



ROL ENFERMERA EN VIOLENCIA OBSTÉTRICA

TFG 2021-2022

UNIVERSIDAD EUROPEA DE MADRID

AUTOR: MARIAM EL HAMDANI BOUNASSE

TUTOR: JUAN CARLOS PÉREZ JIMÉNEZ

ÍNDICDE

1. Resumen y palabras clave.....	3
2. Introducción y justificación.....	5
3. Objetivos.....	6
4. Pregunta Pico.....	7
5. Metodología de búsqueda.....	8
6. Resultados.....	11
7. Marco teórico y discusión.....	29
8. Conclusiones e implicación de mejora para la investigación de enfermería.....	37
9. Referencias bibliográficas.....	39
10. Anexos.....	44

AGRADECIMIENTOS.

Quiero mostrar mi gratitud a las personas que han estado a mi lado durante estos años a lo largo de mi carrera, durante los cuales he aprendido que los compañeros con los cuales “he luchado” este tiempo, serán aquellos con los que comparto turnos, y cual es el significado de la palabra compañerismo y empatía. Quiero mencionar a Irene Prieto y Miriam Rodrigo, por estos años en los cuales he aprendido cual es el compañerismo con el cual quiero trabajar el resto de mis días.

Agradecer a mi tutor de fin de grado, Juan Carlos Pérez Jiménez, por las ayudas obtenidas durante estos meses en aquellas tutorías interminables que por fin han dado lugar a la confianza y desarrollo del trabajo.

También agradecer a mi familia por todas las dificultades halladas en este tiempo de formación y permanecer a mi lado, siendo un pilar fundamental de apoyo durante este periodo, hasta que he conseguido llegar a mi meta.

A mi pareja, Javier Rodríguez, por el apoyo mostrado durante este trayecto y aportándome la confianza que he precisado en este tiempo y haciendo mi persona más fuerte.

Por último, a todos los profesores que he conocido en mi etapa de formación de Grado de Enfermería, los cuales me han dado las bases para saber que enfermera quiero ser mañana, sabiendo que sus conocimientos percibidos perdurarán en mí.

1. Resumen y palabras clave.

La violencia obstétrica (VO) se encuentra asociada a los espacios y centros de salud, en donde de manera consciente o inconsciente el personal sanitario, en especial matronas y enfermeras, la ejercen a través de malas intervenciones y/o técnicas no consultadas con las parturientas. En la actualidad se plantea un debate sobre la VO, el cual debe conducir a comprender las razones que impulsan al personal sanitario, a incurrir en esta práctica, resultando relevante para el mismo conocer la historia y la realidad de las mujeres que lo han sufrido.

El **objetivo** principal del estudio es poder determinar el impacto que genera la VO que sufren las mujeres observando los comportamientos que tiene el personal sanitario y la percepción recibida por la mujer.

Como **conclusión** se observó que los comportamientos que generan VO son el abuso físico y verbal, la falta de atención no confidencial y el sometimiento a procedimientos médicos sin el consentimiento informado. En el grupo de las enfermeras y matronas, se reconoció que algunas de las prácticas eran utilizadas de forma rutinaria con violencia a pesar de que podían ser útiles durante el trabajo de parto. Desde Europa es necesario impulsar políticas y leyes que protejan a la mujer en el proceso de gestación y parto. La formación de las enfermeras y matronas resulta clave para detener la VO y se propone la creación de observatorios de VO en los hospitales de referencia en España para conseguir la erradicación de este tipo de acciones.

PALABRAS CLAVE: Violencia obstétrica, enfermera, matrona, centro de salud, parto, percepción.

ABSTRACT

Obstetric violence (OV) is associated with health spaces and centers, where health personnel consciously or unconsciously exercise it through poor interventions and/or techniques not consulted with the parturients. Currently there is a debate about OV, which should lead to understand the reasons that drive health professionals, especially nurses and midwives, to engage in this practice, it is relevant for the debate to know the history and the reality of women victims.

The main objective of the study is to determine the impact generated by OV suffered by women by observing the behaviors of health personnel and the perception received by women.

As a conclusion, it was observed that the behaviors that generate OV are physical and verbal abuse, lack of non-confidential care and submission to medical procedures without informed consent. In the group of nurses and midwives, it was recognized that some of the practices were routinely used with violence even though they could be useful during labour. From Europe it is necessary to promote policies and laws that protect women throughout their pregnancy and childbirth. The training of patients and midwives is key to stopping OV and the creation of OV observatories in reference hospitals in Spain is proposed to achieve the eradication of this type of action.

KEY WORDS: Obstetric violence, nurse, midwife, health center, childbirth, perception.

2. Introducción y justificación.

Según la OMS, la violencia obstétrica es *“aquella que sufren las mujeres durante el embarazo o el parto al recibir un maltrato físico, humillación y abuso verbal, o procedimientos médicos coercitivos o no consentidos”* incluyendo el no dar consentimientos informados sobre las técnicas a realizar, medicamentos para aliviar el dolor administrados de forma escasa o nula, no tratar a la mujer con la atención adecuada, infantilizarla o no proteger la intimidad de esta. (World Health Organization, 2014)

Lo cierto es que esta violencia puede deberse a malas intervenciones y/o técnicas infringiendo así el poder de participación y autonomía durante embarazo, parto y puerperio, contradiciendo las políticas públicas de humanización y filosofías que abogan por la autonomía. (Siva et al., 2015)

Aunque creamos que actualmente la mujer tiene derecho a decidir el tipo de parto que espera incluso creando un plan para ello, generalmente el escenario emerge de una manera controvertida, y hay casos recurrentes de abuso verbal y maniobras que terminan como resultado en violencia contra mujeres.

¿Realmente estamos capacitados los profesionales sanitarios para evitar una agresión hacia la paciente obstétrica?

La relación que existe entre gestante y personal sanitario es evidente, ya que durante todo el proceso de gestación se está controlando tanto al feto como a la madre. Ese es el motivo por el cual los profesionales sanitarios deben estar cualificados y perfectamente formados, para no solo vigilar la salud de los dos, si no de evitar violencia dentro del sector sanitario hacia la figura de la mujer.

La elección de este tema para realizar el Trabajo de Fin de Grado es la importancia que existe y desarrolla el debate de violencia obstétrica, deseando profundizar en un tipo de violencia que muchas veces es practicada y admitida por los profesionales sanitarios y reconocida en el día a día. Conocer en profundidad la historia y la realidad de las mujeres y saber cómo se han sentido durante su proceso prenatal, parto y postparto pueden ayudar a entender y conocer mejor esta situación y mejorar la práctica del personal día a día para dar mejor servicio y atención.

3. Objetivos.

OBJETIVO GENERAL

- Determinar el impacto que existe sobre las mujeres que sufren de violencia obstétrica.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir aquellos comportamientos que realizan el personal desarrollando violencia obstétrica.
- Identificar la percepción que tienen las mujeres cuando padecen violencia obstétrica.
- Examinar la violencia obstétrica desde un marco legal.

4. Pregunta Pico.

La realización de este estudio y búsqueda se ha basado en la siguiente pregunta de investigación:

**¿Qué influencia tiene la actitud de las matronas y enfermeras
hacia las gestantes durante el parto?**

Para poder guiar el trabajo en función de la pregunta de investigación se ha utilizado el método PICO a través del cual se puede identificar el problema/paciente, intervención y los objetivos que se desean conseguir.

P	Pacientes obstétricas
I	Mostrar una actitud agresiva frente al parto
C	Mostrar una actitud empática frente al parto
O	Influencia sobre la percepción de la paciente

5. Metodología de búsqueda.

El proceso para realizar la revisión bibliográfica se realizó en tres etapas.

- Búsqueda: En esta fase se identificaron las bases de datos Pubmed, Dialnet, Elsevier, BSV y Scielo, con el objetivo de encontrar la información que se precisaban en los buscadores en función de los objetivos propuestos, se diseñaron ecuaciones de búsqueda aplicando los operadores booleanos, “AND” y “OR”.
- Evaluación: en esta etapa se diseñó un sistema de evaluación de la información, estableciendo los criterios de inclusión y exclusión y definiendo términos claves y asociados. Al final de esta etapa se seleccionan los artículos objeto del estudio.
- Análisis: Cada artículo seleccionado fue evaluado a través del grupo de preguntas que propone el Programa de Lectura CASPe para estudios cualitativos. Este Programa considera tres aspectos generales para la valoración de la calidad de un estudio cualitativo:
 1. *Rigor: hace referencia a la congruencia de la metodología utilizada para responder la pregunta de investigación.*
 2. *Credibilidad: hace referencia a la capacidad que tienen los resultados de representar el fenómeno de estudio desde la subjetividad de los participantes.*
 3. *Relevancia: hace referencia a la utilidad de los hallazgos en la práctica (evidencia cualitativa) (Cano et al. 2010, p.1).*

Las preguntas seleccionadas para evaluar los estudios fueron las siguientes:

1. *¿Se definieron de forma clara los objetivos de la investigación?*
2. *¿Es congruente la metodología cualitativa?*
3. *¿El método de investigación es adecuado para alcanzar los objetivos?*
4. *¿La estrategia de selección de participantes es congruente con la pregunta de investigación y el método utilizado?*
5. *¿Fue el análisis de datos suficientemente riguroso?*
6. *¿Es clara la exposición de los resultados?*
7. *¿Son aplicables los resultados de la investigación? (Cano et al. 2010, p.1).*

Este trabajo de investigación comenzó haciendo una revisión bibliográfica con las bases de datos más distinguidas como Pubmed, Dialnet, Elsevier, BSV y Scielo, también se llevaron a cabo búsquedas en internet que apoyen la búsqueda bibliográfica. Todas las búsquedas se realizaron por internet basadas en las propuestas por la declaración *Pre-ferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-analyses* (PRISMA). Se utilizaron palabras claves para introducir en las diferentes bases de datos como, “Obstetric violence”, “nurse”, “midwife”, “health center”, “childbirth” y “perception”. Para dicho trabajo se utilizaron fórmulas de búsqueda llevadas a cabo en base a palabras clave, para combinar las palabras y formular las ecuaciones de búsqueda, se utilizaron booleanos en este caso OR y AND.

Para los otros buscadores se utilizaron palabras clave como filtro para las búsquedas y así conseguir resultados más cribados se utilizó el espacio de tiempo de los últimos 5 años (2017-2022) además de palabras clave formuladas para que cumpliesen los criterios de inclusión. Los términos utilizados, las fórmulas de búsqueda y los resultados de esta se encuentran recogidos en la tabla 1 mostrada a continuación.

En base a los siguientes criterios de inclusión se seleccionaron los artículos:

- Texto completo o resúmenes.
- Artículos comprendidos en los últimos 5 años.
- Idioma español, inglés y portugués.

Los criterios de exclusión fueron:

- Revisiones sistemáticas.
- Reportes de casos.
- Monografías, tesis doctorales, TFM y libros.

Base de datos	Ecuaciones de búsqueda o palabra clave	Limitadores	Nº de resultados totales	Nº de resultados tras lectura de resumen	Nº de resultados tras lectura crítica	Resultados válidos
PUBMED	("obstetric OR "obstetrically" OR "obstetrical") AND ("violence" OR "violence"	Artículos menos de 5 años/solo trabajos de investigación observacionales	568	103	10	6
	("health care sector OR AND "care" AND "sector") OR "health care sector" AND "obstetric" OR "obstetrics" OR "obstetrics" AND "violence" OR "violence"		49	12	7	3

	Violencia" [All Fields] AND "obstetrica"[All Fields]		13	4	2	2
Scielo	((Violencia obstétrica) AND (hospitals))	Artículos menos de 5 años	30	6	5	2
Dialnet	((Obstetric violence))	Artículos menos de 5 años	92	56	23	1
BVS	(tw:(percepcion))AND (tw:(violencia obstetrica)) AND (tw:(enfermera))	Artículos menos de 5 años	4	1	1	1
	tw:((tw:(violencia obstetrica)) AND (tw:(mujeres)) AND (tw:(parto)))	Artículos menos de 5 años	106	35	4	2
Elsevier	((Obstetric violence) AND health care))	Artículos menos de 5 años/solo trabajos de investigación observacionales/ en revistas de medicina	80	22	3	3

Tabla 1. Ecuaciones de búsqueda formuladas o palabras claves

6. Resultados.

Se extrajeron un total de 942 artículos, de los cuales se eliminaron 572 debido a que se encontraban duplicados en las distintas bases de datos antes mencionadas. Se eliminaron artículos que tras la lectura del título se determinó no relacionados con el área de investigación, escogiendo así 239 artículos que fueron evaluados críticamente.

Posteriormente se excluyeron 195 artículos de aquellos 239, ya que no cumplían con los criterios de inclusión de la revisión bibliográfica. Por último, fueron seleccionados 20 artículos a texto completo, que cumplían con el requisito de publicación de los años 2017-2022.

Continuando con la declaración *Pre-ferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-analyses* (PRISMA) se presenta en la Figura 1 el siguiente diagrama que muestra la elección de estudios que constituyen esta revisión ya habiendo escogido y seleccionado los artículos y resúmenes que corresponden con los criterios de inclusión.

Estos artículos fueron revisados y evaluados individualmente, estudiando e identificando la relación de estos con el objetivo del estudio.

En la tabla 2 se presenta la evaluación y lectura crítica de los artículos seleccionados para el estudio y en la tabla 3 un resumen de los artículos revisados.

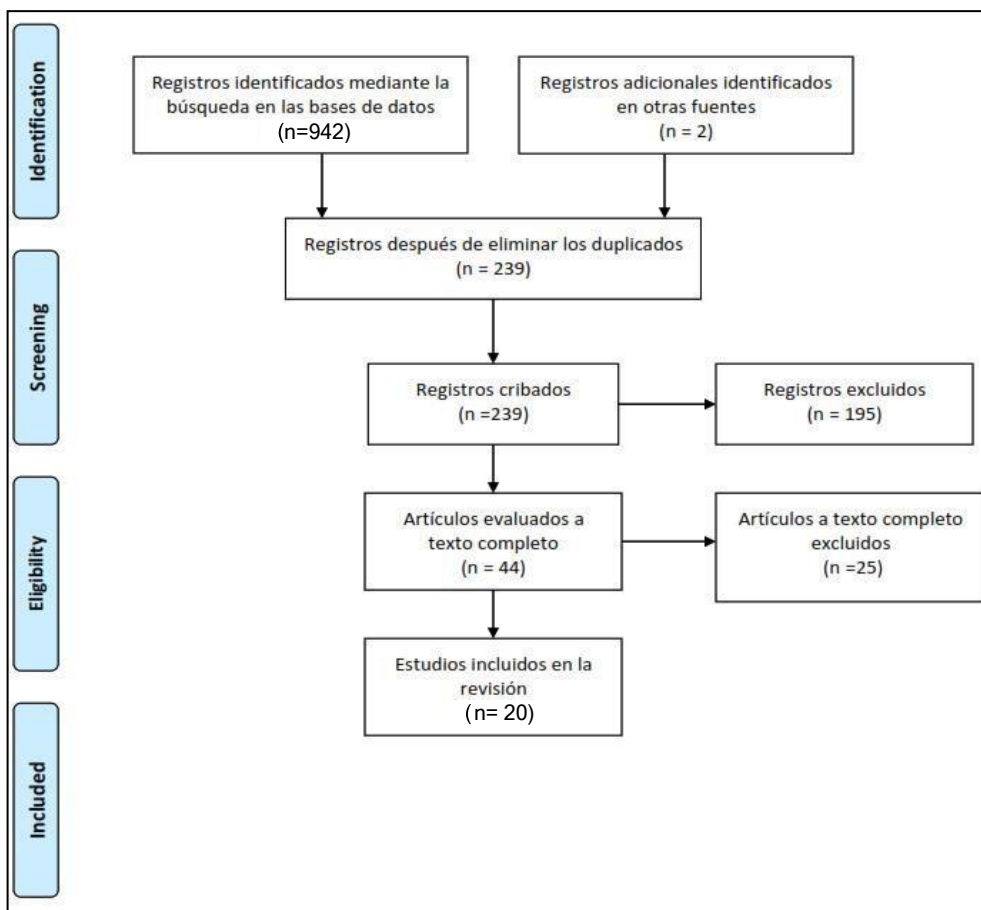
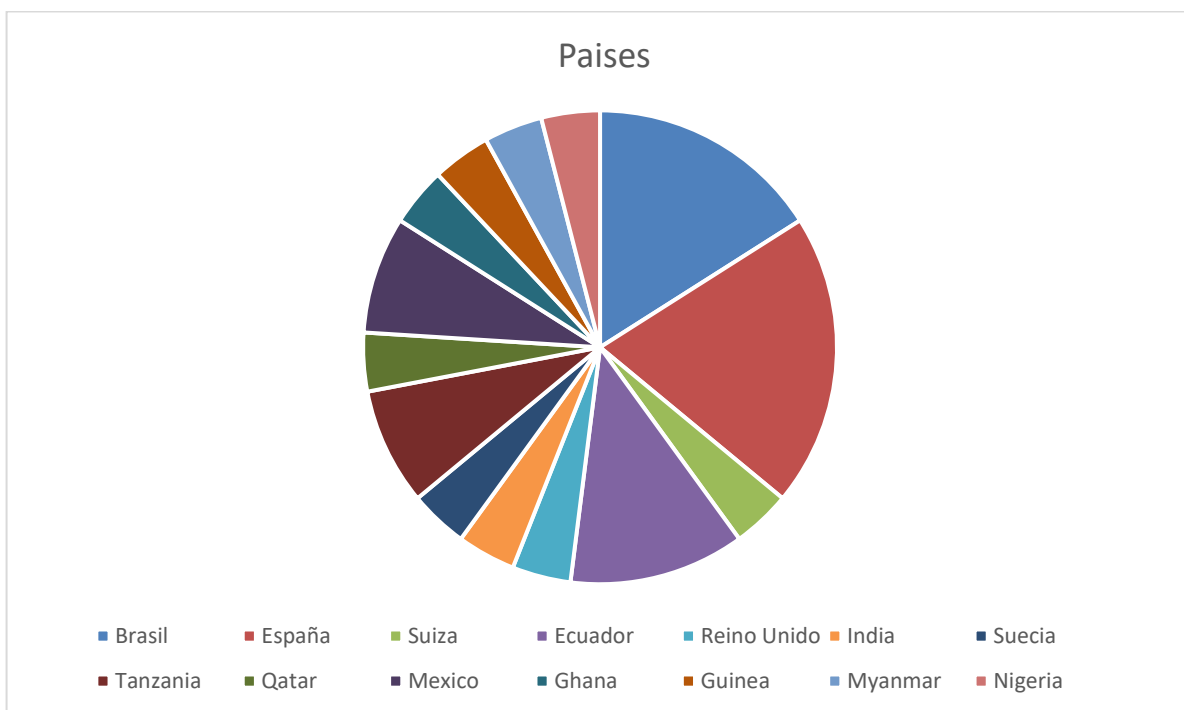


Figura 1. Diagrama de flujo PRISMA del estudio bibliográfico. Fuente: Elaboración propia a partir de Moher et al. 2009.



Gráfica 1 representativa de la localización geográfica de los estudios empleados para la investigación Fuente: Elaboración propia



Gráfica 2 representativa de los años de publicación de los artículos empleados para la investigación. Fuente: Elaboración propia

Tabla 1. Lectura crítica y semáforo por el método CASpe (Tomado en Cano *et. Al.* 2010)

AUTOR/AÑO	CUESTIONARIO SELECCIONADO	PREGUNTA A	PREGUNTA B	PREGUNTA C
Percepção de enfermeiras obstétricas acerca da violência obstétrica (Pinto et al. 2018). DOI: http://dx.doi.org/10.5380/ce.v23i1.52473	Estudio exploratorio con abordaje cualitativo.			
'We felt like part of a production system': A qualitative study on women's experiences of mistreatment during childbirth in Switzerland (Meyer et al. 2022). DOI: 10.1371/journal.pone.0264119	Estudio cualitativo descriptivo y transversal.			
La violencia obstétrica, otra forma de violencia contra la mujer. El caso de Tenerife (Rodríguez y Aguilera, 2017) DOI: https://doi.org/10.1344/musas2017.vol2.num2.4	Estudio observacional descriptivo.			
Childbirth experiences related to obstetric violence in public health units in Quito, Ecuador (Brandão et al.2018) DOI: 10.1002/ijgo.12625	Estudio observacional transversal.			
Conocimiento y vivencias de violencia obstétrica en mujeres que han vivido la experiencia del parto (Leal et al. 2019) DOI: http://dx.doi.org/10.15517/revenf.v0i0n0.37.35264 .	Estudio cualitativo descriptivo.			

<p>Obstetric Violence in Spain (Part I): Women's Perception and Interterritorial Differences (Mena et al. 2020)</p> <p>DOI: 10.3390/ijerph17217726</p>	<p>Estudio descriptivo, retrospectivo y transversal.</p>			
<p>Obstetric violence: Comparing medical student perceptions in India and the UK (Gray et al.2021)</p> <p>DOI:https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2021.04.013</p>	<p>Estudio exploratorio.</p>			
<p>Obstetric violence in the perception of multiparous women (Riberio et al. 2020)</p> <p>DOI:https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190419</p>	<p>Estudio descriptivo exploratorio cualitativo.</p>			
<p>Obstetric violence a qualitative interview study (Annborn y Finnbogadóttir, 2022)</p> <p>DOI: 10.1016/j.midw.2021.103212</p>	<p>Estudio cualitativo inductivo.</p>			
<p>Obstetric violence: theme approach in the training of Certified Nurse-Midwives (Silva et al. 2020).</p> <p>DOI: 10.37689/acta-ape/2020AO01466</p>	<p>Estudio descriptivo, de enfoque cualitativo.</p>			
<p>Disrespect and abuse in maternity care: individual consequences of structural violence (Solnes et al.2018)</p> <p>DOI: 10.1080/09688080.2018.1502023</p>	<p>Estudio observacional cualitativo.</p>			
<p>The magnitude of the problem of obstetric violence and its associated factors: A cross-sectional study (Martínez et al. 2021)</p> <p>DOI: 10.1016/j.wombi.2020.10002</p>	<p>Estudio observacional transversal cualitativo.</p>			

<p>Self-reported disrespect and abuse by nurses and midwives during childbirth in Tanzania: a cross-sectional study (Shimoda et al. 2020)</p> <p>DOI:https://doi.org/10.1186/s12884-020-03256-5</p>	<p>Estudio transversal, retrospectivo, descriptivo cualitativo.</p>			
<p>Obstetric violence: Clinical staff perceptions from a video of simulated practice (Gray et al.2019)</p> <p>DOI:https://doi.org/10.1016/j.eurox.2019.100007</p>	<p>Estudio observacional cualitativo</p>			
<p>Obstetric Violence in Mexico: Results From a 2016 National Household Survey (Castro y Frías, 2019)</p> <p>DOI: 10.1177/1077801219836732</p>	<p>Estudio transversal retrospectivo.</p>			
<p>How women are treated during facility-based childbirth in four countries: a cross-sectional study with labour observations and community-based surveys (Bohren et al.2019)</p> <p>DOI:https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31992-0</p>	<p>Estudio transversal cualitativo.</p>			
<p>Design and Validation of the PercOV-S Questionnaire for Measuring Perceived Obstetric Violence in Nursing, Midwifery and Medical Students (Mena et al.2020)</p> <p>DOI:https://doi.org/10.3390/ijerph17218022</p>	<p>Estudio observacional cualitativo.</p>			
<p>“If we’re here, it’s only because we have no money...” discrimination and violence in Mexican maternity wards (Valdez</p>	<p>Estudio transversal cualitativo.</p>			

<p>et al. 2018) DOI: 10.1186/s12884-018-1897-8</p>				
<p>Components of obstetric violence in health facilities in Quito, Ecuador: A descriptive study on information, accompaniment, and position during childbirth (Meijer et al.2019) DOI:https://doi.org/10.1002/ijgo.13075</p>	<p>Estudio transversal descriptivo cualitativo.</p>			
<p>Obstetric Violence in Spain (Part III): Healthcare Professionals, Times, and Areas (Mena et al. 2021) DOI: 10.3390/ijerph18073359</p>	<p>Estudio observacional, retrospectivo, transversal cualitativo.</p>			

Tabla 2. Resumen de los artículos escogidos.

Título	Autor	Año	Objetivos del estudio	Diseño del estudio	Ámbito/población de estudio	Método	Resultados.	Conclusiones
Percepção de enfermeiras obstétricas acerca da violência obstétrica.	Pinto	2018	Comprender las opiniones de enfermeras-especialistas en el campo de la obstetricia y ginecología sobre violencia obstétrica.	Estudio observacional con abordaje cualitativo.	19 enfermeras que trabajan en un Centro de Obstetricia/Preparto, Parto y Postparto en un hospital de Atención materno- infantil.	La recogida de datos es realizada por medio de una entrevista semiestructurada, con pregunta orientadora: <i>¿Cuál es su percepción sobre la violencia obstétrica?</i>	El artículo define la percepción de las enfermeras obstétricas, algunos procedimientos técnicos como la maniobra de Kristeller, la episiotomía sin consentimiento, los toques vaginales y el uso indiscriminado de oxitocina son considerados violencia.	Para algunas enfermeras, la adopción de determinadas conductas en el momento del parto se justifica por el no reconocimiento de las mismas como violencia contra la parturienta.
'We felt like part of a production system': A qualitative study on women's experiences of mistreatment during childbirth in Switzerland (Meyer et al. 2022).	Meyer	2022	Obtener una mejor comprensión del fenómeno de violencia obstétrica explorando las experiencias individuales de las mujeres que denunciaron malos tratos durante el parto en Suiza.	Estudio cualitativo descriptivo y transversal.	La primera submuestra estuvo constituida por los 7753 comentarios que escribieron las mujeres en la encuesta y la segunda submuestra las entrevistas posteriores a 11 mujeres que denunciaron haber sido maltratadas durante el parto.	Se utilizó un enfoque de métodos mixtos para evaluar la prevalencia y las experiencias individuales de las mujeres con respecto al maltrato en general durante el parto. En la primera parte se realizó una encuesta en línea a nivel nacional sobre la vivencia de dar a luz. La segunda parte se realizaron entrevistas mujeres que reportaron una experiencia negativa durante el parto.	Las mujeres describieron una amplia gama de experiencias de maltrato durante el parto tanto en los comentarios de la encuesta como en las entrevistas. De todos los participantes de la encuesta que escribieron al menos un comentario (n = 3547), el 28 % describió una o más experiencias de maltrato.	Se encontraron seis de los siete tipos de maltrato enumerados en la tipología de maltrato, siendo los más frecuentes la comunicación ineficaz y la falta de consentimiento informado.

Título	Autor	Año	Objetivos del estudio	Diseño del estudio	Ámbito/población de estudio	Método	Resultados.	Conclusiones
<p>La violencia obstétrica, otra forma de violencia contra la mujer.</p> <p>El caso de Tenerife (Rodríguez y Aguilera, 2017)</p>	Rodríguez y Aguilera	2017	<p>“Conocer si las mujeres que paren en los hospitales de la Isla de Tenerife sufren alguna forma de violencia obstétrica y cómo viven esa experiencia” (p.57).</p>	Estudio observacional descriptivo.	282 mujeres con parto natural en los hospitales de Tenerife.	<p>El instrumento de recolección de la información fue diseñado a partir del <i>Test de violencia obstétrica de las organizaciones argentinas Colectiva Maternidad Libertaria y Asociación Civil Dando a Luz</i>. El test se distribuyó entre las participantes por las redes sociales (Facebook y WhatsApp).</p>	<p>El 56,4% de las encuestadas indicó haber sido víctima de violencia obstétrica. Uno de los indicadores más relevantes fue la participación de estudiantes del área de salud durante la atención al parto, sin informar a la mujer (28,7%), otro acto de violencia obstétrica fue cuando cambiaban el orden del parto por comodidad del personal sanitario con un (21,6%).</p>	<p>Se establece que la VO se crea debido a la percepción del parto como un desarrollo seguido uno tras otro, lo que lo debilita y lo distorsiona. Lo que significa que las mujeres no son tratadas holísticamente, sino como pacientes sometidas a procedimientos médicos y quirúrgicos.</p>
<p>Childbirth experiences related to obstetric violence in public health units in Quito, Ecuador.</p>	Branđão	2018	<p>Explorar las experiencias de violencia obstétrica relacionada con el parto en mujeres ecuatorianas.</p>	Estudio observacional transversal.	388 mujeres que dieron a luz por vía vaginal o por cesárea.	<p>Se diseñó y aplicó a las participantes un cuestionario fenomenológico que debía recoger la realidad del parto a través de las experiencias compartidas por las puérperas que dieron a luz en unidades de salud pública.</p>	<p>El fruto de esta investigación indicó que la maniobra de Kristeller y la episiotomía fueron experimentadas como violencia física por parte de las encuestadas. Sin embargo, con la maniobra mayoritariamente si se les explicó el proceso. Con respecto a la episiotomía, el resultado es similar al de la maniobra, 64% de las encuestadas informaron que fueron informadas del procedimiento. Con respecto al trabajo de parto entre las 259 mujeres que</p>	<p>La mayoría de la VO surge en el curso del parto en los servicios públicos de salud de Quito, aunque la OMS ha reconocido la necesidad de atención perinatal al más alto nivel. Hay una necesidad urgente de programas diseñados para prevenir y reducir la violencia en el parto.</p>

Título	Autor	Año	Objetivos del estudio	Diseño del estudio	Ámbito/población de estudio	Método	Resultados.	Conclusiones
							dieron a luz por vía vaginal, 171 (66,0%) mujeres informaron que pudieron adoptar la postura de su elección mientras da a luz, (23,9%) no pudieron elegir y 13 (5,0%) no sabía que podían elegir. En cuanto al apego temprano, 50,5% de las 388 mujeres no tuvieron acceso, mientras que 45,1% informaron que sí.	
Conocimiento y vivencias de violencia obstétrica en mujeres que han vivido la experiencia del parto.	Leal	2019	Averiguar qué es lo que saben las mujeres con respecto a la VO y confirmar las formas de VO experimentada por parturientas durante el acto de parto.	Estudio cualitativo descriptivo.	20 mujeres en proceso de parto.	La cosecha de datos se llevó a cabo por medio de una entrevista semiestructurada, que consistía en las siguientes preguntas orientadoras: (1) Comente lo que entiende por violencia obstétrica; (2) Informe si los pasos y procedimientos del parto fueron abordados en la atención prenatal que realizó y (3) Describa su parto y hable sobre los procedimientos que consideró violentos para usted y/o su(s) hijo(s).	Como producto importante se determinó que la mayoría de las mujeres manifestaron no conocer el concepto VO. Las otras actuaciones informadas fueron violencia verbal y no verbal, procedimientos invasivos sin consentimiento y faltas en la atención del parto.	Los autores sugieren que es necesario de manera inmediata poner en marcha medidas que aseguren la asistencia y métodos humanizados para fortalecer a las mujeres y sean ellas las protagonistas en su propio parto.
Obstetric Violence in Spain (Part I): Women's Perception and	Mena	2020	Dar a conocer la existencia de VO en España como requisito	Estudio descriptivo, retrospectivo y transversal.	La población objeto del estudio se conformó por mujeres que fueron atendidas en hospitales públicos o	La cosecha de datos se realizó a través de un cuestionario ad hoc en línea, que se envió a profesionales de la salud, grupos de crianza	La muestra estuvo compuesta por 17541 cuestionarios, representativo de todas las Comunidades Autónomas españolas.	Este estudio muestra que hay un importante problema de salud pública en España y

Título	Autor	Año	Objetivos del estudio	Diseño del estudio	Ámbito/población de estudio	Método	Resultados.	Conclusiones
Interterritorial Differences.			de equidad interterritorial.		privados, por parto natural, cesárea o aborto espontáneo.	y de apoyo a la lactancia, entre otros. El cuestionario fue enviado por medio de las redes sociales WhatsApp y/o Facebook.	<p>El 38,3% de las encuestadas sintió VO. El 45,9% indicó que no fueron informadas sobre los métodos a los que habían sido sometidas, y tampoco se les pidió su consentimiento expreso. 34,5% manifestaron que fueron criticadas por su comportamiento mediante comentarios irónicos o denigrantes, el 31,4% había sido tratado con apodosos o diminutivos infantiles, el 48% comentó que no tuvo la posibilidad de expresar sus sentimientos y miedos.</p>	de respeto de los derechos humanos en cuanto a la VO. Los protocolos, entrenamiento y praxis de los profesionales sanitarios deben ser actualizados, se debe adoptar una política de transparencia que proporcione datos reales sobre cómo se trata a las mujeres.
Obstetric violence: Comparing medical student perceptions in India and the UK	2021	Gray	Estimar lo que saben y las actitudes hacia la VO en un grupo de estudiantes del grado medicina en los siguientes países: Reino Unido e India.	Estudio observacional.	280 estudiantes de medicina de India y 240 de Reino Unido.	A los participantes se les envió una encuesta y un video el cual muestra a una mujer en labor de parto, sola, sin compañero de parto y su parto es atendido, en varios puntos, por dos parteras/enfermeras, un médico y dos estudiantes de medicina.	<p>El 26 % de los participantes del Reino Unido había escuchado anteriormente el término violencia obstétrica, en comparación con el 34 % de los participantes de la India. Más del 30% de todos los participantes fue capaz de definir correctamente la violencia obstétrica. Los estudiantes indios fueron menos críticos con los comportamientos puntuados en el video en comparación con sus homólogos del Reino</p>	La capacitación normalizada para evitar la VO debe considerarse parte de la formación médica pregrado internacionalmente.

Título	Autor	Año	Objetivos del estudio	Diseño del estudio	Ámbito/población de estudio	Método	Resultados.	Conclusiones
							Unido. El 14 % de los participantes del Reino Unido habían visto ejemplos de violencia obstétrica en la práctica clínica en comparación con el 49 % de los participantes de la India.	
Obstetric violence in the perception of multiparous women.	Riberio	2020	Comprender la percepción de las mujeres que han experimentado más de un parto sobre sus vivencias con la VO.	Observacional descriptivo cualitativo.	20 mujeres multiparas.	Se realizaron entrevistas individuales semiestructuradas a mujeres multiparas para conocer sus experiencias al haber dado a luz más de una vez.	Como fruto de la investigación se compusieron dos subcategorías: VO en mujeres primíparas, destacada porque las mujeres sufrieron violencia verbal para cooperar durante el trabajo de parto y VO en mujeres multiparas, las cuales sufrieron violencia verbal y física que se hicieron presentes debido a que las mujeres tenían muchos hijos.	La VO en salud pública es experimentada por muchas mujeres. Se debe desnaturalizar las praxis violentas durante la labor de parto y el alumbramiento, con el objetivo de asegurar una atención respetuosa no discriminatoria
Obstetric violence a qualitative interview study	Annborn y Finnboogadottir	2022	Investigar el significado del término VO, con base en a los sucesos de parto de mujeres que habían informado de una mala vivencia de parto.	Enfoque cualitativo inductivo	12 mujeres suecas que dieron a luz tres años antes de la investigación y reportaron una vivencia de parto mala y/o traumática.	Se realizaron entrevistas no estructuradas que consistieron en una sola pregunta: ¿Quieres contarme cómo viviste el nacimiento de tu hijo? Y preguntas de seguimiento, ¿le gustaría desarrollar un poco más lo que acaba de decir?	Del análisis surgieron cuatro categorías principales: <ul style="list-style-type: none"> • Falta de información y consentimiento • Alivio insuficiente del dolor. • Falta de confianza y seguridad. • La experiencia del abuso 	Los resultados concluyeron con que las mujeres habían experimentado abuso psicológico y físico en el transcurso del parto, lo que se interpreta como VO. La experiencia del parto fue comparada con una violación

Título	Autor	Año	Objetivos del estudio	Diseño del estudio	Ámbito/población de estudio	Método	Resultados.	Conclusiones
Obstetric violence: theme approach in the training of Certified Nurse-Midwives.	Silva	2020	Componer el razonamiento del Sujeto Colectivo de enfermeras graduadas como matronas sobre la VO.	Estudio descriptivo, de enfoque cualitativo.	La población objeto del estudio fueron 60 estudiantes de la especialidad de matrona, 40 mujeres y 20 hombres	Para conseguir los datos se realizó una entrevista semiestructurada compuesta por preguntas relacionadas con el abordaje del tema de la violencia obstétrica durante la formación de enfermeras.	El Discurso del Sujeto Colectivo permitió confirmar la importancia de la formación de enfermeras frente a la VO.	Los puntos más esenciales encontrados corresponden a la formación académica, el conocimiento en la práctica educativa, la calidad asistencial, los desajustes científicos, tecnológicos y humanísticos, el fortalecimiento del modelo de atención, el programa estratégico en el sector salud, la base humanista y la visión clínica profesional
Disrespect and abuse in maternity care: individual consequences of structural violence	Solnes	2018	Describir cómo y por qué la exhibición de las parturientas a la falta de consideración y el abuso en los establecimientos de salud debe verse como un síntoma de violencia estructural	Estudio Observacional.	14 mujeres que dieron a luz por vía vaginal.	Se desarrollaron narraciones fundadas en entrevistas y observaciones de las relaciones de las parturientas con los profesionales de la salud desde su primera cita hasta después del nacimiento.	Todas ellas tuvieron experiencias negativas en la atención sin apoyo durante el embarazo y el parto, incluido el abuso psicológico, el abuso físico, el abandono y las violaciones de la privacidad.	En este estudio, todas las mujeres experimentaron falta de respeto y abuso desde su primera visita esperada al hospital para atención prenatal y

Título	Autor	Año	Objetivos del estudio	Diseño del estudio	Ámbito/población de estudio	Método	Resultados.	Conclusiones
								durante el nacimiento, falta de respeto y abuso en los centros sociosanitarios ha sido normalizado y legitimado como consecuencia de que no se valora la vida de las mujeres.
<p>The magnitude of the problem of obstetric violence and its associated factors:</p> <p>A cross-sectional study</p>	Martínez	2021	Especificar la preeminencia de la VO en el sistema de salud español y descubrir los factores relacionados.	Estudio observacional transversal.	899 mujeres que dieron a luz 12 meses antes del estudio.	Para recopilar la información del estudio, se construyó y aplicó un cuestionario en línea que contenía 49 ítems, este instrumento contemplaba entre otros aspectos resultados obstétricos y prácticas clínicas realizadas.	Los resultados del estudio indican la prevalencia de violencia obstétrica reportado por el 67,4% de las mujeres. En cuanto a los tipos de violencia el 25,1% reportaron violencia verbal, el 54,5% violencia física y el 36,7% violencia psicoafectiva, mientras que en el 15,3% de los casos se presentaron los tres tipos de violencia. Los ítems asociados a violencia obstétrica con mayor porcentaje fueron los toques vaginales repetidos y por diferentes profesionales.	2/3 parturientas perciben haber experimentado VO durante el parto. Prácticas como el contacto piel con piel y el uso de planes de parto respetados, fueron factores protectores contra la violencia obstétrica.

Título	Autor	Año	Objetivos del estudio	Diseño de estudio	Ámbito/población de estudio	Método	Resultados.	Conclusiones
Self-reported disrespect and abuse by nurses and midwives during childbirth in Tanzania: a cross-sectional study.	Shimoda	2020	Medir la preeminencia de la falta de respeto y el abuso por parte de enfermeras y parteras de mujeres durante el parto en establecimientos de salud en Tanzania y determinar los factores relacionados con la falta de respeto y el abuso.	Estudio transversal retrospectivo y descriptivo.	Grupo de 456 participantes compuesto por enfermeras, parteras y auxiliares de enfermería	El cuestionario aplicado a los participantes poseía cuatro secciones: características sociodemográficas, condiciones de trabajo individuales (horas de trabajo y descanso, turnos de trabajo, horas extras, trabajos secundarios, salario y ocupación), así como ítems relacionados con la falta de consideración y el abuso.	El 96, 1% de los encuestados reportaron promulgar una forma de falta de consideración y abuso como mínimo y dos formas de falta de consideración y abuso como máximo. Las faltas que se reportaron con mayor frecuencia entre los encuestados fueron, no cubrir las piernas de las mujeres al realizar el examen vaginal y no obtener consentimiento para realizar episiotomía. Los puntajes de falta de respeto y abuso aumentaron al incrementar las horas de trabajo por semana y tomar un descanso durante los turnos de noche.	Se estableció que la violencia obstétrica estaba relacionada más con el comportamiento de enfermeras y matronas y no tanto con las características estructurales individuales y de las instalaciones.
Obstetric violence: Clinical staff perceptions from a video of simulated practice	Gary	2019	Medir el entendimiento y las actitudes hacia la VO en un grupo de distintas nacionalidades de enfermería obstétrica y obstetras en un hospital de maternidad	Estudio observacional.	Grupo de 640 participantes compuesto por enfermeras y parteras.	Se envió a los 640 participantes una encuesta en línea (correo electrónico). La encuesta contaba con un video que mostraba una escena dramática de VO.	El 52% de los participantes tenía conocimiento previo del concepto VO y el 48% podía determinarlo de forma correcta, 63% de los participantes fue testigo de VO en algún momento de su profesión. Los médicos que rellenaron la encuesta también fueron más duros con los médicos en formación que con el personal de parteras y enfermeras. Los obstetras y	Este estudio demuestra que la mayoría del personal de esta cohorte conocía la violencia obstétrica y podía identificar comportamientos negativos en el video y luego reflexionar sobre cómo esto afecta la atención que brindan. Se necesitan más estudios para

Título	Autor	Año	Objetivos del estudio	Diseño del estudio	Ámbito/población de estudio	Método	Resultados.	Conclusiones
			privado en Qatar.				el personal de enfermería y las parteras identificaron la dignidad del paciente, la privacidad y la atención centrada en el paciente como las principales deficiencias profesionales que se ven en el video.	identificar las formas en que se puede prevenir la violencia obstétrica tanto en entornos de bajos como de altos recursos.
Obstetric Violence in Mexico: Results From a 2016 National Household Survey	Castro y Frias	2019	Evaluar la preeminencia y los factores relacionados con la VO	Estudio transversal retrospectivo.	24.064 mujeres entre 15 y 49 años, con al menos un parto en el periodo comprendido entre 2011 y 2016.	Las participantes respondieron a una encuesta conformada por variables dependientes es decir sus experiencias durante su último parto en relación con el maltrato físico, el cuidado no consentido y el cuidado no digno. Las variables independientes incluidas fueron los datos sociodemográficos y factores institucionales.	El 23,6% de las mujeres mexicanas entre 15 y 49 años vivió abuso y violencia obstétrica durante su último parto y 17,1% fue sometida a intervenciones no consentidas. Entre los abusos obstétricos más frecuentes se encuentran, haber sido objeto de gritos y regaños 11,2% y demora para ser atendidas, con el alegato que gritaban o se quejaban mucho 10,3%. En cuanto a las intervenciones sin consentimiento, destacan no informar que la cesaría fue necesaria 10,3% y practicar la cesárea sin autorización de la paciente 9,7%.	La VO es una praxis habitual en los centros sociosanitarios. Es un derecho humano y problema que debe ser prevenido y erradicado.
How women are treated during facility-based childbirth in four countries: a cross-sectional	Bohren	2019	Desarrollar e implementar herramientas validadas y basadas en evidencia para medir el maltrato durante el	Estudio transversal.	2016 mujeres observadas por el personal sanitario in situ y 2672 que respondieron a una encuesta.	Se reclutó de manera prospectiva a mujeres de al menos 15 años en doce centros de salud (tres por país) en Ghana, Guinea, Myanmar y Nigeria entre. Se realizaron observaciones continuas	El 41,6% de las mujeres observadas in situ por el personal sanitario y 35, 4% de las encuestadas experimentaron abuso físico o verbal o estigma o discriminación. El abuso físico y verbal alcanzó su punto máximo 30 minutos	Comprender los impulsores y las dimensiones estructurales del maltrato, incluido el género y las desigualdades sociales, es esencial para

Título	Autor	Año	Objetivos del estudio	Diseño del estudio	Ámbito/población de estudio	Método	Resultados.	Conclusiones
study with labour observations and community-based surveys.			parto, e informar los resultados de un estudio transversal en 4 naciones de ingresos bajos y medianos.			del trabajo de parto y el parto desde la admisión hasta 2 horas después del parto. Por otra parte, se realizaron encuestas a otro grupo de mujeres en cada comunidad (mujeres con 8 semanas de haber dado a luz).	previos al alumbramiento hasta los 15 minutos posteriores. Muchas mujeres no dieron su consentimiento para la episiotomía (mujeres observadas 75,1 % de 253, mujeres encuestadas 56,1 % de 526) o cesárea (mujeres observadas 13,4 % de 261 y mujeres encuestadas 10,8% de 483). Se observó que 5% del total de mujeres encuestadas fueron retenidas con sus bebés por no poder cancelar la cuenta del centro de salud.	asegurar que las actuaciones tengan en cuenta correctamente el marco más extenso.
Design and Validation of the PercOVS Questionnaire for Measuring Perceived Obstetric Violence in Nursing, Midwifery and Medical Students	Mena	2020	Construir y validar un instrumento (Percepción de Violencia Obstétrica en Estudiantes) que pueda evaluar las apreciaciones de los estudiantes de ciencias de la salud sobre ciertas prácticas relacionadas con la violencia obstétrica.	Estudio observacional.	153 estudiantes de enfermería, medicina y obstetricia.	El cuestionario aplicado a los estudiantes constó de 33 ítems que midieron la percepción de los estudiantes sobre la violencia obstétrica utilizando una escala de Likert ascendente de 5 niveles (1: ninguna violencia obstétrica, 5: mucha violencia obstétrica).	La distribución de los estudiantes según área de estudio fue la siguiente: estudiantes de enfermería, 60,8% estudiantes de medicina, 9,2% y estudiantes de partería 30,1%. La puntuación media global del cuestionario fue de 4,14 lo que indica un alta percepción de violencia obstétrica.	Este resultado indica que una parte muy sustancial de la violencia obstétrica permanece oculta y es difícil de identificar por diversas razones.

Título	Autor	Año	Objetivos del estudio	Diseño del estudio	Ámbito/población de estudio	Método	Resultados.	Conclusiones
"If we're here, it's only because we have no money..." discrimination and violence in Mexican maternity wards.	Valdez	2018	Analizar experiencias de discriminación estructural y de género en oposición a las mujeres en el curso de atención del parto en 2 hospitales públicos de México.	Estudio transversal.	512 mujeres que recibieron atención médica por parto vaginal o cesárea.	Se entregó inicialmente a las participantes un cuestionario compuesto por diversos ítems como experiencia obstétrica previa, exposición a la violencia durante el proceso de atención obstétrica, entre otros. Se organizaron tres grupos focales dos grupos estuvieron compuestos por enfermeros y uno por médicos obstetras-ginecólogos.	Las narrativas de los profesionales de la salud entrevistados contenían expresiones de discriminación en salud relacionadas con ciertas características de las mujeres como, pobreza, desconocimiento, incomprensión de instrucciones y ser mujer. Las mujeres, por el contrario, se percibían a sí mismas como pertenecientes a una clase social baja y en consecuencia, se comportaron de forma pasiva con el personal durante su estancia hospitalaria. Las mujeres reportaron maltrato tanto físico como psicológico durante el cuidado. La primera incluía que les manipularan violentamente las piernas, las ataran a la cama, les abofetearan, las pellizcaban y las sometieron a múltiples y descuidados exámenes pélvicos.	Sugieren la necesidad de dismantlar la práctica médica, particularmente en lo que respecta a la obstetricia y la ginecología. Es imperativo elaborar políticas públicas y planes basados en acciones centradas para eliminar las numerosas formas de violencia estructural y de género que replican a diario los actores del sistema de salud.
Components of obstetric violence in health facilities in Quito,	Mejier	2019	Estudio transversal descriptivo.	Describir el nivel de violencia obstétrica en tres componentes: (1) la información brindada a la madre, (2) el	388 mujeres que dieron a luz por vía vaginal o por cesárea.	El estudio se basa en un cuestionario dividido en seis secciones de violencia obstétrica y una sección sobre el	En lo que respecta a la episiotomía y la maniobra Kristeller, más de un tercio de las mujeres indicaron que no se les proporcionó información antes de	La violencia obstétrica se ve ejercida en los tres componentes: información;

Título	Autor	Año	Objetivos del estudio	Diseño del estudio	Ámbito/población de estudio	Método	Resultados.	Conclusiones
Ecuador: A descriptive study on information, accompaniment, and position during childbirth				acompañamiento de la madre, y (3) las posiciones durante el parto.		conocimiento y percepción de la misma.	realizar el procedimiento. En el caso del parto vaginal, 46,9% de las mujeres indicaron que el personal de salud no les permitió ser acompañadas. En el caso de parto por cesárea, 84,9% de las encuestadas indicaron lo mismo. De 119 (37,2%) mujeres que atravesaron la labor de parto no pudieron elegir la posición que querían o no sabían que podían elegirla durante el parto.	acompañamiento; y posición libre.
Obstetric Violence in Spain (Part III): Healthcare Professionals, Times, and Areas	Mena	2021	Estudiar en qué punto de la maternidad, con qué sanitarios y en qué unidades las parturientas identificaron la VO.	Estudio observacional, retrospectivo y transversal	17541 participantes.	La cosecha de información se llevo a cabo mediante un cuestionario que se envió a profesionales de la salud, grupos de crianza y de apoyo a la lactancia etc. Mediante las redes sociales WhatsApp y/o Facebook. Estas asociaciones, colectivos y profesionales sanitarios fueron los encargados de distribuir el cuestionario entre las mujeres. Se agregaron otras variables: los tiempos en que se practica la VO (en el proceso de embarazo, durante el parto, durante el	El área identificada con mayor violencia obstétrica para las diferentes variables estudiadas fue la de hospitales. Las mujeres reconocieron más VO en el momento que están pariendo en el paritorio. Destacan descubrimientos como la no información y consentimiento informado (74,2%) y las críticas al conducta y trato infantil (87,6%).	Los principales profesionales que originan violencia obstétrica en los centros españoles son las matronas y ginecólogos, también se identificó a otros profesionales de la salud como los anestesistas.

Título	Autor	Año	Objetivos del estudio	Diseño del estudio	Ámbito/población de estudio	Método	Resultados.	Conclusiones
						puerperio) y las áreas en las que se llevó a cabo (atención primaria y hospital).		

7. Marco teórico y discusión.

En la actual investigación, uno de los puntos a analizar es la situación que vive España hoy en día con respecto a la Violencia Obstétrica (VO desde este momento), desde la actuación de los profesionales sanitarios hacia las víctimas. Además, el presente estudio permitió analizar un grupo de más de 40 mil sujetos de investigación, los cuales fueron evaluados principalmente a través de cuestionarios. Los resultados permitieron conocer la valoración y el conocimiento de la VO que los dos grupos de estudio diferenciado: personal sanitario y mujeres.

La atención durante el trabajo de parto tiene un origen milenario que ha ido evolucionando en las diferentes culturas hasta el día de hoy. Existen pinturas rupestres del Paleolítico donde se observan a mujeres agachadas con la figura de una partera acompañándolas. (Desconocido, 2021a)

Dentro de la evolución histórica del parto, encontramos referencias en los textos bíblicos, de la mujer en cuidados del parto, recibiendo el nombre de partera o comadrona. O en Grecia, cuando esta figura quedó en un segundo plano por la aparición de la figura del médico en las prácticas obstétricas. En la cultura romana, la figura de comadrona vuelve a tener un gran prestigio y su dedicación esa los partos de las clases sociales altas. (Sedano et al., 2014)

Durante la Edad Media, según la clase social de la mujer que iba a parir, así eran atendidas. Las clases pudientes contaban con comadronas con experiencia y reconocimiento, mientras que las mujeres de clases sociales bajas eran atendidas por mujeres inexpertas y que sus conocimientos eran transmitidos de forma oral entre diferentes generaciones, siendo esta época de regresión para la práctica. (Manrique et al., 2014)

Pero es en el año 1804 cuando queda regulada la instrucción de matronas a través de temario, exámenes y prácticas para la obtención de una cualificación oficial, enseñanza impartida por médicos hasta el año 1868, año en el cual las matronas pudieron alcanzar la docencia. (Manrique et al., 2014)

La Especialidad Obstétrica para ATS llega en el año 1958, permitiéndose a ella a los hombres a partir de los años 80. Y en 1992 se aprueba el EIR de Enfermería Obstétrico-Ginecológica. (Manrique et al., 2014)

Partiendo desde la segunda mitad del siglo XX cuando el parto fue avanzando hacia la atención hospitalaria, ya que, hasta entonces, era principalmente domiciliario. Desde este momento, se ha ido progresando en una atención centralizada en la mujer, con técnicas menos invasivas e intentando un parto más respetuoso. (Manrique et al., 2014)

Según la OMS, la VO es *“aquella que sufren las mujeres durante el embarazo o el parto al recibir un maltrato físico, humillación y abuso verbal, o procedimientos médicos coercitivos o no consentidos”*. También se puede incluir las acciones como la no obtención de los consentimientos informados, la negación por parte del personal sanitario a la administración de medicación para el dolor o violaciones de la intimidad de la mujer. (World Health Organization, 2014)

El Observatorio de Violencia Obstétrica (OVO desde este momento) de España surge el 25 de noviembre de 2014 para dar visibilización a la violencia obstétrica en España, presentado por Ibone Olza a la Junta de *“el Parto es Nuestro”*, lanzándolo como actividad. El OVO es un organismo multidisciplinario, cuya finalidad es denunciar este tipo de violencia. Se realizó una encuesta con datos de tratos recibidos, información, consentimientos, dilatación, recién nacido y posparto. A partir de este punto se empezó a trabajar. OVO es una entidad no lucrativa, con capacidad jurídica, dedicada a la investigación y docencia buscando la mejora de servicios, asistencias y protección de los derechos de las pacientes. El OVO describe la Violencia Obstétrica como *“el desconocimiento de las necesidades emocionales de la madre y del bebé en cualquier momento del embarazo, del parto y del puerperio inmediato, así como de la autoridad y autonomía que la mujer tiene sobre su sexualidad, su cuerpo y sus bebés y las posturas, ritmos y tiempos que requiere el parto”*. (Desconocido, 2021b)

Se debe tener en cuenta que los tres pilares de la Violencia Obstétrica se dividen en:

- Los profesionales sanitarios son los que realizan la violencia hacia la mujer.
- Las afectadas son las futuras madres.
- El resultado final recae en la futura madre que debe respeto y obediencia para poder garantizar su propia salud y la de su futuro bebé. (Fuentes, 2021)

La VO se manifiesta de múltiples maneras y a lo largo de todo el proceso de embarazo y el puerperio. Después de la revisión y las conclusiones obtenidas tras las lecturas realizadas, se puede determinar como prácticas más habituales instauradas en los paritorios:

- Episiotomías → técnica que se basa en cortar piel y músculos de la vagina para precipitar la salida del bebé. Es recomendable en ciertos momentos, pero no de realización sistémica. La realización de esta técnica conlleva efectos secundarios como sangrado crónico, dolor en zona vaginal, incontinencia fecal/urinaria y posibilidad de infecciones urinarias.
- Fórceps didácticos → utilización de la técnica de tenazas sobre la cabeza del feto durante el parto para que los estudiantes aprendan la técnica de realización.
- Inducción injustificada del parto → iniciación de parto o reducción de su duración cuando no hay justificación de beneficios para la salud de la madre o del bebé.

- Maniobra de Kristeller → técnica en la cual se realiza presión sobre el fondo uterino de la madre para conseguir un aumento de la presión abdominal durante la fase expulsiva, con la mano o antebrazo, mientras dura la contracción en dirección hacia la pelvis materna. El fin de la técnica es acortar el periodo de parto.
- No realización piel con piel → la separación en el momento de nacimiento entre madre y bebé puede conllevar problemas en el momento de vinculación afectiva e interferir en la lactancia materna y aumentar la probabilidad de depresión postparto.
- Enema preparto → la evidencia científica no ha demostrado que la administración de un enema preparto ayuda a evitar que en la etapa del expulsivo salgan heces.
- Depilación de vello → la evidencia científica no ha podido determinar que con el vello depilado se consiga reducir el número de infecciones ni se facilite la sutura en caso de necesidad.
- Maltratos verbales → que van desde la infantilización de la mujer, humillación, culpabilizar a la puérpera de las consecuencias normales del parto. (Jojoa Tobar et al., 2019)

Los datos disponibles de España en febrero de 2021 nos muestran que aproximadamente el 40% de las mujeres han sufrido VO, considerando un 44,4% que fueron sometidas a procedimientos que no fueron necesarios y/o dolorosos y de ellas, el 83,4% no habían firmado un consentimiento informado ni aceptado esas prácticas. (Desconocido, 2021b)

En España se han llegado a situaciones que han terminado en los tribunales. Por ejemplo, en febrero de 2019, el Tribunal Superior de Justicia de Navarra condenó a Salud de Navarra a la indemnización a una mujer por la realización de una mala praxis durante su parto. (Desconocido, 2021b)

Pero, aun así, en nuestro país no hay reconocimiento de la VO en ámbitos legales que sancionen específicamente este tipo de violencia, siendo considerada deficitaria y atentando contra los derechos, dignidad y autonomía de las mujeres que no se sienten apoyadas durante su periodo de gestación, parto o puerperio. Un 60% de las mujeres encuestadas consideran que el apoyo sobre el derecho del embarazo y puerperio no son promovidos de una manera correcta. (Obstétrica et al., 2019)

El impacto que deja la Violencia Obstétrica queda reflejado en un estudio realizado por Silveira et al., dejando en evidencia que hacia las mujeres se agrava la posibilidad de poder padecer depresión postparto o traumas psicológicos. En las informaciones acreditadas por las mujeres se manifestaron abusos verbales y faltas de respeto. (Freitas Silveira et al., 2019)

Hay que tener en cuenta que este tipo de violencia no solo afecta a la mujer embarazada, sino que puede dañar a familiares y entorno familiar, significando una experiencia negativa, ya que están sometidas a situaciones traumáticas, afectando al bienestar de la unidad familiar o del núcleo central de la parturienta. (Crespo Antepará et al., 2018)

En España aún no hay una ley específica sobre la VO, pero si existen leyes y/o artículos en los cuales la mujer puede acogerse:

- Declaración de Derechos Humanos Universales, artículo 25: *“Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure [...] la asistencia médica y los servicios sociales necesarios”*. (Asamblea General de Naciones Unidas, 1948)
- Artículo 43.1 de la Constitución Española “derecho a la protección de la salud”. (Cortes Generales de España, 1978)
- Artículo 8, consentimiento informado Ley de Autonomía del paciente del BOE de 2002, en el cual se dice que “toda actuación en el ámbito de la salud de un paciente necesita el consentimiento libre y voluntario del afectado, recibiendo la información de forma verbal y por escrito en prácticas invasivas”. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. (Cortes Generales de España, 2002)
- La Estrategia de Atención al Parto Normal (EAPN) y la Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal idealizan un plan de parto (Anexo I) en el cual se expresan las prácticas indicadas para el mismo. En este documento, la mujer puede indicar sus decisiones durante su parto, su posición en el expulsivo o la piel con piel inmediato tras el alumbramiento. (Consumo, 2012)

Una de las formas más comunes que existen de VO es la no información a la paciente y en consecuencia que no se le facilite el consentimiento informado (Anexo II) para que lo firme. Es obligación del personal sanitario que está atendiendo a la mujer de informar de las técnicas de exploración y la paciente debe dar su consentimiento de forma verbal o escrita, y debe ser informada de una forma correcta y con un lenguaje que sea comprensible para ella, siendo informada de las técnicas que se van a utilizar y de sus posibles complicaciones. (Cortes Generales de España, 2002)

La falta de respeto por parte de los profesionales sanitarios hace sentirse a las mujeres indefensas, soportando burlas, gritos o frases fuera de lugar. Incluso el uso de diminutivos/apodosos llevan a la mujer a la infantilización de la mujer, el exceso de personal durante las exploraciones, el exceso de tactos vaginales innecesario. Estas acciones pueden reprimir los comportamientos de la mujer durante el parto, como el gritar por el dolor o el poder moverse por el mismo. (Rodrigues et al., 2022)

Una de las maniobras más utilizadas a partir de la semana 37 de gestación es la maniobra de Hamilton, consistiendo la misma en introducir los dedos con una rotación interior para liberar prostaglandinas y separar la bolsa de la pared del útero. La percepción de esta técnica desde el punto de vista de las parturientas es dolorosa y traumática. Se pueden realizar otras técnicas de inducción al parto, como por ejemplo la rotura de la bolsa amniótica o amniorraxis artificial, intentando aumentar las contracciones y favorecer el parto vaginal. (Rodrigues et al., 2022)

La inducción al parto es una maduración cervical y una dilatación del cuello uterino gracias a la utilización de hormonas farmacológicas. Este tipo de inducciones solo deben utilizarse cuando sea beneficioso para finalizar el embarazo según indica la SEGO (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia). (Ministerio de Sanidad y Política Social. Gobierno de España., 2010)

En la totalidad de los estudios revisados, la mayoría de las participantes tenía poco o ningún conocimiento sobre la VO. En relación con las mujeres gestantes o parturientas, el sometimiento a este tipo de violencia para ellas es desconocido y conocido después de realizado. (Annborn y Finnbogadóttir, *et al.* 2022).

Actualmente, no cabe duda de que la VO es un problema mundial generado por múltiples factores, no obstante, existe un factor común en todos los casos, centrándose en el modelo de medicina bajo el cual se forma la totalidad del personal médico a nivel global, conocido como modelo Biomédico (León, 2018). En el paradigma del modelo biomédico, la salud y la enfermedad son dos extremos, para llegar de un extremo al otro es necesario recibir el diagnóstico y posteriormente una intervención terapéutica, todo este proceso es mediado por el médico o el resto del personal sanitario (León, 2018).

En los trabajos analizados son muchas las evidencias de prácticas y procedimientos innecesarios realizados a las parturientas que en pocos casos se les notifica o se les solicita su consentimiento informado. Desde este modelo de salud, la mujer es considerada una entidad pasiva y sin responsabilidad sobre su proceso de salud. Enmarcado en este modelo, los sistemas de salud se vuelven grandes depósitos humanos. A través del análisis de los trabajos se destaca que la VO no es un fenómeno exclusivo de los países de ingresos bajos y sorprende las diversas situaciones expuestas por las mujeres parturientas en naciones de ingresos altos como España y Suiza. En esta última nación, las mujeres encuestadas en uno de los estudios calificaron la experiencia del parto similar a una violación (Annborn y Finnbogadóttir, 2022). La falta de información oportuna, el maltrato verbal, en algunas ocasiones el físico y la ausencia del consentimiento informado para realizar diferentes procedimientos son claros indicadores de la violencia obstétrica.

Por otra parte, el personal sanitario a pesar de conocer en muchos casos de manera superficial la VO (Gray, 2021), sigue ejerciéndola y reproduciéndola bajo diversos argumentos, quizás uno de los más poderosos es el conocimiento sobre su práctica, en muchos casos llegando a ser casi incuestionable. (Martínez, 2021)

Con respecto a enfermeras y matronas, a pesar de reconocer las situaciones de violencia obstétrica, asumen que las prácticas que implementan ayudan a las parturientas, no obstante, en comparación con los médicos obstetras fueron más propensas a evaluar y cambiar su metodología de trabajo con respecto a las mujeres parturientas. (Zanchetta et al., 2021)

Los sanitarios suelen reproducir la VO contra otras mujeres, esto indica la existencia de una jerarquía sexual, es decir, las mujeres más vulnerables son sometidas a un trato más grosero y humillante (Riberio et al. 2020). Así, las mujeres negras, pobres, adolescentes, mujeres que no tuvieron control prenatal o sin acompañante, trabajadoras sexuales, usuarias de drogas, mujeres sin hogar o mujeres privadas de libertad son más propensas al abandono o la negación de la atención (Riberio et al. 2020, Pinto et al. 2018).

Cuando una mujer sufre VO por parte del personal sanitario genera un trauma con el cual tendrán que vivir el resto de su vida. El desconocimiento por parte de algunas mujeres con respecto a sus derechos sexuales y reproductivos hace que esta VO persista en la atención que reciben. Es por este motivo por el cual muchas mujeres no están seguras de haber sufrido actos violentos, porque confían en los profesionales de la salud y también por la propia condición de fragilidad física y emocional provocada por los procesos obstétricos. Esta pasividad permite la imposición autoritaria de valores morales despectivos y normas por parte de profesionales de la salud que creen saber lo que es mejor para las pacientes que se sienten incapaces de actuar (Riberio et al. 2020).

La disciplina de enfermería está basada en la ética, ya que es una profesión en la cual, además de curar, se ayuda y cuida a otras personas. La ética proporciona herramientas a los profesionales para poder enfrentarse a diferentes situaciones y así tener conciencia crítica para solventar dichos escenarios, marcando que comportamientos son adecuados para la práctica clínica. Es importante formar a los futuros enfermeros dentro de la disciplina de la ética y bioética ya que tendrá peso en su día a día con las acciones que realicen (Alana de Becerra et al., 2020).

Los cuidados que hay que brindar al paciente son individuales y universales, respetando la dignidad y los derechos de estos. La bioética hace de punto de unión entre la parte científica de enfermería con la parte humana y se basa en los cuatro principios fundamentales (Aguilar y Marqués, 2007, p.36):

- Principio de beneficencia → basado en la necesidad de no realizar daño y buscar el bienestar del paciente.
- Principio de autonomía → basado en la capacidad que tiene el propio paciente en tomar sus propias decisiones, facilitándole el consentimiento informado, derecho para participar o no en una investigación...
- Principio de justicia → basado en la igualdad, equidad y planificación. Se debe realizar un uso correcto de los recursos que se tienen, atender siempre en primer lugar al más necesitado...

- Principio de no maleficencia → basado en evitar en todo momento hacer daño, intentando realizar el bien y evitando el daño físico, mental o psicológico que se pudiera realizar sobre el paciente.

Con respecto a los principios éticos y la violencia obstétrica Martin *et al.* 2021 describen los efectos que la mala praxis y la violencia dentro de la atención obstétrica que tienen sobre los principios de la bioética americana y europea, obteniendo en el estudio a cuatro categorías: *“la maleficencia de olvidar la vulnerabilidad”*, *“la beneficencia exige el respeto a la integridad y dignidad”*, *“despojo de la autonomía”* y *“un problema de justicia social hacia las mujeres”*.

Tras la revisión de los resultados obtenidos, los autores determinaron que la VO vulnera los principales principios éticos, generando vulnerabilidad e inseguridad en las mujeres. Las experiencias negativas durante el parto deben generar alerta y guiar la atención obstétrica a un proceso de humanización (Martin et al. 2021). En la actualidad y a la fecha en el mundo han nacido más de 36 millones de niños, y si se puede decir que la VO hoy en día es un problema global, entonces la cifra de nacimientos se transforma en un dato alarmante, porque se desconoce qué porcentaje de las mujeres que dieron a luz en esos partos sufrió de VO, esta ausencia de información podría colocar a la VO como el tipo más predominante de violencia al cual las mujeres son sometidas.

Gran número de las investigaciones corresponden a regiones y países de ingresos bajos, a pesar de que la información que se desprende de los mismos es preocupante, es desde estos países que se han impulsado y aprobado iniciativas de carácter legislativo que buscan frenar y erradicar la violencia obstétrica. En este sentido América Latina es uno de los continentes que se ha conseguido poner a la cabeza en lo que corresponde a procesos legislativos, siendo Venezuela, Argentina, Bolivia, Panamá y México quienes han aprobado leyes que contemplan visibilizar y erradicar la violencia obstétrica de la práctica de salud (Quatocchi, 2019, Williams et al. 2019).

Venezuela se convirtió en el año 2007 en la primera nación de América Latina en desarrollar una legislación en torno a la VO, término que engloba conceptos tan diversos como falta de respeto y trato abusivo de la mujer en el proceso de gestación, parto y puerperio, atención sin consentimiento y sin indicaciones médicas y negligencia durante emergencias obstétricas (Williams et al. 2019). Cabe destacar que la legislación de Venezuela interpreta explícitamente la violencia obstétrica dentro del contexto de la violencia de género, y estipula que eliminar la violencia obstétrica es fundamental para garantizar que las mujeres puedan vivir una vida libre de violencia (Williams et al. 2019). Además, en este país desde el año 2017 se impulsó el Plan Nacional “Parto Humanizado” como política de estado, este plan promueve la protección de la mujer embarazada, durante todo el proceso de gestación, parto, posparto y lactancia. (Leal *et al.*, 2019)

Por otra parte, y de manera paradójica en los países de altos ingresos como los conformados en el bloque de la Unión Europea, se ha discutido extensamente el tema de la violencia obstétrica entre los movimientos sociales, organizaciones de derechos humanos y académicos, no

obstante, ninguna de las naciones involucradas ha aprobado leyes que promulguen la eliminación de la VO. (Quatocchi, 2019).

El personal de enfermería tiene contacto directo con las personas en diversos espacios, lo que permite la generación y establecimiento de relaciones humanas dinámicas, donde el flujo de información es constante, esta información permanente puede transformarse en herramienta útil para abordar distintos problemas de salud pública como la VO. (Riberio *et al*, 2020)

Es preciso que la división de enfermera sea consciente de su rol clave en la mitigación de este importante problema, y para poder llegar a este punto es necesario mejorar la preparación académica y la capacidad de investigación para no solo acatar protocolos, sino mejorarlos o proponer nuevos. La promoción de una propuesta de ley europea en contra de la violencia obstétrica debería ser objeto de debate y reflexión entre el personal sanitario en formación y los que se encuentran ejerciendo, con especial énfasis entre el grupo de los profesionales de la enfermería, los cuales están en la mayoría de las ocasiones en contacto directo y rutinario con las mujeres que están por dar a luz y que por omisión o de manera consciente potencian la VO.

8. Conclusiones e implicación de mejora para la investigación de enfermería.

El análisis minucioso de los trabajos de investigación evaluados en el presente estudio evidenció que la totalidad de este cumple con los criterios de valoración propuestos por la metodología CASPe, sin embargo, la mayoría no presenta en sus conclusiones resultados novedosos para el conocimiento o la práctica clínica o que apunten a la creación de nuevas líneas de investigación.

Únicamente cuatro de los trabajos presentan un aporte claro, en uno de ellos se plantea el diseño de un instrumento de Percepción de VO en estudiantes que pueda evaluar con cierta frecuencia como los estudiantes del área de la salud perciben la VO a medida que avanza su formación. (Mena *et al.*2020)

Por otra parte, se puede observar que la VO es un problema de Salud Pública que tiene una influencia negativa en la vida de las mujeres parturientas, en el presente estudio y en base a los objetivos propuestos se decretó que los comportamientos que generan violencia obstétrica son el abuso físico y verbal (trato indigno), la falta de atención no confidencial, discriminación basada en la condición social y en atributos específicos de la paciente y el sometimiento a procedimientos médicos sin el consentimiento informado. (Mena *et al.*2020)

En consecuencia, este problema es necesario abordarlo desde diferentes espacios, iniciando con el impulso de políticas y leyes que protejan a la mujer antes, durante y después de dar a luz. La formación en los espacios académicos también resulta clave para detener la violencia obstétrica, desde las escuelas de enfermería y medicina de debe realizar más énfasis en este tema. (Valdez *et al.*, 2018)

Considerando lo expuesto en esta investigación se propone que cada comunidad autónoma, en el caso de España, establezca en sus hospitales de referencia unidades de investigación sobre la VO, siendo estos el órgano central para los profesionales de salud y los estudiantes que estén relacionados con las obstétrica. El objetivo es establecer “in situ” desde la práctica clínica espacios de trabajo e intercambio que consigan aclarar los puntos clave de la VO, espacios donde se constituyan “laboratorios” que evaluarían las 24 horas y los 365 días del año cómo evoluciona la violencia obstétrica, proponiendo de manera inmediata correctivos o estableciendo planes y programas. (Mena *et al.*2020)

Somos acompañantes del proceso de la maternidad, no los protagonistas. El centro de este proceso es la mujer. Ella tiene que poder expresar sus miedos y sus temores durante todo el proceso. (Pauletti *et al.*, 2020)

La formación continuada permite al personal sanitario adquirir conocimientos para hacer reflexionar y sensibilizar a los agentes de salud y así poder modificar las prácticas que vulneran los derechos de las mujeres sin tener en cuenta su procedencia socioeconómica o cultural. (Silva *et al.* 2020).

La mujer debe tener autonomía, decisión propia sobre sí misma y su hijo, recibir la atención que cubra sus necesidades de forma integral, con calidad, respetando sus emociones, su cultura y su religión. Tiene derecho a ser escuchada, a conocer su tratamiento y el procedimiento y a poder decidir. La mujer puede escoger la posición para parir, expresarse, comunicarse, favoreciendo así el control de la gestante sobre su cuerpo y mejorando el trabajo de parto. (Leal, 2021).

Igual de importante es promover la paternidad activa. Desde el rol de enfermería se puede involucrar al padre en el acompañamiento de su pareja, atención prenatal, favoreciendo así el vínculo padre-hijo, pero no solo en el momento del parto, si no en el proceso del control prenatal, para que obtenga un rol más activo. (Uribe et al., 2018)

Para poder cubrir estas necesidades, los profesionales sanitarios deben tener en cuenta que su función es la de acompañamiento durante el proceso de trabajo de parto y alumbramiento, sin olvidar los derechos que tiene la mujer, respetando la intimidad, informando de todos los procesos, facilitando los consentimientos a la paciente, aunque se consideren rutinas del día a día. (Pauletti et al., 2020)

Implicación de mejora para la práctica clínica.

La VO es un debate hoy en día que va en aumento, ya que cada vez más mujeres levantan la voz luchando por un parto humanizado donde desean ser ellas y sus hijos los protagonistas de momentos, en un entorno seguro y de confianza.

Desde una perspectiva docente, investigadora y de interacción social, se debe abordar el rol por parte del personal de enfermería para dar a conocer la VO y la promoción de prácticas y elaboración de protocolos que lleven a un parto respetado, humanizado, cálido y seguro.

El principal tipo de modalidad que se evidencia es la psicológica, donde la mujer se siente inferior, infantilizada y desprotegida, por eso es importante que los profesionales sanitarios tengan conocimientos de los distintos patrones de VO que existen, para poder realizar protocolos adecuados para la prevención de estas situaciones.

El parto hoy en día está mediatizado y la mujer es una intervención y no un sujeto de derecho. La mujer es un paciente, pero no enferma, y esto hace que sus derechos sean fácilmente vulnerados.

La necesidad de formar a los profesionales de enfermería es primordial para prevenir, detectar y tratar la violencia obstétrica de forma específica, permitiendo la elaboración de protocolos para desarrollar una buena praxis y evitarla en un futuro.

Para un futuro, es preciso más estudios e investigaciones que vayan más allá de la mera descripción o caracterización del problema, los mismos deben apuntar a soluciones concretas y basadas en la realidad de cada localidad o región, no existen soluciones “universales” si no individualizadas para cada caso y humanizadas.

9. Referencias bibliográficas.

- Aldana de Becerra, G. M., Tovar Riveros, B. E., Vargas, Y., & Joya Ramírez, N. E. (2020). Formación bioética en enfermería desde la perspectiva de los docentes. *Revista Latinoamericana de Bioética*, 20(2), 121-142.
- Aguilar, M., & Marqués E. (2017). *Ética profesional en Fisioterapia*.
- Annborn, A., & Finnbogadóttir, H. R. (2022). Obstetric violence a qualitative interview study. *Midwifery*, 105, 103212. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2021.103212>
- Asamblea General de Naciones Unidas. (1948). Declaración Universal de Derechos Humanos. In *Derechos Humanos*.
- Bohren, M. A., Mehrtash, H., Fawole, B., Maung, T. M., Balde, M. D., Maya, E., Thwin, S. S., Aderoba, A. K., Vogel, J. P., Irinyenikan, T. A., Adeyanju, A. O., Mon, N. O., Adu-Bonsaffoh, K., Landoulsi, S., Guure, C., Adanu, R., Diallo, B. A., Gülmezoglu, A. M., Soumah, A. M., Sall, A. O., ... Tunçalp, Ö. (2019). How women are treated during facility-based childbirth in four countries: a cross-sectional study with labour observations and community-based surveys. *Lancet (London, England)*, 394(10210), 1750–1763. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31992-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31992-0)
- Brandão, T., Cañadas, S., Galvis, A., de Los Ríos, M. M., Meijer, M., & Falcon, K. (2018). Childbirth experiences related to obstetric violence in public health units in Quito, Ecuador. *International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*, 143(1), 84–88. <https://doi.org/10.1002/ijgo.12625>
- Cano Arana, A., González Gil, T., Cabello López, J.B. por CASPe. (2010) Plantilla para ayudarte a entender un estudio cualitativo. En: CASPe. Guías CASPe de Lectura Crítica de la Literatura Médica. Alicante: CASPe;. Cuaderno III. p.3-8.
- Castro, R., & Frías, S. M. (2020). Obstetric Violence in Mexico: Results From a 2016 National Household Survey. *Violence against women*, 26(6-7), 555–572. <https://doi.org/10.1177/1077801219836732>
- Cortes Generales de España. (2002). Ley 41 / 2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. In *Boletín Oficial del Estado* (pp. 1–13). <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2002-22188#:~:text=Todo paciente o usuario tiene derecho a ser advertido sobre,riesgo adicional para su salud.>
- Crespo Antepará, D. N., Sánchez Zambrano, B. M., & Domínguez Ontano, D. P. (2018). La violencia obstétrica como elemento deshumanizador del parto. *Polo Del Conocimiento*, 3(7), 347–361. <https://doi.org/10.23857/pc.v3i7.559>
- Desconocido. (2021a). La diosa-parturienta de Los Hoyones de Jimena. *El Digital Turístico Del Sur. Monplamar.*, 4(1), 1.
- Desconocido. (2021b). Qué es la violencia obstétrica: definición, datos en España y qué dice la OMS. *Diario de Navarra*, 6.
- Freitas Silveira, M., Arndt Mesenburg, M., Damaso Bertoldi, A., Loret De Mola, C., García Bassani, D., Rodrigues Domingues, M., Stein, A., & Coll, C. (2019). The association

- between disrespect and abuse of women during childbirth and postpartum depression: Findings from the 2015 Pelotas birth cohort study. *Journal of Affective Disorders*, 256(April), 441–447. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.06.016>
- Fuentes, V. (2021). La violencia obstétrica, una asignatura pendiente para España. *Wilderness & Environmental Medicine*, 26(1), 2. <https://doi.org/10.1016/j.wem.2014.12.007>
- Gray, T., Mohan, S., Lindow, S., & Farrell, T. (2019). Obstetric violence: Clinical staff perceptions from a video of simulated practice. *European journal of obstetrics & gynecology and reproductive biology: X*, 1, 100007. <https://doi.org/10.1016/j.eurox.2019.100007>
- Gray, T., Mohan, S., Lindow, S., Pandey, U., & Farrell, T. (2021). Obstetric violence: Comparing medical student perceptions in India and the UK. *European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology*, 261, 98–102. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2021.04.013>
- Iglesias, S., Conde, M., González, S., Parada, M. E., & Iglesias, S. (2019). ¿Violencia obstétrica en España, realidad o mito? 17.000 mujeres opinan. *Musas*, 4(1), 77–97. <https://doi.org/10.1344/musas2019.vol4.num1.5>
- Jojoa Tobar, E., Cuchumbe Sánchez, Y. D., Ledesma Rengifo, J. B., Muñoz Mosquera, M. C., & Suarez Bravo, J. P. (2019). Violencia obstétrica: haciendo visible lo invisible. *Revista de La Universidad Industrial de Santander. Salud*, 51(2), 136–147. <https://doi.org/10.18273/revsal.v51n2-2019006>
- Kareny da silva, j., conceição das mercês, m., mara amorim messias, j., pereira guimarães, k., & maria santana bispo de jesus, l. (n.d.). *Obstetric violence within the hospital environment: experience report on inconsistencies and controversies* <https://doi.org/10.5205/reuol.8127-71183-1-sm.0912201537>
- Leal, M. S., Moreira, R. D. C. R., Barros, K. C. C., Servo, M. L. S., & Bispo, T. C. F. (2021). Humanization practices in the parturitive course from the perspective of puerperae and nurse-midwives. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 74. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0743>
- Leal, N., Pires, V., Mesquita, M., Ninalva, S., Machado, Juliana., Meira, L., & Palmarella, V. (2019). Conhecimentos e experiências de violência obstétrica em mulheres que vivenciaram a experiência do parto. *Enfermería Actual de Costa Rica*, (37), 66- 79. <https://dx.doi.org/10.15517/revenf.v0ino.37.35264>
- León, J. M. (2018). Módulo 1. Fundamentos de la psicología de la salud. En *Psicología de la salud y de la calidad de vida* (pp. 5-36). Fundació per a la Universitat Oberta de Catalunya.
- Manrique, J., Fernández, A., Echevarría, P., Figuerol, M. I., Teixidó, J., & Barranco, M. P. (2014). Historia de la profesión de matrona. *Collegi Oficial d'infermeres i Infermers de Lleida*, 18(1), 26–28.
- Martín-Badía, J., Obregón-Gutiérrez, N., & Goberna-Tricas, J. (2021). Obstetric Violence as an Infringement on Basic Bioethical Principles. Reflections Inspired by Focus Groups with Midwives. *International journal of environmental research and public health*, 18(23), 12553. <https://doi.org/10.3390/ijerph182312553>

- Martínez-Galiano, J. M., Martínez-Vázquez, S., Rodríguez-Almagro, J., & Hernández-Martínez, A. (2021). The magnitude of the problem of obstetric violence and its associated factors: A cross-sectional study. *Women and birth: journal of the Australian College of Midwives*, 34(5), e526–e536. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.10.002>
- Meijer, M., Brandão, T., Cañadas, S., & Falcon, K. (2020). Components of obstetric violence in health facilities in Quito, Ecuador: A descriptive study on information, accompaniment, and position during childbirth. *International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*, 148(3), 355–360. <https://doi.org/10.1002/ijgo.13075>
- Mena-Tudela, D., Cervera-Gasch, A., Alemany-Anchel, M. J., Andreu-Pejó, L., & González-Chordá, V. M. (2020). Design and Validation of the PercOV-S Questionnaire for Measuring Perceived Obstetric Violence in Nursing, Midwifery and Medical Students. *International journal of environmental research and public health*, 17(21), 8022. <https://doi.org/10.3390/ijerph17218022>
- Mena-Tudela, D., Iglesias-Casás, S., González-Chordá, V. M., Cervera-Gasch, Á., Andreu-Pejó, L., & Valero-Chillerón, M. J. (2020). Obstetric Violence in Spain (Part I): Women's Perception and Interterritorial Differences. *International journal of environmental research and public health*, 17(21), 7726. <https://doi.org/10.3390/ijerph17217726>
- Mena-Tudela, D., Iglesias-Casás, S., González-Chordá, V. M., Valero-Chillerón, M. J., Andreu-Pejó, L., & Cervera-Gasch, Á. (2021). Obstetric Violence in Spain (Part III): Healthcare Professionals, Times, and Areas. *International journal of environmental research and public health*, 18(7), 3359. <https://doi.org/10.3390/ijerph18073359>
- Meyer, S., Cignacco, E., Monteverde, S., Trachsel, M., Raio, L., & Oelhafen, S. (2022). 'We felt like part of a production system': A qualitative study on women's experiences of mistreatment during childbirth in Switzerland. *PloS one*, 17(2), e0264119. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0264119>
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (2012). *Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud*.
- Ministerio de Sanidad y Política Social. Gobierno de España. (2010). *Guía de práctica clínica de atención al parto normal*.
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G., & PRISMA Group (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *PLoS medicine*, 6(7), e1000097.
- Pauletti, J. M., Ribeiro, J. P., & Soares, M. C. (2020). Violência obstétrica: manifestações postadas em grupos virtuais no Facebook. <https://doi.org/10.22235/ech.v9i1.2145>
- Pinto, S., de Azevedo Lima, V., da Silva, A., Soares, P., Santana, L., & Pereira, Á. (2018). Percepção da enfermeira obstetra acerca da violência obstétrica. *Cogitare Enfermagem*, 23(1).
- Quattrocchi P. (2019). Obstetric Violence Observatory: Contributions of Argentina to the International Debate. *Medical anthropology*, 38(8), 762–776. <https://doi.org/10.1080/01459740.2019.1609471>

- Ribeiro, D. O., Gomes, G. C., Oliveira, A., Alvarez, S. Q., Gonçalves, B. G., & Acosta, D. F. (2020). Obstetric violence in the perception of multiparous women. *Revista gaucha de enfermagem*, 41, e20190419. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190419>
- Rodrigues, D. P., Alves, V. H., Silva, A. M., Penna, L. H. G., Vieira, B. D. G., Silva, S. É. D. D., ... & Branco, M. B. L. R. (2022). Women's perception of labor and birth care: obstacles to humanization. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 75. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0215>
- Rodríguez, P., y Aguilera, L. (2017). La violencia obstétrica, otra forma de violencia contra la mujer. El caso de Tenerife. *MUSAS. Revista de Investigación en Mujer, Salud y Sociedad*, 2(2), 56-74.
- Santiago, R. V., Monreal, L. A., Rojas Carmona, A., & Domínguez, M. S. (2018). "If we're here, it's only because we have no money..." discrimination and violence in Mexican maternity wards. *BMC pregnancy and childbirth*, 18(1), 244. <https://doi.org/10.1186/s12884-018-1897-8>
- Sedano, L. M., Sedano, M. C., & Sedano, M. R. (2014). Reseña histórica e hitos de la obstetricia. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 25(6), 866-873.
- Silva, T. M. D., Sousa, K. H. J. F., Oliveira, A. D. D. S., Amorim, F. C. M., & Almeida, C. A. P. L. (2020). Violência obstétrica: a abordagem da temática na formação de enfermeiros obstétricos. *Acta Paulista de Enfermagem*, 33. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2020AO01466>
- Shimoda, K., Leshabari, S., & Horiuchi, S. (2020). Self-reported disrespect and abuse by nurses and midwives during childbirth in Tanzania: a cross-sectional study. *BMC pregnancy and childbirth*, 20(1), 584. <https://doi.org/10.1186/s12884-020-03256-5>
- Silva, T., Sousa, C., Feitosa, J., Oliveira, A., Dalva da Silva, A., Fernanda Cláudia Miranda, & Pinheiro, C. (2020). Obstetric violence: theme approach in the training of Certified Nurse-Midwives. *Acta Paulista de Enfermagem*, 33. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2020ao01466>
- Siva, J., Mercês, M., Messias, J., & Guimaraes, K. (2015). Obstetric violence within the hospital environment: experience report on inconsistencies and controversies. *REvista de Enfermagem UFPE*, 12(9), 10–11.
- Solnes Miltenburg, A., van Pelt, S., Meguid, T., & Sundby, J. (2018). Disrespect and abuse in maternity care: individual consequences of structural violence. *Reproductive health matters*, 26(53), 88–106. <https://doi.org/10.1080/09688080.2018.1502023>
- Uribe, C., Contreras, A., & Hoga, L. (2018). Presencia activa del padre en el nacimiento integral: significados atribuidos por padres y madres a los roles paternos. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 83(1), 22-26. <http://dx.doi.org/10.4067/s0717-75262018000100022>
- Williams, C. R., Jerez, C., Klein, K., Correa, M., Belizán, J. M., & Cormick, G. (2018). Obstetric violence: a Latin American legal response to mistreatment during childbirth. *BJOG: an international journal of obstetrics and gynaecology*, 125(10), 1208–1211. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.15270>

World Health Organization. (2014). Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud Declaración de la OMS. *Declaración de La OMS*, 1–4.

Zanchetta, M. S., Santos, W. S., Souza, K. V. D., Pina, V. R., Hwu, H., Stahl, H., ... & Escobar, H. P. V. D. (2021). Ampliando voces sobre violência obstétrica: recomendações de advocacy para enfermeira (o) obstetra. *Escola Anna Nery*, 25. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0449>

10. Anexos.

Anexo I.

PLAN DE PARTO

Nombre y apellidos

Edad..... Teléfono de contacto

No Embarazos No Partos..... No abortos.

Fecha probable de parto

ACOMPANIAMIENTO:

Deseo estar acompañada por.

Deseo estar acompañada solo por la matrona y la auxiliar de enfermería

NECESIDADES ESPECIALES:

Deseo manifestar las siguientes necesidades o circunstancias para que se tengan en cuenta durante mi parto.

.....
.....

EN DILATACION

INTIMIDAD

Se me facilitará, en lo posible, la privacidad en todo momento del proceso.

Deseo que los profesionales que entren en la sala de Dilatación se presenten y me informen de su función.

Deseo que se me pida mi consentimiento si va a haber personal en formación, que no participe en la atención al parto, observando el proceso.

AUTONOMIA PERSONAL

Deseo usar mi propia ropa.

Deseo usar la ropa facilitada por el hospital.

- Aportaré mi equipo de música con auriculares preferentemente.
- Deseo que se me informe de todos los procedimientos y poder elegir siempre que sea

posible.MOVIMIENTO

- Deseo poder caminar durante la dilatación.
- Deseo que los profesionales que me atiendan me orienten sobre las mejores posturas en cada momento, y poder elegir.
- Deseo que se me proporcione material de apoyo (pelotas, silla de partos, bolsas de calor).
Especificar:

INFORMACION

- Deseo recibir información sobre la evolución de mi parto.
- Durante la dilatación deseo recibir información sobre métodos alternativos no farmacológicos, para el dolor.
- Deseo recibir información de las posibles intervenciones y procedimientos en el parto: administración de fármacos, tactos vaginales, sondajes, rotura de bolsa, episiotomía ...Y que se solicite mi consentimiento.

MONITORIZACION

- Deseo que se realicen “ventanas” sin monitorización fetal (según protocolo del Hospital) durante el trabajo de parto, si la evolución es espontánea y no tengo analgesia epidural.
- Deseo monitorización continua durante el trabajo de parto si se me permite movimiento.

ENEMA

- Deseo que me lo pongan por motivos personales
- Deseo ponérmelo yo en mi casa
- No deseo que me lo pongan

ALIVIO DEL DOLOR

- Deseo analgesia epidural caminando (Walking/Mobile epidural)

- Deseo analgesia epidural lo antes posible
- No deseo analgesia epidural, deseo utilizar otros métodos alternativos y material de apoyo.
- De entrada, no deseo epidural, prefiero empezar con otros métodos alternativos, pero no descarto su uso.
- Deseo decidir el método de alivio del dolor en el momento del parto.
- No deseo que se me ofrezca ningún tipo de analgesia farmacológica, salvo que yo lo solicite.

EN EL EXPULSIVO

- Deseo elegir la posición/lugar para el momento del expulsivo. Especificar:
.....
- Deseo hacer pujos espontáneos, no dirigidos, siempre que no haya indicación para hacerlos.
- Deseo que se haga uso selectivo de la episiotomía, y sólo se realice si es estrictamente necesaria, previa información.
- Deseo visualizar la salida del bebé mediante un espejo.

EN EL ALUMBRAMIENTO

- Deseo un alumbramiento espontáneo, aunque conozco las ventajas del alumbramiento dirigido.
- Deseo que mi pareja corte el cordón umbilical, si es posible.
- Deseo la donación de sangre del cordón umbilical a Banco Público de sangre, si no hay contraindicación.

CUIDADOS DEL RECIÉN NACIDO (R.N.)

CONTACTO PIEL CON PIEL (CPP)

- Deseo que se realice el CPP de forma inmediata al nacimiento, si la situación de la madre y el RN lo permite.
- No deseo la realización de CPP de forma inmediata al nacimiento. PROFILAXIS OCULAR
- Deseo que se administre profilaxis ocular (pomada oftálmica) para la oftalmía neonatal a partir de las 2 h de vida

- No deseo que se administre la profilaxis ocular para prevenir la oftalmía neonatal, aun sabiendo que esta puede causar ceguera.

PROFILAXIS CON VITAMINA K

- Deseo que se administre la profilaxis antihemorrágica habitual al recién nacido con vitamina K intramuscular a partir de las 2 h de vida.
- No deseo que se administre la profilaxis con Vitamina k intramuscular, pero consiento en la profilaxis con vitamina K vía oral y me comprometo a administrarla conforme a la pauta que se me indica.
- Rechazo la profilaxis antihemorrágica con vitamina K, tras haber sido informada de los riesgos potenciales.

CUIDADOS DEL RECIÉN NACIDO

- Deseo que la enseñanza y realización de los cuidados (higiene del cordón, higiene general, observación del recién nacido, posición para dormir y consejos de salud) se haga en presencia de la madre, el padre o acompañante, pudiendo participar en los mismos.
- Aunque la práctica habitual de higiene es NO asear a los recién nacidos hasta pasadas las primeras 24 horas de vida, deseo que esta se realice antes.

REALIZACIÓN DE LAS PRUEBAS DE CRIBADOS

- Deseo que la realización de las pruebas de cribado neonatal (cribado endocrino- metabólico por punción de talón a las 48 h de vida, cribado auditivo al alta y cribado de cardiopatía congénita por pulsioximetría en el primer día de vida) se realicen en presencia de la madre, padre o acompañante.
- Deseo que la realización de las pruebas de cribado se realice coincidiendo con una toma del bebé.

ALIMENTACIÓN DEL RECIÉN NACIDO

- Deseo lactancia materna exclusiva y que se me facilite su inicio lo antes posible desde el nacimiento.
- En caso de precisar suplementos con fórmula artificial por indicación médica, deseo que se solicite consentimiento previo de la madre o el padre.
- Deseo lactancia artificial.

- Deseo información escrita y verbal sobre grupos de apoyo a la lactancia materna.
- Deseo información sobre talleres y documentación de apoyo a la lactancia.

Anexo II.

Consentimiento informado.

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ASISTENCIA AL PARTO

Nº Historia:

Dofía: de años de edad
(NOMBRE Y DOS APELLIDOS)

Con domicilio en y DNI Nº

Don/Dofía: de años de edad
(NOMBRE Y DOS APELLIDOS)

Con domicilio en y DNI Nº

En calidad de de Dofía:
(REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIAR O ALLEGADO) (NOMBRE Y DOS APELLIDOS DE LA PACIENTE)

DECLARO

Que el DOCTOR/A
(NOMBRE Y DOS APELLIDOS DEL FACULTATIVO QUE PROPORCIONA LA INFORMACIÓN)

Me ha informado de las características de mi embarazo y de los posibles riesgos de mi parto.

1. Existen una serie de procedimientos dentro de la asistencia al parto, habitualmente utilizados, como rotura de la bolsa amniótica, administración intravenosa de oxitocina mediante goteo, administración de analgésicos y espasmolíticos, así como la práctica de una incisión quirúrgica en el periné o episiotomía a fin de ampliar el canal del parto, que me han sido explicados y expresamente autorizo, comprendiendo que aun siendo seguros y habituales, pueden tener sus efectos secundarios y complicaciones.

2. Durante el parto, el estado del feto y de las contracciones uterinas será vigilado de acuerdo al curso y situación del parto.

3. **Complicaciones y/o riesgos y fracasos:** Si bien el parto es un hecho biológico que puede transcurrir sin dificultades, a veces se presentan complicaciones tanto maternas como fetales, de forma inesperada y en ocasiones imprevisibles, que exigen la puesta en marcha de tratamientos, procedimientos o recursos adecuados a la anomalía detectada, transformándose el parto normal en un parto anormal o distócico.

Las complicaciones más importantes son:

- Riesgo de pérdida del bienestar fetal.
- Prolapso de cordón tras la rotura de la bolsa amniótica y que pone en grave peligro la vida fetal.
- Infección materna o fetal.
- Trastornos hemorrágicos y/o de la coagulación que puedan llevar a hacer necesaria la transfusión, intraparto y postparto. Hematomas en el aparato genital.
- Lesiones y desgarros del canal del parto (cervicales, vaginales, vulvares, ocasionalmente de la vejiga urinaria, lesión uretral y/o del esfínter anal y recto, incluso rotura uterina, complicación muy grave).
- Complicaciones debidas a la alteración en las contracciones uterinas, al tamaño del feto, a la mala posición de éste o a alteraciones anatómicas de la madre. Falta de progresión normal del parto. Dificultades en la extracción del feto.
- Riesgo mínimo de tener que realizar una histerectomía posparto.
- Shock obstétrico. Shock hipovolémico y/o embolia de líquido amniótico y/o coagulación intravascular diseminada.
- Existe un riesgo excepcional de mortalidad materna actualmente estimado en España en 3-4/10.000.

4. La aparición de alguna de estas complicaciones obliga a finalizar o acortar el parto de inmediato, siendo necesaria la práctica de una intervención Obstétrica (cesárea o extracción vaginal del feto, instrumentado con ventosa, espátulas o fórceps), con el propósito de salvaguardar la vida y la salud de la madre y/o del feto. Estas intervenciones llevan implícitas, tanto por la propia técnica como por la situación vital materno-fetal, algunos riesgos, efectos secundarios y complicaciones que pueden requerir tratamientos complementarios.

5. Las decisiones médicas y/o quirúrgicas a tomar durante el transcurso del parto quedan a juicio del tocólogo, tanto por lo que respecta a su indicación como al tipo de procedimiento utilizado, si bien yo o mi representante legal, seremos en lo posible informados de los mismos, siempre y cuando la urgencia o circunstancias lo permitan.

6. La atención médica del parto se llevará a cabo por un equipo de profesionales (obstetras, anestesiólogos, neonatólogos, matronas, enfermeras) con funciones específicas.
Entiendo que el equipo asistencial que atenderá mi parto lo hará con el criterio expresado en este documento.

7. **Cuidados:** Me han sido explicados las precauciones, y tratamiento en su caso, que he de seguir tras la intervención y que me comprometo a observar.

Anexo III

Lectura crítica de un artículo cualitativo.

LECTURA CRÍTICA ESTUDIO CUALITATIVO				
Obstetric violence in the perception of multiparous women (Riberio et al. 2020)				
ÍTEM	PREGUNTAS	SÍ	NO	NO SÉ
1	¿Se definieron de forma clara los objetivos de la investigación?	x		
2	¿Es congruente la metodología cualitativa?	x		
3	¿El método de investigación es adecuado para alcanzar los objetivos?	x		
4	¿La estrategia de selección de participantes es congruente con la pregunta de investigación y el método utilizado?	x		
5	¿Las técnicas de recogida de datos utilizados son congruentes con la pregunta de investigación y el método utilizado?	x		
6	¿Se ha reflexionado sobre la relación entre el investigador y el objeto de investigación (reflexividad)?	x		
7	¿Se han tenido en cuenta los aspectos éticos?	x		
8	¿Fue el análisis de datos suficientemente riguroso?	x		
9	¿Es clara la exposición de los resultados?	x		
10	¿Son aplicables los resultados de la investigación?	x		

