

Máster Universitario en PSICOLOGÍA GENERAL SANITARIA

Trabajo Fin de Máster

**IMPACTO EMOCIONAL DE LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN MUJERES: UNA
REVISIÓN SISTEMÁTICA**

Presentado por: M^a Caridad Requena García

Tutora: Dra. Verónica Villanueva Silvestre

Convocatoria: Junio 2023

2022/2023

Resumen

La violencia obstétrica se define como una práctica que implica daño psicológico o físico o daño a las mujeres durante el embarazo, el trabajo de parto o el parto (por ejemplo, episiotomía, lenguaje abusivo, etc.). Este tipo de violencia es muy común y representa un grave problema para las mujeres, sus hijos y algunos de los profesionales que los atienden. El objetivo de este artículo fue revisar la evidencia disponible sobre la exposición a la violencia obstétrica y su impacto emocional en las mujeres afectadas. Se utilizó una revisión sistemática a través de distintas bases de datos como Pubmed, Dialnet, Scopus y Medline y se obtuvo un total de 62 artículos, seleccionando 13 artículos para su revisión en profundidad y ampliando hasta 20 artículos para estudiar las consecuencias de dicha variable, se incluyeron artículos científicos escritos en inglés o español, en los últimos 10 años y se excluyeron los que hacían referencia al impacto de la violencia obstétrica en el personal sanitario o sobre neonatos, aquellos estudios realizados en África o Asia, también los artículos que relacionaban violencia obstétrica con factores sociales u otros factores como violencia de pareja o intrafamiliar. En los resultados se encontró que la exposición a violencia obstétrica en mujeres durante distintas etapas como embarazo, parto y puerperio puede provocar diferentes consecuencias psicoemocionales como desajustes emocionales: culpa, baja autoestima, dificultades en el apego con su bebé, así como estrés postraumático y depresión. Como conclusión, se considera necesaria una mayor visibilización de este tipo de experiencia en las mujeres y mayor formación y concienciación en los profesionales sanitarios para conseguir un mejor ajuste psicológico en las mujeres que viven las etapas de embarazo, parto y puerperio.

Palabras clave: violencia obstétrica, impacto emocional, trauma, parto, mujeres

Abstract

Obstetric violence is defined as a practice that involves psychological or physical harm or harm to women during pregnancy, labor, or delivery (eg, episiotomy, abusive language, etc.). This type of violence is very common and represents a serious problem for women, their children and some of the professionals who care for them. The objective of this article was to review the available evidence on exposure to obstetric violence and its emotional impact on affected women. A systematic review was used through different databases such as Pubmed, Dialnet, Scopus and Medline and a total of 62 articles were obtained, selecting 13 articles for in-depth review and expanding to 20 articles to study the consequences of said variable. Scientific articles written in English or Spanish, in the last 10 years were included, and those that referred to the impact of obstetric violence on health personnel or on newborns, those studies carried out in Africa or Asia, as well as articles that related violence, were excluded. obstetrics with social factors or other factors such as partner or intrafamily violence. In the results it was found that exposure to obstetric violence in women during different stages such as pregnancy, childbirth and the puerperium can cause

different psycho-emotional consequences such as emotional imbalances: guilt, low self-esteem, difficulties in attachment with their baby, as well as post-traumatic stress and depression. . In conclusion, greater visibility of this type of experience among women and greater training and awareness among health professionals is considered necessary to achieve a better psychological adjustment in women living the stages of pregnancy, childbirth, and the puerperium.

Keywords: obstetric violence, emotional impact, trauma, childbirth, women



Glosario de siglas y abreviaturas	1
Índice de contenidos	
1.-Introducción	2
• 1.1.-Justificación	2
• 1.2.-Objetivos	8
2.- Método	8
• 2.1.-Estrategia de búsqueda y fuentes de información	8
• 2.2.-Criterio de elegibilidad	9
• 2.3.-Proceso de selección de los estudios	10
3.-Resultados	24
• 3.1.-Características de los estudios incluidos	24
4.- Discusión	35
• 4.1.-Implicaciones para la práctica clínica y futuras líneas de investigación... 37	
• 4.2.-Limitaciones de los hallazgos	37
5.- Referencias bibliográficas	38
Índice de tablas	
• Tabla 1 Criterios del DSM 5 para el Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT)	2
• Tabla 2 Clasificación de los términos DeCS en los artículos de revisión	9
• Tabla 3 Proceso de selección de estudios en bases de datos	10
• Tabla 4 Extracción de datos	13
Índice de figuras	
• Figura 1 Características del maltrato obstétrico	7
• Figura 2 Diagrama de flujo PRISMA	12

Glosario de siglas y abreviaturas

APA: American Psychiatric Association

DSM-5: Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos Mentales

OMS: Organización Mundial de la Salud

PVDC: Parto Vaginal Después de una Cesárea

TEPT: Trastorno de Estrés Post- Traumático

VO: Violencia Obstétrica

1.- Introducción

1.1.- Justificación

Se entiende por violencia obstétrica (VO) a las prácticas y comportamientos de los profesionales de la salud hacia las mujeres durante el embarazo, parto y parto en el sector público o privado, que por sus acciones u omisiones sean violentas o percibidas por esas mujeres como violentas. Esto incluye acciones inapropiadas o no contractuales como la episiotomía sin consentimiento, intervenciones dolorosas sin anestesia, obligar al parto a una posición determinada o administrar medicamentos excesivos e innecesarios que pueden causar problemas graves. Esta violencia también puede ser psicológica, como tratar a las mujeres de manera infantil, paternalista, autoritaria, degradante, humillante, verbalmente abusiva, despersonalizada o humillante. La VO es discriminación de género y representa violaciones a los derechos humanos en cuanto al derecho de las mujeres a la salud, derechos sexuales y reproductivos, entendidos como derechos humanos indivisibles. Estas prácticas deshumanizantes representan un verdadero problema de salud pública y nacional en varios países, entre ellos España (Rodríguez y Martínez, 2021).

Por tanto, una variable muy importante a tener en cuenta, en la salud emocional de las mujeres, es la violencia obstétrica (VO) y sus consecuencias como experiencia traumática y vulneración de los derechos sexuales de la mujer, en la revisión realizada por Khsim et al. (2022) se informa que el 30% de las mujeres suelen percibir su parto como una amenaza o un trauma durante la etapa inicial después del parto. El Trastorno de Estrés Post-Traumático (TEPT) después del parto se considera el tercer trastorno psiquiátrico más común entre las mujeres embarazadas. La sintomatología del TEPT tras el parto puede aumentar durante las primeras cuatro o seis semanas. Existen cinco síntomas clave para el TEPT: 1.- Pensamientos y recuerdos persistentes del parto, a través de flashbacks y/o pesadillas; 2.- Desconexión con sus bebés, que puede aparecer inmediatamente después del parto; 3.- Expresión repetitiva de lo ocurrido durante el parto; 4.- Sentimientos de ira hacia los profesionales, la familia y uno mismo y 5.- Experiencia negativa de la maternidad. Las autoras concluyeron que los principales factores para desarrollar TEPT después de parto fueron: la violencia obstétrica, enfermedades mentales previas y el escaso apoyo social que pueden tener las mujeres, tanto a lo largo del proceso de embarazo, como en la experiencia del parto en sí. Así, la violencia obstétrica ha sido considerada como uno de los principales factores de riesgo para el desarrollo del TEPT después del parto (Khsim et al., 2022)

Como se muestra en la Tabla 1, los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos Mentales (DSM 5) del TEPT (APA, 2013) lo define como:

Tabla 1

Criterios del DSM 5 para el Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT)

A. Exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenaza, en una (o más) de las formas siguientes:

1. Experiencia directa del suceso(s) traumático(s).
2. Presencia directa del suceso(s) ocurrido a otros.
3. Conocimiento de que el suceso(s) traumático(s) ha ocurrido a un familiar próximo o a un amigo íntimo. En los casos de amenaza o realidad de muerte de un familiar o amigo, el suceso(s) ha de haber sido violento o accidental.
4. Exposición repetida o extrema a detalles repulsivos del suceso(s) traumático(s) (p. ej., socorristas que recogen restos humanos; policías repetidamente expuestos a detalles del maltrato infantil).

Nota: El Criterio A4 no se aplica a la exposición a través de medios electrónicos, televisión, películas o fotografías, a menos que esta exposición esté relacionada con el trabajo.

B. Presencia de uno (o más) de los síntomas de intrusión siguientes asociados al suceso(s) traumático(s), que comienza después del suceso(s) traumático(s):

1. Recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos del suceso(s) traumático(s).
2. Sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido y/o el afecto del sueño está relacionado con el suceso(s) traumático(s).
3. Reacciones disociativas (p. ej., escenas retrospectivas) en las que el sujeto siente o actúa como si se repitiera el suceso(s) traumático(s). (Estas reacciones se pueden producir de forma continua, y la expresión más extrema es una pérdida completa de conciencia del entorno presente.)
4. Malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s).
5. Reacciones fisiológicas intensas a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s).

C. Evitación persistente de estímulos asociados al suceso(s) traumático(s), que comienza tras el suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por una o las dos características siguientes:

1. Evitar o esforzarse para evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso(s) traumático(s).
2. Evitación o esfuerzos para evitar recordatorios externos (personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos, situaciones) que despiertan recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso(s) traumático(s).

D. Alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo asociadas al suceso(s) traumático(s), que comienzan o empeoran después del suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes:

1. Incapacidad de recordar un aspecto importante del suceso(s) traumático(s) (debido típicamente a amnesia disociativa y no a otros factores como una lesión cerebral, alcohol o drogas).
2. Creencias o expectativas negativas persistentes y exageradas sobre uno mismo, los demás o el mundo (p. ej., “Estoy mal,” “No puedo confiar en nadie,” “El mundo es muy peligroso,” “Tengo los nervios destrozados”).
3. Percepción distorsionada persistente de la causa o las consecuencias del suceso(s) traumático(s) que hace que el individuo se acuse a sí mismo o a los demás.
4. Estado emocional negativo persistente (p. ej., miedo, terror, enfado, culpa o vergüenza).
5. Disminución importante del interés o la participación en actividades significativas.
6. Sentimiento de desapego o extrañamiento de los demás.
7. Incapacidad persistente de experimentar emociones positivas (p. ej., felicidad, satisfacción o sentimientos amorosos).

E. Alteración importante de la alerta y reactividad asociada al suceso(s) traumático(s), que comienza o empeora después del suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes:

1. Comportamiento irritable y arrebatos de furia (con poca o ninguna provocación) que se expresan típicamente como agresión verbal o física contra personas u objetos.
2. Comportamiento imprudente o autodestructivo.
3. Hipervigilancia.

4. Respuesta de sobresalto exagerada.
5. Problemas de concentración.
6. Alteración del sueño (p. ej., dificultad para conciliar o continuar el sueño, o sueño inquieto).

F. La duración de la alteración (Criterios B, C, D y E) es superior a un mes.

G. La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

H. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia

(Por ejemplo, medicamento, alcohol, etc.) o a otra afección médica.

°Especificar si:

Con síntomas disociativos: Los síntomas cumplen los criterios para el trastorno de estrés postraumático y, además, en respuesta al factor de estrés, el individuo experimenta síntomas persistentes o recurrentes de una de las características siguientes:

1. Despersonalización: Experiencia persistente o recurrente de un sentimiento de desapego y como si uno mismo fuera un observador externo del propio proceso mental o corporal (p. ej., como si se soñara; sentido de irrealidad de uno mismo o del propio cuerpo, o de que el tiempo pasa despacio).

2. Desrealización: Experiencia persistente o recurrente de irrealidad del entorno (p. ej., el mundo alrededor del individuo se experimenta como irreal, como en un sueño, distante o distorsionado). **Nota:** Para utilizar este subtipo, los síntomas disociativos no se han de poder atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., desvanecimiento, comportamiento durante la intoxicación alcohólica) u otra afección médica (p. ej., epilepsia parcial compleja).

Con expresión retardada: Si la totalidad de los criterios diagnósticos no se cumplen hasta al menos seis meses después del acontecimiento (aunque el inicio y la expresión de algunos síntomas puedan ser inmediatos).

Nota: Criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (DSM 5) del TEPT (APA, 2013).

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2019), define la experiencia de parto positiva como: las mujeres desean una experiencia de parto positiva que satisfaga o supere sus expectativas o creencias personales y socioculturales previas, incluido dar a luz a un bebé sano en

un ambiente libre de riesgos clínicos o psicológicos y con el apoyo práctico y emocional de los compañeros de parto y un personal amable y técnicamente competente. clínica. personal, la mayoría de las mujeres desean un parto fisiológico y una sensación de control y logro personal al participar en la toma de decisiones, incluso cuando la intervención médica es necesaria o deseable.

Por otro lado, en el polo negativo de la experiencia del nacimiento es la VO. El rasurado perineal o púbico, la medición pélvica o el uso de enemas durante el parto, y la episiotomía o la presión del fondo uterino durante la fase de eyección se consideran formas de violencia en el parto (OMS, 2019).

La investigación-revisión que se presenta en este trabajo es necesaria, ya que como indica Iglesias et al. (2019), la VO va más allá de la experiencia del parto, también puede ocurrir durante el embarazo y el parto, acciones como usar lenguaje ofensivo, falta de información, no pedir consentimiento o cambiar el ritmo del parto son prácticas inadecuadas que muchas veces son invisibles y que ocasionan un impacto emocional en las mujeres que lo sufren.

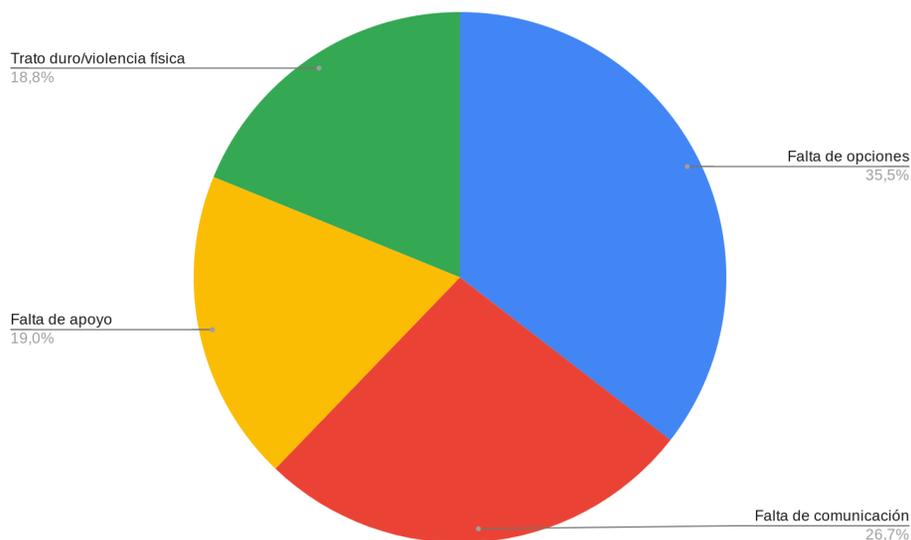
Como apunta en su investigación Bohren et al. (2015), existe una amplia gama de experiencias que se consideran de maltrato y que mantienen las mujeres y los sanitarios de atención médica. Estas experiencias pueden ser activas (como abuso físico intencional o deliberado), pasivas (como negligencia no intencional debido a limitaciones de personal o hacinamiento), relacionadas con el comportamiento de las personas (abuso verbal de los profesionales sanitarios contra las mujeres, sobre todo lenguaje áspero y grosero, comentarios críticos o acusatorios, culpabilización) o relacionadas con la salud, condiciones del sistema (como la falta de camas que comprometan la privacidad y la confidencialidad básicas). Sin embargo, todos pueden tener un impacto en la salud emocional de las mujeres, sus experiencias de parto y sus derechos a una atención respetuosa, digna y humana durante el parto.

Un parto traumático puede afectar la salud mental posnatal y las relaciones familiares. Es importante comprender cómo los factores interpersonales influyen en la experiencia del trauma de las mujeres para implementar la atención respetuosa y digna. Las mujeres pueden sentir que los proveedores de atención sanitaria priorizan sus propias agendas sobre las necesidades de la mujer. Esto podría resultar en una intervención innecesaria ya que los proveedores de atención alterarían el proceso de nacimiento para satisfacer sus propias preferencias. No se tiene en cuenta el conocimiento de las mujeres sobre el progreso del trabajo de parto y el bienestar fetal en favor de las evaluaciones clínicas del proveedor de atención. Los sanitarios que prestan atención médica pueden utilizar mentiras y amenazas para obligar a las mujeres a seguir con los procedimientos, en particular, relacionadas con el bienestar del bebé. Las mujeres también describen acciones que fueron abusivas y violentas. Para algunas mujeres, estas acciones desencadenan recuerdos de agresión sexual (Reed et al., 2017).

En este sentido, otro estudio realizado por Van der Pijl et al. (2022), pone de manifiesto las características del maltrato obstétrico. La falta de respeto y el abuso en términos de 'falta de opciones' (39,8 %) fueron los más denunciados, seguidos de 'falta de comunicación' (29,9 %), 'falta de apoyo' (21,3 %) y 'trato duro o rudo/violencia física' (21,1%), como se expone en la Figura 1. Se encontró una gran variación en la frecuencia con que ciertos tipos de falta de respeto y abuso se consideraron molestos, con el 36,3% de las mujeres experimentando al menos una situación de falta de respeto y abuso como molesta. La primiparidad y el origen migrante fueron factores de riesgo para experimentar una falta de respeto y abuso molestos en todas las categorías. Se encontró que experimentar más categorías de falta de respeto y abuso perturbador estaba asociado con una experiencia de nacimiento más negativa.

Figura 1

Características del maltrato obstétrico



Nota. El gráfico representa las características del maltrato obstétrico según el estudio realizado por Van der Pijl et al. (2022). Disrespect and abuse during labour and birth amongst 12,239 women in the Netherlands: a national survey. *Reproductive health*, 19(1), 160. p.6.

Las situaciones que se dan durante el parto y las primeras horas después del parto pueden quedar grabadas en la memoria de una manera muy intensa, tanto si son positivas como si son negativas. Así, las mujeres que han vivido sus partos como violentos, expresan sentimientos de culpa, autoestima baja, déficits para relacionarse con su bebé, dificultad en la adaptación psicosocial, dificultades en la lactancia, pérdida de confianza en su imagen corporal, estrés postraumático, ansiedad, depresión. Esta lamentable situación deja a las mujeres usuarias del sistema sanitario en desprotección, desamparo y vulnerabilidad por su impacto emocional y psicológico (Arnao Bergero et al., 2018).

Varios estudios en nuestro país han puesto de manifiesto que aunque sigue siendo una práctica, en muchas ocasiones, invisibilizada es muy importante poner énfasis en el cuidado respetuoso y buenas prácticas obstétricas durante todos los periodos que influyen en la mujer ya que de ello puede depender en gran medida su ajuste emocional y psicológico posterior a ese tipo de experiencias (Rodríguez y Martínez, 2021; Mena-Tudela et al., 2020).

1.2.-Objetivo

El objetivo principal de esta revisión sistemática fue analizar el impacto y las secuelas emocionales y psicológicas de la violencia obstétrica en todas aquellas mujeres que la han padecido.

En base a dicho objetivo se partió de la hipótesis de que la violencia obstétrica durante el embarazo, parto y puerperio impactará en la salud física y mental de la mujer, lo cual a su vez afectará a la relación de apego con sus bebés o relación de pareja y sexualidad.

La pregunta que guio la presente investigación es ¿La exposición a violencia obstétrica produce un impacto emocional y psicológico en las mujeres?

2.- Método

2.1.- Estrategia de búsqueda y fuentes de información

La revisión sistemática siguió las directivas de la Declaración PRISMA, según la propuesta de Urrútia y Bonfill (2010). La estrategia de búsqueda sistemática se aplicó entre diciembre de 2022 y abril de 2023.

Las bases de datos utilizadas fueron: Pubmed, Dialnet, Scopus y Medline. La búsqueda se centró en artículos en inglés y español que incluían los términos violencia obstétrica, obstetric violence junto con impacto emocional, emotional impact, o violencia obstétrica, obstetric violence junto con trauma, o violencia obstétrica, obstetric violence junto con estrés post-traumático, post-traumatic stress.

La cadena de búsqueda y los operadores booleanos correspondientes fueron los mismos en todos casos. La cadena era:

((obstetric violence) AND (emotional impact)) OR ((obstetric violence) AND (trauma)) OR ((obstetric violence) AND (post-traumatic stress))

La búsqueda se centró en artículos científicos escritos en inglés y en español que incluían los términos “obstetric violence” “violencia obstétrica” junto con “emotional impact” “impacto

emocional, o “obstetric violence ” “violencia obstétrica” junto con “trauma”, o “obstetric violence ” “violencia obstétrica” junto con “post-traumatic stress” “estrés post-traumático”, como se presenta en la Tabla 2.

Tabla 2

Clasificación de los términos DeCS en los artículos de revisión

Descripción	Operador	Descripción
obstetric violence	AND	emotional impact
violencia obstétrica	Y	impacto emocional
obstetric violence	AND	trauma
violencia obstétrica	Y	trauma
obstetric violence	AND	post-traumatic stress
violencia obstétrica	Y	estrés postraumático

2.2.- Criterios de elegibilidad

De acuerdo con el enfoque PICO de Díaz et al. (2016) se estableció la pregunta de investigación incluyendo a las mujeres adultas como grupo de población, la violencia obstétrica (VO) como procedimiento a estudiar, comparando la presencia o ausencia de esta intervención como factor de riesgo con resultado en el impacto emocional. Se consideraron investigaciones de artículos científicos. Se procedió a realizar búsquedas bibliográficas en las bases de datos Dialnet, PubMed, Scopus y Medline.

Los criterios de búsqueda fueron los siguientes: (1) publicaciones comprendidas entre 2013 y 2023, (2) artículos accesibles a texto completo (3) escritos en español o inglés. Se utilizaron varias relaciones entre palabras clave a través del booleano “and” y “or” y, en función de la base de datos utilizada, los siguientes términos, en español o en inglés: (1) violencia obstétrica e impacto emocional, (2) violencia obstétrica y trauma, (3) violencia obstétrica y estrés post-traumático.

Los criterios de inclusión y exclusión fueron los siguientes:

a) criterios de inclusión:

- artículo científico o estudio empírico
- relación entre VO e impacto emocional en la mujer
- relación entre VO y trauma o estrés postraumático en la mujer

- Fecha de búsqueda últimos 10 años
 - Idioma en inglés y/o español
- b) criterios de exclusión:
- tesis doctorales
 - relación entre VO e impacto en personal sanitario
 - relación entre VO e impacto en bebé o neonato
 - referidos a violencia de pareja o intrafamiliar
 - referidos a factores sociales
 - referidos a otros países no europeos o EEUU o Australia
 - no relacionados directamente con la violencia obstétrica
 - textos incompletos o inaccesibles

Se realizaron búsquedas manuales en las listas de referencias de todos los estudios incluidos para identificar estudios adicionales.

2.3.- Proceso de selección de los estudios

En la tabla 3 se indica el proceso de selección de los estudios, la autora evaluó los títulos y resúmenes para determinar si cumplían con los criterios de inclusión. Posteriormente, se evaluó el texto completo de cada artículo y se excluyeron los estudios que no cumplían con los criterios de inclusión.

Tabla 3

Proceso de selección de estudios en bases de datos

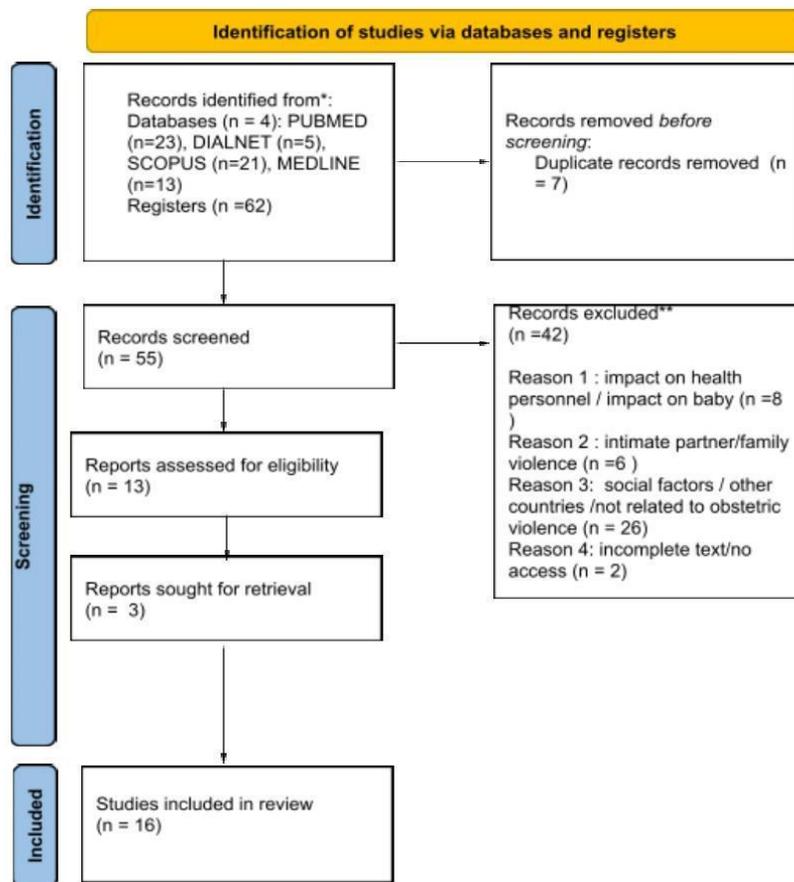
Buscador	MEDLINE	DIALNET	SCOPUS	PUBMED
Operadores	obstetric violence AND emotional impact OR obstetric violence AND trauma	violencia obstétrica e impacto emocional	((obstetric AND violence AND emotional AND impact) OR (obstetric AND violence AND trauma))	((((obstetric violence) AND (emotional impact))) OR ((obstetric violence) and (trauma))) OR ((obstetric violence) and (post-traumatic stress)))
Crterios inclusión	Fecha de publicación: 2013-2023 Idioma: English/Español Texto completo	Tipo de documento: Artículo de revista	AND (LIMIT-TO (DOCTYPE , "ar")) AND (LIMIT-TO (LANGUAGE , "English") OR LIMIT-TO (LANGUAGE , "Spanish")) Sólo open access : Gold	Free full text, Clinical Trial, Meta-Analysis, Randomized Controlled Trial, Review, Systematic Review, in the last 10 years.
Resultado	13	5	21	23
Art excluido	7	3	13	19
Examinados	6	2	8	4

Para la selección de estudios se procedió según se describe en la Figura 2 Diagrama de flujo PRISMA. El primer paso identificó 62 artículos, tras aplicación de los primeros criterios (artículos científicos de revistas de acceso abierto, años comprendidos entre 2013 y 2023, idioma inglés y español) en Pubmed (n = 23), Dialnet (n= 5), Scopus (n = 21) y Medline (n= 13). De los cuales se eliminaron los duplicados (n = 7). A los 55 artículos restantes se les realizó una selección más exhaustiva, utilizando una lectura detallada para aplicar los criterios de exclusión restantes. Esto produjo una muestra final de 13 artículos para responder al objetivo de la investigación.

Figura 2

Diagrama de flujo PRISMA

PRISMA 2020 flow diagram for new systematic reviews which included searches of databases and registers only



*Consider, if feasible to do so, reporting the number of records identified from each database or register searched (rather than the total number across all databases/registers).

**If automation tools were used, indicate how many records were excluded by a human and how many were excluded by automation tools.

From: Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ* 2021;372:n71. doi: 10.1136/bmj.n71

For more information, visit: <http://www.prisma-statement.org/>

Se incluyeron en la revisión 3 artículos para justificar la introducción teórica extraídos de otras fuentes de información, un artículo de la página <https://www.who.int/es/>, indicando en su búsqueda “experiencia de parto positiva”, y dos artículos de la base de datos Pubmed con los operadores de búsqueda “(espana or spain) AND obstetric violence”. Para ello se empleó los mismos criterios de inclusión y exclusión que para la selección del resto de artículos y que están expuestos anteriormente.

Para la extracción de datos, según Tabla 4, la autora extrajo los datos de cada estudio en tablas individuales que incluyen los siguientes datos: (a) autores y año, (b) objetivos de estudio, (c) métodos y (d) principales conclusiones

Tabla 4

Extracción de datos

Año	Título del artículo	Autor/es	Objetivo	Tipo de estudio / Método	Conclusiones principales
2022	Association between mistreatment of women during childbirth and symptoms suggestive of postpartum depression.	Paiz, J. C., de Jezus Castro, S. M., Giugliani, E. R. J., Dos Santos Ahne, S. M., Aqua, C. B. D., & Giugliani, C.	Verificar si existe asociación entre haber estado expuesta a malos tratos durante el parto y presentar síntomas sugestivos de depresión posparto.	Estudio transversal, con la inclusión de 287 mujeres sin complicaciones en el parto, seleccionadas aleatoriamente de dos maternidades. Cuatro semanas después del parto, las púerperas respondieron un cara a cara entrevista sobre aspectos socioeconómicos, antecedentes obstétricos, antecedentes de salud y experiencia del parto (prácticas e intervenciones aplicadas) y cumplimentó la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS).	Los síntomas sugestivos de depresión posparto parecen ser más prevalentes en mujeres que han sufrido malos tratos durante el parto, de nivel socioeconómico bajo y con antecedentes de problemas de salud mental. Así, calificar la atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y reducir las desigualdades sociales son desafíos a ser enfrentados para eliminar los malos tratos durante el parto y reducir la ocurrencia de depresión posparto.
2022	Dehumanized, Violated, and Powerless: An Australian Survey of Women's Experiences of Obstetric Violence in the Past 5 Years.	Keedle, H., Keedle, W., & Dahlen, H. G.	Experiencias de violencia obstétrica durante el parto.	Encuesta nacional por mujeres australianas que tuvieron un bebé en los 5 años anteriores.	Un análisis de contenido de 626 comentarios de texto abierto encontró tres categorías principales: "Me sentí deshumanizado", "Me sentí violado" y "Me sentí impotente". Las mujeres denunciaron acoso, coerción, atención no empática y agresión física y sexual.

Año	Título del artículo	Autor/es	Objetivo	Tipo de estudio / Método	Conclusiones principales
					<p>Las faltas de respeto y abuso y los exámenes vaginales no consentidos fueron las subcategorías con más comentarios.</p>
2022	Developing a woman-centered, inclusive definition of traumatic childbirth experiences: A discussion paper.	Leinweber, J., Fontein-Kuipers, Y., Thomson, G., Karlsdottir, S. I., Nilsson, C., Ekström-Bergström, A., Olza, I., Hadjigeorgiou, E., & Stramrood, C.	Formular una definición inclusiva y centrada en la mujer de una experiencia de parto traumática.	Después de una revisión rápida de la literatura, se llevó a cabo un proceso de cinco pasos. Primero, se creó un borrador de definición basado en las opiniones de expertos interdisciplinarios. Luego, la definición se discutió y reformuló con el aporte de más de 60 médicos e investigadores multidisciplinarios durante una reunión de investigación sobre salud mental perinatal y trauma del parto en Europa. Luego se compartió una definición revisada con grupos de consumidores en ocho países para confirmar su validez aparente y se ajustó en función	Esta definición de experiencia traumática del parto se desarrolló a través de consultas con expertos y grupos de consumidores. La definición reconoce que las interacciones de baja calidad con los proveedores y la violencia obstétrica pueden traumatizar a las personas durante el parto. El enfoque inclusivo y centrado en la mujer podría ayudar a las mujeres a identificar y validar sus experiencias de parto traumático, ofreciendo beneficios para la práctica, la educación y la investigación, así como para la formulación de políticas y el activismo en los campos de la salud mental perinatal y la atención materna respetuosa.

Año	Título del artículo	Autor/es	Objetivo	Tipo de estudio / Método	Conclusiones principales
2022	Disrespect and abuse during labour and birth amongst 12,239 women in the Netherlands: a national survey	.van der Pijl, M. S. G., Verhoeven, C. J. M., Verweij, R., van der Linden, T., Kingma, E., Hollander, M. H., & de Jonge, A.	Examina (1) con qué frecuencia las mujeres experimentan falta de respeto y abuso durante el trabajo de parto y el nacimiento en los Países Bajos y (2) con qué frecuencia consideran perturbadoras tales experiencias; (3) qué características de los encuestados (edad, etnia, nivel educativo y paridad) están asociadas con aquellas experiencias de falta de respeto y abuso que son perturbadoras, y (4) las asociaciones entre las experiencias perturbadoras de falta de respeto y abuso, y el trabajo de parto de las	La muestra fue reclutada a través de plataformas de redes sociales para participar en una encuesta en línea.	Las experiencias irrespetuosas y abusivas durante el trabajo de parto y el nacimiento se informan con regularidad en los Países Bajos, y con frecuencia (pero no siempre) se experimentan como perturbadoras. Esto enfatiza la necesidad urgente de implementar una atención materna respetuosa, incluso en países de altos ingresos.

de sus comentarios.

Año	Título del artículo	Autor/es	Objetivo	Tipo de estudio / Método	Conclusiones principales
			mujeres		
2022	From coercion to respectful care: women's interactions with health care providers when planning a VBAC.	Keedle, H., Schmied, V., Burns, E., & Dahlen, H. G.	Explorar la naturaleza y el impacto de las interacciones entre las mujeres que planean un parto vaginal después de una cesárea (PVDC) y los proveedores de atención médica desde la perspectiva de las mujeres	Encuesta nacional sobre parto vaginal después de una cesárea (VBAC) australiana. En total, 559 mujeres participaron y proporcionaron 721 respuestas abiertas a seis preguntas. El análisis de contenido se utilizó para categorizar las respuestas de los encuestados a las preguntas abiertas.	En este estudio, las mujeres que planearon un parto vaginal después de la cesárea (PVDC) experimentaron una variedad de interacciones positivas y negativas. La atención individualizada y la continuidad de la atención son estrategias que apoyan la prestación de una atención de maternidad positiva y respetuosa.
2022	Risk Factors for Post-Traumatic Stress Disorder after Childbirth: A Systematic Review.	Khsim, I. E. F., Rodríguez, M. M., Riquelme Gallego, A B., Caparros-Gonzalez, R. A., & Amezcua-Prieto, C.	Mujeres que sufren de trastorno de estrés postraumático (TEPT) después del parto, dilucidar cómo se pueden identificar las mujeres en riesgo.	Revisión sistemática	Hemos identificado factores fuertemente asociados y no asociados con el TEPT posterior al parto. Si bien la literatura está limitada por deficiencias metodológicas, se describe una hipótesis sobre el desarrollo del PTSD y se brindan recomendaciones con respecto a la detección y la investigación futura.

Año	Título del artículo	Autor/es	Objetivo	Tipo de estudio / Método	Conclusiones principales
2021	La violencia obstétrica: una práctica invisibilizada en la atención médica en España	Rodríguez Mir, J., y Martínez Gandolfi, A.	Visibilizar la violencia obstétrica en España	Revisión	Los estudios muestran una falta de educación y habilidades técnicas para afrontar los aspectos emocionales del parto. Las mujeres pueden experimentar sentimientos de miedo, ansiedad, incertidumbre y soledad durante el parto, especialmente si no tienen una pareja que las apoye. La educación de los profesionales de la salud tiene un papel estructural en la atención obstétrica actual y la resiliencia al cambio.
2020	Obstetric Violence in Spain (Part I): Women's Perception and Interterritorial Differences.	Mena-Tudela, Desirée, Susana Iglesias-Casás, Víctor Manuel González-Chordá, Águeda Cervera-Gasch, Laura Andreu-Pejó, y María Jesús Valero-Chilleron.	Visibilizar la presencia de la violencia obstétrica en España.	Estudio descriptivo, retrospectivo y transversal entre enero de 2018 y junio de 2019. La muestra estuvo compuesta por 17.541 cuestionarios, que representaban a todas las Comunidades Autónomas españolas	España parece tener un grave problema de salud pública y de respeto a los derechos humanos en la violencia obstétrica. Ofrecer información a las mujeres y solicitar su consentimiento informado es una práctica escasa en el sistema sanitario, por lo que es necesario reflexionar profundamente sobre las prácticas obstétricas y solicitar el consentimiento informado a las mujeres en España.

Año	Título del artículo	Autor/es	Objetivo	Tipo de estudio / Método	Conclusiones principales
2019	¿Violencia obstétrica en España, realidad o mito? 17.000 mujeres opinan	Susana Iglesias Casás, Marta Conde García, Sofía González, M ^a Esther Parada Cabaleiro.	Calidad percibida por las mujeres atendidas con motivo de un parto, cesárea o aborto en centros sanitarios españoles, y su satisfacción con distintos aspectos tanto humanos como técnicos de los cuidados recibidos.	Estudio descriptivo retrospectivo utilizando una encuesta online anónima difundida a través de redes sociales sobre la atención recibida durante su proceso obstétrico.	El nacimiento de un nuevo hijo/a o su pérdida son eventos que dejan una importante huella en la salud física, la salud mental y emocional de la mujer y su familia. Los proveedores de salud deben considerar las consecuencias del trato, la necesidad de basarse en evidencia científica y la obligación de respetar los derechos de las mujeres y sus bebés, aunque ni siquiera sean conscientes o puedan reclamarlos. Los resultados de este estudio indican varias áreas donde la atención prenatal, incluida la atención, puede y debe mejorarse.
2019	Does episiotomy always equate violence in obstetrics? Routine and selective episiotomy in obstetric practice and legal questions	Zaami, S., Stark, M., Beck, R., Malvasi, A., & Marinelli, E.	Determinar si la episiotomía, un procedimiento invasivo de amplia aplicación, puede constituir un factor determinante de responsabilidad para los profesionales según los	Analizar leyes y documentación emitida sobre la materia por estados soberanos, declaraciones y comentarios de organismos internacionales de salud, además de artículos científicos disponibles en los principales buscadores (PubMed,	A diferencia de la episiotomía de rutina, es mucho más improbable que la episiotomía selectiva cause cargos de violencia obstétrica contra los operadores. Desafortunadamente, los criterios para establecer cuándo está indicada una episiotomía selectiva están lejos de ser consistentes y

Año	Título del artículo	Autor/es	Objetivo	Tipo de estudio / Método	Conclusiones principales
			estándares de violencia obstétrica.	Scopus, Google Scholar) y legales. bases de datos (Lexis, Justia).	requerirían un esfuerzo adicional por parte de las sociedades científicas hacia una descripción más definida y compartida.
2018	A Violent Birth: Reframing Coerced Procedures During Childbirth as Obstetric Violence.	Borges M. T.	Posible solución para abordar el problema de los procedimientos médicos bajo coacción durante el parto en EEUU adoptando el concepto de violencia obstétrica.	Revisión	El marco de violencia obstétrica utilizado en América Latina puede ser una herramienta poderosa para abordar las deficiencias del sistema legal estadounidense con respecto a los procedimientos bajo coacción durante el parto. Este marco podría cambiar la forma en que los tribunales han abordado históricamente los casos de procedimientos médicos bajo coacción durante el parto porque expone el aspecto de género del fenómeno, reconoce la gravedad del daño que resulta de estas violaciones de la autonomía corporal de las mujeres e impide que el debate sobre los derechos maternos se desarrolle agruparse junto con el derecho al aborto. El éxito de dicho marco

Año	Título del artículo	Autor/es	Objetivo	Tipo de estudio / Método	Conclusiones principales
					<p>depende no solo de su uso en los textos legales. También debe haber iniciativas de educación dirigidas a las comunidades, el personal médico y los profesionales del derecho para promoverlo como una forma viable y ética de abordar el tema de los derechos maternos durante el parto. De todos modos, al articular el problema desde la perspectiva de las mujeres forzadas a experiencias traumáticas y al reconocer su sufrimiento y su condición de víctimas de la violencia, el marco de la violencia obstétrica haría mucho más que el actual sistema legal estadounidense.</p>
2018	Parir y nacer. Trazas corporales, impacto subjetivo y derechos vulnerados	Magdalena Arnao Bergero, Virginia Luz Galván, Flavia Roso.	Posibles consecuencias emocionales y trazas subjetivas que devienen de la atención sanitaria medicalizada, intervencionista y por eludir los aspectos	Revisión	Mujeres que han experimentado sus partos como violentos expresan emociones de culpa, autoestima baja, déficits para relacionarse con el bebé, conflicto en la adaptación psicosocial, dificultades en la lactancia, pérdida de confianza en su imagen corporal,

Año	Título del artículo	Autor/es	Objetivo	Tipo de estudio / Método	Conclusiones principales
			<p>subjetivos de las protagonistas.</p>		<p>estrés postraumático, ansiedad, depresión.</p>
2018	<p>Respectful and disrespectful care in the Czech Republic: an online survey.</p>	<p>Begley, C., Sedlicka, N., & Daly, D.</p>	<p>Determinar las percepciones de los cuidadores de maternidad sobre la atención respetuosa brindada a las mujeres en edad fértil.</p>	<p>52 encuestados reclutados de talleres sobre la promoción del parto normal completaron una encuesta cuantitativa en línea con comentarios cualitativos, seguida de un muestreo de bola de nieve. La mayoría eran parteras (50%) o doulas (46%) que trabajaban en uno de los 51 hospitales o con partos domiciliarios. Se utilizó el análisis de chi-cuadrado para las comparaciones.</p>	<p>Los hallazgos revelan niveles considerables de prácticas irrespetuosas, no basadas en pruebas, no consentidas y abusivas que pueden dejar a las mujeres con un trauma de por vida.</p>
2017	<p>Women's descriptions of childbirth trauma relating to care provider actions and interactions</p>	<p>Reed, R., Sharman, R., & Inglis, C.</p>	<p>Comprender cómo los factores interpersonales influyen en la experiencia del trauma de las mujeres durante el parto, para informar el desarrollo de la atención que promueve resultados psicosociales</p>	<p>Estudio de métodos mixtos, 748 mujeres completaron una encuesta en línea y respondieron la pregunta "describa la experiencia traumática del parto y lo que le pareció traumatizante". Los datos relacionados con las acciones e</p>	<p>Las acciones e interacciones de los proveedores de atención pueden influir en la experiencia traumática de las mujeres durante el parto. Es necesario abordar el trauma interpersonal del nacimiento tanto a nivel macro como micro. El desarrollo y la provisión de servicios de maternidad deben estar</p>

Año	Título del artículo	Autor/es	Objetivo	Tipo de estudio / Método	Conclusiones principales
			óptimos	interacciones de los proveedores de atención se analizaron mediante un proceso de análisis temático inductivo de seis fases.	respaldados por un paradigma y un marco que priorice las necesidades físicas y emocionales de las mujeres. Los proveedores de atención requieren capacitación y apoyo para minimizar el trauma de parto interpersonal.
2015	The Mistreatment of Women during Childbirth in Health Facilities Globally: A Mixed-Methods Systematic Review.	Bohren, M. A., Vogel, J. P., Hunter, E. C., Lutsiv, O., Makh, S. K., Souza, J. P., Aguiar, C., Saraiva Coneglian, F., Diniz, A. L., Tunçalp, Ö., Javadi, D., Oladapo, O. T., Khosla, R., Hindin, M. J., & Gülmezoglu, A. M.	Sintetizar la evidencia cualitativa y cuantitativa sobre el maltrato de las mujeres durante el parto en los establecimientos de salud para informar el desarrollo de una tipología del fenómeno basada en la evidencia.	Revisión sistemática de métodos mixtos.	Demuestra que el maltrato puede ocurrir a nivel de interacción entre la mujer y el proveedor, así como a través de fallas sistémicas en el sistema de salud. niveles de establecimiento y sistema de salud. Proponemos que se adopte esta tipología para describir el fenómeno y se utilice para desarrollar herramientas de medición e informar futuras investigaciones, programas e intervenciones.

3.- Resultados

3.1.- Características de los estudios incluidos

Año	Título del artículo	Variable de estudio	Muestra	Intervención
2022	Association between mistreatment of women during childbirth and symptoms suggestive of postpartum depression.	Exposición a malos tratos durante el parto. Síntomas de depresión posparto.	Mujeres sin complicaciones en el parto, seleccionadas aleatoriamente de dos maternidades. n = 287	Entrevista sobre aspectos socioeconómicos, antecedentes obstétricos, antecedentes de salud y experiencia del parto (prácticas e intervenciones aplicadas) y cumplimentación de la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS).
2022	Dehumanized, Violated, and Powerless: An Australian Survey of Women's Experiences of Obstetric Violence in the Past 5 Years.	Experiencias de violencia obstétrica durante el parto.	Mujeres australianas que tuvieron un bebé en los 5 años anteriores. n = 8.804 n = 991 sí VO edad = 25-39 años	El Birth Experience Study (BES), encuesta nacional lanzada en 2021 con el objetivo de explorar las experiencias de las mujeres que tuvieron un bebé en los cinco años anteriores en Australia.
2022	Developing a woman-centered, inclusive definition of traumatic childbirth experiences: A discussion paper.	Formular una definición inclusiva y centrada en la mujer de una experiencia de parto traumática.	Investigadores, médicos y expertos interdisciplinarios. n = 63 Grupos de consumidores	Enfoque en 5 pasos: 1.- Discusión entre los autores, académicos de diferentes campos de investigación, incluida la partería, la psicología, la obstetricia y la psiquiatría. 2.- Discusión sobre los diferentes componentes de la definición. 3.- Reuniones en línea entre febrero y abril (2020)

Año	Título del artículo	Variable de estudio	Muestra	Intervención
			<p>que representaban a madres en 8 países (Bélgica, Chipre, Alemania, Islandia, Países Bajos, España, Suecia y el Reino Unido)</p> <p>n = 46 mujeres con experiencia de parto traumática</p>	<p>para integrar los comentarios de los expertos y refinar la definición de trabajo.</p> <p>4.- Se proporcionó a grupos de consumidores que representaban a madres en 8 países (Bélgica, Chipre, Alemania, Islandia, Países Bajos, España, Suecia y el Reino Unido).</p> <p>5.- Se compararon, contrastaron, interpretaron e integraron las respuestas y los comentarios de 46 mujeres que se auto identificaron con haber tenido una experiencia de parto traumática.</p>
2022	Disrespect and abuse during labour and birth amongst 12,239 women in the Netherlands: a national survey	<p>Frecuencia de mujeres que experimentan falta de respeto y abuso durante el trabajo de parto y el nacimiento en los Países Bajos.</p> <p>Frecuencia de mujeres que consideran perturbadoras tales experiencias.</p> <p>Características de los encuestados asociadas con aquellas experiencias de falta</p>	<p>Mujeres que dieron a luz en los Países Bajos entre 2015 y 2020</p> <p>n = 12.239</p> <p>Edad = mayor 16 años</p>	<p>Mediante un cuestionario, primero contenía preguntas fácticas sobre el embarazo, el nacimiento y las características personales. La siguiente sección del cuestionario contenía 37 preguntas que cubrían situaciones de falta de respeto y abuso, representando siete categorías basadas en la literatura existente, las siete categorías fueron: presión emocional (tres preguntas), falta de amabilidad/abuso verbal (cuatro preguntas), trato duro o brusco/violencia física (seis preguntas), falta de comunicación (cinco preguntas), falta de apoyo (cinco preguntas), falta de opciones (siete preguntas) y discriminación (siete preguntas). Cada pregunta</p>

Año	Título del artículo	Variable de estudio	Muestra	Intervención
		<p>de respeto y abuso que son perturbadoras.</p> <p>Asociación entre las experiencias perturbadoras de falta de respeto y abuso, y el trabajo de las mujeres y experiencias de nacimiento.</p>		preguntaba si una situación particular/forma de falta de respeto y abuso ocurrió durante su trabajo de parto y nacimiento.
2022	From coercion to respectful care: women's interactions with health care providers when planning a VBAC.	Impacto de las interacciones entre las mujeres que planean un parto vaginal después de una cesárea (PVDC) y los proveedores de atención médica, desde la perspectiva de las mujeres.	Mujeres que han tenido una cesárea previa. n = 559 edad = 35-39 años	Encuesta nacional sobre parto vaginal después de una cesárea (VBAC) australiana. Se hicieron comentarios a 6 preguntas abiertas: 1.-¿Puedes describir algún comentario hiriente que hayas recibido? 2.-¿Puede describir por qué siente/sintió que su proveedor de asistencia médica lo protege/protege de la negatividad? 3.-Describe el apoyo positivo 4.- ¿Cuáles fueron sus principales razones para contratar a una doula/trabajadora de parto? 5.- ¿Tiene algún comentario sobre qué tan en control se sintió cuando planeó un VBAC? 6.- ¿Tiene algún comentario acerca de que se desaliente o se impida el uso de recursos laborales activos?.

Año	Título del artículo	Variable de estudio	Muestra	Intervención
2022	Risk Factors for Post-Traumatic Stress Disorder after Childbirth: A Systematic Review.	Factores de riesgo de sufrir trastorno de estrés postraumático (TEPT) después del parto.	Mujeres en su primer, segundo o tercer trimestre de embarazo y puerperio. n = 17.675 Artículos, Revisión sistemática. n = 22	Exposición a factores de riesgo de TEPT (factores de riesgo físicos, sociales, psicológicos, médico-obstétricos y ambientales), en comparación a mujeres no expuestas a factores de riesgo de TEPT.
2021	La violencia obstétrica: una práctica invisibilizada en la atención médica en España	Visibilizar la violencia obstétrica en España	No hay datos	Mediante la revisión de la literatura científica.
2020	Obstetric Violence in Spain (Part I): Women's Perception and Interterritorial Differences.	Visibilizar la presencia de la violencia obstétrica en España.	Mujeres atendidas en un hospital público o privado español por parto natural o por cesárea, o por aborto espontáneo. n = 17.541	Entre febrero y abril de 2018 mediante un cuestionario ad hoc en línea. Las variables fueron: atención sanitaria recibida (atención sanitaria pública, privada o mixta) y satisfacción con la atención recibida. Se agregaron variables sobre el apoyo percibido por parte de las instituciones de salud en relación con los derechos del embarazo, parto, puerperio y lactancia materna; información recibida sobre el proceso vivido; críticas

Año	Título del artículo	Variable de estudio	Muestra	Intervención
				<p>sobre su comportamiento; ser tratados con diminutivos infantiles; no poder resolver miedos o dudas; intervenciones innecesarias; respeto para plan de parto; apoyo a la lactancia; percepción de haber sufrido VO.</p> <p>Finalmente, se agregaron algunas preguntas sobre la pérdida gestacional y el apoyo recibido cuando correspondía, y sobre la opinión general de las mujeres sobre la atención médica que recibieron.</p>
2019	Does episiotomy always equate violence in obstetrics? Routine and selective episiotomy in obstetric practice and legal questions	Episiotomía, procedimiento invasivo de amplia aplicación, puede constituir un factor determinante de responsabilidad para los profesionales según los estándares de violencia obstétrica.	No hay datos.	Análisis de leyes y documentación emitida sobre la materia por estados soberanos, declaraciones y comentarios de organismos internacionales de la salud, además de artículos científicos disponibles en los principales buscadores (PubMed, Scopus, Google Scholar) y bases de datos legales (Lexis, Justia).
2019	¿Violencia obstétrica en España, realidad o mito? 17.000 mujeres opinan	Calidad percibida por las mujeres que han tenido un parto, cesárea o aborto en centros sanitarios españoles, y su satisfacción con distintas consideraciones tanto humanas	Mujeres atendidas con motivo de un parto, cesárea o aborto en un hospital público o privado español en los 9 años anteriores al momento	Cuestionario anónimo, voluntario y externo al sistema sanitario. En la encuesta se incluyeron 16 ítems que agrupamos en 7 bloques: 1.- Apoyo institucional. 2.- Valoración global de la atención recibida. 3.- Aspectos específicos de la atención recibida por los profesionales sanitarios

Año	Título del artículo	Variable de estudio	Muestra	Intervención
		como técnicas de los cuidados recibidos.	de rellenar el cuestionario. n = 17.677	en el proceso de embarazo/parto/puerperio. 4.- Cuidados recibidos en el aborto/muerte perinatal. 5.- Cuidados recibidos en el parto/cesárea. 6.- Atención y apoyo recibido por los profesionales sanitarios durante la lactancia materna/crianza. 7.- Percepción violencia obstétrica.
2018	A Violent Birth: Reframing Coerced Procedures During Childbirth as Obstetric Violence.	Posible solución para abordar el problema de los procedimientos médicos bajo coacción durante el parto en EEUU adoptando el concepto de violencia obstétrica.	No hay datos.	Primero: descripción general de las deficiencias del marco legal estadounidense existente para abordar el problema. En segundo lugar: explicar las ventajas del marco de la violencia obstétrica y argumentar que su adopción en los Estados Unidos solucionaría muchas de las fallas del sistema existente. Y tercero: presentar algunas estrategias legislativas y de litigio que se pueden usar para implementar este marco en los Estados Unidos y abordar algunos de los desafíos que estas estrategias pueden plantear.
2018	Parir y nacer. Trazas corporales, impacto subjetivo y derechos vulnerados	Posibles repercusiones emocionales y percepciones subjetivas que provocan la atención sanitaria medicalizada, intervencionista y por no tener	No hay datos	Mediante la revisión de la literatura científica.

Año	Título del artículo	Variable de estudio	Muestra	Intervención
		en cuenta los aspectos subjetivos de las mujeres.		
2018	Respectful and disrespectful care in the Czech Republic: an online survey.	Percepciones de los cuidadores de maternidad sobre la atención respetuosa brindada a las mujeres en edad fértil.	Grupo de parteras y doulas que habían asistido al menos a un taller sobre la promoción del parto normal. n = 88 edad = entre 31 y más de 40 años.	Mediante encuesta en línea descriptiva cuantitativa y cualitativa. Las preguntas de la encuesta se basaron en evidencia intraparto y posparto y recomendaciones de varias revisiones Cochrane.
2017	Women's descriptions of childbirth trauma relating to care provider actions and interactions	Cómo los factores interpersonales influyen en la experiencia del trauma de las mujeres durante el parto.	Mujeres que hubieran experimentado un parto traumático. n = 943	Las participantes completaron una encuesta en línea administrada a través del programa Survey Monkey. La encuesta incluyó datos demográficos (p. ej., edad, estado civil) e información como el tipo de nacimiento (p. ej., cesárea, vaginal); lugar de nacimiento (por ejemplo, hospital público, domicilio); e ingreso del bebé a cuidados especiales. El elemento cuantitativo del estudio comprendía una serie de herramientas de evaluación psicológica: apego postnatal materno; Índice de Calidad del Matrimonio; Depresión Ansiedad Estrés Escala-21; Lista de

Año	Título del artículo	Variable de estudio	Muestra	Intervención
				<p>verificación del trastorno de estrés postraumático-5; y el índice The Brief Copc. El elemento cualitativo del estudio involucró a mujeres que respondieron con sus propias palabras a la pregunta 'describa la experiencia traumática del parto y lo que encontró traumático'. La extensión media de las respuestas escritas fue de 69 palabras.</p>
2015	The Mistreatment of Women during Childbirth in Health Facilities Globally: A Mixed-Methods Systematic Review.	Evidencia cualitativa y cuantitativa sobre el maltrato de las mujeres durante el parto en los establecimientos de salud.	Estudios de 34 países. n = 65	<p>El metanálisis no fue posible debido a la alta heterogeneidad en los estudios cuantitativos. Se estableció una tipología del maltrato a la mujer durante el parto desarrollada a partir de la síntesis de las evidencias cualitativas y cuantitativas: abuso físico, abuso sexual, abuso verbal, estigma y discriminación, incumplimiento de los estándares profesionales de atención, mala relación entre las mujeres y los sanitarios, condiciones y limitaciones del sistema de salud.</p>

a) Resultados de la importancia de la conceptualización de la violencia obstétrica y factores y/o prácticas que influyen en el impacto emocional negativo de las mujeres

Se encontró que las tasas promedio de episiotomía e inducción del trabajo de parto se estimaron en 40 y 26%, respectivamente, por encima de las normas aceptadas. Dieciocho encuestadas (46%) dijeron que las razones para realizar exámenes vaginales no se explicaban a las mujeres en los hospitales, y 21 (51%) dijeron que 'nunca' se solicitó el consentimiento. Trece (32%) dijeron que los médicos del hospital explicaron por qué era necesaria la ruptura artificial de membranas, pero solo diez (25%) dijeron que "siempre" buscaban permiso. La mayoría dijo que los médicos del hospital 'nunca'/'casi nunca' explicaron las razones para realizar una episiotomía (13 = 34 %), obtuvieron el permiso (n = 20, 54 %) o administraron anestesia local (n = 19, 51 %). Cuando los médicos no estuvieron de acuerdo con las decisiones de las mujeres, 13 (35 %) de las encuestadas dijeron que se les podría decir a las mujeres que 'enfrentaran las consecuencias', seis (16 %) afirmaron que la 'presión psicológica' experimentada hizo que las mujeres 'se rindieran y dieran su permiso', y cuatro (11%) dijeron que la intervención se realizaría 'en contra de su voluntad'.

También con respecto a las prácticas de la episiotomía durante el parto se encontró que el cuerpo de investigación ha puesto de manifiesto la existencia de un amplio acuerdo en cuanto a la episiotomía de rutina, considerada un procedimiento sin fundamento científico y que, por tanto, debe evitarse. En virtud de eso, la episiotomía de rutina fácilmente podría dar lugar a cargos y responsabilidades tanto para los médicos como para las parteras; así como las reclamaciones pueden derivarse de la no realización de una episiotomía cuando realmente se necesitaba.

b) Resultados de exposición a violencia obstétrica y síntomas de depresión y desajustes psicológicos en las mujeres

Se han encontrado hallazgos en diversos estudios que ponen de manifiesto cómo impacta emocionalmente en las mujeres la exposición a violencia obstétrica, así se indicó que las mujeres que han vivido sus partos como violentos expresan emociones de culpa, autoestima baja, déficits en la relación con el bebé, conflicto en la adaptación psicosocial, dificultades en la lactancia, falta de confianza en su imagen corporal, estrés postraumático, ansiedad, depresión.

Del mismo modo, hallaron que las mujeres que sufrieron maltrato durante el parto tuvieron una mayor prevalencia de síntomas sugestivos de depresión posparto (RP 1,55 IC 95% 1,07-2,25).

Varios artículos recogen el sentimiento de faltas de respeto y abuso, en el que obtuvieron que las mujeres denunciaron acoso, coerción, atención no empática y agresión física y sexual; las faltas de respeto y abuso y los exámenes vaginales no consentidos fueron las subcategorías con más comentarios. La falta de respeto y el abuso en términos de 'falta de opciones' (39,8 %) fueron los más denunciados, seguidos de 'falta de comunicación' (29,9 %), 'falta de apoyo' (21,3 %) y 'trato duro o rudo/violencia física' (21,1%). Se encontró una gran variación en la frecuencia con que

ciertos tipos de falta de respeto y abuso se consideraron molestos, con el 36,3% de las mujeres experimentando al menos una situación de falta de respeto y abuso como molesta. Se encontró que experimentar más categorías de falta de respeto y abuso perturbador estaba asociado con una experiencia de nacimiento más negativa.

c) Resultados de violencia obstétrica y estrés postraumático en mujeres que la sufren

Una de las consecuencias emocionales más reconocidas por las mujeres que han sido expuestas a violencia obstétrica fue el estrés postraumático, en general, se cree que el 35 por ciento de las madres tienen algún grado de trastorno de estrés postraumático. Los estudios muestran una falta de capacitación y habilidades técnicas para lidiar con los aspectos emocionales del parto. Las mujeres pueden experimentar sentimientos de miedo, ansiedad, incertidumbre y soledad durante el parto, especialmente si no tienen una pareja que las apoye. La educación de los profesionales de la salud tiene un papel estructural en la atención obstétrica actual y la resiliencia al cambio.

Se encontró que el proceso de definición de experiencia traumática del parto confirmó que una definición inclusiva y centrada en la mujer era importante. La definición final fue: "Una experiencia de parto traumática se refiere a la experiencia de una mujer de interacciones y/o eventos directamente relacionados con el parto que causaron emociones y reacciones abrumadoras y angustiosas, que dieron lugar a impactos negativos a corto y/o largo plazo en la salud y el bienestar de la mujer".

Se identificaron factores de riesgo, los autores hallaron que el sufrimiento subjetivo en el parto y las emergencias obstétricas fueron los factores de riesgo más importantes de sufrir estrés postraumático. Se identificaron como factores de riesgo las complicaciones infantiles, el bajo apoyo durante el trabajo de parto y el parto, las dificultades psicológicas en el embarazo, las experiencias traumáticas previas y las emergencias obstétricas.

d) Resultados de la importancia de la atención e interacción con los profesionales sanitarios en la percepción de las mujeres de maltrato y violencia obstétrica

Se presentó una tipología integral y basada en la evidencia del maltrato de las mujeres durante el parto en los establecimientos de salud y demostró que el maltrato puede ocurrir a nivel de interacción entre la mujer y el proveedor, así como a través de fallas sistémicas en el sistema de salud.

De igual modo, se indicó que las mujeres sintieron que los proveedores de atención priorizaron sus propias agendas sobre las necesidades de la mujer. Esto podría resultar en una intervención innecesaria ya que los proveedores de atención intentaron alterar el proceso de nacimiento para satisfacer sus propias preferencias. En algunos casos, las mujeres se convirtieron en recursos de aprendizaje para que el personal del hospital observara o practicara. Se descartó el conocimiento de las mujeres sobre el progreso del trabajo de parto y el bienestar fetal en favor de

las evaluaciones clínicas del proveedor de atención. Los sanitarios de atención obstétrica usaron mentiras y amenazas para obligar a las mujeres a cumplir con los procedimientos. En particular, mentiras y amenazas relacionadas con el bienestar del bebé. Las mujeres también describieron acciones que fueron abusivas y violentas. Para algunas mujeres, estas acciones desencadenaron recuerdos de agresión sexual.

La evaluación de la atención sanitaria por parte de las usuarias mostró que el trato de los trabajadores de la salud recibió una media de 6,9 puntos sobre 10. El 45,8% de las mujeres pensaba que los profesionales de la salud no pedían su consentimiento informado antes de cada técnica, y el 49% de las mujeres pensaba que no tenía oportunidad de informarse sobre dudas o expresar miedo. El 38% encontró que recibieron procedimientos durante el parto que no necesitaban y/o podrían ser perjudiciales para su salud. El 34 % de las mujeres pensaron que habían sufrido violencia obstétrica.

Igualmente una evaluación en España sobre violencia obstétrica se recogió que el 38,3% percibió haber sufrido violencia obstétrica; el 44,4% percibió haber sido sometido a procedimientos innecesarios y/o dolorosos, de los cuales al 83,4% no se les solicitó el consentimiento informado. La satisfacción media con la atención recibida por las mujeres obtuvo 6,94 puntos en la muestra general y 4. 85 puntos para aquellas mujeres que se consideraron víctimas de violencia obstétrica.

Se definieron categorizaciones para identificar interacciones positivas y negativas y se encontraron dos categorías principales que capturan las interacciones positivas y negativas que las mujeres tenían con los proveedores de atención médica. La primera categoría principal, 'Alguien en mi rincón', incluía las subcategorías 'creencia en el parto de las mujeres', 'apoyó mis decisiones' y 'cuidado materno respetuoso'. La categoría principal negativa 'Lucha por mis derechos de nacimiento' incluía las subcategorías 'las probabilidades estaban en mi contra', 'falta de fe en las mujeres que dan a luz' y 'coerción'. Las interacciones negativas incluyeron el uso de comentarios coercitivos como amenazas y lenguaje degradante. Las interacciones positivas incluyeron mostrar apoyo para el parto vaginal después de una cesárea (VBAC) y demostrar cuidado materno respetuoso.

4.- Discusión

El objetivo principal de esta revisión fue conocer el impacto emocional que sufren las mujeres cuando son sometidas o son víctimas de violencia obstétrica (VO). Cuando las mujeres son expuestas en el embarazo, parto o puerperio a violencia obstétrica, provoca diversas consecuencias emocionales y estrés post-traumático.

Este trabajo recoge resultados de varios estudios que relacionan la VO con el impacto emocional en mujeres que la sufren. Partiendo de la conceptualización genérica de la VO como la

realización de varias prácticas intrusivas para la mujer, la importancia de las interacciones con los profesionales sanitarios y el daño psicológico que ocasionan.

Según los resultados encontrados se puede establecer una relación muy fuerte entre estar expuesta a violencia obstétrica y tener consecuencias emocionales negativas así como desarrollar estrés postraumático. Diversos informes de organismos institucionales como la OMS hacen hincapié en la necesidad de desarrollar unas buenas prácticas durante el parto y obstétricas por considerarlas derechos fundamentales de la mujer para su salud, salud reproductiva y sexual (Organización Mundial de la Salud, 2019).

Estudios llevados a cabo en varios países y con diferentes condiciones sociodemográficas ponen de manifiesto el porcentaje numeroso de casos en los que mujeres que sufren VO desarrollan estrés postraumático presentando sintomatología como pensamientos y recuerdos persistentes del parto a través de flashbacks y/o pesadillas, desconexión con sus bebés que puede aparecer inmediatamente después del parto, expresión repetitiva de lo ocurrido durante el parto, sentimientos de ira hacia los profesionales, la familia y uno mismo y experiencia negativa de la maternidad (Khsim et al., 2022).

Así como una mayor prevalencia de síntomas sugestivos de depresión posparto (Paiz et al., 2022). De igual manera, Arnao Bergero et al. (2018) señala que aquellas mujeres que han experimentado sus partos como violentos muestran emociones de culpa, autoestima baja, déficits en la relación con el bebé, conflicto en la adaptación psicosocial, dificultades en la lactancia, falta de confianza en su imagen corporal, estrés postraumático, ansiedad, depresión; ocasionando dificultades y desajustes en diversos ámbitos de su vida.

Hay que tomar en consideración las relaciones y el trato recibido por los profesionales sanitarios que atienden a las mujeres durante sus etapas de intervención obstétrica, ya que influye de una manera psicológica y emocional negativa o positiva dependiendo de la percepción por parte de las mujeres del apoyo y respeto recibido durante estas intervenciones (Bohren et al., 2015). En 2020, en un estudio en España, en representación de todas las comunidades autónomas, un porcentaje importante del 38,3% de las mujeres atendidas en un hospital público o privado ha percibido sufrir violencia obstétrica; así un 35,0% respondieron que no sintieron haber recibido ningún apoyo durante el posparto en las preguntas sobre alimentación y cuidado del bebé y de las que eligieron la lactancia materna, no se sintieron apoyadas o ayudadas para resolver dudas o superar dificultades (Mena-Tudela et al., 2020), por lo que puede influir de una manera negativa con el apego o relación con sus bebés.

Igualmente sufrir durante el parto de una manera innecesaria prácticas dolorosas o procedimientos invasivos, como la episiotomía puede repercutir en la sexualidad de la mujer por posibles desgarros (Zaami et al., 2019).

Por tanto esta revisión sistemática ha permitido responder a la pregunta de investigación que se estableció ¿La exposición a violencia obstétrica produce impacto emocional en las mujeres?, siendo positiva, es decir, según la literatura científica se puede afirmar que cuando la mujer se ve expuesta a violencia obstétrica produce un impacto emocional con consecuencias negativas y desajuste psicológico.

Cumpléndose la hipótesis de que la violencia obstétrica durante el embarazo, parto y puerperio impactará en la salud física y mental de la mujer, lo cual a su vez afectará a diversos ámbitos de vida como la relación de apego con sus bebés o relación de pareja y sexualidad, ya que ante esta experiencia hay posibilidad de desencadenar estrés postraumático y sintomatología depresiva.

4.1.-Implicaciones para la práctica clínica y futuras líneas de investigación

Con el fin de que pueda eliminarse o paliar el impacto de este tipo de violencia sobre las mujeres sería necesario una mayor formación por los profesionales sanitarios para conocer las implicaciones que conlleva la VO.

Igualmente debería adoptarse esta tipología de violencia obstétrica para describir el fenómeno y utilizarse para desarrollar herramientas de medición e informar futuras investigaciones, programas e intervenciones.

En la práctica clínica podría contribuir a un debate abierto en la comunidad científica sobre la falta de visibilidad de los problemas emocionales que ocasionan el maltrato obstétrico, y por tanto implicar una mayor visibilización de este tipo de experiencia en las mujeres y mayor formación y concienciación en los profesionales sanitarios conseguirá un mejor ajuste psicológico en las mujeres que vivan las etapas de embarazo, parto y puerperio.

Y en este sentido, desarrollar investigación encaminada a establecer procedimientos para conseguir una mayor plenitud en estas etapas de la mujer y una percepción positiva de las experiencias obstétricas. La investigación futura debería analizar y proponer pautas y normativas que garanticen el bienestar subjetivo de las mujeres.

4.2.- Limitaciones de los hallazgos

Como limitaciones se podría destacar la dificultad de consenso entre todos los países para conceptualizar la violencia obstétrica y las lagunas legales o profesionales que pueden derivarse de ello. También podría ser una limitación la dificultad que se ha encontrado en diversos estudios para aislar y estudiar la violencia obstétrica de otros factores sociodemográficos como el nivel de ingresos, o países en vías de desarrollo.

En cuanto al resultado de los artículos examinados, si bien se ha intentado seleccionar al menos cuatro bases de datos para obtener un número de entradas suficientes para discriminar artículos, ha resultado difícil encontrar estudios o artículos científicos que pusieran en relación la exposición a violencia obstétrica con impacto emocional en las mujeres que lo sufren. Ya que hay bastante más literatura científica en abordar la violencia obstétrica como discriminación de género y vulneración de los derechos sexuales y sus posibles consecuencias legales o jurídicas.

Una de las limitaciones de la presente revisión sistemática ha sido haber acotado los estudios a los realizados en Europa y haber descartado a todos aquellos referidos a otros países no europeos o EEUU o Australia, si bien es cierto esto se realizó así para poder bloquear el efecto de la interculturalidad que pudiera estar influyendo, tal vez sería interesante replicar la revisión sistemática por países y comparar si se obtienen o no los mismos resultados encontrados.

5.- Referencias bibliográficas

- American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th. Ed.). Washington, DC: APA.
- Arnao Bergero, M., Galván, V. L., y Roso, F. (2018). Parir y nacer: trazas corporales, impacto subjetivo y derechos vulnerados. *Revista de Psicología-Tercera época*, 17.
- Begley, C., Sedlicka, N., & Daly, D. (2018). Respectful and disrespectful care in the Czech Republic: an online survey. *Reproductive health*, 15(1), 198. <https://doi.org/10.1186/s12978-018-0648-7>.
- Bohren, M. A., Vogel, J. P., Hunter, E. C., Lutsiv, O., Makh, S. K., Souza, J. P., Aguiar, C., Saraiva Coneglian, F., Diniz, A. L., Tunçalp, Ö., Javadi, D., Oladapo, O. T., Khosla, R., Hindin, M. J., & Gülmezoglu, A. M. (2015). The Mistreatment of Women during Childbirth in Health Facilities Globally: A Mixed-Methods Systematic Review. *PLoS medicine*, 12(6), e1001847. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001847>.
- Borges M. T. (2018). A Violent Birth: Reframing Coerced Procedures During Childbirth as Obstetric Violence. *Duke law journal*, 67(4), 827–862.
- Díaz, J. D. M., Chacón, V. O., y Ronda, F. J. M. (2016). El diseño de preguntas clínicas en la práctica basada en la evidencia. Modelos de formulación. *Enfermería Global*, 15(3), 431-438.
- Iglesias, S., Conde, M., González, S., y Parada, M. E. (2019). ¿ Violencia obstétrica en España, realidad o mito? 17.000 mujeres opinan. MUSAS. *Revista de Investigación en Mujer, Salud y Sociedad*, 4(1), 77-97.

- Khsim, I. E. F., Rodríguez, M. M., Riquelme Gallego, B., Caparros-Gonzalez, R. A., Amezcua-Prieto, C. (2022). Risk Factors for Post-Traumatic Stress Disorder after Childbirth: A Systematic Review. *Diagnostics (Basel, Switzerland)*, 12(11), 2598. <https://doi.org/10.3390/diagnostics12112598>.
- Keedle, H., Keedle, W., & Dahlen, H. G. (2022). Dehumanized, Violated, and Powerless: An Australian Survey of Women's Experiences of Obstetric Violence in the Past 5 Years. *Violence against women*, 10778012221140138. Advance online publication. <https://doi.org/10.1177/10778012221140138>.
- Keedle, H., Schmied, V., Burns, E., & Dahlen, H. G. (2022). From coercion to respectful care: women's interactions with health care providers when planning a VBAC. *BMC pregnancy and childbirth*, 22(1), 70. <https://doi.org/10.1186/s12884-022-04407-6>.
- Leinweber, J., Fontein-Kuipers, Y., Thomson, G., Karlsdottir, S. I., Nilsson, C., Ekström-Bergström, A., Olza, I., Hadjigeorgiou, E., & Stramrood, C. (2022). Developing a woman-centered, inclusive definition of traumatic childbirth experiences: A discussion paper. *Birth (Berkeley, Calif.)*, 49(4), 687–696. <https://doi.org/10.1111/birt.12634>.
- Mena-Tudela, Desirée, Susana Iglesias-Casás, Víctor Manuel González-Chordá, Águeda Cervera-Gasch, Laura Andreu-Pejó, & María Jesús Valero-Chilleron. (2020). "Obstetric Violence in Spain (Part I): Women's Perception and Interterritorial Differences" *International Journal of Environmental Research and Public Health* 17, no. 21: 7726. <https://doi.org/10.3390/ijerph17217726>
- Organización Mundial de la Salud (2019). Recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva. Autor. Disponible en: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/es/>
- Paiz, J. C., de Jesus Castro, S. M., Giugliani, E. R. J., Dos Santos Ahne, S. M., Aqua, C. B. D., & Giugliani, C. (2022). Association between mistreatment of women during childbirth and symptoms suggestive of postpartum depression. *BMC pregnancy and childbirth*, 22(1), 664.
- Reed, R., Sharman, R., & Inglis, C. (2017). Women's descriptions of childbirth trauma relating to care provider actions and interactions. *BMC pregnancy and childbirth*, 17(1), 21. <https://doi.org/10.1186/s12884-016-1197-0>.
- Rodríguez Mir, J., y Martínez Gandolfi, A. (2021). La violencia obstétrica: una práctica invisibilizada en la atención médica en España [Obstetric violence. A hidden practice in medical care in Spain]. *Gaceta sanitaria*, 35(3), 211–212. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.06.019>
- Urrútia, G., y Bonfill, X. (2010). Declaración PRISMA: una propuesta para mejorar la publicación de revisiones sistemáticas y metaanálisis. *Medicina clínica*, 135(11), 507-511.
- .van der Pijl, M. S. G., Verhoeven, C. J. M., Verweij, R., van der Linden, T., Kingma, E., Hollander, M. H., & de Jonge, A. (2022). Disrespect and abuse during labour and birth amongst 12,239 women in the Netherlands: a national survey. *Reproductive health*, 19(1), 160. <https://doi.org/10.1186/s12978-022-01460-4>.



Zaami, S., Stark, M., Beck, R., Malvasi, A., & Marinelli, E. (2019). Does episiotomy always equate violence in obstetrics? Routine and selective episiotomy in obstetric practice and legal questions. *European review for medical and pharmacological sciences*, 23(5), 1847–1854. https://doi.org/10.26355/eurrev_201903_1721.