percepción de las mujeres respecto a la violencia obstétrica**

Mena-Tudela D et al.,(2020) destacan tres aspectos relevantes que surgieron acerca de cómo las mujeres percibieron el tratamiento de los profesionales de la salud: en primer lugar destacan el apoyo clave por parte de las instituciones para la defensa de los derechos de las mujeres; también resaltaron el tratamiento directo de cada trabajador que tuvo contacto con la mujer durante su estancia en el centro hospitalario (incluyendo profesionales facultativos, sanitarios y no sanitarios); lo explica a través de un ejemplo como el ofrecimiento de información a las embarazadas; y, en tercer lugar también subrayaron como aspecto clave, cuando un profesional de la salud les informó previamente acerca de la técnica que iban a realizar y, a continuación les solicitó su consentimiento informado.

Un estudio realizado por Oliveira T et al., (2017), destacan en el tratamiento hacia las mujeres, que un tercio de las mismas manifestaron haber sido criticadas con respecto a su comportamiento y recibieron un trato con diminutivos infantiles. Destaca que la mitad de las afectadas no consiguieron resolver o expresar sus dudas y temores acerca del proceso por el que pasaron.

Jardim D et al.,(2018), resaltan en otro estudio que las mujeres terminan aceptando pasar por procedimientos sin hacer preguntas, y sin expresar sus deseos y sus dudas.

Autores como Mihret M.S (2019); Jardim D et al.,(2018); Lansky S et al.,(2019) o Begley C et al.,(2019) coinciden en que prácticas generales no establecidas en la atención de la salud son el ofrecimiento de información y solicitud de consentimiento informado.

Mena-Tudela et al.,(2020) destacan que se debe reflexionar acerca de las prácticas obstétricas y pedir a las mujeres el consentimiento informado, que se sienten completamente dominadas por la autoridad técnico-científica del personal de salud y la autoridad patriarcal de la violencia estructural, es necesario.

A día de hoy, una mujer tendrá el conocimiento profundo de qué es un parto, a través de vivir el suyo propio. La asociación de “El parto es nuestro” solicita que leamos con atención una

serie de casi 1000 narraciones para acercarnos a comprender con mayor profundidad qué esperar de tu futuro parto, a través de los ojos de otra mujer expuesta que desea relatar su experiencia. Gracias a todas las mujeres valientes (y acompañantes) que con su relato desean denunciar cómo han sido tratadas, o lo agradecidas que se sienten, somos capaces de apreciar qué es lo esperable, por lo tanto normal, en un parto y qué debe evitarse puesto que se sale de lo establecido como fisiológico.

En la página web de esta asociación (“El parto es nuestro”) se invita a toda persona que ha presenciado un parto (pareja o acompañante), mayoritariamente la propia mujer, a exponer su testimonio y narrar la sensación recordada y vivida durante todo el proceso. Existen mayoritariamente relatos negativos, pero a su vez, también experiencias que expresan gratitud, conformidad y aceptación. (<http://www.elpartoesnuestro.es/relatos>).

Al igual que “El parto es nuestro” insta a leer los relatos contenidos en su página web, también deja un espacio para que la mujer o acompañantes puedan mostrar su experiencia ya que lo califican como “algo positivo” tanto para la persona que relate como para quien analice su vivencia al “ayudar a comprender y asentar lo que pasó”.

## **8.2 Beneficios de la supresión de la violencia obstétrica y posibles consecuencias de la misma.**

### **8.2.1 -Influencia de la percepción de apoyo para una exitosa lactancia materna**

Un estudio acerca del apoyo que las mujeres percibieron durante el posparto y para la lactancia materna descrito por Mena-Tudela indica que el grupo que presentó menos violencia obstétrica refirió haber recibido más apoyo a la lactancia materna. Aporta como descubrimiento que el maltrato, el abuso y la violencia obstétrica influyen en la toma de decisiones de las mujeres y en su capacidad para amamantar a sus bebés. Resalta en su artículo que estos hallazgos deben hacer reflexionar a las organizaciones encargadas de la formulación de políticas de salud pública sobre la ventaja de la lactancia materna porque es un aspecto fundamental de la salud materno-infantil, y debe considerarse que forma parte de la vida sexual-reproductiva de las mujeres, en lugar de estar separada de la atención integral que ofrece el sistema de salud.

Las percepciones por parte de la mujer son de gran ayuda y desarrollan un papel muy relevante cuando creen haber sufrido violencia obstétrica (muchas mujeres se muestran dubitativas cuando relatan su parto) o deducen (ya que nadie les confirmará a posteriori que han sido víctimas de violencia obstétrica) haber recibido intervenciones innecesarias y/o dolorosas. Es necesario reflexionar sobre el concepto que la OMS propone como una experiencia de parto positiva, que sugiere que las mujeres desean el trabajo de parto fisiológico y el nacimiento, y el control a través de la participación en la toma de decisiones, así como los logros personales al participar en la toma de decisiones, incluso cuando se requieren intervenciones médicas necesarias y deseadas. La intención es que cualquier intervención realizada durante el parto forme parte de una pareja de seguridad, respeto y buena experiencia materna— que debería ser indivisible. (Mena-Tudela et al., 2020)

La OMS propone en sus “Recomendaciones: Cuidado intraparto para una Experiencia positiva de parto en 2018” como una experiencia de parto positiva, sugiriendo que las mujeres desean el trabajo de parto fisiológico, nacimiento y control a través de la participación en la toma de decisiones, así como los logros personales al colaborar en la toma de decisiones, incluso cuando se requieren intervenciones médicas necesarias y deseadas.

## **8.3 Consecuencias de la violencia obstétrica.**

### **8.3.1 -Medicalización e intervencionismo durante el parto**

Un estudio acerca de la presencia de los niveles de intervencionismo y medicalización durante el parto en España descrito por Mena-Tudela expone niveles de evaluación en el sector sanitario público y privado. Este análisis permitió ver la distribución intervencionista en diferentes comunidades autónomas españolas mediante el cual se observó un cierto criterio de equidad para el intervencionismo y la medicalización. En dicho informe se evaluó la relación de las intervenciones durante el parto con la violencia obstétrica percibida de las mujeres.

La maniobra de Kristeller pueden tener importantes repercusiones en la salud de las mujeres y recién nacido. Sus consecuencias incluyen hematomas generales, hematomas abdominales, costillas fracturadas e incluso desgarros uterinos (Hofmeyr, G et al., 2017). No obstante, esta maniobra se sigue empleando en España, ya que un tercio de las mujeres dieron una respuesta positiva a la pregunta al respecto. En el estudio se refleja que las intervenciones durante el parto

pueden tener repercusiones físicas, mentales y emocionales durante la vida sexual y reproductiva de una mujer (Guillén,F.F et al.,2015)

Rubashkin, N y Borges, M.T. afirman que este enfoque intervencionista puede debilitar la capacidad de una mujer durante el parto y tener efectos negativos en su experiencia de parto (Renfrew, M.J et al.,2014)

Algunas mujeres han sido incapaces de identificar la violencia obstétrica sufrida, e incluso, en ocasiones deducen que los profesionales ejecutan ciertas prácticas obsoletas o nocivas durante el parto como práctica estándar,y a ellas se les hace imposible juzgar si esa práctica está regulada, si la realizan de forma rutinaria sin evidencia científica o si están actuando de acuerdo al mejor interés de las pacientes (Lansky S et al.,2019) (Bowser D et al.,2010).

Nutbeam, D invita a reflexionar sobre el concepto de alfabetización para la salud definido como las habilidades cognitivas y sociales que determinan la motivación y la capacidad de acceder, comprender y emplear datos que promueven y mantienen la salud. Algunos autores sugieren que dicha alfabetización incluye los factores sociales, políticos y ambientales que influyen en la salud

#### **8.4. Relación entre riesgo de depresión postparto tras la experiencia de sufrir violencia obstétrica.**

Martinez-Vazquez S en su estudio destacó que las mujeres multíparas, cuyo recién nacido fue admitido en la UCIN (unidad de cuidados intensivos neonatales) y las que experimentaron violencia verbal y psicoafectiva, tuvieron una mayor prevalencia de riesgo de depresión postparto (con una puntuación igual o mayor a 10 en la escala de Depresión postparto Edimburgo). Las mujeres que se sintieron apoyadas por sus parejas tenían menos probabilidades de estar en riesgo de depresión postparto (Martinez-Vazquez S et al.,2022). Resultados similares fueron reportados por Wubetu et al., quienes asociaron la incidencia de riesgo de depresión puerperal con la hospitalización del bebé (Wubetu et al., 2020).

El estudio realizado por estos autores viene precedido por el presentado por otros autores (Bennett et al., 2004; Dawadi et al., 2020; El-Den et al., 2015; Alvarado-Esquivel et al., 2010; Dois et al., 2012.)

En su estudio, diferentes autores exponen un bajo nivel educativo asociado con una mayor incidencia de depresión posparto (Molero et al., 2014; Alvarado-Esquivel et al., 2010; Hartmann et al., 2017). Sin embargo, contrasta con Rodríguez-Baeza et al que no encontraron asociación entre el nivel educativo y el riesgo de depresión posparto.

Wubetu et al. hallaron mayor riesgo de padecer depresión posparto en las mujeres viudas (Wubetu et al., 2020), mientras que Rodríguez-Baeza et al. identificaron un mayor riesgo en las mujeres que vivían con su pareja de hecho (Rodríguez-Baeza et al., 2017). En una revisión de la literatura realizada por Upadhyay et al. incluyendo 38 estudios, no se identificó la asociación de la edad materna y el riesgo de depresión posparto (Upadhyay et al., 2017).

Respecto a la paridad como factor de riesgo para la depresión posparto, Cerda-Sánchez no encontró asociación entre ser primípara mientras otros autores han identificado la multiparidad como un factor de riesgo para la depresión posparto (Hartmann et al., 2017).

Coinciden resultados de diversos estudios que muestran que las mujeres que experimentaron violencia obstétrica de tipo psicoafectivo o verbal tenían más probabilidades de tener depresión puerperal (Martínez-Vazquez S et al. (2022), Silveira et al. (2019) y Souza et al. (2017).

Un factor protector para la prevención de la depresión posparto parece estar relacionado con el apoyo percibido de la pareja. Cerda-Sánchez, observó una asociación entre el bajo apoyo de su pareja y una probabilidad de desarrollar depresión puerperal (Cerda Sánchez, 2017). Mientras Li et al lo respaldan en su estudio donde identificaron que las mujeres con apoyo insuficiente de su pareja tenían un mayor riesgo de depresión después del parto (Li et al., 2020).

## **8.5 Implicaciones para la práctica clínica**

Martínez-Vazquez et al. (2020) destacan en su estudio que la violencia obstétrica es un factor de riesgo importante para la depresión posparto, y los profesionales de la salud juegan un papel fundamental en la presencia de violencia obstétrica durante el parto. Subraya la necesidad de implementar medidas que conciencian al personal de salud sobre la violencia obstétrica e implementar prácticas que erradiquen la violencia obstétrica de los centros de salud y así reducir la aparición de la depresión posparto. Además, las estrategias de atención médica dirigidas a

identificar a las mujeres que pueden desarrollar depresión puerperal también deben considerar estos factores al desarrollar políticas adecuadas para la prevención y el enfoque del mismo (Martínez-Vazquez et al.,2020).

## **8.6 Derechos humanos y legislación**

En Europa, la violencia obstétrica es un tema que está cada vez más en el centro del debate, y es particularmente promovido por organizaciones y diferentes movimientos sociales para defender los derechos humanos (Quattrocchi P et al.,2019)

El alto porcentaje obtenido en España no es sorprendente porque en los últimos años la ONU ha instado a España a luchar directamente contra la violencia obstétrica, pero aún es necesario explorar las razones de tal violencia en España (Mena-Tudela et al.,2020)

En cuanto al apoyo de las instituciones a los derechos de las mujeres, aparecen en la literatura diferentes trabajos que apoyan la idea de que la violencia obstétrica viola los derechos humanos y es un grave problema de salud pública (Jardim D et al., 2018).

Según la jurisprudencia sobre derechos sexuales y reproductivos, y el derecho internacional, la violencia obstétrica viola el derecho a la salud, a la intimidad, a no discriminación, a no violencia y a no tortura, entre otros (Williams C.R et al., 2019)

En Europa, la legislación sobre violencia obstétrica sigue siendo un asunto pendiente, por lo que es necesario empoderar a las mujeres más vulnerables en cuanto a sus derechos humanos y sexuales-reproductivos (Flores Y.Y.R et al., 2019), y ofrecerles herramientas para defenderse de acciones invisibles o socialmente aceptadas (Freedman L.P et al 2018)

Šimonović D manifiesta que negar a las mujeres el derecho a tomar decisiones informadas sobre la atención médica que reciben durante el parto es una violación de sus derechos humanos

Prácticas ejercidas como la maniobra de Kristeller hace que las repercusiones legales de realizar esta maniobra sean cada vez más evidentes (Malvasi A et al 2019).

## 8.7 Diferencia entre sanidad pública y privada en España

Cuando se trata de diferenciar entre sanidad pública y privada, Recio Acaide (2015) informa acerca de la sugerencia que realizan los diferentes informes donde exponen que los protocolos en la sanidad privada son más obsoletos, con menos humanización mostrada al dar a luz y la mayor atención se presta al aspecto físico del parto, mientras que los aspectos emocionales y psicológicos se descuidan, todo ello mostrado en un documento del Ministerio de Sanidad Consumo y Bienestar Social datado en julio de 2020. Este mismo autor también apunta que las tasas a las que se realizan las intervenciones en la asistencia sanitaria privada durante el parto (por ejemplo, parto inducido, parto instrumentalizado o cesárea) a veces pueden triplicar las aplicadas en la sanidad pública española.

El Ministerio de Sanidad español a través del Informe sobre la Atención al Parto y Nacimiento en el Sistema Nacional de salud, lleva aproximadamente 10 años solicitando a la asistencia sanitaria privada a proporcionar estadísticas más transparentes sobre los indicadores de asistencia al parto y la maternidad, y no solo las tasas de cesárea, sin éxito. Según Mena-Tudela (2020), esta solicitud sigue siendo ignorada y solicitan que los estudios futuros deben relacionar las diversas intervenciones obstétricas realizadas con el nivel de violencia obstétrica percibido por las mujeres atendidas por los cuidados de salud públicos y privados.

Mena-Tudela (2020) explica que el porcentaje de violencia obstétrica en España es elevado. Esta perspectiva explicaría hallazgos como que este porcentaje aumenta considerablemente, teniendo en cuenta las opiniones de aquellas mujeres que indican haber sufrido intervenciones innecesarias y/o dolorosas durante el parto, lo que significa que el empoderamiento de las mujeres puede jugar un papel muy importante (Campbell, O.M.R et al 2016)

El Ministerio de Sanidad Consumo y Bienestar Social, a través del Barómetro Sanitario publicado en 2018 afirma que en España, una gran parte de la población paga por un seguro privado, para recibir la mejor atención durante el embarazo y al dar a luz.

El estudio presentado por Mena Tudela et al. (2020) indica niveles de intervencionismo más altos en el sector privado que en el público y, a su vez, la violencia obstetricia percibida también es más alta en el sector privado. Destaca la reflexión sobre la calidad técnica y humana de dicha atención médica en el sector privado de la salud. Esta consideración se ve reforzada por los

resultados obtenidos para el tipo de asistencia sanitaria mixta incluidos en el trabajo de investigación. El tipo mixto reportó un menor nivel de intervencionismo, más satisfacción y menos violencia obstétrica percibida. Parecería que el empoderamiento de las mujeres juega un papel fundamental, ya que confiere autonomía femenina para recurrir a recursos y organizaciones, y para superar restricciones estructurales o sociales. Los estudios futuros deben evaluar el uso de los servicios de salud y su tipo con el empoderamiento femenino.(Mena-Tudela et al.,2020).

## **8.8 Formas desconocidas de violencia obstétrica**

### **8.8.1 Sangre de cordón vs sangre del bebé**

El pinzamiento tardío del cordón umbilical es el tratamiento fisiológico del cordón umbilical. La práctica del pinzamiento precoz se introdujo como práctica habitual y forma parte del tratamiento activo del alumbramiento (Lainez Villabona et al.,(2005)

Pudiera creerse en primera instancia que este apartado esta fuera de lugar, pero, lamentablemente no es cierto. Muchos profesionales de la salud desconocen aún a día de hoy la importancia de esta técnica para el recién nacido. A primera vista, podría confundirse y no calificarse como violencia obstétrica pero debe conocerse y tenerse en cuenta la importancia de esta praxis.

La matrona y/o personal facultativo especializado en obstetricia y ginecología será el encargado de clampar el cordón umbilical tras el periodo expulsivo del bebé y debe realizarse a su debido tiempo. Es mala praxis y muy extendida que tras el nacimiento del recién nacido el responsable del parto corte de manera prematura el cordón umbilical, sin tener en cuenta las consecuencias que esto llevará a cabo.

El Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad, a través del Informe sobre la Atención al Parto y Nacimiento en el Sistema Nacional de Salud; (2012) explica que en cuanto al pinzamiento del cordón umbilical, la evidencia disponible aconseja no pinzar el cordón con latido como práctica habitual, existiendo controversia respecto al tiempo para definir pinzamiento precoz o tardío.

No sólo es una práctica que debe realizarse ya que si se priva de ello a un recién nacido estaríamos denegándole desde mililitros a casi un litro que el recién nacido debiera recibir. Según

Lainez Villabona et al.,(2005) en cuanto a los valores hematológicos de ferritina sérica a los 3 meses, se observaría una tendencia a la mejora de las reservas de hierro en los recién nacidos que recibieron pinzamiento tardío.

Lainez Villabona et al. (2005) destaca otros beneficios del clampaje tardío del cordón umbilical. Este pinzamiento tardío podría tener un efecto beneficioso en la lactancia materna temprana. En cuanto a la retención placentaria y la hemorragia materna, podría haber una tendencia a la disminución de la hemorragia y a la necesidad de alumbramiento manual con el pinzamiento tardío.

## **8.9. Artículos de prensa**

Por una parte, Txantón Martínez-Astorquiza, presidente de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, "niega que exista una violencia obstétrica sistematizada en la atención al parto dentro del Sistema Nacional de Salud como denuncian varios colectivos de mujeres" (APMEX, 2019).

Francisca Fernández, la abogada española que se dedica tanto a nivel profesional como desde el activismo a luchar por los derechos de las mujeres, ha llevado la violencia obstétrica hasta la ONU: "El silencio era lo primero que había que romper y lo hemos conseguido". En Marzo de 2020, el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW) reconocía el problema estructural de violencia obstétrica que sufre España a raíz de la denuncia de una mujer que en 2011 sufrió daños físicos y psicológicos en un hospital público de Lugo. Por primera vez, un tribunal internacional condenaba a un Estado por este tipo de violencia hacia las mujeres e instaba a las autoridades a tomar medidas reales y eficaces para erradicarla (El País 03/08/2022)

El Caso de N. se remonta a 2012, cuando según el dictamen del CEDAW, la embarazada en la semana 38 de gestación, acudió a un hospital público de Donostia por haber roto aguas. "El hospital ignoró el período protocolario de espera de 24 horas y, sin proporcionarle información sobre las alternativas existentes, le indujo el parto de forma prematura y sin su consentimiento. Fue sometida a múltiples tactos vaginales y no se le permitió comer. Luego fue sometida a una cesárea sin justificación médica, operación durante la cual tuvo los brazos atados y a la cual no pudo asistir su esposo", expone el documento. Una cesárea, además, que fue practicada sin el consentimiento previo de N (16 de julio de 2022 [www.newtral.es](http://www.newtral.es)).

La mujer detrás de la segunda condena a España por violencia obstétrica “No recuerdo los tres meses tras el parto”. Nakia Alkorta sufrió un grave episodio de violencia obstétrica que le dejó consecuencias físicas y psicológicas durante años. El CEDAW condena a España como responsable de este caso: “Si el personal médico hubiera seguido los estándares y protocolos aplicables, es probable que la víctima hubiera dado a luz de forma natural sin tener que pasar por todos estos procedimientos que la dejaron física y mentalmente traumatizada” (El Diario.es 15 de julio de 2022). El primer dictamen, tuvo lugar en marzo de 2020, España aún no ha respondido patrimonialmente y ni el Ministerio de Sanidad ni justicia se han pronunciado al respecto (El Diario.es 15 de julio de 2022)

## **9.- Discusión**

La relevancia de la bioética en el ejercicio de la medicina hace que sea de gran importancia continuar investigando acerca de comportamientos como la violencia obstétrica que vulnera el comportamiento y deseo del proceso de parto idealizado por una mujer.

“Estas praxis deshumanizantes constituyen un verdadero problema de Estado y de salud pública en diversos países del mundo, incluido España. Las transgresiones durante el parto generan altos costos, económicos y sociales. De todas formas, más allá de los costos, existe un imperativo ético y moral que tiene que ver con lograr sociedades más justas y equitativas, libres de todo tipo de violencias.” (Rodríguez-Mir J et al., (2021)

A pesar de estas limitaciones, esta revisión muestra la asociación entre la violencia obstétrica y el riesgo de depresión postparto, tiene implicaciones para la práctica clínica y proporciona una base para futuras investigaciones sobre este importante tema. (Martinez-Vazquez S et al 2022).

### **Datos cuantitativos**

Es preocupante la existencia de poca evidencia sobre los niveles de intervencionismo y medicalización durante el embarazo y el parto en España. Pocos informes ofrecen información clara sobre las tasas a las que se realizan las intervenciones durante el parto en España (Mena-Tudela et al.,2020). El Ministerio de Sanidad Consumo y Bienestar Social informa que se dispone de solo unos pocos informes oficiales sobre las tasas de cesáreas, morbilidad o mortalidad perinatal y/o materna, como indicadores válidos para evaluar la calidad de la asistencia sanitaria recibida durante el parto en España. ( Este no es el objeto de tu trabajo, de acuerdo a los objetivos que has señalado ? Es cierto, pero quería introducir datos cuantitativos (ya que estudios cualitativos no hay muchos) para mostrar el contraste. Cuando existe un nivel de intervencionismo y medicalización alto, casi con toda probabilidad existirá violencia obstétrica, ya que cambiamos el proceso de un parto fisiológico a uno medicalizado y una intervención o una probabilidad muy alta de intervención en el parto, denota que existirá mayor probabilidad para ejercer violencia obstétrica).

El estudio de Mena-Tudela (2020) reveló que los niveles de intervencionismo y medicalización del proceso de parto en España son altos. Técnicas no recomendadas por

organismos internacionales, como la OMS, se practican en España. Estas prácticas en desuso descritas por la OMS en su informe de “Recomendaciones: Cuidado intraparto para una Experiencia positiva de parto en 2018” incluyen el afeitado del vello púbico, el uso de sistematizado de enemas, negar el acompañamiento a las mujeres, restringir los movimientos, la falta de información y realizar la maniobra de Kristeller (práctica que ejerce presión sobre el abdomen de la parturienta con las manos, los puños o los antebrazos, hacia la parte superior del útero (Becerra-Cauca.N et al.,2019).

Las Guías de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal (2010) y el Informe sobre la Atención Al Parto y Nacimiento en el Sistema Nacional de Salud (2012) no recomiendan estas prácticas, pero no parece marcar ninguna diferencia porque continúan (Mena-Tudela et al.,2020). Se han establecido tasas de intervención aceptables para otras técnicas que se practicarán durante el parto, a pesar de que la OMS indica que establecer una tasa de intervención aceptable es difícil con algunas técnicas, como la episiotomía, descritas de nuevo por la OMS en su informe de “Recomendaciones: Cuidado intraparto para una Experiencia positiva de parto en 2018”. Una técnica con una tasa de intervención fija y adecuada es la cesárea. La OMS en su Declaración sobre las tasas de cesárea en 2015, indica que su tasa ideal debe oscilar entre el 10% y el 15%. Según el estudio presentado, España supera fácilmente la tasa recomendada (Vila-Candel et al.,2020).

### **Pinzamiento tardío o inmediato del cordón umbilical**

Claramente, dentro de los resultados, resalta por su controversia en este aspecto. Por una parte, tras la evidencia mostrada, se muestra que es una mala praxis y muy extendida, el pinzar precozmente el cordón umbilical que une al recién nacido con la placenta.

¿Cuál es el motivo de dicha práctica? En primer lugar, desconocimiento y en segundo lugar ejercer el derecho a realizar una donación de sangre de cordón umbilical (pública o privada). Respecto al desconocimiento, es preciso y está reglado que un profesional sanitario debe estar en constante formación durante su vida laboral, por lo que debe conocer que los beneficios superan a los riesgos en esta práctica. En segundo lugar, es incompatible la donación de sangre “del cordón umbilical” (sangre que realmente le pertenece al bebé) con un pinzamiento tardío del cordón umbilical. Si la mujer determina que desea donar “la sangre del cordón umbilical”, no podrá beneficiar a su recién nacido con ese aporte sanguíneo retenido en la placenta, liberado tras el expulsivo.

Ahora bien...¿toda mala praxis puede considerarse sinónimo de violencia obstétrica? Bajo mi punto de vista, no.

¿Por qué se considera en este trabajo que privar al recién nacido de esta sangre (que le pertenece) es violencia obstétrica? La razón reside, bajo mi punto de vista, en el conocimiento previo de la técnica y la opción y decisión que debe ser tomada por la mujer, tras conocer toda la información brindada (mostrando evidencia científica y los motivos por los que debe realizarse la técnica de una forma correcta).

### **Limitaciones del trabajo**

Tras la búsqueda exhaustiva al inicio de la investigación acerca de la percepción de las mujeres sobre su proceso de embarazo, parto y postparto, pude observar la prácticamente inexistencia de estudios cualitativos con evidencia científica que expusieran con claridad la percepción “gráfica” donde se recojan las experiencias y sensaciones de las mujeres. Únicamente, gracias a la página web de: “El parto es nuestro”, pude explorar, sin censura, y con total claridad la exposición y vivencia auténtica que describen las propias mujeres, o sus acompañantes más directos. Esta página web te transporta directamente a ese momento vital e, inevitablemente empatizas con cada una de ellas.

Es cierto que los autoinformes de las mujeres pueden considerarse una limitación. Sin embargo, el Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad declara en el informe sobre la Atención Al Parto y Nacimiento En El Sistema Nacional de Salud (2015); que muchas maniobras no se registran en las historias clínicas de las mujeres.

Dadas las dificultades plausibles de conocer y encontrar estudios que analicen la perspectiva real de las mujeres y su percepción acerca de la violencia obstétrica, se creó en mi la prácticamente obligación de realizar esta ínfima exposición de lo hallado en la investigación.

Por todos estos motivos, creo que es más que necesaria la necesidad de continuar investigando acerca de cómo se ha sentido una mujer, ya que esa riqueza de información, será la clave en la denuncia y mejora de la praxis profesional. Como deseo personal querría que en un futuro no muy lejano pudiéramos eliminar de nuestro vocabulario el término “violencia obstétrica” del diccionario por quedar obsoleto y su práctica no sea más que un vago y borroso recuerdo del pasado.

## **Aspectos éticos**

Gracias a la muestra que se expone en relación a los artículos de prensa, puede observarse la diferencia de opiniones entre algunos profesionales, que contrasta con la realidad mostrada por las mujeres. A día de hoy, son aún pocas, pero existen mujeres valientes que no desean que otras mujeres experimenten lo que ellas previamente han tenido que sufrir.

Realizando esta revisión, reitero la necesidad imperiosa de llevar a cabo estudios cualitativos donde se explore en profundidad y se manifieste la vivencia de las mujeres, especialmente, teniendo en cuenta tanto los efectos positivos como negativos que conlleva la reconstrucción narrativa del parto. La cuestión a abordar sería si, tras la declaración completa de su parto, la mujer fuera consciente de haber sufrido violencia obstétrica, ¿de qué manera podría afectarle psicológicamente? Esto nos lleva a plantear una pregunta ética importante a la hora de llevar a cabo este tipo de estudios, y es la siguiente: tras revivir su parto y poder ser consciente por primera vez de haber sido tratada de manera denigrante ¿puede causar mayor daño a una mujer al hacerle una entrevista y en la participación activa en grupos focales que la propia vivencia?

Revisando bibliografía, en las recomendaciones relativas elaboradas a problemas éticos relevantes planteados en la investigación cualitativa, aportadas por el documento realizado por el entonces Comité de Ética del Instituto de Investigación de Enfermedades Raras en el Instituto de Salud Carlos III en Madrid, quisiera subrayar una de las recomendaciones citadas a continuación:

“Recomendación 9. Los investigadores deben ser conscientes de las consecuencias que la investigación puede tener para los participantes. Siempre que sea posible han de prever y evitar los daños que pudieran sufrir los participantes como consecuencia de la investigación e informar de las provisiones que se vayan a tomar de apoyo y asesoramiento. El consentimiento dado por los participantes no les exime de esta responsabilidad” (Martín Arribas MC et al.,2012)

En referencia a esta recomendación, Martín Arribas MC et al. (2012) recuerdan que tras entrevistas realizadas en profundidad y la posibilidad de expresión en grupos focales como métodos seleccionados para la extracción de datos, son procesos activos que podrán llevar a la vivencia de recuerdos y reflexiones tanto por parte del sujeto como del investigador, que pudiera llevar a cabo cuadros de ansiedad y problemática psicológica en el manifestante. También anota la necesidad de minimizar los posibles daños y asegurar el asesoramiento de los problemas que le han llevado a esa situación, ofertando opciones de apoyo.

Comparte su visión Salas Ocampo D (2019) referenciando a Flick, U. (2015) resaltando que los investigadores deben concienciarse de la influencia que ejercen en los sujetos de investigación, al producir perturbaciones en la vida del participante. Insiste en conocer los límites de quien desee participar en los estudios, puesto que se tratarán temas con cierta sensibilidad no prevista con anterioridad.

Flick, U (2015) también da a conocer la importancia de la elaboración de un contrato previo que contenga información relevante como la descripción de la investigación y qué se espera de la persona implicada. De igual importancia, subscribe que se incluirá una cláusula de rescisión de contrato por si desea utilizarlo el participante al desestimar su participación.

Salas Ocampo D (2019) explica que dado que el desarrollo de la investigación implica determinados contextos e interacciones sociales , su desarrollo involucra reflexión ética. Se espera que científicos se comporten éticamente con apego a una serie de valores y normas que les permita cumplir con sus funciones y realizar un aporte positivo a la sociedad.

Bajo mi experiencia personal y profesional, afirmo que si la mujer pudiera sentirse denigrada tras el recuerdo de lo vivido y, a día de hoy conocer y “etiquetar” que ha sufrido violencia obstétrica siempre será una experiencia beneficiosa futura (pudiendo ser en algunos casos a largo plazo). Y, no podemos dejar de resaltar la importancia del acompañamiento durante todo el proceso, ofrecerle apoyo mayoritariamente psicológico especializado en caso de precisar.

Quisiera realizar una comparativa para ejemplificarlo (pero siendo una experiencia completamente diferente). En obstetricia, casi a diario, recibimos casos de abortos en curso o tardíos que implican desde cualquier semana de gestación. No deseo excluir del ejemplo ni a gestantes con menos de 6 semanas ni gestantes a término porque su dolor tampoco puede ser comparable. Tras la pérdida de un bebé, y sabiendo de antemano que se le provocará el parto de un recién nacido muerto, la mujer tendrá la posibilidad de enfrentarse a su duelo gradualmente. A estas mujeres se les ofrece la opción de ver, abrazar y estar con su recién nacido fallecido el tiempo que necesiten. Muchas de ellas no desean verlo en ese momento, pero se les ofrece también la opción de que un profesional sanitario realice una serie de fotografías con el teléfono móvil de la mujer o su acompañante y ofertándoles también que se lo “auto-envíe” a su correo electrónico donde podrá archivarlo en una carpeta hasta que desee verlo en un futuro o, en caso de no querer verlo, tener la opción de borrar ese correo sin previa visualización. Se elabora también una caja donde se

imprimen las huellas del pie del recién nacido, su pinza del cordón umbilical, pulsera y gorro para su posterior visualización cuando se sientan preparadas.

El hospital, si la mujer lo desea, realizará una investigación de las posibles causas del fallecimiento y le citará para comunicarle los resultados.

En los dos casos, la mujer precisará de un tiempo para su asimilación, pero deben pasar un proceso de duelo inevitablemente. Ese duelo, aunque el recuerdo siempre dolerá, hará que la mujer pueda enfrentarse al día a día y poco a poco poder seguir con su vida con el recuerdo de un proceso traumático que vivió y desea que no se repita de nuevo con ella ni con otras mujeres.

## **10.- Conclusión**

Revisada la bibliografía seleccionada según los criterios establecidos en la búsqueda, se ha identificado que la violencia obstétrica es una problemática que afecta a una gran cantidad de mujeres durante el embarazo, parto y postparto. Es un método de actuación por parte del profesional sanitario donde culpa a las mujeres de un comportamiento tachado de intolerable por el profesional relacionado con la obstetricia y con un proceso doloroso por el que la mujer irremediamente puede actuar de otra manera.

Existen diferentes prácticas donde una mujer puede ser víctima de una violencia obstétrica realizada por el profesional desde un trato infantilizado e imposición por parte del responsable del parto, hasta una desinformación tras la realización de una mala praxis, nunca antes contemplada por la paciente. Cada vez las mujeres se dotan de mayor información y pueden identificar diferentes comportamientos y prácticas no reguladas, obsoletas y que atentan contra su cuerpo, sin embargo, existen muchas otras prácticas que continúan desconociendo y es clave en la lucha contra quien ejerce este tipo de violencia y conoce los riesgos a los que expone a su paciente.

Se debe recomendar a la mujer embarazada que planifique su embarazo, parto y postparto como cualquier evento futuro y, sería buena praxis la sugerencia de realizar un plan para cada uno de los acontecimientos. De esta manera, la mujer solicitará más información y se involucrará más en su propia gestación.

## 11.- Referencias bibliográficas

APMEX (23 de septiembre de 2019). El presidente de la sego niega que exista una violencia obstétrica sistematizada en la atención al parto dentro del sns, como denuncian varios colectivos de mujeres. La violencia obstétrica es invisible a los ojos del sistema. [matronasextremadura.org](http://matronasextremadura.org). Recuperado de <http://matronasextremadura.org/el-presidente-de-la-sego-niega-que-exista-una-violencia-obstetricasistematizada-en-la-atencion-al-parto-dentro-del-sns-como-denuncian-varios-colectivos-de-mujeres/>

Alvarado-Esquivel C, Sifuentes-Álvarez A, Estrada-Martínez S, Salas-Martínez C, Hernández-Alvarado A.B, Ortiz-Rocha S.G, García-López C.R, Torres-Castorena A, Sandoval-Herrera F. Prevalencia de depresión posnatal en mujeres atendidas en hospitales públicos de Durango, México. *Gac. Med. Mex.*,146(1)(2010), pp.1-9

Becerra-Chauca Naysha, Failoc-Rojas Virgilio E. Maniobra Kristeller: Consecuencias físicas y éticas según sus protagonistas. *Rev Cubana Obstet Ginecol* [Internet]. 2019 Jun [citado 2022 Jul 28] ; 45(2): e331. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-600X2019000200004&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2019000200004&lng=es). Epub01-Dic-2019.

Begley C., Sedlicka N., Daly D. Respectful and disrespectful care in the Czech Republic: An online survey. *Reprod. Health*. 2018;15:198. doi: 10.1186/s12978-018-0648-7.

Bennett, A.,Einarson, A.,Taddio,G., Koren,T.R. Einarson Prevalence of depression during pregnancy: systematic review. *Obstet. Gynecol.*, 103 (4) (2004), pp.698-709.  
Doi: 10.1097/01.AOG.0000116689.75396.5f

Bowser, D.; Hill, K. Exploring Evidence for Disrespect and Abuse in Facility-Based Childbirth Report of a Landscape Analysis. Harvard School of Public Health: University Research Co., Boston, MA, USA, 2010, doi:10.1624/105812410X514413. Available online: [https://cdn1.sph.harvard.edu/wp-content/uploads/sites/2413/2014/05/Exploring-Evidence-RMC\\_Bowser\\_rep\\_2010.pdf](https://cdn1.sph.harvard.edu/wp-content/uploads/sites/2413/2014/05/Exploring-Evidence-RMC_Bowser_rep_2010.pdf)

Campbell, O.M.R.; Benova, L.; Macleod, D.; Baggaley, R.F.; Rodrigues, L.C.; Hanson, K.; Powell-Jackson, T.; Penn-Kekana, L.; Polonsky, R.; Footman, K.; et al. Family Planning, Antenatal

and Delivery Care: Cross-Sectional Survey Evidence on Levels of Coverage and Inequalities by Public and Private Sector in 57 Low- and Middle-Income Countries. *Trop. Med. Int. Health* 2016, 21, 486–503.

Cerda Sánchez M.A. Factores sociodemográficos, primiparidad y su relación con la depresión postparto en puérperas de 20 a 34 años atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé - enero 2017. Repositorio de Tesis – UNMSM (2017), p. 49

Dois A, Uribe C, Villaroel L, Contreras A. Dois, 2012, FR Chile. *Rev. Med. Chil.*(2012), pp.719-725, doi: 10.4067/S0034-98872012000600004

Dawadi P, Bhatta A.S, Shakya J. Factors associated with postpartum depressive symptoms in community of central Nepal. *Psychiatry J.*, 2020 (2020), Article 8305304, 10.1155/2020/8305304

El-Den S, O'Reilly C.L, Chen T.F. A systematic review on the acceptability of perinatal depression screening. *J. Affect. Disord.*, 188 (2015), pp. 284-303, 10.1016/j.jad.2015.06.015

EL DIARIO (15 de julio de 2022). La mujer detrás de la segunda condena a España por violencia obstétrica: “No recuerdo los tres meses tras el parto”. Recuperado de: [http://www.eldiario.es/sociedad/mujer-detras-segunda-condena-espana-violencia-obstetrica-no-recuerdo-tres-meses-parto\\_1\\_9174030.html?fbclid=IwAR1QajXE7I4txkKgk-xgD0i\\_QThFDCG-exFX5VwmCijYUcpE6X7vtkSPOSA&fs=e&s=cl](http://www.eldiario.es/sociedad/mujer-detras-segunda-condena-espana-violencia-obstetrica-no-recuerdo-tres-meses-parto_1_9174030.html?fbclid=IwAR1QajXE7I4txkKgk-xgD0i_QThFDCG-exFX5VwmCijYUcpE6X7vtkSPOSA&fs=e&s=cl)

Flick, U. *El diseño de Investigación Cualitativa*. Madrid, España: Ediciones Morata (2015).

Flores Y.Y.R., Ledezma A.G.M., Ibarra L.E.H., Acevedo C.E.G. Social construction of obstetric violence of Tenek and Nahuatl women in Mexico. *Rev. Esc. Enferm.* 2019;53:e03464. doi: 10.1590/s1980-220x2018028603464.

Freedman L.P., Kujawski S.A., Mbuyita S., Kuwawenaruwa A., Kruk M.E., Ramsey K., Mbaruku G. Eye of the beholder? Observation versus self-report in the measurement of disrespect and abuse during facility-based childbirth. *Reprod. Health Matters.* 2018;26:107–122. doi: 10.1080/09688080.2018.1502024.

Guillén, F.F. What Is Obstetric Violence? Some Social, Ethical and Legal Aspects. *ILEMATA* 2015, 7, 113–128.

Hartmann J.M, Mendoza-Sassi R.A, Cesar J.A. Postpartum depression: prevalence and associated factors. *Cad. Saude Publica*, 33 (9) (2017), Article e00094016,10.1590/0102-311X00094016

Hofmeyr, G.J.; Vogel, J.P.; Cuthbert, A.; Singata, M. Fundal Pressure during the Second Stage of Labour. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2017, 3, CD006067.

Jardim D.M.B., Modena C.M. Obstetric violence in the daily routine of care and its characteristics. *Rev. Lat. Am. Enferm.* 2018;26:e3069. Doi:10.1590/1518-8345.2450.3069.

Lainez Villabona B, Bergel Ayllon E, Cafferata Thompson ML, Belizán Chiesa JM. 'Pinzamiento precoz o tardío del cordón umbilical? Una revisión sistemática de la literatura médica [Early or late umbilical cord clamping? A systematic review of the literature]. *An Pediatr (Barc)*. 2005 Jul;63(1):14-21. Spanish. doi: 10.1157/13076762. PMID: 15989866.

Lansky S., de Souza K.V., de Moraes Peixoto E.R., Oliveira B.J., Diniz C.S.G., Vieira N.F., de Oliveira Cunha R., de Lima Friche A.A. Obstetric violence: Influences of the senses of birth exhibition in pregnant women childbirth experience. *Ciência Saúde Coletiva*. 2019;24:2811–2824. doi: 10.1590/1413-81232018248.30102017.

Li, Q., Yang, S., Xie, M., Wu, X., Huang, L., Ruan, W., & Liu, Y. (2020). Impact of some social and clinical factors on the development of postpartum depression in Chinese women. 1–8. Google scholar.

Malvasi, A.; Zaami, S.; Tinelli, A.; Trojano, G.; Montanari Vergallo, G.; Marinelli, E. Kristeller Maneuvers or Fundal Pressure and Maternal/Neonatal Morbidity: Obstetric and Judicial Literature Review. *J. Matern. Neonatal Med.* 2019, 32, 2598–2607.

Martín Arribas MC, Feito Grande L, Júdez Gutiérrez J, De Abajo Iglesias F.J, Pàmpol Ros T, Terracini B, Jos&eac. Recomendaciones sobre aspectos éticos de la investigación cualitativa en la salud. *Metas de Enfermería* may 2012; 15(4): 58-63

Martínez-Vázquez S, Hernández-Martínez A, Rodríguez-Almagro J, Delgado-Rodríguez M, Martínez-Galiano JM. Relationship between perceived obstetric violence and the risk of postpartum depression: An observational study. *Midwifery*. 2022 May;108:103297. doi: 10.1016/j.midw.2022.103297. Epub 2022 Mar 1. PMID: 35272086.

Mena-Tudela D, Iglesias-Casás S, González-Chordá VM. Obstetric Violence in Spain (Part I): Women's Perception and Interterritorial Differences. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2020 Oct;17(21):E7726. DOI: 10.3390/ijerph17217726. PMID: 33105788; PMCID: PMC7660046.

Mena-Tudela D, Iglesias-Casás S, González-Chordá VM, Cervera-Gasch Á, Andreu-Pejó L, Valero-Chilleron MJ. Obstetric Violence in Spain (Part II): Interventionism and Medicalization during Birth. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 Dec 29;18(1):199. doi: 10.3390/ijerph18010199. PMID: 33383862; PMCID: PMC7794951.

Mihret M.S. Obstetric violence and its associated factors among postnatal women in a Specialized Comprehensive Hospital, Amhara Region, Northwest Ethiopia. *BMC Res. Notes*. 2019;12:600. doi: 10.1186/s13104-019-4614-4.

Ministerio de Sanidad Consumo y Bienestar Social. Barómetro Sanitario 2018; Madrid, Spain, 2018. Disponible online: [https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/BarometroSanitario/Barom\\_Sanit\\_2018/BS2018\\_mar.pdf](https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/BarometroSanitario/Barom_Sanit_2018/BS2018_mar.pdf)

Ministerio de Sanidad Consumo y Bienestar Social Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud. Disponible online: <http://inclasns.msssi.es/main.html>

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

Molero K.L, Machado J.R.U, Charles S.V, Zambrano N.B, Benítez A.C, Quiroz E.A, Romero N.B. Prevalencia de depresión posparto en púerperas adolescentes y adultas. *Rev. Chil. Obstet. Ginecol.*, 79 (4) (2014), pp. 294-304, 10.4067/S0717-75262014000400008

NEWTRAL (16 de julio de 2022). Violencia obstétrica en España: qué dice el Comité de derechos de las mujeres de la ONU sobre el maltrato sanitario a embarazadas. Recuperado de <http://www.newtral.es/violencia-obstetrica-espana-dictamen-cedaw-onu/20220716/fbclid=IwAR14sauOd9SYCSeJtm8fim7yuBj1vXa1ztFuatpPCn6jocoo51YrB88jwPE&fs=e&s&cl>

Nutbeam, D. Health Literacy as a Public Health Goal: A Challenge for Contemporary Health Education & Communication Strategies into the 21st Century Health Promot. Int.2000,15, 259–267.

Oliveira T., Costa R., Monte N., Veras J., Sá M. Women's perception on obstetric violence. J. Nurs. UFPE Line. 2017;11:40–46. doi: 10.5205/reuol.9978-88449-6-1101201706.

Quattrocchi P. Obstetric Violence Observatory: Contributions of Argentina to the International Debate. Med. Anthropol. Cross Cult. Stud. Heal. Illn. 2019;38:762–776. doi:10.1080/01459740.2019.1609471.

Recio Alcaide A. Childbirth Care in Spain: Data to Reflect on a Problem. Dilemata. 2015;18:13–26.

Renfrew, M.J.; McFadden, A.; Bastos, M.H.; Campbell, J.; Channon, A.A.; Cheung, N.F.; Silva, D.R.A.D.; Downe, S.; Kennedy, H.P.; Malata, A.; et al. Midwifery and Quality Care: Findings from a New Evidence-Informed Framework for Maternal and Newborn Care. Lancet 2014, 384, 1129–1145

Rodríguez-Baeza A, de E LMN. Prevalencia y factores asociados a depresión prenatal en una institución de salud. Medigraphic.Com,25(3)(2017), pp.181-188

Rodríguez Mir J, Martínez Gandolfi A. La violencia obstétrica: una práctica invisibilizada en la atención médica en España [Obstetric violence. A hidden practice in medical care in Spain]. Gac Sanit. 2021 May-Jun;35(3):211-212. Spanish. doi: 10.1016/j.gaceta.2020.06.019. Epub 2020 Sep 10. PMID: 32921499.

Salas Ocampo D. Ética en la investigación cualitativa (2019). Disponible online: <https://investigaliacr.com/investigacion/etica-en-la-investigacion-cualitativa/>

Salas Ocampo D. La ética de la investigación científica (2019). Disponible online: <https://investigaliacr.com/investigacion/la-etica-de-la-investigacion-cientifica/>

Šimonović D. A Human Rights-Based Approach to Mistreatment and Violence against Women in Reproductive Health Services with a Focus on Childbirth and Obstetric Violence. [(accessed on 30 July 2020)];2019 Available online: <https://digitallibrary.un.org/record/3823698#record-files-collapse-header>

Upadhyay R.P, Chowdhury R, Salehi A, Sarkar K, Singh S.K, Sinha B, Pawar A, Rajalakshmi A.K, Kumar A. Postpartum depression in India: a systematic review and meta-analysis. Bull. World Health Organ., 95 (10) (2017), pp. 706-717, 10.2471/BLT.17.192237

Vila-Candel, R.; Martín, A.; Escuriet, R.; Castro-Sánchez, E.; Soriano-Vidal, F.J. Analysis of Caesarean Section Rates Using the Robson Classification System at a University Hospital in Spain. Int. J. Environ. Res. Public Health 2020, 17, 1575,

World Health Organization. WHO Recommendations: Intrapartum Care for a Positive Childbirth Experience. World Health Organization, 2018. Available online: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/>

World Health Organization. WHO Statement on Caesarean Section Rates. Geneva, Switzerland, 2015. Available online: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO\\_RHR\\_15.02\\_eng.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_eng.pdf?sequence=1)

Williams C.R., Meier B.M. Ending the abuse: The human rights implications of obstetric violence and the promise of rights-based policy to realise respectful maternity care. Sex. Reprod. Heal. Matters. 2019; 27:9–11. doi: 10.1080/26410397.2019.1691899.

Wubetu A.D, Engidaw N.A, Gizachew K.D. Prevalence of postpartum depression and associated factors among postnatal care attendees in Debre Berhan, Ethiopia, 2018. BMC Pregnancy Childbirth, 20 (1)(2020), p. 189, 10.1186/s12884-020-02873-4