



Grado en Enfermería

Trabajo Fin de Grado

TÍTULO:

PERSPECTIVAS Y ACTUALIZACIÓN SOBRE VIOLENCIA

OBSTÉTRICA: REVISIÓN NARRATIVA

Presentado por: Elena Ábalos Aliaga

Tutora: Eva Gil Pons

Junio 2023

SOLICITUD DE VIABILIDAD PARA PRESENTACIÓN DEL TRABAJO FIN DE GRADO

A la atención de la TUTORA:

Dña.: Eva Gil Pons

La estudiante:

Dña.: Elena Ábalos Aliaga

Solicita la autorización para la presentación del TRABAJO FIN DE GRADO (Perspectivas y actualización sobre violencia obstétrica: revisión narrativa), remitiendo, junto a esta solicitud, el archivo correspondiente al TFG en formato electrónico.

Se considera que este TRABAJO FIN DE GRADO,

| | |
|-----------------------------------|---|
| ES VIABLE PARA SU EVALUACIÓN | X |
| NO ES VIABLE PARA SU PRESENTACIÓN | |

(Rellenar únicamente en caso de que el tutor considere que el TFG NO es viable para su evaluación, alegando brevemente los motivos).

- Valencia a 29 de mayo de 2023

Firma de la tutora:



Fdo.: Eva Gil Pons

AGRADECIMIENTOS

Deseo expresar mi enorme y sincero agradecimiento, en primer lugar, a la tutora de este proyecto, Eva Gil, quien me regaló su paciencia, optimismo y gran disposición durante tantos meses. Gracias por confiar en la idea y en mí desde el principio, Eva.

A las amigas que hice en la facultad y también a las que conocí durante mis estancias clínicas. Sin vosotras no hubiese llegado hasta aquí del mismo modo.

A cada uno de los profesores que he conocido durante mi paso por la universidad por contribuir al desarrollo de mi pensamiento crítico, una de las herramientas más valiosas de la enfermera y del ser humano.

A mi familia, por darme la oportunidad y el privilegio de cursar estudios superiores. De poder elegir y construir la vida que quiero.

Y, por último, a mi pareja, por aportar su luz en mi vida siempre.

Gracias a todos.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

| | |
|---|----|
| Resumen y palabras clave..... | 7 |
| Abstract y keywords..... | 8 |
| 1 Introducción..... | 9 |
| 1.1 Definición del problema general..... | 9 |
| 1.2 Enunciación de la pregunta de investigación..... | 11 |
| 1.3 Marco teórico y situación actual del problema..... | 12 |
| 1.3.1 Legislación sobre violencia obstétrica..... | 12 |
| 1.3.2 Limitación de la violencia obstétrica..... | 13 |
| 1.3.3 Controversia actual respecto al término..... | 16 |
| 1.4 Justificación: importancia y alcance del estudio..... | 18 |
| 2 Objetivos..... | 19 |
| 2.1 Objetivo principal..... | 19 |
| 2.2 Objetivos específicos..... | 19 |
| 3 Material y método..... | 19 |
| 3.1 Tipo de estudio..... | 19 |
| 3.2 Criterios de elegibilidad..... | 19 |
| 3.2.1 Criterios de inclusión..... | 19 |
| 3.2.2 Criterios de exclusión..... | 20 |
| 3.3 Estrategia de búsqueda..... | 20 |
| 3.4 Calidad metodológica..... | 21 |
| 3.5 Diagrama de flujo..... | 22 |
| 4 Resultados..... | 22 |
| 4.1 Tablas de síntesis de resultados..... | 23 |
| 5 Discusión..... | 33 |
| 5.1 Percepción de las usuarias de los servicios de ginecología y obstetricia sobre violencia obstétrica..... | 33 |
| 5.2 Percepción de los profesionales de los servicios de ginecología y obstetricia sobre violencia obstétrica..... | 39 |
| 5.3 Recomendaciones para la reducción y prevención de violencia obstétrica..... | 42 |
| 6 Conclusiones..... | 46 |
| 7 Referencias..... | 47 |

ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

| | |
|--|----|
| Tabla 1. Esquema PICO de la pregunta de investigación..... | 12 |
| Tabla 2. Recomendaciones específicas de la Declaración de Fortaleza..... | 13 |
| Tabla 3. Clasificación de Robson según Aguilar Redondo et al. (2016)..... | 17 |
| Tabla 4. DeCS y MeSH empleados en la búsqueda..... | 20 |
| Tabla 5. Bases de datos y cadena de búsqueda..... | 21 |
| Tabla 6. Tabla de síntesis de resultados. Percepción sobre violencia obstétrica de las mujeres usuarias de los servicios de ginecología y obstetricia..... | 24 |
| Tabla 7. Tabla de síntesis de resultados. Apreciación de la violencia obstétrica por parte de los sanitarios implicados en el embarazo, parto y puerperio..... | 28 |
| Tabla 8. Tabla de síntesis de resultados. Recomendaciones en la atención a la mujer gestante, en el parto y en el puerperio inmediato..... | 31 |
| Tabla 9. Diferencias encontradas entre experiencias de parto positivas y negativas según Martínez González et al. (2022)..... | 35 |
| Tabla 10. Experiencias de parto positivas según Dalla Costa et al. (2022)..... | 35 |
| | |
| Figura 1. Diagrama de flujo..... | 22 |
| Figura 2. Representación de los artículos seleccionados por país de procedencia..... | 22 |
| Figura 3. Representación de los artículos seleccionados por año de publicación..... | 23 |
| Figura 4. Representación de los artículos seleccionados por categoría temática abordada según los objetivos específicos planteados..... | 23 |

ÍNDICE DE ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS

VO: Violencia obstétrica

OMS: Organización Mundial de la Salud

ONU: Organización de las Naciones Unidas

CEDAW: Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer

EAPN: Estrategia de Atención al Parto Normal en el Sistema Nacional De Salud

SIGN: Scottish Intercollegiate Guidelines Network

BOE: Boletín Oficial del Estado

SEGO: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia

SAGO: Sociedad Andaluza de Ginecología y Obstetricia

Resumen

Introducción: La violencia obstétrica (VO) continúa generando controversia en la sociedad actual y no existe un consenso internacional para definir y medir este tipo de prácticas irrespetuosas. No obstante, diversas organizaciones de prestigio reconocen el término y mujeres de todo el mundo habitualmente son víctimas de violencia durante el proceso de embarazo, parto y puerperio. **Objetivo:** Analizar el concepto de violencia obstétrica a partir del análisis fundamentado de la literatura científica existente. **Método:** Se ha realizado una revisión narrativa entre los años 2013 y 2023. Las bases de datos consultadas han sido: PubMed, Dialnet, IBECs, CUIDEN, BVS y Cochrane, empleando los descriptores DeCS y MeSH, y lenguaje natural. **Resultados- Discusión:** Se obtuvieron como resultado de la búsqueda un total de 159 publicaciones, de las cuales se seleccionaron 20 artículos para construir el corpus de la revisión. Estos artículos recogen las percepciones sobre VO de las usuarias y profesionales de los servicios de ginecología y obstetricia. Establecen recomendaciones para la atención a la mujer gestante, durante el parto y el puerperio inmediato. **Conclusiones:** Entre las percepciones sobre VO de las usuarias prevalecen las experiencias negativas sobre las positivas, aunque se evidencia un alto grado de desconocimiento. Mientras que la opinión de los profesionales se divide en dos corrientes de pensamiento bien diferenciadas. Por un lado, se rechaza y, por otro lado, es reconocida y condenada. Para contribuir a la limitación de la VO se deben humanizar los servicios de ginecología y obstetricia. Para ello se hace necesario la salvaguarda de los derechos reproductivos, la aplicación de principios éticos y de evidencia científica en los procedimientos, el fomento del empoderamiento y la publicación de legislaciones sobre este respecto.

Palabras clave

Violencia obstétrica, salud reproductiva, parto humanizado, autonomía de la paciente, derechos reproductivos.

Abstract

Introduction: Obstetric violence (OV) continues to generate controversy in today's society and there is no international consensus to define and measure this type of disrespectful practices. Nevertheless, the term is recognized by various prestigious organizations and women around the world are often victims of violence during pregnancy, childbirth and puerperium period. **Objective:** To analyze the concept of obstetric violence based on a grounded analysis of the existing scientific literature. **Method:** A narrative review was carried out between 2013 and 2023. The databases consulted were PubMed, Dialnet, IBECs, CUIDEN, BVS and Cochrane, using the descriptors DeCS and MeSH and natural language. **Results- Discussion:** A total of 159 publications were obtained as a result of the search, from which 20 articles were selected to build the corpus of the review. These articles collect the perceptions on OV from the users and professionals in gynecology and obstetrics services. They establish recommendations for the care of pregnant women, during childbirth and the immediate postpartum period. **Conclusions:** Among users' perceptions of OV, negative experiences prevail over positive ones, although there is evidence of a high degree of ignorance. The opinion of professionals is divided into two different schools of thought. On one hand, it is rejected and on the other hand, it is recognized and condemned. To contribute to the limitation of the OV, the gynecology and obstetrics services must be humanized. Necessary for this, the protection of reproductive rights, the application of ethical principles and scientific evidence in procedures, the promotion of empowerment and the publication of legislation in line with these efforts.

Keywords

Obstetric violence, reproductive health, humanized childbirth, patient autonomy, reproductive rights.

1 Introducción

1.1 Definición del problema general

En la actualidad no existe un consenso a nivel internacional para definir y medir la violencia obstétrica (VO). Sin embargo, mujeres en todo el mundo sufren a diario experiencias irrespetuosas y violentas durante su embarazo, parto y puerperio. La VO es un término controvertido, especialmente dentro de la comunidad médica. No obstante, numerosos organismos reconocidos a nivel internacional y nacional arrojan diferentes estudios, cada vez en mayor medida, sobre esta problemática de salud (Mena-Tudela, s.f.). Para poder explicar el concepto, es necesario definir en primer lugar el término violencia, que, según el Informe mundial sobre la violencia y la salud de 2003, queda definido como:

El uso deliberado de la fuerza física o el poder ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones (Organización Panamericana de la Salud, 2003).

En relación con el término VO, la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) manifiesta la existencia de múltiples términos para designar este fenómeno sufrido por las mujeres en cuanto a salud sexual y reproductiva. Sin embargo, señala que estas formas de maltrato podrían incluirse en algunos casos determinados como violencia contra la mujer, mientras que otros constituyen una violación directa de los derechos humanos. La Relatora Especial del informe emplea el término VO. Aunque también hace referencia al concepto “violencia hacia la mujer durante la atención del parto” (ONU, 2019, p. 7). De esta forma, la violencia contra la mujer fue definida en una declaración a cerca de la eliminación de la violencia hacia la mujer como:

Todo acto de violencia de género que resulte, o pueda tener como resultado un daño físico, sexual o psicológico para la mujer, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la privada (ONU, 1993).

Por otro lado, la Organización Mundial de la Salud (OMS) afirma que la VO se trata de un tipo de violencia sistemática y generalizada. Reconoce el maltrato físico, la humillación, procedimientos sin consentimiento, violaciones de confidencialidad y privacidad, manejo inadecuado del dolor y negligencia como formas de violencia ejercidas durante el parto. Señala, además, que es relevante considerar que la mujer se encuentra en una situación especialmente vulnerable durante el parto. A través de una declaración que realiza para la prevención del maltrato durante el parto sostiene lo siguiente:

Todas las mujeres tienen derecho a recibir el más alto nivel de cuidados en salud, que incluye el derecho a una atención digna y respetuosa en el embarazo y en el parto, y el derecho a no sufrir violencia ni discriminación (OMS, 2014, p. 1).

De acuerdo con todo lo anterior, el término VO está reconocido y ejemplificado por diversas organizaciones y estados a nivel mundial a pesar de la escasez de políticas y legislaciones específicas contra este tipo de prácticas irrespetuosas. De hecho, el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW) de la ONU considera que en España se ejerce VO a raíz de la condena de un caso en particular. El caso concreto se relaciona con una mujer que sufrió intervenciones médicas injustificadas sin consentimiento informado y tratos deshumanizantes. Como consecuencia fue diagnosticada con estrés postraumático, aunque los tribunales del país consideraron que el perjuicio causado se debía a la percepción individual de la madre. Por tanto, el CEDAW solicita que España subsane los daños causados a nivel particular, a la vez que insta, de manera general a formar a los profesionales de la salud en materia de derechos reproductivos. Señala, además, la necesidad urgente de capacitar a los profesionales del ámbito judicial y solicita que se elaboren estudios que visibilicen la situación a cerca de estas prácticas y que se establezcan recursos eficaces contra la violación de los derechos de las mujeres gestantes (ONU, 2020).

Por otra parte, en relación con el término, según Rodríguez Mir y Martínez Gandolfi (2021) este incluye actuaciones violentas por acción u omisión, dirigidas a mujeres embarazadas, en proceso de parto o puerperio por parte de profesionales sanitarios en el sector público o privado y constituye una problemática mundial que ocasiona numerosos costos tanto sociales como económicos.

Siguiendo en esta línea de pensamiento y analizando más en profundidad el término y los procedimientos intervencionistas que conlleva, Mena-Tudela et al. afirman que “en España se practican técnicas no recomendadas por organismos internacionales, como la OMS” (2020b, p. 9) y determinan que estos procesos se llevan a cabo a un nivel elevado. Entre estas prácticas se encuentra el uso de enemas, la maniobra de Kristeller, delimitar los movimientos y falta de acompañamiento e información. Señalan, además, la escasa existencia de informes oficiales nacionales que evidencien el grado de intervencionismo y medicalización que existe durante el parto. Otros autores sostienen que la VO puede definirse como las actuaciones hacia la embarazada u omisión de derecho de esta en las que se advierta un trato jerárquico donde se patologice el proceso natural y fisiológico del parto, con la consecuente pérdida de libertad de decisión de la mujer. Siendo esto independiente a su edad, nivel socioeconómico y de educación (Martínez-Galiano et al., 2021).

No obstante, más allá del término que se use para etiquetar estas malas prácticas, puesto que, en ocasiones, las etiquetas generan posturas defensivas, lo relevante desde la perspectiva ética del problema es reconocer que las mujeres reciben un trato deshumanizado (Martín-Badía et al., 2021). Según Savage y Castro (2017), también pueden considerarse otros términos como falta de respeto, abuso y maltrato durante el parto para designar este tipo de praxis inadecuada. Si bien es cierto que el término VO es el más habitualmente operacionalizado tanto en política como en investigación en América Latina, los tres términos son aceptados por diferentes autores. Todos incluyen aspectos compartidos como la creciente medicalización de la fisiología natural

del parto, la desigualdad entre géneros y la vulnerabilidad de la mujer en cuanto a derechos reproductivos.

Cabe señalar que de estas actuaciones violentas derivan consecuencias a corto y largo plazo en la salud de la mujer a nivel físico, sexual y psicológico, pero también en relación con la salud del recién nacido. Esto incluiría trastornos depresivos, de estrés postraumático, inadaptación al rol materno o problemas relacionados con la lactancia. Incluso podría influir en el deseo de tener hijos posteriormente. Por otra parte, según Mena-Tudela et al. (2021) los profesionales sanitarios que ejercen o presencian este tipo de prácticas también sufren consecuencias psicológicas como estrés traumático secundario o el deseo de abandonar la profesión.

El concepto de VO, hoy en día, no es aceptado en gran medida por la comunidad médica. La gran variedad en la que la VO se puede presentar ocasiona que muchos sanitarios que la ejercen no lo detecten o incluso la normalicen. Asimismo, la VO puede ser entendida desde una perspectiva institucional. De este modo, el concepto puede interpretarse de forma aún más amplia. Incluyendo así, la falta de recursos destinados a garantizar partos seguros o las bajas de maternidad no suficientemente largas como para cubrir las necesidades afectivas, físicas y de lactancia de los bebés (Mena-Tudela et al., 2020a). En definitiva, es de suma importancia transformar la atención obstétrica a través de la adaptación de protocolos y guías. Y la formación de los sanitarios en prácticas adecuadas, ya que incluso la VO se relaciona positivamente con trastornos psicológicos como la depresión postparto (Junqueira de Souza et al., 2017).

1.2 Enunciación de la pregunta de investigación

Con el desarrollo de la medicina moderna, la experiencia de las mujeres de embarazo, parto y puerperio se transformó en una experiencia deshumanizada y medicalizada con mayor intervencionismo. Este contexto de tecnificación médica y subordinación al rigor científico ha derivado en intervenciones no consentidas e injustificadas durante el proceso de parto (Al Adib Mendiri et al., 2017). Estas y otras formas de VO son ejercidas contra las mujeres de forma habitual en diferentes lugares del mundo. Sin embargo, las mujeres encuentran dificultades para denunciar ya que normalizan este tipo de prácticas irrespetuosas (Jojoa-Tobar et al., 2019). Por otro lado, los profesionales sanitarios justifican, normalizan y perpetúan este tipo de violencia por falta de formación o síndrome de Burnout entre otras causas (Pintado-Cucarella et al., 2015).

Con el objetivo de contribuir a limitar y erradicar estas prácticas irrespetuosas, la presente revisión narrativa pretende analizar el concepto de VO a partir de la literatura científica existente. Partiendo de este punto, se identificará la percepción que usuarias y profesionales sanitarios del servicio de obstetricia poseen en relación con este fenómeno. Del análisis total de la cuestión surge el siguiente interrogante, ¿cuáles son los cuidados en la atención a las mujeres gestantes para evitar la VO y ofrecer una experiencia de embarazo, parto y puerperio inmediato respetados? Para obtener una respuesta, resulta esencial especificar las recomendaciones en

la atención a la mujer gestante, parturienta y puérpera. En la enunciación de la pregunta de investigación, se ha utilizado el formato PICO propuesto por la Enfermería Basada en la Evidencia (véase tabla 1).

Tabla 1. Esquema PICO de la pregunta de investigación

| PACIENTE | INTERVENCIÓN | COMPARACIÓN | RESULTADOS |
|--|--|-------------|---|
| Mujer usuaria del servicio de obstetricia. | Cuidados en la atención a las mujeres gestantes para evitar la violencia obstétrica. | Implícita. | Experiencia de embarazo, parto y puerperio inmediato respetado. |

Fuente: Elaboración propia

1.3 Marco teórico y situación actual del problema

La experiencia de parto se ha visto transformada a través de los siglos y como consecuencia del desarrollo de la medicina moderna. A partir de la mitad del siglo XIX, la mujer gestante pasa de experimentar el parto en el hogar a una experiencia dirigida por los profesionales en los centros sanitarios. El embarazo y el parto son procesos fisiológicos naturales en los que no necesariamente existen patologías. Sin embargo, con el traslado del parto al hospital, se produce una medicalización de este y, por consiguiente, aparece el intervencionismo médico de forma sistemática durante el parto (Al Adib Mendiri et al., 2017).

1.3.1 Legislación sobre violencia obstétrica

Dentro del marco legal, la VO puede recogerse como violencia de género o como la vulneración del derecho a la salud como parte de los derechos humanos. Cabe señalar que los países que han enmarcado legalmente la VO de forma específica lo han hecho dentro del marco de la violencia contra la mujer. Es el caso de Venezuela, que, a través de su Ley Orgánica a cerca del derecho de las mujeres a una vida sin violencia, establece la multa pertinente para las actuaciones constitutivas de VO. Mientras que, en España, la VO puede recogerse de manera más amplia en relación con la defensa del derecho a la salud a través del Artículo 43 de la Constitución Española, que reconoce el derecho a la protección de la salud en el apartado uno. Asimismo, España también cuenta con la ley 41/2002 básica reguladora de la autonomía del paciente que determina los derechos y deberes en cuestiones de información, documentación y autonomía del paciente, recogiendo aspectos relativos al consentimiento informado y la intimidad entre otros (García, 2018).

No obstante, el 22 de diciembre de 2020 se aprueba a nivel autonómico, en Cataluña, la Ley 17/2020 como modificación de la Ley 5/2008 que hace referencia al derecho de las mujeres a eliminar la violencia machista. Esta modificación de ley impulsa el reconocimiento de la VO a nivel legislativo, puesto que recoge el concepto en concreto como forma de violencia machista del siguiente modo:

Violencia obstétrica y vulneración de derechos sexuales y reproductivos: consiste en impedir o dificultar el acceso a una información veraz, necesaria para la toma de

decisiones autónomas e informadas. Puede afectar a los diferentes ámbitos de la salud física y mental, incluyendo la salud sexual y reproductiva, y puede impedir o dificultar a las mujeres tomar decisiones sobre sus prácticas y preferencias sexuales, y sobre su reproducción y las condiciones en que se lleva a cabo, de acuerdo con los supuestos incluidos en la legislación sectorial aplicable. Incluye la esterilización forzada, el embarazo forzado, el impedimento de aborto en los supuestos legalmente establecidos y la dificultad para acceder a los métodos anticonceptivos, a los métodos de prevención de infecciones de transmisión sexual y del VIH, y a los métodos de reproducción asistida, así como las prácticas ginecológicas y obstétricas que no respeten las decisiones, el cuerpo, la salud y los procesos emocionales de la mujer (Boletín Oficial del Estado [BOE], 2021).

1.3.2 Limitación de la violencia obstétrica

Para la prevención de la VO es esencial que los profesionales sanitarios se eduquen e involucren. La mujer gestante debe hacerse responsable de su salud, solicitando información y participación en las decisiones que le conciernen. Debe establecerse una relación entre profesional y paciente de igual a igual. Solo así será posible una mejora en este ámbito (García, 2018). Se han elaborado diferentes planes e informes, especialmente en la última década, que resultan de gran utilidad como herramientas para evitar y erradicar la VO.

En este sentido, desde 1985 se cuenta con la Declaración de Fortaleza. Se trata de unas recomendaciones generales sobre el nacimiento que se elaboraron a través de una revisión del procedimiento del parto que contó con múltiples participantes: matronas, obstetras, psicólogos, economistas, madres...etc. Entre las recomendaciones generales se encuentra que los países deben constituir normas sobre el procedimiento adecuado para el parto y llevar a cabo evaluaciones a cerca de la atención prestada. La mujer debe ser informada y poder elegir el tipo de parto que quiera. Además, los datos sobre prácticas obstétricas como la tasa de cesáreas deberán estar al alcance del dominio público. Mientras que las recomendaciones específicas más relevantes incluyen los siguientes aspectos (OMS, 1985):

Tabla 2. Recomendaciones específicas de la Declaración de Fortaleza

| PRÁCTICAS RECOMENDADAS | PRÁCTICAS NO RECOMENDADAS |
|--|--|
| Fomentar el apego entre el hijo y la madre. | Rotura artificial previa de membranas rutinaria. |
| Un familiar podrá acceder al parto y tiempo perinatal. | Episiotomía sistemática. |
| Caminar durante la fase de dilatación y en el expulsivo la gestante podrá decidir qué posición anatómica adoptar. No se recomienda la postura dorsal de litotomía en ninguna de estas dos fases. | Monitorización electrónica y rutinaria del feto. |
| Evitar analgesia y anestesia no justificada durante el expulsivo. | Tasas de cesáreas superiores al 10-15% en cualquier país y las de partos inducidos al 10%. |
| Comenzar lactancia lo antes posible. | Rasurar el vello púbico o administrar enemas. |

Fuente: Elaboración propia

Siguiendo en esta línea de pensamiento, la OMS (2014) redacta una declaración actualizada sobre la prevención y eliminación del maltrato hacia la mujer parturienta. Señala cinco aspectos fundamentales que contribuirán a que las mujeres usuarias de los servicios de

obstetricia reciban una atención respetuosa y libre de violencia. Entre estos aspectos se encuentra la necesidad de que los gobiernos se involucren en mayor medida en investigaciones y acciones al respecto, que se inicien programas específicos destinados a alcanzar mayor calidad de atención y respeto a las mujeres gestantes. De igual modo, insta a resaltar el derecho de las mujeres a tener un embarazo y parto respetado, a que se generen datos en relación con las prácticas irrespetuosas llevadas a cabo e involucrar a todos los interesados para erradicar las prácticas indebidas. Esta declaración afirma que existen sectores especialmente vulnerables frente a la VO como las mujeres que poseen un nivel socioeconómico bajo, las adolescentes y las mujeres migrantes.

No obstante, se establecen nuevas recomendaciones siguiendo la línea de las anteriores para fomentar una experiencia de parto positiva a través de cuidados de calidad, siendo el objetivo la elaboración de políticas y protocolos pertinentes. Dirigidas a todos los responsables del desarrollo de protocolos, pero también a los que prestan atención al parto directamente como obstetras, enfermeras, médicos generalistas, etc....Este nuevo informe surge a raíz de estudios que demuestran que gran porcentaje de las gestantes sanas sufren como mínimo una intervención médica no justificada como la inducción, aceleración del trabajo de parto con oxitocina, instrumentalización o episiotomía. Estas prácticas intervencionistas no responden a las necesidades de la mujer y afectan negativamente a su proceso de parto.

Por ello, estas recomendaciones consideran tanto el respeto de la intimidad como la comunicación efectiva entre los profesionales y la mujer gestante como elementos clave para una experiencia de parto positiva. Se recomienda la epidural, pero también el uso de opioides parenterales en mujeres sanas que lo prefieran. No se recomienda la aceleración del parto mediante líquidos intravenosos. Tampoco la episiotomía rutinaria ni ejercer presión en el fondo del útero para facilitar el expulsivo. Sí se recomienda de nuevo la libertad de elección de posición durante el parto, independientemente de la administración de anestesia epidural. Igualmente, se recomienda que se aliente durante el expulsivo para que las mujeres sigan su propio ritmo a la hora de pujar. Se debe pinzar el cordón umbilical de forma tardía y fomentar el contacto piel con piel entre otras recomendaciones (OMS, 2018).

Por otro lado, la ONU (2019) emite un informe en el que dirige el enfoque a los derechos humanos del maltrato y la violencia contra la mujer en cuanto a salud reproductiva con especial interés en el parto y la violencia obstétrica. Este informe examina el maltrato contra las mujeres a nivel de salud reproductiva y en el proceso de parto como parte de una violación sistemática de los derechos humanos, pero también como resultado de la falta de formación. Asimismo, proporciona recomendaciones para afrontar las causas de la violencia contra las mujeres en el ámbito reproductivo y pretende que los Estados desarrollen legislaciones y estrategias de salud reproductiva que garanticen los derechos humanos de las mujeres y la rendición de cuentas por la vulneración de estos. Reconoce y condena las prácticas que vulneran los derechos humanos y los de las mujeres, llevadas a cabo en algunos países como la inmovilización física de mujeres encarceladas durante el parto o la detención de las mujeres después del parto, porque no pueden

asumir los gastos del hospital. También afirma que existe una tendencia en aumento en Europa y América Latina, en la que el parto vaginal está siendo sustituido por cesáreas no justificadas. La episiotomía, de igual forma, se realiza en contra de las recomendaciones de la OMS de forma rutinaria y sin el consentimiento informado.

De hecho, España cuenta también con documentos relacionados con la limitación de la VO. Entre ellos se encuentra la Carta de Madrid, publicada en 2005. Un documento de compromiso por parte de numerosos profesionales responsables de asistir el parto. El objetivo fue transmitir la necesidad de fomentar el empoderamiento de las mujeres en su proceso de maternidad, a través de la educación tanto de los profesionales como de las mujeres gestantes. El parto, en nuestro país, se da principalmente en el ámbito hospitalario, por lo que se ha convertido en un proceso deshumanizado y medicalizado en el que se deben impulsar las buenas prácticas. Este documento concluye, principalmente con: la importancia de limitar prácticas innecesarias de dudosa eficacia, la simplificación de los protocolos para monitorizar, ofrecer un manejo del dolor no farmacológico, impulsar la participación de la pareja, adecuar los servicios para la deambulación de la gestante, garantizar la no separación entre madre e hijo, proteger la lactancia materna, el contacto piel con piel y una formación continuada para todos los profesionales con un enfoque interdisciplinar (Asociación Española de Matronas [AEM], 2005).

Otro informe relevante a nivel nacional es la Estrategia de Atención al Parto Normal en el Sistema Nacional De Salud (EAPN). Un documento aprobado en 2007 que surge como consecuencia del aumento de medicalización e intervenciones no justificadas que tienen lugar durante el parto. Esto supone una mejora de calidad y humanización en la atención que reciben las gestantes. Basado en evidencia científica, propone un cambio en el paradigma para que las mujeres se empoderen tomando mayor protagonismo en la toma de decisiones. También pretende ofrecer la mejor calidad de cuidados extrauterinos a los bebés y fomentar la formación y actualización de conocimientos del personal sanitario.

En particular, se insta a todos los sectores sanitarios del país a ofrecer seguridad e intimidad a las gestantes, promover la compañía de estas durante el parto, registrar las intervenciones realizadas y limitar los tactos vaginales a los estrictamente necesarios. También recomienda ofrecer un manejo del dolor alternativo y seguro, desaconsejar la posición de litotomía y fomentar la libertad de movimiento. Es necesario abandonar prácticas rutinarias no aconsejadas como el rasurado, maniobra de Kristeller, episiotomía y uso de oxitocina. No permitir partos instrumentalizados a modo didáctico, realizar contacto piel con piel, apoyar las recomendaciones de la OMS y fomentar los planes de parto. El documento, además, anima a facilitar la información y comprensión, eliminar barreras lingüísticas, promocionar el parto natural y visibilizar los efectos de prácticas obsoletas (Ministerio de Sanidad, 2007). Este informe se somete a revisión en los años posteriores dando lugar al informe final de la EAPN en 2012, que incluye propuestas de mejora para aumentar la calidad en la asistencia al parto normal (Ministerio de Sanidad, 2012).

El informe de la EAPN pretende ser una guía de recomendaciones sobre prácticas asistenciales adecuadas que pueda ser utilizado por los diferentes hospitales del país. En concreto, el Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca en Murcia realizó un estudio que incluía los partos llevados a cabo en 2011 y 2012 con el fin de determinar el grado de adecuación entre las recomendaciones establecidas según la EAPN y la práctica asistencial. De esta forma, se utilizaron los estándares de calidad de la EAPN para comparar los resultados encontrados. Se encontró que este hospital seguía las recomendaciones en cuanto al acompañamiento durante el parto, evitar la rasuración perineal y la aplicación rutinaria de enemas. Igualmente, se fomentaban los partos vía vaginal tras cesáreas anteriores y el uso de anestesia epidural. No obstante, se encontraron aspectos donde no se seguían las recomendaciones relacionadas con la libertad de deambulación durante la fase de dilatación y el uso de otras alternativas analgésicas diferentes a la epidural. En adición, se determinó que era necesario evitar en mayor medida, la postura de litotomía en la fase de expulsivo, los partos instrumentalizados y las episiotomías sistemáticas. Estos resultados refuerzan la necesidad de mejorar la formación de los profesionales y de elaborar políticas que basándose en las indicaciones del Ministerio de Sanidad logren disminuir las prácticas desaconsejadas (Ballesteros-Meseguer et al., 2015).

1.3.3 Controversia actual respecto al término

Actualmente, en España, pese a los documentos y declaraciones emitidas por diferentes organismos internacionales, existe cierta controversia respecto al término empleado para referirse a este tipo de prácticas que constituyen una vulneración de los derechos humanos y de salud. En este contexto y frente a la reforma futura de la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, en la que se pretende reconocer la VO como violencia de género, la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) emite un comunicado sobre VO en el que rechaza este término para designar prácticas irrespetuosas e injustificadas en los servicios de maternidad. Manifiesta que la atención obstétrica se ha transformado lo suficiente a lo largo de los años para adaptarse a la evidencia científica y ofrecer una atención de calidad a la maternidad. Declara su compromiso con el desarrollo y la actualización de protocolos y guías contemplando la posibilidad de mejora con respecto a algunas prácticas obstétricas. Sin embargo, se posiciona en contra del uso de este término y asegura que:

Nos parece inapropiado, tendencioso e injusto el término “violencia obstétrica” por su significado jurídico doloso, como intención de causar daño, ánimo de lesionar, empleo de fuerza o amenazas, tipificable penalmente, que debemos rechazar por completo. No debe confundirse en modo alguno la praxis inadecuada con las expectativas de parto no cumplidas (SEGO, 2021, p.1).

A nivel autonómico, la Sociedad Andaluza de Ginecología y Obstetricia (SAGO) también declara que el término no se ajusta de ningún modo a su modelo de atención al parto enfocado en salvaguardar los derechos de la mujer y el hijo. Asegura ajustar la tasa de cesáreas y episiotomías que realizan, siempre justificadas y bajo criterios de calidad. De este modo, afirma:

Queremos dejar claro nuestro posicionamiento y expresar nuestro rechazo ante el término “violencia obstétrica” y las propuestas, líneas de trabajo y debate abierto en el seno del Gobierno de España, impulsado por el Ministerio de Igualdad, de equipararla e incluirla como una de las modalidades de Violencia de Género (SAGO, 2021, p.1).

Si bien es cierto que desde 1985 diferentes profesionales sanitarios alrededor del mundo han considerado que la tasa de cesárea adecuada no debe superar el 15% siguiendo las recomendaciones de la OMS, en los últimos años ha habido un incremento de cesáreas a nivel mundial. Ligada a la preocupación por estas cifras, la comunidad internacional sugiere revisar la tasa propuesta en 1985. En consecuencia, la OMS declara que tasas superiores al 10% no se relacionan con una disminución en la mortalidad de madres e hijos. Se deben realizar las cesáreas necesarias en lugar de ajustarse a una tasa en particular. Sin embargo, estas pueden causar complicaciones significativas si no están debidamente justificadas y se debe seguir investigando debido a la poca claridad que arrojan los estudios que relacionan las tasas de cesárea con variables como la mortalidad o morbilidad neonatal y materna. Por esta razón, y tras realizar un estudio sistemático, la OMS recomienda la clasificación de Robson para poder comparar la tasa de cesárea en diferentes lugares del mundo. Esta clasificación define 10 grupos a partir de 4 conceptos obstétricos: la categoría del embarazo (embarazo múltiple/único, presentación fetal), antecedentes obstétricos (nulíparas, multíparas con/sin cicatriz uterina), el curso del trabajo de parto y el parto (parto espontáneo/ inducido/cesárea antes del parto) y la edad gestacional al momento del parto (OMS, 2015). (Véase tabla 3).

Tabla 3. *Clasificación de Robson según Aguilar Redondo et al. (2016)*

| | |
|-----------------|--|
| GRUPO 1 | Nulíparas con un feto único en presentación cefálica, de 37 semanas o más de embarazo, que han iniciado el parto de forma espontánea. |
| GRUPO 2 | Nulíparas con un feto único en presentación cefálica, de 37 semanas o más de embarazo, que han sido sometidas a inducción o cesárea antes del inicio del parto. |
| GRUPO 3 | Multíparas sin cesárea previa, con un feto en presentación cefálica, de 37 o más de embarazo, que han iniciado el parto de forma espontánea. |
| GRUPO 4 | Multíparas sin cesárea previa, con un feto en presentación cefálica, de 37 semanas o más de embarazo, que han sido sometidas a inducción o cesárea antes del inicio del parto. |
| GRUPO 5 | Multíparas con al menos una cesárea previa, con un feto único en presentación cefálica, de 37 semanas o más de embarazo. |
| GRUPO 6 | Nulíparas con un feto único en presentación podálica. |
| GRUPO 7 | Multíparas con un feto único en presentación podálica, incluyendo aquellas con cesárea previa. |
| GRUPO 8 | Todas las mujeres con embarazo múltiple, incluyendo aquellas con cesárea previa. |
| GRUPO 9 | Todas las mujeres con feto único en posición transversa u oblicua, incluyendo aquellas con cesárea previa. |
| GRUPO 10 | Todas las mujeres con un feto único en presentación cefálica de menos de 37 semanas de embarazo, incluyendo aquellas con cesárea previa. |

Fuente: Elaboración propia a partir de Aguilar Redondo et al. (2016)

1.4 Justificación: importancia y alcance del estudio

El parto supone un momento vulnerable en la vida de las mujeres debido a la singularidad de este y a la susceptibilidad que presentan de sufrir abusos y trato irrespetuoso durante el proceso. Asimismo, se trata de un problema a nivel mundial en cuestiones de salud y de derechos (Da Silva Carvalho y Santana Brito, 2017). Durante años, este tipo de violencia ha sido invisibilizada, aunque en la actualidad se trata de un tema que genera interés a la vez que controversia. A pesar del hecho de que en España no exista una ley concreta sobre VO no significa que cometer prácticas irrespetuosas en la atención a la mujer gestante no deba suponer responsabilidades legales (Iglesias et al., 2019).

El parto se trata de un proceso fisiológico y natural asociado a la capacidad sexual y reproductora de la mujer que no requiere numerosas intervenciones, a pesar de las complicaciones que pueden darse y que necesitan atención específica. No constituye una enfermedad en cualquiera de los casos (Pereira et al., 2015). No obstante, debido a las posibilidades tecnológicas y técnicas de la actualidad, el proceso de parto se ha convertido en un evento patologizado, medicalizado y deshumanizado, que deriva en una pérdida de autonomía de las mujeres sobre su propio cuerpo y decisiones. Por ello, se debe garantizar un ambiente que fomente su intimidad, la comunicación y que respete sus derechos y deseos (Jojoa-Tobar et al., 2019).

La presente revisión narrativa pretende recopilar información que sirva de utilidad para mejorar la atención durante el embarazo, parto y puerperio inmediato. Las prácticas irrespetuosas generalmente no son percibidas como violentas por los profesionales sanitarios, llegando incluso a normalizarlas o considerarlas necesarias de forma rutinaria. Aunque diversos estudios reflejen la existencia de prácticas irrespetuosas en los servicios de obstetricia, no existe un consenso a nivel internacional ni nacional sobre cómo medir o definir esta problemática. Como consecuencia, la prevalencia real y los efectos negativos que estas prácticas generan en la salud siguen siendo datos desconocidos (Muller Sens y Nunes de Faria Stamm, 2019).

Según Terán et al. (2013), la usuaria percibe una alta prevalencia de prácticas irrespetuosas en el servicio de obstetricia que incluyen principalmente la falta de consentimiento informado y un trato degradante por parte de los profesionales. Siendo las enfermeras el principal sujeto ejecutor de VO según las usuarias, seguidas por obstetras y personal médico en general. Es por ello, que la consiguiente investigación persigue identificar la percepción de esta problemática por parte de las mujeres usuarias y del profesional sanitario implicado para contribuir a la disminución de la incidencia de trato irrespetuoso hacia las mujeres durante el parto y puerperio.

En la última década, distintos estudios, activistas y organismos internacionales en diferentes lugares del mundo han empleado el término VO para visibilizar y denunciar esta mala praxis (Bellón Sánchez, 2015). Gracias a la presión ejercida por asociaciones, a la formación basada en las nuevas evidencias científicas y al empoderamiento de las usuarias a través del

conocimiento, se está produciendo un cambio favorable en el paradigma de la atención a las mujeres parturientas. Uno de los objetivos debe ser lograr partos libres de violencia en los que las mujeres se responsabilicen y tomen decisiones sobre su propia salud. Para ello, prioritariamente se debe normalizar el plan de parto como elemento favorecedor de comunicación entre profesional y paciente, pero también que se legisle específicamente sobre VO (García, 2017).

Esta investigación se justifica por la importancia de visibilizar, previo paso a reducir este tipo de prácticas, ya que el parto y el puerperio son motivos reiterados de acceso a los servicios sanitarios. Se pretende que, a través de este estudio de la literatura científica existente, diferentes mujeres, sanitarios, entidades de enseñanza, estudiantes o cualquier agente implicado o interesado en esta problemática sean alcanzados con el objetivo de limitar y eliminar las prácticas violentas de los servicios de obstetricia.

2 Objetivos

2.1 Objetivo principal

- Analizar el concepto de violencia obstétrica a partir del análisis fundamentado de la literatura científica existente.

2.2 Objetivos específicos

- Identificar la percepción sobre violencia obstétrica de las usuarias de los servicios de ginecología y obstetricia.
- Determinar la apreciación de la violencia obstétrica por parte de los sanitarios implicados en el embarazo, parto y puerperio.
- Especificar las recomendaciones en la atención a la mujer gestante, en el parto y en el puerperio inmediato.

3 Material y método

3.1 Tipo de estudio

El presente trabajo consiste en una revisión narrativa fundamentada a partir de la literatura científica existente.

3.2 Criterios de elegibilidad

3.2.1 Criterios de inclusión

- Estudios publicados en los últimos 10 años.
- Artículos publicados tanto en ámbito nacional como internacional, debido a la escasez de literatura perteneciente al medio nacional.

- Artículos publicados en inglés, español y portugués.
- Estudios que abordan la temática establecida en los objetivos específicos de la investigación.

3.2.2 Criterios de exclusión

- Estudios anteriores al año 2013.
- Guías y protocolos sanitarios.
- Editoriales y comunicaciones de congresos.
- Textos de ámbito legislativo: leyes, decretos, etc.
- Artículos que no aborden la temática marcada por los objetivos específicos.

3.3 Estrategia de búsqueda

Para elaborar esta revisión narrativa se llevó a cabo una búsqueda de artículos entre enero y febrero de 2023. En una primera fase, se eligieron los estudios que concordaban con los criterios de inclusión señalados. Posteriormente, tras una lectura crítica, han sido descartados aquellos que no abordasen la temática marcada por los objetivos específicos de esta investigación. Como herramientas de búsqueda se han empleado las siguientes bases de datos: PubMed, Dialnet, IBECS, CUIDEN, BVS y Cochrane. En las bases de datos que lo permitían se ha utilizado el lenguaje documental de Descriptores de Salud (DeCS) y Medical Subject Heading (MeSH) como muestra la tabla 4. De igual forma, para delimitar la búsqueda se empleó el operador booleano AND y filtros sobre el año de publicación. Además, se ha utilizado texto libre con el objetivo de obtener mayores resultados.

Tabla 4. *DeCS y MeSH empleados en la búsqueda*

| DeCS | MeSH |
|----------------------|--------------------|
| Violencia obstétrica | Obstetric violence |
| Percepción | Perception |

Fuente: Elaboración propia

Tras realizar la búsqueda se han obtenido los resultados que se recogen en la tabla 5. Mientras que las tablas de análisis estructuradas por objetivos se recogen en el apartado de resultados.

Tabla 5. Bases de datos y cadena de búsqueda

| BASE DE DATOS | CADENA DE BÚSQUEDA | RESULTADOS |
|---------------|--|------------|
| PubMed | (obstetric violence[MeSH Terms]) AND (perception[MeSH Terms]) | 18 |
| Dialnet | "violencia obstétrica percepción" (texto libre) | 21 |
| IBECS | violencia obstétrica [Categoría DeCS] | 0 |
| | violencia [Palabras] and obstétrica [Palabras] | 7 |
| CUIDEN | [cla= violencia obstétrica] and [cla= percepción] | 24 |
| BVS | (mh:("Violencia Obstétrica")) | 40 |
| Cochrane | Obstetric Violence with Cochrane Library publication date Between Jan 2013 and Feb 2023, in Cochrane Reviews, Trials | 49 |

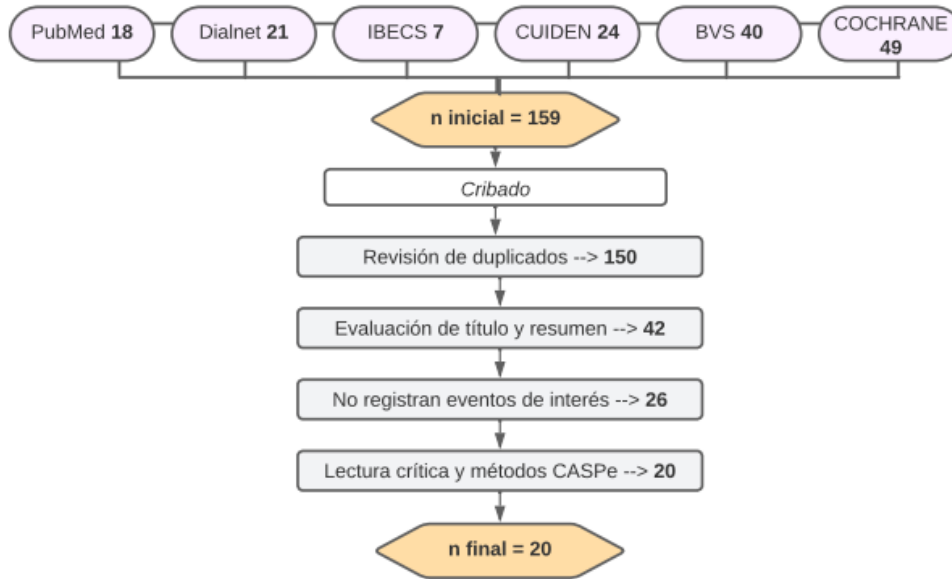
Fuente: Elaboración propia

3.4 Calidad metodológica

La calidad metodológica de los documentos seleccionados se ha evaluado a través de diferentes herramientas. Para las revisiones bibliográficas se ha utilizado la plantilla CASPe que se basa en 10 preguntas y 3 aspectos principales. Por otro lado, para las revisiones sistemáticas se ha elegido la declaración PRISMA basada en una lista de ítems que debe incluir la publicación. Para evaluar las investigaciones cualitativas se ha empleado la propuesta de Lincoln y Guba basada en 18 criterios agrupados en 4 categorías. Mientras que para los estudios observacionales transversales y los estudios descriptivos transversales se ha empleado la declaración STROBE formada por una serie de ítems que deben observarse en los 3 tipos de diseño de estudio más relevantes de la epidemiología analítica observacional: los estudios de cohortes, los de casos y controles, y los transversales. Asimismo, se ha utilizado la escala empleada por la Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) para establecer el grado de evidencia y los niveles de recomendación de cada publicación.

3.5 Diagrama de flujo

Figura 1. Diagrama de flujo

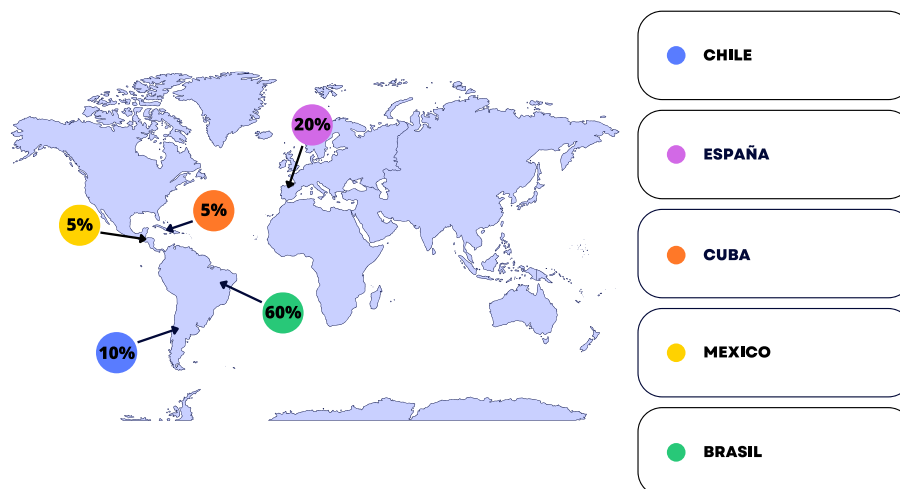


Fuente: Elaboración propia

4 Resultados

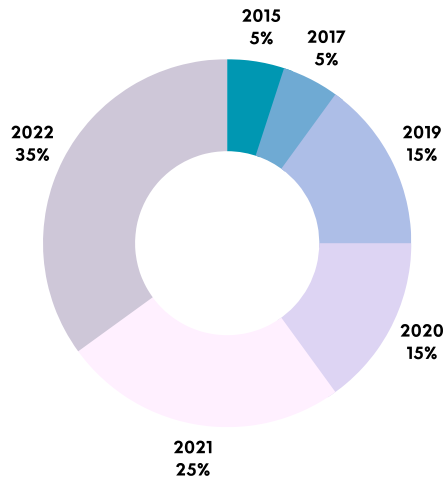
En total, para la elaboración del corpus del presente trabajo, se han seleccionado 20 publicaciones de la muestra inicial. Con estos artículos se han elaborado figuras que describen las publicaciones seleccionadas según el país de procedencia (véase figura 2), año de publicación (véase figura 3) y categoría temática abordada según los objetivos específicos planteados anteriormente (véase figura 4).

Figura 2. Representación de los artículos seleccionados por país de procedencia.



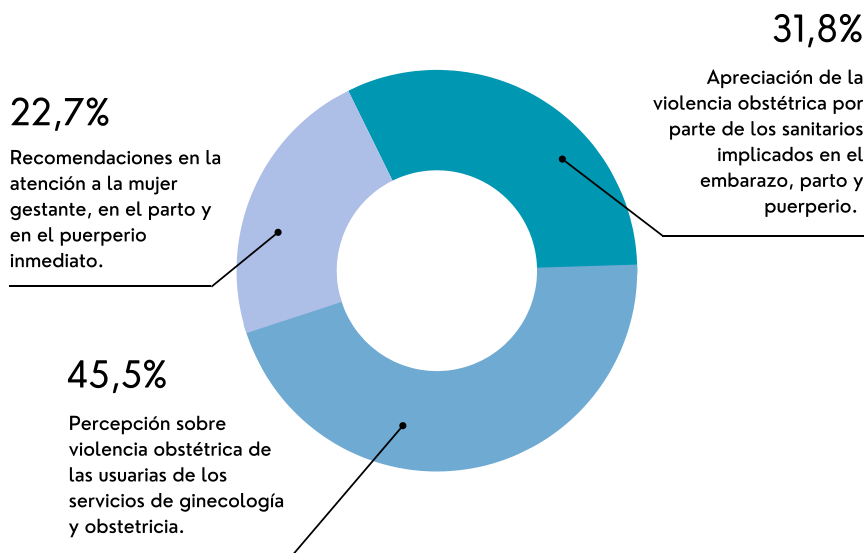
Fuente: Elaboración propia

Figura 3. Representación de los artículos seleccionados por año de publicación.



Fuente: Elaboración propia

Figura 4. Representación de los artículos seleccionados por categoría temática abordada según los objetivos específicos planteados.



Fuente: Elaboración propia

4.1 Tablas de síntesis de resultados

A continuación, se exponen las tablas de la síntesis de los resultados de los artículos seleccionados según los objetivos específicos planteados:

Tabla 6. Tabla de síntesis de resultados. Percepción sobre violencia obstétrica de las mujeres usuarias de los servicios de ginecología y obstetricia.

| TÍTULO /AÑO/ AUTOR | TIPO DE ESTUDIO | OBJETIVO | MUESTRA | VARIABLES | HALLAZGOS | CALIDAD METODOLÓGICA |
|---|---|--|--|--|---|-----------------------------------|
| 1. Obstetric Violence in Spain (Part I): Women's Perception and Interterritorial Differences. (Mena-Tudela et al., 2020a) | Estudio descriptivo, retrospectivo y transversal. | Mostrar la violencia obstétrica como criterio de equidad entre los diferentes territorios. | 17.541 cuestionarios en representación de todas las Comunidades Autónomas de España. | Sociodemográficas: provincia y SAC de pertenencia. Relacionadas con la atención sanitaria: satisfacción en relación, información recibida, apoyo percibido de la institución, críticas, infantilización, no resolución de dudas, intervenciones innecesarias, respeto del plan de parto, apoyo a la lactancia, percepción de haber sufrido VO. Relacionadas con la pérdida gestacional, atención recibida y opinión general sobre la atención. | La VO constituye un grave problema en España, presentando diferencias significativas entre las diferentes Comunidades Autónomas, siendo La Rioja, la comunidad con menor tasa de VO. El 38% de mujeres a nivel nacional refiere haber experimentado VO. El consentimiento informado, los protocolos y formación del personal, la inversión en indicadores de salud materna e infantil, la atención integral y la legislación son elementos clave para proteger a las usuarias de la VO. | STROBE: 19/22 SIGN: 2++ C |
| 2. Violencia obstétrica. La perspectiva de mujeres que la han sufrido. (Llobera Cifre et al., 2019) | Estudio cualitativo con enfoque fenomenológico. | Explorar la percepción de VO que tienen las mujeres que la han experimentado. | 12 entrevistas semi-estructuradas a mujeres que sufrieron VO entre los años 2012 y 2017, que tenían entre 28 y 40 años, y que fueron atendidas por la sanidad pública o privada de Mallorca. | Relacionadas con el nivel de estudios, tipo de atención recibida (pública o privada), y tipo de VO percibida (prácticas realizadas, intervencionismo injustificado, trato, entorno, respeto de derechos... etc.) | Las mujeres refirieron haber sufrido un trato deshumanizado, jerárquico e irrespetuoso. El criterio del profesional se imponía frente a sus necesidades. Fueron sometidas a intervencionismo obstétrico injustificado y sin consentimiento, vulnerando así sus derechos. Expusieron la importancia del entorno y de la intimidad. Asimismo, refirieron que | Lincoln y Guba: 13/18 SIGN: 3C |

| | | | | | | |
|--|--|--|---|--|---|-------------------------------|
| | | | | | el contexto institucional no favorece la toma de decisiones y el empoderamiento. | |
| 3. Percepciones de las mujeres sobre Violencia Obstétrica durante el periodo de Embarazo y Parto. (Martínez González et al., 2022) | Revisión sistemática. | Determinar las percepciones de usuarias que han sufrido violencia obstétrica durante el proceso de parto. | Artículos de PubMed, SciELO y Scopus publicados en los últimos 5 años. Palabras clave: Violencia obstétrica, parto humanizado, derechos reproductivos y estrés psíquico. | | Se perciben experiencias de parto positivas gracias a las actuaciones adecuadas de los sanitarios. Sin embargo, predomina la percepción negativa debido a la escasez de recursos, de formación de los profesionales, y el intervencionismo obstétrico sistemático. | PRISMA: 9/10 SIGN: 1++ A |
| 4. Violencia obstétrica en Chile: percepción de las mujeres y diferencias entre centros de salud. (Cárdenas Castro y Salinero Rates, 2022) | Estudio descriptivo y transversal. | Establecer los resultados de la primera encuesta realizada en Chile sobre violencia obstétrica, visibilizando la frecuencia de esta problemática y comparándola en la sanidad pública frente a la privada. | 2.105 mujeres chilenas de entre 18 y 82 años que respondieron al cuestionario. | Sociodemográficas: edad, identidad y orientación sexual, identificación con pueblos originarios, nivel de estudios y tipo de centro. Relacionadas con el historial de atención en los servicios de ginecología y obstetricia de las mujeres. | El 79,3% refirió haber vivido algún tipo de VO. Siendo más frecuente en centros públicos, en mujeres de entre 18 y 29 años, no heterosexuales y pertenecientes a pueblos originarios. | STROBE: 22 /22 SIGN: 2++ C |
| 5. Percepción de violencia obstétrica en Oaxaca. (Guerrero-Sotelo et al., 2020) | Estudio cuantitativo, descriptivo y transversal. | Conocer la percepción de las mujeres sobre violencia obstétrica en Oaxaca tanto en servicios de salud públicos como privados. | 143 usuarias de 7 regiones diferentes de Oaxaca. | Sociodemográficas: edad, estado civil, situación laboral, religión, región de procedencia y tipo de institución donde recibieron atención sanitaria. En relación con antecedentes personales gineco-obstétricos: número de gestaciones, partos, cesáreas y abortos. | El 26,4% de las usuarias refirió haber sufrido VO, incluyendo el rasurado genital, tactos vaginales o el no poder estar acompañadas durante el parto entre otras. Se registró una disminución de la frecuencia de prácticas de VO respecto a encuestas anteriores. Sin embargo, se identificó el escaso conocimiento de las mujeres en relación con sus derechos. | STROBE: 21/22 SIGN: 2++ C |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|--|---|--|
| <p>6. Manifestaciones de violencia durante el parto percibidas por mujeres y profesionales de la salud. (Borges Damas et al., 2021)</p> | <p>Estudio cualitativo.</p> | <p>Identificar formas de violencia obstétrica presentes durante el proceso de parto y la percepción de esta por parte de las mujeres usuarias y los profesionales involucrados.</p> | <p>12 mujeres, 10 enfermeros obstétrico-ginecológicos y 10 ginecólogos-obstetras elegidos por muestreo no probabilístico por criterios.</p> | <p>Relacionadas con los profesionales: sexo, nivel de estudios y experiencia, lugar de residencia. Relacionadas con las usuarias: edad, estado civil, lugar de residencia, nivel de estudios y enfermedades asociadas al embarazo.</p> | <p>Las usuarias normalizan la VO a través de su discurso, a pesar de la experiencia negativa que supone. En cuanto a los profesionales: un grupo refiere sentirse ofendido en relación con el tema, mientras que otro reconoce su existencia. Coinciden en que las prácticas intervencionistas son necesarias y refieren estar sometidos a presión por parte de las normativas y programas nacionales del sistema.</p> | <p>Lincoln y Guba: 15 /18 SIGN: 3C</p> |
| <p>7. Violência obstétrica: uma prática vivenciada por mulheres no processo parturitivo (Dalla Costa et al., 2022)</p> | <p>Estudio exploratorio, descriptivo con enfoque cuantitativo</p> | <p>Identificar las formas de violencia obstétricas vividas por las mujeres durante el transcurso del parto.</p> | <p>Muestreo no probabilístico a través de un cuestionario cerrado a 157 púérperas.</p> | <p>Sociodemográficas: edad, estado civil, nivel de educación, raza y renta familiar. Relacionadas con el historial obstétrico: si tuvieron control prenatal, tipo de unidad asistencial, número de controles, de embarazos, y si tuvieron aborto, edad gestacional al nacimiento, complicaciones en el periodo prenatal, parto y puerperio, y momento de puerperio actual. Relacionadas con el historial de parto: tipo, lugar de nacimiento, profesional responsable, preferencias durante el embarazo y elección de vía para dar a luz. Relacionadas con la experiencia de parto, sentimientos vividos e</p> | <p>El 5,1% de las mujeres refirió sufrir críticas y gritos por parte de los sanitarios. La maniobra de Kristeller se observó en el 24,2%, la realización de tactos vaginales frecuentes fue realizada en el 41,4% de los casos y a un 26,8% de las mujeres no se le permitió ingerir bebidas ni alimentos en el parto. Pese a la presencia de VO, un 86% de las mujeres se sintió satisfecha con el profesional médico, y se reflejan resultados favorables. Sin embargo, cabe destacar que el 52,9% tuvo cesárea, por lo que en una elevada tasa de mujeres no se respetó su poder de decisión y sus deseos.</p> | <p>STROBE: 17 /22 SIGN: 3 D</p> |

| | | | | | | |
|---|--|---|---|---|--|------------------------------------|
| | | | | intervenciones llevadas a cabo. | | |
| 8. Women's perception on obstetric violence. (Ribeiro de Oliveira et al., 2017) | Estudio exploratorio, descriptivo con enfoque cualitativo. | Caracterizar la violencia obstétrica experimentada durante el parto por las mujeres. | 20 mujeres de Teresina, Brasil, atendidas en un hospital público que cumplieron los criterios de elección. | Sociodemográficas: edad, estado civil, nivel adquisitivo, ocupación laboral y nivel de estudios. Relacionadas con antecedentes obstétricos: número de hijos, tipo de parto. Relacionadas con la negligencia en la asistencia y con agresiones verbales. | La VO se caracterizó por agresiones verbales, negligencia médica con graves consecuencias, negación de derechos sexuales y reproductivos (los cuales desconocían) y negación del derecho a la información, entre otros. | STROBE: 15 /22 SIGN: 3 D |
| 9. Percepção das puérperas de um hospital materno infantil sobre a violência obstétrica no estado de Roraima. (Viana de Almeida et al., 2022) | Estudio con enfoque cualitativo y exploratorio. | Analizar la percepción sobre prácticas violentas llevadas a cabo durante el proceso de parto de las puérperas en Roraima. | 50 puérperas hospitalizadas en un hospital público de Roraima. | Sociodemográficas: edad, nacionalidad. Relacionadas con el tipo de parto, la percepción de VO y la atención recibida. | El 72% desconoce el concepto de VO. En cuanto a prácticas observadas, las mujeres refieren no haber podido estar acompañadas, no poder elegir la postura de parto y partos inducidos por oxitocina o Kristeller. En general, se refleja que las mujeres con partos de bajo riesgo tienden a sufrir intervencionismo innecesario. | Lincoln y Guba: 13 /18 SIGN: 3D |
| 10. Concepção de puérperas sobre violência obstétrica: Revisão integrativa. (De Alencar Pererira Gomes et al., 2022) | Revisión integrativa. | Identificar la percepción de violencia obstétrica por parte de las puérperas. | Artículos publicados en BVSsalud, Medline, PubMed y SciELO entre 2010 y 2020. Descriptores: "violence against woman", "obstetric childbirth", "maternity" y "obstetric violence". | Variables bibliométricas: países en los que se llevó a cabo la publicación, tipo de estudio (cualitativo o cuantitativo) y año de publicación. Relacionadas con el conocimiento, percepción y experiencias de VO. | Las puérperas, en su mayoría, desconocen el concepto de VO debido a la falta de educación prenatal en materia de derechos. Asimismo, se refleja que las mujeres sufren un trato jerárquico, discriminatorio y autoritario por parte de los profesionales. No obstante, las que colaboran reciben menos intervencionismo innecesario. | CASPe: 8 /10 SIGN: 2 ++ C |

Tabla 7. Tabla de síntesis de resultados. *Apreciación de la violencia obstétrica por parte de los sanitarios implicados en el embarazo, parto y puerperio.*

| TÍTULO/AÑO | TIPO DE ESTUDIO | OBJETIVO | MUESTRA | VARIABLES | HALLAZGOS | CALIDAD METODOLÓGICA |
|--|----------------------|--|--|--|--|------------------------------------|
| 1. Manifestaciones de violencia durante el parto percibidas por mujeres y profesionales de la salud. (Borges Damas et al., 2021) | Estudio cualitativo. | Identificar formas de violencia obstétrica presentes durante el proceso de parto y la percepción de esta por parte de las mujeres usuarias y los profesionales involucrados. | 12 mujeres, 10 enfermeros obstétrico-ginecológicos y 10 ginecólogos-obstetras elegidos por muestreo no probabilístico por criterios. | Relacionadas con los profesionales: sexo, nivel de estudios y experiencia, lugar de residencia. Relacionadas con las usuarias: edad, estado civil, lugar de residencia, nivel de estudios y enfermedades asociadas al embarazo. | Las usuarias normalizan la VO a través de su discurso, a pesar de la experiencia negativa que supone. En cuanto a los profesionales: un grupo refiere sentirse ofendido en relación con el tema, mientras que otro reconoce su existencia. Coinciden en que las prácticas intervencionistas son necesarias y refieren estar sometidos a presión por parte de las normativas y programas nacionales del sistema. | Lincoln y Guba: 15 /18 SIGN: 3C |
| 2. Violência obstétrica na perspectiva dos profissionais de enfermagem envolvidos na assistência ao parto (Tales de Alexandria et al., 2019) | Estudio cualitativo. | Evaluar el entendimiento de la violencia obstétrica por parte de los enfermeros responsables de la asistencia en el parto. | 10 enfermeros de los 15 que cumplían los criterios de elección debido a la saturación de datos que reflejaban los mismos resultados. | Sociodemográficas: sexo, edad, estado civil, nivel de especialización. Relacionadas con el conocimiento de los enfermeros sobre VO, tipo de prácticas identificadas y derechos reproductivos. | Los enfermeros poseen un alto conocimiento sobre la VO, siendo capaces de identificar prácticas que constituyen VO y los derechos reproductivos que poseen las mujeres pese a que no sean respetados. No obstante, el discurso de los entrevistados refleja que la VO todavía sigue siendo un problema generalizado. | Lincoln y Guba: 12 /18 SIGN: 3C |
| 3. La violencia obstétrica desde la perspectiva de las matronas de atención primaria y hospitalaria en Barcelona. Un análisis desde la antropología. | Estudio cualitativo. | Conocer la percepción sobre la violencia obstétrica que tienen las matronas de atención primaria y hospitalaria en Barcelona. | 8 matronas que ejercen tanto en la atención primaria como especializada en Barcelona seleccionadas por muestreo intencional. | Sociodemográficas: edad, lugar de nacimiento, tiempo ejercido como matrona, ámbito específico laboral. | La mayoría de las matronas consideran que la VO sí existe, frente a algunas que consideran el término excesivo. | Lincoln y Guba: 15 /18 SIGN: 3C |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|--|---|-------------------------------------|
| (Martín- Castañeda, 2021) | | | | Relacionadas con el cambio que se ha producido en la atención obstétrica con el paso del tiempo, el enfoque de riesgo que se toma en relación con el concepto de embarazo y parto, el dolor durante el parto, la humanización de este y el concepto en sí mismo de VO. | Relacionan la VO con la patologización del proceso natural del parto, las jerarquías existentes entre profesionales o el exceso de intervencionismo para evitar complicaciones según el enfoque de la biomedicina. | |
| 4. Representación de la violencia obstétrica que construyen profesionales matronas de la ciudad de Temuco. (Poo et al., 2021) | Estudio cualitativo descriptivo. | Describir la violencia obstétrica a través de sus representaciones, creencias de base, actitudes relacionadas y consecuencias identificadas según matronas de Temuco. | 9 matronas de entre 24 y 62 años con un ejercicio profesional mínimo de 2 años y con experiencia intrahospitalaria en servicios públicos elegidas por muestreo intencional. | Relacionadas con las características de la VO, creencias, actitudes y consecuencias relacionadas. | Coinciden en que la VO puede ser ejercida a través de la acción u omisión, siendo manifestada de forma física o verbal. Relacionan este fenómeno con factores como el estrés y la falta de empatía y reconocen la existencia de las consecuencias de la VO. Aseguran que el desarrollo de la empatía y el empoderamiento resultan elementos clave para la prevención de VO. | Lincoln y Guba: 14 /18 SIGN: 3 D |
| 5. Violência obstétrica en la visão de profissionais de saúde: a questão de gênero como definidora da assistência ao parto. (Reis Trajano y Abreu Barreto, 2021) | Estudio exploratorio con enfoque cualitativo. | Analizar la violencia obstétrica percibida por los profesionales entrevistados a través de la perspectiva de género. | 20 profesionales de los 79 que cumplían con los criterios de elección, de los cuales 23 fueron seleccionados, pero 3 decidieron no participar. | Sociodemográficas: sexo, categoría profesional y edad. Relacionadas con la percepción de VO sobre violencia física, verbal, psicológica y limitación de movimiento y posiciones en el parto. | La VO es ejercida según los profesionales involucrados a través de diferentes formas y como consecuencia del rol de sumisión que desempeña la mujer en la sociedad. El maltrato físico como VO es identificado por un 55% de los profesionales, el verbal por un 45%, el psicológico por el 40%, mientras que sólo un 10% identificó la | Lincoln y Guba: 14 /18 SIGN: 3C |

| | | | | | | |
|--|---|--|---|---|--|-----------------------------|
| | | | | | limitación de movimiento como VO. | |
| 6. Violência obstétrica: percepções de enfermeiros obstétricos em uma maternidade de Minas Gerais. (Lima Miranda et al., 2019) | Estudio descriptivo y exploratorio con enfoque cualitativo. | Identificar las percepciones a cerca de la violencia obstétrica por parte de enfermeras obstétricas en Minas Gerais. | Entrevista semiestructurada a 16 enfermeros obstetras elegidos según criterios. | Sociodemográficas: sexo, edad y años de experiencia en el ámbito obstétrico. Relacionadas con la percepción sobre VO y situaciones que han presenciado las enfermeras relacionadas con la VO. | Las enfermeras perciben como VO, actos de violencia física y verbal, la negación del derecho a la autonomía, el intervencionismo injustificado y reconocen las consecuencias de este tipo de violencia. Sin embargo, también se observan percepciones limitadas por falta de conocimiento. Por otro lado, reconocen la VO en el ejercicio de su profesión, aunque refieren que este tipo de prácticas son ejercidas principalmente por el ginecólogo-obstetra. | STROBE: 15 /22 SIGN: 3 D |
| 7. Vivências sobre violencia obstétrica: Boas práticas de enfermagem na assistência ao parto. (Moreira do Nascimento et al., 2022) | Estudio exploratorio y descriptivo con enfoque cualitativo, utilizando como método el estudio de campo. | Entender la función del personal de enfermería en la prevención de VO durante el proceso de parto. | Entrevista estructurada a 10 enfermeros en un hospital público de Brasil. | Relacionadas con las situaciones de VO experimentadas por los profesionales y con las buenas prácticas asociadas a la asistencia obstétrica en el parto. | Los enfermeros reconocen haber visto ejercer VO por parte de los profesionales, incluyendo violencia física y psicológica, o la realización de prácticas desaconsejadas. Consideran que la atención obstétrica debe basarse en principios de humanización, ética y legislación. Siguiendo la evidencia científica y proporcionando una asistencia individualizada. Siendo la formación un aspecto clave para la mejora asistencial. | STROBE: 14 /22 SIGN: 3 D |

Tabla 8. *Tabla de síntesis de resultados. Recomendaciones en la atención a la mujer gestante, en el parto y en el puerperio inmediato.*

| TÍTULO/AÑO | TIPO DE ESTUDIO | OBJETIVO | MUESTRA | VARIABLES | HALLAZGOS | CALIDAD METODOLÓGICA |
|---|---|---|---|--|--|-----------------------------|
| 1. A violência obstétrica como prática no cuidado na saúde da mulher no processo parturitivo: análise reflexiva. (Pereira Rodrigues et al., 2015) | Revisión narrativa. | Reflexionar sobre la violencia obstétrica y conceptos relacionados, ejercida por los servicios y sanitarios contra las mujeres. | Artículos de búsqueda on-line en abril de 2014. Descriptores empleados: Violencia obstétrica, parto normal y enfermería. | | Los profesionales sanitarios deben promover la autonomía de la parturienta y la protección del derecho de elección, información e intimidad, entre otros. Asimismo, se deben realizar protocolos para reducir la violencia física, psicológica, sexual e institucional que es ejercida contra las mujeres en el ámbito reproductivo. | CASPe: 8 /10 2 + B |
| 2. Vivências sobre violencia obstétrica: Boas práticas de enfermagem na assistência ao parto. (Moreira do Nascimento et al., 2022) | Estudio exploratorio y descriptivo con enfoque cualitativo, utilizando como método el estudio de campo. | Entender la función del personal de enfermería en la prevención de VO durante el proceso de parto. | Entrevista estructurada a 10 enfermeros en un hospital público de Brasil. | Relacionadas con las situaciones de VO experimentadas por los profesionales y con las buenas prácticas asociadas a la asistencia obstétrica en el parto. | Los enfermeros reconocen haber visto ejercer VO por parte de los profesionales, incluyendo violencia física y psicológica, o la realización de prácticas desaconsejadas. Consideran que la atención obstétrica debe basarse en principios de humanización, ética y legislación. Siguiendo la evidencia científica y proporcionando una asistencia individualizada. Siendo la formación un aspecto clave. | STROBE: 14 /22 SIGN: 3 D |
| 3. Violência obstétrica: a abordagem da temática na formação de enfermeiros obstétricos. (Monteiro da Silva et al., 2020) | Estudio descriptivo con enfoque cualitativo. | Establecer el discurso sobre violencia obstétrica del colectivo de enfermeros que cursan el posgrado en Enfermería Obstétrica. | Entrevista guiada en base a un cuestionario semiestructurado a 20 enfermeros cursando el posgrado en Enfermería Obstétrica. | Sociodemográficas: edad, sexo, estado civil y nivel de formación. Relacionadas con el abordaje de la VO en la formación de los enfermeros, aspectos | Se confirma la relevancia del abordaje de la VO dentro de la formación enfermera. El discurso establecido por los enfermeros en formación identifica como | STROBE: 16 /22 SIGN: 3 D |

| | | | | | | |
|---|--|--|--|--|---|---------------------------------------|
| | | | | académicos que contribuyen o interfieren en el cuidado obstétrico y las estrategias para superar aspectos que interfieren en la consecución del desempeño adecuado como profesionales de la atención obstétrica. | elementos clave para la humanización del parto la formación adecuada, estrategias de educación y promoción, compartir el conocimiento con las usuarias, prácticas basadas en la evidencia, políticas que mejoren los aspectos socioeconómicos y fortalecimiento del modelo asistencial, entre otros. | |
| 4. A assistência do enfermeiro à parturiente no contexto hospitalar: um olhar sobre a violência obstétrica. (Correia do Nascimento y Ferreira de Souza, 2022) | Revisión bibliográfica, metodología descriptiva y transversal con enfoque cualitativo. | Examinar la violencia obstétrica, analizando su recurrencia y esclarecer la heterogeneidad de esta problemática, entender el trato percibido por los pacientes y discutir la percepción de los enfermeros. | Artículos de SciELO, PubMed, Lilacs y BVSsalud. Descriptores: Violencia obstétrica, enfermera, puerpera y asistencia. | | Se deben crear leyes que aborden la VO y sancionen a los profesionales que la ejercen, más investigaciones al respecto, más formación continuada, vigilancia de las instituciones y orientaciones a las mujeres parturientas, embarazadas y puerperas en materia de derechos. | CASPe: 8 /10 2 ++ A |
| 5. Ampliando voces sobre violência obstétrica: recomendações de advocacy para enfermeira(o) obstetra (Santos Zanchetta et al., 2021) | Estudio exploratorio con enfoque etnográfico. | Incrementar la calidad en los cuidados obstétricos a través de la exploración de las necesidades de las mujeres. | Cuestionario online a 414 mujeres y hombres, representando a la sociedad civil. | Sociodemográficos: edad, sexo y nivel de escolarización. En el caso de las mujeres, variables adicionales relacionadas con el número de hijos, de embarazos y estado civil. | Las mujeres, y la población general consideran que se debe producir un cambio en el paradigma de la atención obstétrica. Solicitan la educación colectiva como principal instrumento de cambio. Seguido por la humanización de los cuidados y la facilitación de herramientas para la denuncia y evaluación de estas prácticas. | Lincoln y Guba: 14 /18 SIGN: 2 + C |

5 Discusión

5.1 Percepción de las usuarias de los servicios de ginecología y obstetricia sobre violencia obstétrica

Cárdenas Castro y Salinero Rates (2022) realizan un importante estudio descriptivo en Chile, en el que llevaron a cabo la primera gran encuesta a nivel nacional sobre violencia ginecológica y obstétrica. Este estudio está dirigido a conocer la percepción sobre VO de mujeres que dieron a luz en instituciones públicas y privadas del país y las diferencias sobre este fenómeno entre las diferentes instituciones. En esta misma línea de investigación, Guerrero-Sotelo et al. (2020) realiza un estudio en México con el mismo objetivo: conocer la percepción de las mujeres sobre VO. Los resultados indican que un 26,4% de las mujeres encuestadas han sufrido algún tipo de VO. La falta de consentimiento informado se señala con mayor frecuencia que otro tipo de prácticas, de las que también se tiene constancia en este estudio como: el rasurado de genitales (42%), el impedimento del acompañamiento durante el parto (40,6%), tactos vaginales repetidos (35,7%) o cesáreas (35,2%).

Frente a estos resultados, en Chile el 79,28% de las 2105 encuestadas refiere haber experimentado prácticas constituyentes de VO durante su parto, siendo esta cifra mayor en los partos atendidos en hospitales públicos (86,5%) y menor en las instituciones privadas (72,4%). Entre algunas de las prácticas manifestadas se encuentra el rasurado de genitales (50,2%), tactos vaginales repetidos (48,8%), la limitación de movimiento (57,7%) y cesáreas (48,1%). Se encontró que las mujeres no heterosexuales, menores de edad y las procedentes de pueblos originarios manifiestan sufrir VO con mayor frecuencia. En muchas ocasiones, el parto supone una experiencia traumática, en lugar de una experiencia íntima y positiva.

La VO está normalizada en el sistema sanitario chileno, siendo más evidente en los servicios públicos. En general, la infantilización, la vulnerabilidad, los procedimientos sin consentimiento informado y la negación de la compañía durante el parto son las prácticas más referidas. Coincidiendo la percepción de infantilización y vulnerabilidad de estas mujeres como las más frecuentes tanto en hospitales públicos como privados. En cuanto al consentimiento informado, un 49,9% de mujeres refirieron firmarlo en hospitales públicos, frente a un 63,7% en clínicas privadas. Estos resultados suponen una mayor comprensión sobre la problemática en este país (Cárdenas Castro y Salinero Rates, 2022). No obstante, es relevante destacar que las prácticas referidas se alejan de un proceso de parto respetuoso con la autonomía de la mujer y distan de las recomendaciones emitidas sobre práctica clínica que existen actualmente (Guerrero-Sotelo et al., 2020).

Borges Damas et al. (2021) en su estudio cualitativo dirigido a conocer las manifestaciones y percepciones sobre VO que tienen mujeres y profesionales en Artemisa (Cuba) realizó entrevistas a 12 mujeres. Señala como aspecto relevante que las mujeres entrevistadas, a pesar de sus experiencias satisfactorias o insatisfactorias en relación con la atención que recibieron durante el parto, normalizan las prácticas por no poseer un total

conocimiento sobre la VO y presentan conformidad ante las intervenciones obstétricas si esto repercute en el bienestar de sus hijos. En cuanto a sus manifestaciones, se refleja que a un 100% de las entrevistadas se le realizó una episiotomía. También se les negó elegir la postura de parto y no se empleó manejo del dolor. Aunque se les permitió estar acompañadas, solo fue en el momento de trabajo de parto.

Este estudio coincide con el trabajo realizado por Llobera Cifre et al. (2019). Se trata de un estudio cualitativo que explora la VO desde la perspectiva de las mujeres que la han sufrido en Mallorca (España). Basado también en entrevistas a 12 mujeres, ambos estudios reflejan la insatisfacción de las mujeres en cuanto al trato recibido. Refieren un trato frío, deshumanizado y jerárquico por parte de los profesionales que les ocasionó malestar y una experiencia de parto negativa. El estudio realizado en España puntualiza, además, que las usuarias afirman que su opinión no fue tomada en cuenta a la hora de tomar decisiones. Asimismo, también coincide con Martínez González et al. (2022) en que en general, la atención, información y orientación recibida tanto en el parto como en el postparto fue escasa, insuficiente, paternalista e infantilizada según las mujeres, aunque estas lo relacionan con factores externos como la falta de recursos (humanos, materiales y de infraestructura) y factores internos como la falta de competencias y empatía por parte de los profesionales.

Las mujeres observaron que la jerarquía y las relaciones de poder se materializan de dos formas diferentes en la sala de parto. Por un lado, la relación entre ginecólogos y matronas, siendo los especialistas médicos quienes toman las decisiones empleando un tono autoritario y sin escuchar la opinión de las matronas en muchas ocasiones. Por otro lado, la relación entre ellas como paciente y los profesionales sanitarios se caracteriza principalmente por una dificultad para la comunicación. Las mujeres percibían que, para recibir información, eran ellas las que debían preguntar, sumado a un tono inadecuado o faltas de respeto por parte del profesional, que impedía que las mujeres se sintieran libres para expresar sus dudas. Asimismo, refirieron ser atendidas solo en el aspecto físico, percibiendo que los profesionales se olvidaban de su estado emocional. Para ellas, el componente relacional es el aspecto más relevante de la atención obstétrica. A pesar de ello, esta experiencia negativa supuso para ellas un punto de inflexión y toma de conciencia, a partir del cual se han empoderado y refieren tener más claro el tipo de atención que quieren recibir (Llobera Cifre et al., 2019).

En contraposición a todo lo anterior, Martínez González et al. (2022), a través de su revisión sistemática aseguran que diversos estudios demuestran la satisfacción y conformidad de las mujeres asistidas en relación con el trato recibido tanto en el parto como en el postparto. No obstante, su texto también señala numerosos estudios que manifiestan la insatisfacción y la presencia de VO percibida por las mujeres (véase tabla 9).

Tabla 9. *Diferencias encontradas entre experiencias de parto positivas y negativas según Martínez González et al. (2022)*

| PRÁCTICAS PERCIBIDAS POSITIVAMENTE | PRÁCTICAS PERCIBIDAS NEGATIVAMENTE |
|---|---|
| Actitudes profesionales de seguridad y apoyo. | Actitudes profesionales humillantes y de desprecio. |
| Libertad de movimiento en la fase de dilatación. | Realización de Kristeller y Valsalva en la fase de expulsivo. |
| Libertad para parir en posición vertical. | Tactos vaginales reiterados y sistemáticos. |
| Derecho a la compañía respetado. | Ausencia de consentimiento e información ante procedimientos. |
| Fomento de deambulación, autonomía y piel con piel postparto. | Infantilización por parte del profesional. |
| Información y orientación postparto. | |

Fuente: Elaboración propia

Varias investigaciones (Martínez González et al., 2022; Llobera Cifre et al., 2019), en relación con las prácticas anteriormente reflejadas, aseguran que la realización de la maniobra de Kristeller, desaconsejada según la evidencia, se lleva a cabo junto a otras prácticas sistemáticas e injustificadas sin consentimiento informado en una elevada tasa de mujeres según los datos recogidos. Algunas mujeres, que, pese al temor frente a las represalias, sí expresaron prácticas que no querían que se les realizaran, refieren que su decisión no fue respetada. Asimismo, fueron vulnerados sus derechos reproductivos en cuanto a intimidad, autonomía e información. Otros trabajos (Guerrero-Sotelo et al., 2020; Martínez González et al., 2022) aseguran que si bien la VO es un problema normalizado y arraigado que se ha hecho visible con el tiempo, no se debe pasar por alto que este tipo de prácticas son percibidas negativamente por las usuarias y repercuten en el bienestar físico y mental de la madre de forma significativa.

Otro trabajo del mismo año que arroja resultados positivos (véase tabla 10) respecto a la percepción de las mujeres sobre VO al igual que el de Martínez González et al. (2022), es el de Dalla Costa et al. (2022). A través de este estudio exploratorio-descriptivo realizado en unidades de atención primaria de Paraná (Brasil) identifica las formas de VO vividas por 157 púerperas durante el parto. Un 96,2% de las mujeres encuestadas fueron atendidas en hospitales públicos, siendo un 93,6% asistidas por profesionales obstetras, lo que evidencia que la mayoría de los resultados arrojados corresponden a hospitales públicos de Brasil. Como aspecto relevante, la mayoría de las mujeres prefirieron dar a luz por vía vaginal, aunque solo un 37,7% acabó teniendo un parto natural, lo que muestra una limitación considerable de la toma de decisiones de las mujeres y una falta de respeto a sus deseos reproductivos en consonancia con datos aportados por Llobera Cifre et al. (2019).

Tabla 10. *Experiencias de parto positivas según Dalla Costa et al. (2022)*

| Prácticas no manifestadas por las encuestadas: | |
|--|-------|
| Amenazas | 98,1% |
| Gritos | 93,0% |
| Órdenes para dejar de emitir quejas y gritos. | 92,4% |
| Comentarios irónicos | 98,7% |

| | |
|--|-------|
| Apodos | 99,4% |
| No estar acompañada. | 94,9% |
| Incomodidad para expresar dudas. | 88,5% |
| Sentimientos de vulnerabilidad e inferioridad. | 70,7% |
| Falta de privacidad e intimidad. | 84,7% |

Fuente: Elaboración propia

En cuanto a intervencionismo obstétrico, este estudio ofrece algunos resultados positivos. A un 99,4% no se le realizó enema y a un 96,8% no se le realizó tricotomía. Asimismo, un 26,8% manifestó la prohibición de alimentarse o beber agua durante el parto, pero solo un 3,8% la limitación de movimiento y un 2,5% la limitación de elegir una posición cómoda durante el expulsivo. En relación con prácticas más invasivas, un 77,1% no sufrió la rotura previa artificial de membranas y a un 70,7% no se le administró oxitocina de forma sistemática para acelerar el trabajo de parto. Aunque un 41,4% aseguró haber sufrido toques vaginales reiterados y un 33,8% refirió tener las manos atadas durante la cesárea. Por último, prácticas no recomendadas como la maniobra de Kristeller y las episiotomías rutinarias no fueron referidas por un 75,8% y 79,6% respectivamente. En definitiva, el 86% de las mujeres se sintieron extremadamente satisfechas en relación con el equipo profesional y el consentimiento estuvo presente en el 94,9% de los partos según este estudio.

Si bien es cierto que los datos anteriores plasman resultados positivos en cuanto a intervenciones obstétricas, cabe destacar que el 54,1% aseguró que la lactancia inmediata fue entorpecida por los profesionales, un 64,2% no pudo realizar piel con piel y a un 81,5% no se les permitió tener un pinzamiento del cordón tardío. Por tanto, pese a que pueden observarse avances en la atención obstétrica en materia de derechos, todavía se reflejan prácticas representativas de VO. Destaca la elevada tasa de cesáreas manifestadas (52,9% en este estudio) en contra de los esfuerzos realizados en los últimos años a nivel global para reducir la realización rutinaria de este tipo de intervención. Estos resultados elevados pueden estar relacionados con la evolución de la cirugía, experiencias negativas previas de las gestantes y la falta de respeto hacia las decisiones de las usuarias. De igual forma, el intervencionismo obstétrico podría verse reducido con un seguimiento prenatal adecuado, ya que las mujeres capaces de adherirse a estos controles evitan complicaciones durante el parto (Dalla Costa et al., 2022).

La falta de formación y el desconocimiento son otros elementos que aumentan la vulnerabilidad de la mujer en el momento del parto. En Brasil, dos trabajos publicados en el mismo año (De Alencar Pereira Gomes et al., 2022; Viana de Almeida et al., 2022) analizan y describen la percepción sobre VO de usuarias puérperas. Ambos señalan que la mayoría de las mujeres desconocen el término y refieren no haber recibido información al respecto durante el seguimiento prenatal, de forma que no fueron capaces de identificar qué tipo de prácticas pueden considerarse como VO ni si la habían experimentado. De hecho, el segundo trabajo, a través de entrevistas realizadas a 50 puérperas en un hospital público en Roraima, refleja que, si bien un 62% de las mujeres no identificaron haber sufrido VO al principio de la entrevista, tras finalizar el

cuestionario fueron conscientes de haberla experimentado, aunque no lo relacionaban con VO por desconocimiento.

En cuanto a las manifestaciones de VO, un 48% no pudo elegir la postura de parto y un 34% no pudo estar acompañada. Por otro lado, un 33% de mujeres refirieron haber tenido un parto inducido por la administración de oxitocina, un 29% por la realización de amniotomía y un 20% por la maniobra de Kristeller. Además, un 12% refiere episiotomías. Mientras que De Alencar Pereira Gomes et al. (2022) a través de su revisión integrativa de la literatura existente señala que las mujeres percibieron discriminación por su nivel socioeconómico o aspecto físico. Añade, en la línea de trabajos anteriores como el de Llobera Cifre et al. (2019), que las mujeres reciben un trato jerárquico y autoritario por parte de los profesionales, sintiéndose de esta forma, en una posición de inferioridad y vulnerabilidad al respecto en la que no se les permite tomar decisiones y que ocasiona una dificultad añadida para que las mujeres exijan que se respeten sus derechos reproductivos.

De igual modo, observa a través de los artículos revisados que las mujeres que establecen buenas relaciones con los profesionales sanitarios, que colaboran y no emiten quejas, reciben un trato más individualizado y de calidad con menos intervencionismo innecesario. Por otro lado, también queda constatada la presencia de mujeres que sí denuncian algunas prácticas o protestan ante situaciones como en las que no reciben un adecuado manejo del dolor asociado al parto. Aunque, en general, las mujeres que experimentan partos de bajo riesgo son propensas a sufrir intervenciones injustificadas, maltrato físico, psicológico y verbal a pesar de que existan guías sobre prácticas adecuadas y partos humanizados (De Alencar Pereira Gomes et al., 2022).

Ribeiro de Oliveira et al. (2017), a través de un estudio descriptivo realizado en el Estado de Piauí (Brasil) llevó a cabo un grupo focal de 20 mujeres para discutir y determinar las percepciones de VO recibida en un importante hospital público del Estado. Estas mujeres señalan como parte de la negligencia médica sufrida, situaciones de abandono y desinformación por parte de los obstetras que llegaron incluso a derivar en consecuencias significativamente negativas para el recién nacido. Apuntan haber recibido violencia verbal incluyendo insultos con la intención de humillarlas, amenazarlas y ridiculizarlas. Relatan experiencias que les han ocasionado malestar psicológico a causa de las faltas de respeto y comunicación. Asimismo, es fundamental destacar que las mujeres pueden obviar prácticas de VO debido a la gran atención que prestan a sus hijos en esos momentos, y que, en su mayoría, desconocen sus derechos reproductivos coincidiendo con los resultados de otros autores (De Alencar Pereira Gomes et al., 2022; Viana de Almeida et al., 2022).

Por su parte, en España, el 38,3% de mujeres refiere haber experimentado VO. Este dato puede compararse con la tasa de mujeres que refieren haber sufrido VO en otros países, como Etiopía (75,1%), India (28,8%), Brasil (18,3%) o Italia (21,2%). Esta disparidad entre países puede deberse a diferentes factores como la diferencia de tamaño entre muestras o los diversos instrumentos que se emplean para medir la VO. Si bien es cierto que la percepción de VO experimentada por las mujeres en España es elevada en comparación con otros países de

Europa, no es un hecho sorprendente, pues la ONU recientemente ha emitido comunicaciones instando a España a luchar activamente contra este tipo de violencia. Además, la VO es referida principalmente en instituciones privadas asociadas a protocolos obsoletos y centrados exclusivamente en el aspecto físico del parto. Pese haber sido ignorado, el Ministerio hace ya casi 10 años también instó a las instituciones privadas españolas a ofrecer estadísticas transparentes relacionadas con indicadores del parto. Todo ello hace que sean necesarios en nuestro contexto instrumentos que garanticen la transparencia en la publicación de los datos de la asistencia obstétrica en hospitales públicos y privados referidos a las prácticas que vulneran los derechos de la mujer.

Asimismo, un dato significativo refleja que más de la mitad de las mujeres (67,9%) opina que instituciones sanitarias como el Ministerio, la Gerencia o las Consejerías encargadas de salvaguardar los derechos reproductivos no los fomentan suficientemente. No obstante, la satisfacción de las mujeres en cuanto a la atención general en una escala analógica del 1 al 10 donde 1 representa satisfacción nula y 10 satisfacción plena, es expresada a través de una puntuación media de 6,94 puntos. Aunque el 54,5% refiere sentimientos de inseguridad, culpabilidad y vulnerabilidad en relación. En cuanto a prácticas específicas de VO, en contraposición a los resultados positivos de otro estudio llevado a cabo en un país diferente (Dalla Costa et al., 2022), en España, el 34% de las mujeres refiere comentarios irónicos, el 31,4% apodosos y el 48% señala dificultades para expresar sus dudas o miedos. De igual forma, el 83,4% refiere que no se les pidió el consentimiento informado para la realización de algunos procedimientos durante el parto.

En cuanto al postparto, el 35% expresa la falta de apoyo acerca de los cuidados del recién nacido y las mujeres que dieron lactancia materna (37,6%) también manifiestan falta de apoyo en correspondencia. El 6,3% del total experimentó pérdida perinatal, aunque el 36,5% de estas refiere haber experimentado prácticas innecesarias también en estos casos. Por otro lado, el plan de parto todavía es un elemento desconocido en la atención obstétrica española. El 41,6% de las mujeres asegura que no recibió información al respecto, por lo que el 53,5% de ellas no elaboró ningún plan de parto. De las mujeres que lo entregaron, solo un 20,2% refiere que su plan fue respetado, lo que repercute significativamente en la ocurrencia de VO durante el parto.

Todos estos resultados quedan recogidos en un importante estudio acerca de la visibilización de la VO en España, que incluyó la perspectiva de las mujeres al respecto en las diferentes Comunidades Autónomas. De esta forma, proporciona una perspectiva sobre cómo se distribuye la VO alrededor del país a través de la clasificación de las 17 comunidades en cinco conjuntos según el análisis de conglomerados, siendo La Rioja la comunidad con menor porcentaje de VO expresado. Para ello, se empleó una muestra de 17.541 cuestionarios en representación de todas las comunidades, a excepción de Ceuta y Melilla (Mena-Tudela et al., 2020a).

5.2 Percepción de los profesionales de los servicios de ginecología y obstetricia sobre violencia obstétrica

La VO genera cierta controversia entre los diferentes profesionales de la salud. Por este motivo, Borges Damas et al. (2021) entrevistó a 10 médicos y 10 enfermeras para conocer sus percepciones al respecto en un estudio cualitativo realizado en Cuba. Los resultados arrojan un conjunto de opiniones heterogéneas entre los diferentes profesionales. Por un lado, un grupo caracterizado por el insulto que supone para ellos identificar este fenómeno con el ejercicio de su profesión, llegando incluso a manifestar sentimientos de ira e irritación en su discurso. Por otro lado, el grupo que reconoce la existencia de esta problemática y teme estar contribuyendo a perpetuarla. Este tipo de prácticas pueden estar asociadas al tipo de rutina de trabajo que tienen los profesionales sanitarios, que contribuye a que despersonalicen y deshumanicen la atención que prestan, sumada al tecnicismo y ausencia de individualismo que rige el sistema y las instituciones. De igual modo, puede estar relacionada con factores como el cansancio, prejuicios, desconocimiento o el miedo a cometer errores y recibir demandas.

El intervencionismo obstétrico es reconocido en este estudio por el profesional médico. Refieren sentirse presionados por tasas e indicadores a nivel nacional que producen una limitación en su práctica profesional, convirtiendo en patológico, el proceso natural y fisiológico del parto. Asumen este tipo de prácticas inadecuadas como intervenciones necesarias para un parto favorable. Uno de los ejemplos que incluyen es la realización de la episiotomía debido a los riesgos que puede suponer el no realizarla tanto para la parturienta como para ellos mismos. Para ellos, la posición de litotomía es la elegida para el parto, a pesar de no tener ventajas sobre la parturienta basadas en evidencia científica, por el hecho de no contar con otros medios de soporte más allá de la mesa o cama ginecológica.

Por otro lado, la percepción de VO por parte de matronas se ve reflejada en varios trabajos (Lima Miranda et al., 2019; Martín-Castañeda, 2021; Poo et al., 2021). Martín-Castañeda (2021), por su parte, realiza un estudio cualitativo en Barcelona (España) en el que entrevista a 8 matronas para conocer sus percepciones. En este caso, también los datos reflejan disparidad de opiniones. En relación con el término y concepto, algunas entrevistadas consideran que el término debería modificarse, al considerarlo excesivo pues engloba una intención negativa por parte de los profesionales que realmente no ocurre y asocian la VO a prácticas del pasado. Mientras que, la mayoría refiere que sí sigue existiendo, e incluso reconoce haber sido cómplice o testigo de esta. De igual modo, este tipo de actos son denunciados desde una perspectiva de género por algunas informantes asegurando que las formas de VO pasan desapercibidas en la actualidad por su naturaleza menos física, aunque todavía sigan existiendo.

Profundizando más en las experiencias vividas por estas matronas, se observa que manifiestan incomodidad y sentirse violentadas al presenciar estas actuaciones, llegando incluso a cambiar su situación laboral para ejercer en otros ámbitos de la asistencia. Se observa cómo la VO afecta no solo a las mujeres que la sufren, sino también a los profesionales involucrados. No obstante, informan de que encuentran dificultad para denunciar la mala praxis o negarse a

realizarla condicionadas por la jerarquía existente entre el ginecólogo y la matrona. La mayoría, opina que el proceso de embarazo y parto está sometido a la patologización, lo que conlleva realizar muchas pruebas para el adecuado seguimiento protocolario consideradas como innecesarias en algunos casos. Por ello, resulta sorprendente que, dentro de este gremio, se encuentren opiniones heterogéneas en relación con prácticas desaconsejadas por la evidencia científica como la maniobra de Kristeller. Algunas informantes la consideran VO, mientras que otras piensan que es de utilidad para prevenir partos instrumentados o evitar diferentes prácticas de riesgo. En relación con otras prácticas específicas que pueden ser consideradas como VO se observa menos variabilidad entre las opiniones consultadas.

Otro trabajo con la misma perspectiva realizado en Chile, entrevista a 9 matronas de la ciudad de Temuco (Poo et al., 2021). A través de este estudio cualitativo, las matronas señalan que la VO puede ser ejercida tanto por acción directa como por omisión. Consideran formas de VO el maltrato verbal en forma de insultos, menosprecio o ignorar las necesidades de la usuaria. Y el maltrato físico a modo de negación del derecho a elegir la postura de parto, cesáreas injustificadas o la aceleración del expulsivo con la maniobra de Kristeller. Las matronas de este trabajo en líneas similares a otros estudios (Borges Damas et al., 2021) asocian la VO con la falta de formación del profesional, estrés y carga laboral, aunque añaden como elemento diferenciador la falta de recursos y la ausencia de un respaldo médico adecuado. Reconocen, además, que el estatus socioeconómico o el nivel de estudios constituyen factores de riesgo para sufrir VO.

Por otro lado, este artículo coincide con el de Martín-Castañeda (2021) en que la VO es una forma de violencia de género, puntualizando que la normalización de la VO es favorecida por un contexto cultural que oprime, infantiliza y limita el poder de decisión de las mujeres. Asimismo, coincide también con los hallazgos de este autor en que las matronas reconocen ser testigos y cómplices al no denunciar la mala praxis observada. Otros resultados representativos del estudio de Poo et al. (2021) señalan que las matronas identifican la empatía, la autocrítica, las relaciones adecuadas entre profesional y paciente, y el empoderamiento de las mujeres como elementos clave para eliminar y reducir la VO. Estas informantes reconocen las consecuencias de la VO en las mujeres a nivel físico y psicológico, incluyendo depresión, baja autoestima, sentimientos de soledad, culpabilidad, pánico o estrés que se traducen en la desconfianza que las usuarias sienten hacia los profesionales, e incluso, sentimientos de rechazo hacia el recién nacido.

Lima Miranda et al. (2019) a través de su estudio descriptivo y mediante una entrevista a 16 enfermeros obstétricos en Minas Gerais (Brasil), sintetiza sus percepciones sobre VO en el servicio de maternidad que más nacimientos asiste en todo Brasil, siendo este un hospital de referencia en cuanto a programas que humanizan el parto. En este hospital, alrededor del 80% de los 1000 nacimientos mensuales son asistidos por matronas. Este estudio también refleja la disparidad de definiciones en torno al término según las aportaciones de los entrevistados, llegando incluso a observarse definiciones limitadas por no poseer conocimientos suficientes en

relación con la VO. Aluden para definirlo a formas de violencia física y verbal que incluyen un tono agresivo, palabras inadecuadas, intervenciones injustificadas, la negación del derecho a la autonomía, intimidad e información y la limitación del poder de decisión de las usuarias.

Según una encuesta mencionada en este estudio sobre partos en Brasil en 2014, solo un 5,6% de las mujeres encuestadas tuvo un parto natural sin intervencionismo obstétrico. También la mayoría de las entrevistadas determina la VO como prácticas ejercidas por el obstetra principalmente. Aunque algunas reconocen este tipo de conductas como parte de su ejercicio profesional al negar el derecho a la compañía o a la información, entre otros. Que los profesionales reconozcan la VO constituye una iniciativa de progreso en la lucha contra esta. Igualmente, reconocen las consecuencias traumáticas de estos actos tal como se observa en resultados de otros estudios (Poo et al., 2021).

Por otro lado, Teles de Alexandria et al. (2019) muestran que los enfermeros poseen un alto conocimiento sobre la VO. Entre algunas de sus definiciones incluyen la vulneración de derechos reproductivos, la apropiación de la fisiología natural del parto, las agresiones verbales y físicas, y la asistencia deshumanizada en contra de la evidencia y recomendaciones. Como derechos reproductivos de las usuarias, reconocen el derecho a la compañía, a la intimidad, a la información, a la nutrición e hidratación, a elegir la posición de parto, a la atención respetuosa, digna y de calidad, y a la reducción del dolor. Aunque en la práctica de su profesión corroboran que no todos estos derechos son respetados por los profesionales. De igual modo, recogen percepciones similares a otros trabajos (Lima Miranda et al., 2019; Moreira do Nascimento et al., 2022; Reis Trajano y Abreu Barreto, 2021) en cuanto a prácticas presenciadas que deben ser reconocidas como VO. La separación postparto de la mujer y su recién nacido, la episiotomía no consentida, la maniobra de Kristeller debido a los riesgos que presenta como la rotura uterina o daño cerebral del recién nacido, la administración de oxitocina de forma rutinaria para acelerar el proceso de parto que puede ocasionar un aumento del dolor no justificado, prohibir la compañía durante el parto, negar el derecho a la información, no reducir el dolor experimentado por las usuarias y rasurados sin consentimiento son solo algunos ejemplos. Intervenciones obstétricas que deberían ser realizadas en determinadas circunstancias se convierten en parte de la rutina profesional según los enfermeros.

La percepción de los enfermeros también es abordada en la investigación de Moreira do Nascimento et al. (2022). Por medio de un estudio exploratorio descriptivo pretenden entender el papel que ejerce la enfermería en la prevención de la VO durante el parto, en base a una entrevista estructurada a 10 enfermeros en un hospital público del Estado de Ceará (Brasil). Los informantes aseguran que, en ocasiones, las mujeres ni si quiera son conscientes de que están sufriendo este tipo de violencia y de que sus derechos están siendo vulnerados. El nacimiento debe suponer una experiencia única en la vida y memoria de cada mujer, por lo que deben recibir un trato digno y respetuoso. De este modo, los enfermeros, y en general los profesionales, deben proporcionarles una experiencia adecuada que no suponga un trauma irreparable.

Algunas percepciones aportadas por los profesionales sanitarios mencionan también las cuestiones de género como agente causal de este tipo de violencia. Así lo muestra el trabajo de Reis Trajano y Abreu Barreto (2021). Mediante un estudio exploratorio se entrevistó a 20 profesionales entre los que se encontraban tanto profesionales médicos como enfermeros, especialistas y en periodo de residencia. Consideran que las mujeres son violentadas, también en el parto, a causa del rol social de sumisión establecido por la sociedad. Además, parte de las enfermeras señalan que el profesional médico es más reticente al cambio de paradigma que se está dando en relación con el parto. Algunos datos esclarecedores apuntan a que más de la mitad de los profesionales consultados (55%) identifica violencia física en la práctica profesional, seguida de violencia verbal (45%), psicológica (40%) y tan solo el 10% señala la limitación del movimiento y de posturas para parir como VO. Este último porcentaje puede explicarse debido al elevado rechazo que manifiestan los profesionales médicos en relación con permitir otras posiciones de parto recomendadas por la evidencia, ya que la posición tradicional facilita el acceso y la realización de las intervenciones necesarias.

Como prácticas concretas realizadas dentro de estos subtipos de VO refieren procedimientos en la línea de estudios anteriormente mencionados. En esta investigación, los profesionales reconocen que, teniendo este tipo de actitudes hacia las mujeres, las coaccionan para colaborar e intentar que el trabajo de parto sea facilitado, aunque el resultado que se logra es la sumisión en vez de la colaboración según la evidencia. Igualmente, asocian este tipo de abuso con el estrés que sufren como profesionales tal como señalan Poo et al. (2021) cuando el proceso de parto no tiene el trascurso esperado.

5.3 Recomendaciones para la reducción y prevención de violencia obstétrica

Se han encontrado varias publicaciones relevantes en Brasil, a partir de las cuales se pueden extraer algunas recomendaciones para la reducción, prevención y erradicación de la VO.

Aunque el modelo de atención holístico sea el elegido hoy en día, sustituyendo al biomédico, todavía se considera a la parturienta como un objeto a merced de la práctica médica y no como sujeto de derecho que siente y con poder legal. La VO no es solo una forma de violencia física, sino también psicológica, verbal e institucional, aunque la mayoría de las mujeres desconoce todas sus caracterizaciones. En pro de la lucha por la erradicación de la VO, se debe humanizar el parto. Proporcionando una verdadera acogida a la parturienta, que incluya la escucha, la resolución de dudas, la participación de la familia y la relación adecuada entre el profesional y la usuaria. Estos cuidados deben ser proporcionados por un tipo de profesional respetuoso con la ética y dignidad humana, que se comprometa a salvaguardar el papel protagonista de las mujeres en el parto.

Asimismo, la falta de conocimiento de las mujeres y de los profesionales en cuanto a legislaciones y derechos reproductivos influye directamente en la tasa de VO elevándola. Por lo

cual, es necesario producir mayor volumen de investigaciones y divulgaciones científicas al respecto con el fin de sensibilizar a la población y aumentar las acciones pedagógicas en esta línea. También hacer hincapié en la formación continuada profesional para abandonar procedimientos obsoletos no recomendados por organismos internacionales. Se debe seguir el ejemplo de países que ya han formulado leyes que contemplan la VO de forma específica y que sancionan a los que la ejercen como Venezuela o Argentina. Otro tipo de propuesta que contribuiría favorablemente a la humanización del parto son los programas dirigidos a mujeres que han sufrido VO para acogerlas y apoyarlas o mejorar las infraestructuras de los hospitales, principalmente de los públicos (Correia do Nascimento y Ferreira de Souza, 2022).

Por su parte, Pereira Rodrigues et al. (2015) a través de su revisión narrativa sobre la VO ejercida por los sanitarios durante el parto coinciden con el estudio anterior (Correia do Nascimento y Ferreira de Souza, 2022), en que se puede observar VO por medio de diferentes representaciones. Señalan concretamente que cuando a una mujer, por ejemplo, no se le permite estar acompañada durante el parto, se le está impidiendo acceder a sus derechos y, por tanto, se está cometiendo VO de forma institucional, ya que este tipo de derecho está recogido gracias a la Ley nº 11.108/2005 en Brasil, que aboga por la presencia de una persona elegida por la mujer durante el parto. Igualmente, el Ministerio de salud de Brasil está comprometido con la promoción de la calidad asistencial, por lo que establece varias recomendaciones entre las que destaca que no se limite el movimiento y cambios posturales de las mujeres durante el parto, ya que esto favorece la progresión y alivia significativamente el dolor asociado. Y el suministro de agua y alimentos durante el parto, siempre que la mujer lo desee, con el fin de no promover la violencia física, pese a que esto todavía no se permite en diferentes instituciones.

El derecho a la información también debe ser respetado siguiendo recomendaciones de la OMS, puesto que la violencia psicológica ejercida de forma inherente a la relación de poder entre profesionales y parturientas deja a las mujeres en una posición al respecto de inseguridad, miedo, abandono y vulnerabilidad en las que no son participes del proceso como sujetos activos y con poder de decisión. El derecho a la intimidad también es importante para evitar violencia sexual como parte de algunas prácticas de VO. Es el caso de los tactos vaginales reiterados e injustificados que constituyen una vulneración de la intimidad e integridad sexual y reproductiva de las mujeres. Este tipo de práctica, que habitualmente es realizada por diferentes profesionales, de forma constante y sin consentimiento, puede ocasionar además molestia, infección o edema vulvar que entorpecen la evolución natural del parto.

Se desaconseja la maniobra de Kristeller y la episiotomía rutinaria, pues constituyen actos de violencia física. La maniobra de Kristeller a pesar de estar considerada obsoleta y ser causante de diversas complicaciones, se sigue realizando en los paritorios, aunque nunca quede registrada. En cuanto a la episiotomía se debe valorar su uso en base a la evidencia y al caso concreto, puesto que puede ocasionar consecuencias a nivel muscular o relacionados con la continencia, entre otros. La evidencia científica establece tasas recomendadas de episiotomías entre el 10% y el 15% aproximadamente, por lo que países como Brasil en los que se lleva a

cabo en el 90% de los casos según la evidencia no se estaría respetando. Se debe luchar contra los modelos intervencionistas del parto en favor de un parto más humanizado y es aconsejable para los profesionales en el ejercicio de su profesión que evalúen las prácticas basándose en la evidencia. Sin olvidar el desarrollo de normas y protocolos en los servicios de atención obstétrica para que estos profesionales que representan la autoridad en las instituciones lleven a cabo prácticas adecuadas.

En el contexto brasileño, también tiene relevancia el debate en torno al lugar que ocupa la VO dentro de la formación de los enfermeros, ya que la formación adecuada en competencias pertinentes, tal y como es recomendada, es la principal estrategia para limitar la VO. Por lo que, Monteiro da Silva et al. (2020) a través de su estudio descriptivo pretenden establecer el discurso al respecto de 20 enfermeros que cursan el posgrado de Enfermería Obstétrica en una institución privada mediante una entrevista guiada. El discurso construido insta a que se desarrollen más proyectos de investigación en relación con la VO, dado la relevancia de esta problemática en la formación de los profesionales involucrados coincidiendo con otros trabajos (Correia do Nascimento y Ferreira de Souza, 2022).

Señalan, además, que el hecho de orientar y compartir conocimientos con la usuaria es un aspecto clave para reducir los sentimientos de inseguridad y vulnerabilidad en ellas, pero también las complicaciones. La orientación prenatal también es importante, se aconseja que sea proporcionada de forma individualizada y teniendo en cuenta el contexto de las mujeres de modo que hasta las madres adolescentes estén preparadas y sean conocedoras de estos aspectos a la hora del parto. Es de suma relevancia que se lleven a cabo actividades educativas en atención primaria con el fin de acoger, preparar e informar a la gestante al respecto. Este tipo de mejoras deben ir asociadas a políticas públicas que sustenten una mejora de la situación laboral, financiera y de reconocimiento de los profesionales, para que puedan desarrollar su trabajo de forma autocrítica, responsable y ofrecer cuidados de calidad, valorando los aspectos humanísticos y no principalmente los socioeconómicos.

La VO definitivamente es un asunto que debe abordarse en la formación de los enfermeros para aumentar la calidad de la asistencia prestada. Asimismo, desde su formación se les insta a basarse en la evidencia científica para realizar sus prácticas clínicas con respeto y sin olvidar el apoyo emocional que debe ser brindado. Por tanto, es interesante que se actualice la literatura científica, identificando nuevos indicadores y factores socioculturales, asistenciales y relacionados con la fisiología sobre los que se pueda investigar y seguir trabajando para mejorar los cuidados en el parto. Para lograr la asistencia humanizada, se debe abandonar el pensamiento de enfermedad en relación con el parto, por lo que deberían verse disminuidas las intervenciones obstétricas innecesarias e implementarse buenas prácticas que tengan a la mujer en consideración de forma holística. Por este motivo, intervenciones como las cesáreas que pueden producir un incremento de complicaciones, deben ser realizadas bajo una indicación clara y coherente, en cuyos casos los posibles beneficios sean mayores que los riesgos.

Dado que es un tema que involucra a mujeres usuarias del servicio de obstetricia y a profesionales del mismo gremio, es relevante conocer las recomendaciones que desde estos colectivos surgen para reducir la VO. Por un lado, el estudio de Moreira do Nascimento et al. (2022) mediante su investigación exploratoria y descriptiva pretende entender el papel que ejerce la enfermería en la prevención de la VO durante el parto, en base a una entrevista estructurada a 10 enfermeros en un hospital público del Estado de Ceará (Brasil). El discurso de estos enfermeros establece qué prácticas durante el parto son consideradas adecuadas y de qué forma mejorarían la calidad de los cuidados obstétricos. Para proporcionar atención obstétrica, consideran necesario partir de principios éticos como el del respeto de la autonomía, la beneficencia y la no maleficencia. Uno de los principales objetivos, deberá ser responder y atender las necesidades de las gestantes, respetando siempre sus derechos constitucionales.

Igualmente, las buenas prácticas deben animar a la familia de la gestante a participar siempre que sea posible, proporcionar información antes de realizar cualquier procedimiento, limitar las prácticas invasivas, asegurar el derecho legal de poder estar acompañadas y fomentar el contacto piel con piel inmediato, la elección de forma de parto y el asesoramiento sobre lactancia materna. También debe permitirse el movimiento, salvaguardarse la privacidad e intimidad y proporcionar un entorno que cumpla con las condiciones óptimas. Coincide con otro trabajo (Monteiro da Silva et al., 2020) al reflejar que ofrecer calidad en la asistencia desde el periodo prenatal hasta el momento del parto es esencial para una buena praxis. Del mismo modo, coincide con sus hallazgos al otorgar importancia a los aspectos humanísticos, la individualización, la evidencia, la educación, la formación del equipo y la orientación de la gestante para lograr un cambio en el paradigma.

Por otro lado, las sugerencias emitidas por las mujeres para la mejora de los cuidados y la humanización del parto se recogen en un estudio exploratorio realizado por Santos Zanchetta et al. (2021) en tres ciudades de Brasil, en el que participan 414 mujeres y hombres representando a la sociedad civil mediante una gran encuesta. Algunos hallazgos relevantes para la contextualización de estas recomendaciones incluyen que el 65,7% desconoce sus derechos reproductivos y que la mayoría encuentra difícil el acceso a información sobre VO y a redes de apoyo en caso de sufrirla. Refirieron como principales fuentes de información al respecto, el periódico o la televisión de forma ocasional, seguido de las redes sociales. Mientras que solo un 5,6% de las encuestadas asegura haber recibido información por parte de profesionales sanitarios. De igual forma, un 56,3% del total identifica como red de apoyo en caso de VO a la familia, seguida de amigos e instituciones específicas que protegen a la mujer.

De este estudio nacieron 404 recomendaciones de la población civil para que los profesionales ofrezcan mayor calidad en la atención obstétrica. La principal demanda aborda las necesidades actuales de estrategias de educación colectiva en materia de derechos reproductivos, debido al alto desconocimiento de este asunto por parte de las mujeres y profesionales. Asimismo, sugieren que se modifique la cultura del silencio poniendo en marcha instrumentos que las mismas instituciones proveedoras de salud proporcionen y que sirvan para

vehiculizar denuncias y evaluar la atención recibida. En relación con esto, se debe abandonar la percepción colectiva de que los profesionales poseen una autoridad de decisión incuestionable. Las políticas y legislaciones se deben ampliar con un enfoque de género y con el objetivo de salvaguardar los derechos reproductivos. Cabe destacar que los resultados evidencian que enfermería tiene un papel imprescindible en esta labor, al diferenciarse de otros profesionales por su búsqueda incansable de la humanización e individualización de los cuidados a través de su pensamiento crítico. Las enfermeras, deben empoderarse en su papel político y fomentar políticas que mejoren las condiciones de trabajo y la calidad asistencial.

Por último, entre las limitaciones del presente trabajo se puede observar que no se ha encontrado suficiente literatura científica al respecto en territorio español, por lo que resulta oportuno que en futuras investigaciones se aborde la temática en este país. Asimismo, se refleja una limitación temática pues la VO se ha abordado sólo desde la perspectiva de las mujeres y de los profesionales involucrados graduados. Sería interesante para ampliar el concepto incluir una comparación con la perspectiva al respecto de estudiantes de enfermería y medicina. Del mismo modo, el tipo de bibliografía seleccionada puede presentar una evidencia limitada por el predominio de revisiones bibliográficas y estudios de naturaleza, en general, retrospectiva y observacional con muestras no probabilísticas que ocasionan falta de representatividad y la aparición de sesgos. Se necesitarían más estudios de mayor nivel de recomendación para poder aportar evidencias más consistentes.

6 Conclusiones

1ª Se ha constatado que entre la percepción de las mujeres prevalecen las experiencias negativas sobre las positivas en relación con la atención obstétrica recibida. Se evidencia desconocimiento sobre el concepto de VO, aunque denuncian violencia física, verbal, psicológica e institucional. Y señalan la empatía y las relaciones adecuadas con el profesional como esenciales para el desarrollo de una atención humanizada.

2ª Entre las percepciones de los profesionales se observan dos corrientes de pensamiento bien diferenciadas. Por un lado, la vertiente que rechaza el término. Por otro lado, la mayoría de los profesionales, que identifican la existencia de VO en la práctica clínica. El estrés, el desconocimiento o la carga laboral son algunos de los factores que los profesionales asocian a este fenómeno.

3ª Se constata que la atención obstétrica requiere de un cambio en el paradigma que abogue por la humanización. Son necesarios la salvaguarda de los derechos reproductivos, la aplicación de principios éticos y de evidencia científica en los procedimientos, el fomento de la investigación y la publicación de legislaciones sobre este respecto. Definitivamente el empoderamiento de las mujeres se constituye como el principal vehículo hacia la humanización en los servicios de ginecología y obstetricia. La enfermería debe aportar en este ámbito un valor añadido gracias a su pensamiento crítico.

7 Referencias

- AGUILAR REDONDO, R., MANRIQUE FUENTES, G., AISA DENAROSO, L. M., DELGADO MARTÍNEZ, L., GONZÁLEZ ACOSTA, V., Y ACEITUNO VELASCO, L. (2016). Uso de la clasificación de Robson en un Hospital Comarcal de España para reducir la tasa de cesáreas. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 81(2), 99-104. <https://doi.org/10.4067/S0717-75262016000200003>
- AL ADIB MENDIRI, M., IBÁÑEZ BERNÁLDEZ, M., CASADO BLANCO, M., Y SANTOS REDONDO, P. (2017). La violencia obstétrica: un fenómeno vinculado a la violación de los derechos elementales de la mujer. *Medicina Legal de Costa Rica*, 34(1), 104-11. <https://shre.ink/H6X4>
- ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE MATRONAS (2005). *La Carta de Madrid. Por la mejora de la atención al parto de bajo riesgo*. <https://shre.ink/QoCq>
- BALLESTEROS-MESEGUER, C., CARRILLO-GARCÍA, C., MESEGUER DE PEDRO, M., CANTERAS-JORDANA, M., Y MARTÍNEZ ROCHE, M. E. (2015). Adecuación entre la práctica clínica obstétrica en el Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca (Murcia) y las recomendaciones de la Estrategia de Atención al Parto Normal. *Matronas Profesión*, 16(4), 110-116. <https://shre.ink/H6SK>
- BELLÓN SÁNCHEZ, S. (2015). La violencia obstétrica desde los aportes de la crítica feminista y la biopolítica. *Dilemata*, 18, 93-111. <https://shre.ink/H6f9>
- BORGES DAMAS, L., SÁNCHEZ MACHADO, R., PEÑALVER SINCLAY, A. G., Y GONZÁLEZ PORTALES, A. (2021). Manifestaciones de violencia durante el parto percibidas por mujeres y profesionales de la salud. *Revista Cubana de Enfermería*, 37(1). <https://shre.ink/H6n7>
- CÁRDENAS CASTRO, M., Y SALINERO RATES, S. (2022). Violencia obstétrica en Chile: percepción de las mujeres y diferencias entre centros de salud. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 46. <https://doi.org/10.26633/rpsp.2022.24>
- CORREIA DO NASCIMENTO, R., Y FERREIRA DE SOUZA, A. C. (2022). A assistência do enfermeiro à parturiente no contexto hospitalar: um olhar sobre a violência obstétrica. *Revista de Divulgação Científica Sena Aires*, 11(2), 149-162. <https://doi.org/10.36239/revisa.v11.n2.p149a162>
- DA SILVA CARVALHO, I., Y SANTANA BRITO, R. (2017). Formas de violencia obstétrica experimentada por madres que tuvieron un parto normal. *Enfermería Global*, 16(3), 71-97 <https://doi.org/10.6018/eglobal.16.3.250481>
- DALLA COSTA, L., DIAS DA SILVA, R., SIMONI ROLL, J., GONÇALVES TREVISAN, M., TUANI TEIXEIRA, G., CAVALHEIRI, J. C., Y RODRIGUES PERONDI, A. (2022). Violência obstétrica: uma prática vivenciada por mulheres no processo parturitivo. *Revista de Enfermagem UFPE on Line*, 16(1), 1-22. <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2022.252768>

- DE ALENCAR PEREIRA GOMES, A., MEIRA GOMES, R., DOS SANTOS SIMÕES, J., VIEIRA SIMÕES, A., MESQUITA MENDES PIRES, V. M., DE ANDRADE SANTOS, N., COSTA MACHADO, J., Y PALMARELLA RODRIGUES, V. (2022). Concepção de puérperas sobre violência obstétrica: Revisão integrativa. *Nursing (São Paulo)*, 25(292), 8592-8603. <https://doi.org/10.36489/nursing.2022v25i292p8592-8603>
- GARCÍA, E. M. (2017). Hacia los partos empoderados: recuperando nuestros cuerpos secuestrados por la biomedicina. *Dossiers Feministes*, 22, 87-106. <https://doi.org/10.6035/dossiers.2017.22.6>
- GARCÍA, E. M. (2018). *La violencia obstétrica como violencia de género. Estudio etnográfico de la violencia asistencial en el embarazo y el parto en España y de la percepción de usuarias y profesionales [Tesis de Doctorado, Universidad Autónoma de Madrid]*. <https://shre.ink/QfOV>
- GUERRERO-SOTELO, R. N., ORELLANA-CENTENO, J. E., LAMAS-CARLOS, J., HERNÁNDEZ-ARZOLA, L. I., Y GUTIÉRREZ-BUSTAMANTE, A. (2020). Percepción de violencia obstétrica en Oaxaca. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 28(4), 301-309. <https://doi.org/10.24875/reimss.m20000019>
- IGLESIAS, S., CONDE, M., GONZÁLEZ, S., Y PARADA, M. E. (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., PAJA-CAMPO, A. M., Y 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>
- JUNQUEIRA DE SOUZA, K., RATTNER, D., Y BAUERMANN GUBERT, M. (2017). Institutional violence and quality of service in obstetrics are associated with postpartum depression. *Revista de Saude Publica*, 51. <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2017051006549>
- Ley 17 de 2022. Por la cual se modifica la Ley 5/2008, del derecho de las mujeres a erradicar la violencia machista. 13 de enero de 2021. D.O. No. 11.
- LIMA MIRANDA, F., SERENO VELLOSO, G., DE OLIVEIRA LIMA, P., CORRÊA RANGE, S., FERNANDES DE ALMEIDA, H., PIMENTA PINHEIRO, M. L., Y VIEIRA COSTA, L. N. (2019). Violência obstétrica: percepções de enfermeiros obstétricos em uma maternidade de Minas Gerais. *HU Revista*, 45(4), 415-420. <https://doi.org/10.34019/1982-8047.2019.v45.27818>
- LLOBERA CIFRE, R., FERRER PÉREZ, V. A., Y CHELA ÁLVAREZ, X. (2019). Violencia obstétrica. La perspectiva de mujeres que la han sufrido. *Investigaciones Feministas*, 10(1), 149-184. <https://doi.org/10.5209/infe.60886>
- MARTÍN-BADIA, J., OBREGÓN-GUTIÉRREZ, N., Y 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). <https://doi.org/10.3390/ijerph182312553>
- MARTIN-CASTAÑEDA, L. B. (2021). La violencia obstétrica desde la perspectiva de las matronas de atención primaria y hospitalaria en Barcelona. Un análisis desde la antropología. *Matronas Profesión*, 21(1), 6-11. <https://shre.ink/H6sG>
- MARTÍNEZ GONZÁLEZ, M. DEL C., ZARAGOZA CORTÉS, J. M., DEL RIO MEDINA, S., SALAR ANDREU, C., MONTERO NAVARRO, S., MANCHEÑO MACIÁ, E., ESCUDERO ORTIZ, V., LEAL CLAVEL, M., SÁNCHEZ MÁS, J. M., Y MORERA BALAGUER, J. (2022). Percepciones de las mujeres sobre Violencia Obstétrica durante el periodo de Embarazo y Parto. En M. del M. Simón Márquez, M. del M. Molero Jurado, J. J. Gázquez Linares, Á. Martos Martínez, y A. B. Barragán Martín (Eds.), *Investigación de necesidades en Salud y cuidados durante el desarrollo* (pp. 183–190). <https://shre.ink/H60c>
- MARTÍNEZ-GALIANO, J. M., MARTINEZ-VAZQUEZ, S., RODRÍGUEZ-ALMAGRO, J., Y HERNÁNDEZ-MARTINEZ, A. (2021). The magnitude of the problem of obstetric violence and its associated factors: A cross-sectional study. *Women and Birth*, 34(5), e526-e536. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.10.002>
- MENA-TUDELA, D. (s.f.) *Violencia obstétrica en España: una práctica evidenciada*. Observatorio de violencia obstétrica. <https://shre.ink/QffG>
- MENA-TUDELA, D., IGLESIAS-CASÁS, S., GONZÁLEZ-CHORDÁ, V. M., CERVERA-GASCH, Á., ANDREU-PEJÓ, L., Y VALERO-CHILLERON, M. J. (2020a). Obstetric violence in Spain (Part I): Women's perception and interterritorial differences. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(21), 1–14. <https://doi.org/10.3390/ijerph17217726>
- MENA-TUDELA, D., IGLESIAS-CASÁS, S., GONZÁLEZ-CHORDÁ, V. M., CERVERA-GASCH, Á., ANDREU-PEJÓ, L., Y VALERO-CHILLERON, M. J. (2020b). Obstetric violence in Spain (Part II): Interventionism and medicalization during birth. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(1), 199. <https://doi.org/10.3390/ijerph18010199>
- MENA-TUDELA, D., IGLESIAS-CASÁS, S., GONZÁLEZ-CHORDÁ, V. M., VALERO-CHILLERÓN, M. J., ANDREU-PEJÓ, L., Y 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>
- MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD (2007). *Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud*. <https://shre.ink/Qo9G>
- MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD (2012). *Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud. Informe sobre la atención al parto y nacimiento en el Sistema Nacional de Salud*. <https://shre.ink/Qo9g>

- MONTEIRO DA SILVA, T., JARDEL FEITOSA SOUSA, K. H., DA SILVA OLIVEIRA, A. D., MIRANDA AMORIM, F. C., Y PINHEIRO LANDIM ALMEIDA, C. A. (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>
- MOREIRA DO NASCIMENTO, D. E., CAETANO BARBOSA, J., BARRETO ISAÍAS, B., HOLANDA NASCIMENTO, R. B., MARTINS FERNANDES, E., TAVARES DE LUNA NETO, R., Y PESSOA DE FARIAS RODRIGUES, M. (2022). Vivências sobre violência obstétrica: Boas práticas de enfermagem na assistência ao parto. *Nursing (São Paulo)*, 25(291), 8242-8253. <https://doi.org/10.36489/nursing.2022v25i291p8242-8253>
- MULLER SENS, M., Y NUNES DE FARIA STAMM, A. M. (2019). A percepção dos médicos sobre as dimensões da violência obstétrica e/ou institucional. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 23. <https://doi.org/10.1590/interface.170915>
- ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS (1993). *Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer*. <https://shre.ink/QoSX>
- ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS (2019). *Enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva, con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica*. <https://shre.ink/QVEo>
- ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS (2020). *Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer*. <https://shre.ink/HSx5>
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1985). Recomendaciones de la OMS sobre el Nacimiento. Declaración de Fortaleza. *Lancet*, 2, 436-437. <https://shre.ink/HSKV>
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2014). *Declaración sobre la prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud*. <https://shre.ink/QoXR>
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2015). *Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea*. <https://shre.ink/QoWW>
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2018). *Recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva. Transformar la atención a mujeres y neonatos para mejorar su salud y bienestar*. <https://shre.ink/QoJN>
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (2003). *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. OMS. <https://shre.ink/Qfnw>
- PEREIRA, C. J., DOMÍNGUEZ, A. L., Y TORO MERLO, J. (2015). Violencia obstétrica desde la perspectiva de la paciente. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*, 75(2), 81-90. <https://shre.ink/H63v>
- PEREIRA RODRIGUES, D., HERDY ALVES, V., LUTTERBACH RIKER BRANCO, M. B., DE MATTOS, R., AMORIM MALHEIROS DULFE, P., Y DARGAM GOMES VIEIRA, B. (2015). A violência obstétrica

- como prática no cuidado na saúde da mulher no processo parturitivo: análise reflexiva. *Rev. Enferm. UFPE on Line*, 9(5), 8461-8467. <https://shre.ink/H6ZX>
- PINTADO-CUCARELLA, S., PENAGOS-CORZO, J. C., Y CASAS-ARELLANO, M. A. (2015). Síndrome de desgaste profesional en médicos y percepción de la violencia obstétrica. *Ginecología y Obstetricia de México*, 83(3), 173-178. <https://shre.ink/H6Mv>
- POO, A. M., GALLARDO, M. J., HERRERA-CONTRERAS, Y., Y BAEZA, B. (2021). Representación de la violencia obstétrica que construyen profesionales matronas de la ciudad de Temuco. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 86(4), 374-379. <https://doi.org/10.24875/rechog.m21000016>
- REIS TRAJANO, A., Y ABREU BARRETO, E. (2021). Violência obstétrica na visão de profissionais de saúde: a questão de gênero como definidora da assistência ao parto. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 25. <https://doi.org/10.1590/interface.200689>
- RIBEIRO DE OLIVEIRA, T., OLIVEIRA LIRA COSTA, R. E., LIMA MONTE, N., DE MOURA FEITOSA VERAS, J. M., Y MENDES DA ROCHA SÁ, M. I. (2017). Women's perception on obstetric violence. *Revista de Enfermagem UFPE on Line*, 11(1), 40-46. <https://shre.ink/H6YI>
- RODRÍGUEZ MIR, J., Y MARTÍNEZ GANDOLFI, A. (2021). La violencia obstétrica: una práctica invisibilizada en la atención médica en España. *Gaceta Sanitaria*, 35(3). <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.06.019>
- SANTOS ZANCHETTA, M., SILVA SANTOS, W., VENTURA DE SOUZA, K., RODRIGUES PINA, V., HWU, H., STAHL, H., ARGUMEDO-STENNER, H., OSEI-BOATENG, J., ZIMMERMAN, R., DUMONT PENA, É., CABRAL, I. E., DE OLIVEIRA CARVALHO, A. L., VIDAL PEREIRA, A., DARGAM GOMES VIEIRA, B., HERDY ALVES, V., CUNHA VENTURA FELIPE, I., GURUGE, S., ST-AMANT, O., COSTA, E., Y PADILLA VDA DE ESCOBAR, H. (2021). Amplifying voices on obstetric violence: recommendations for advocacy by an obstetric nurse. *Escola Anna Nery*, 25(5). <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0449>
- SAVAGE, V., Y CASTRO, A. (2017). Measuring mistreatment of women during childbirth: A review of terminology and methodological approaches Prof. Suellen Miller. In *Reproductive Health*, 14(1), 138. <https://doi.org/10.1186/s12978-017-0403-5>
- Sociedad Andaluza de Ginecología y Obstetricia (2021). *Manifiesto SAGO contra el uso del término violencia obstétrica* [Archivo PDF]. <https://shre.ink/Qoqe>
- Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (2021). *Comunicado S.E.G.O.: "violencia obstétrica"* [Archivo PDF]. <https://shre.ink/Qoq1>
- TELES DE ALEXANDRIA, S., SANTOS DE OLIVEIRA, M. DO S., MARTINS ALVES, S., MOURA BESSA, M. M., ALENCAR ALBUQUERQUE, G., Y DRUMOND RAMOS SANTANA, M. (2019). Violência obstétrica na perspectiva dos profissionais de enfermagem envolvidos na assistência ao parto. *Cult. Cuid*, 23(53), 119-128. <https://doi.org/10.14198/cuid.2019.53.12>

TERÁN, P., CASTELLANOS, C., GONZÁLEZ BLANCO, M., Y RAMOS, D. (2013). Violencia obstétrica: percepción de las usuarias. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*, 73(3), 171-180. <https://shre.ink/H1UT>

VIANA DE ALMEIDA, J., MENDES DE OLIVEIRA, E., DA SILVA MEDEIROS, A., Y MACHADO LIMA CARVALHO, M. S. (2022). Percepção das puérperas de um Hospital Materno Infantil sobre a violência obstétrica no estado de Roraima. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, 14. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v14.11680>