



Grado en ENFERMERÍA

Trabajo Fin de Grado

**“Humanización del parto: rol de enfermería en la prevención de la
violencia obstétrica, una revisión bibliográfica”**

Presentado por: Belén Pineda Jémez.

Tutora: María Cantó Nagore.

AGRADECIMIENTOS

Llegar hasta aquí ha sido posible gracias al apoyo y la compañía de cada una de las personas que han estado a mi lado durante este camino.

En primer lugar, quiero agradecer a mis padres, por el gran esfuerzo que han hecho para que yo pudiera estudiar, por animarme a hacerlo, por su amor, su paciencia y su confianza en mí, incluso en los momentos de duda; y a mi hermana, por ser siempre un ejemplo a seguir y un apoyo incondicional.

A mis amigos, quienes han sabido estar en los buenos y en los malos momentos, recordándome que no estoy sola.

Por último, gracias a la niña que fui, por seguir adelante incluso con miedo e inseguridades. Has sido fuerte, valiente y capaz. Todo lo que soy hoy es también por ti.

ÍNDICE

RESUMEN Y PALABRAS CLAVE.....	1
ABSTRACT AND KEYWORDS	2
1. INTRODUCCIÓN.....	3
1.1. Violencia obstétrica.....	3
1.1.1. Marco conceptual.....	3
1.1.2. Tipos de violencia obstétrica.....	5
1.1.3. Causas de la violencia obstétrica.....	7
1.1.4. Consecuencias de la violencia obstétrica.....	8
1.2. Violencia obstétrica en España.....	10
1.2.1. Prevalencia.....	10
1.2.2. Marco legal.....	12
1.2.3. Asociaciones.....	13
1.2.4. Casos.....	13
1.3. Prevención de la violencia obstétrica y modelo de parto humanizado.....	14
1.3.1. Recomendaciones.....	14
1.3.2. Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS).....	16
1.4. Papel de la enfermera.....	17
1.5. Justificación temática.....	18
2. HIPÓTESIS DE TRABAJO.....	19
3. OBJETIVOS.....	19
3.1. General.....	19
3.2. Específicos.....	19
4. MATERIAL Y MÉTODOS.....	20
4.1. Cronograma.....	20
4.2. Diseño de estudio.....	20
4.3. Pregunta de investigación PICO.....	21
4.4. Estrategia de búsqueda bibliográfica y fuentes de información.....	21
4.5. Criterios de elegibilidad.....	24

4.5.1.	Criterios de inclusión.	24
4.5.2.	Criterios de exclusión.	24
4.6.	Calidad metodológica.	24
4.7.	Diagrama de flujo.	26
5.	RESULTADOS.....	27
5.1.	Tabla de análisis y síntesis de los resultados.	27
6.	DISCUSIÓN.....	54
6.1.	El rol de enfermería y el compromiso institucional ante la violencia obstétrica.	60
6.2.	Limitaciones del estudio.....	61
6.3.	Futuras líneas de investigación.	62
7.	CONCLUSIONES.....	63
8.	BIBLIOGRAFÍA.....	64
9.	ANEXOS.....	69

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Intervenciones según tipo de VO.....	6
Tabla 2. Cronograma.....	20
Tabla 3. Términos empleados en la ecuación de búsqueda bibliográfica.....	21
Tabla 4. Estrategia de búsqueda bibliográfica.....	22
Tabla 5. Cuadro resumen de los artículos seleccionados.....	27

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Tasa bruta de natalidad.....	8
Figura 2. Madres fallecidas por cada 100.000 nacidos vivos.....	9
Figura 3. Prevalencia según el tipo de VO	10
Figura 4. Nacimientos por tipo de parto en 2023	11
Figura 5. Nacimientos por cesárea.....	11
Figura 6. Diagrama de flujo.....	26
Figura 7. Distribución de los artículos seleccionados por lugar de origen.....	53
Figura 8. Distribución de los artículos seleccionados por año de publicación	53

GLOSARIO DE SÍMBOLOS Y SIGLAS

- VO: Violencia obstétrica.
- TEPT: Trastorno por estrés postraumático.
- DPP: Depresión postparto.
- OMS: Organización Mundial de la Salud.
- ONU: Organización de las Naciones Unidas.
- VIH: Virus de Inmunodeficiencia Humana.
- EAPN: Estrategia de Atención al Parto Normal.
- AEM: Asociación Española de Matronas.
- OVO: Observatorio de Violencia Obstétrica.
- SEGO: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia.
- CEDAW: Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer.
- SNS: Sistema Nacional de Salud.
- ODS: Objetivos de Desarrollo Sostenible.
- BOE: Boletín Oficial del Estado.
- INE: Instituto Nacional de Estadística.
- CRAI: Centro de Recursos para el Aprendizaje y la Investigación.
- JCR: Journal Citation Reports.
- SJR: SCImago Journal Rank.
- SIGN: Scottish Intercollegiate Guidelines Network.
- C.A.: Comunidad Autónoma.
- UCIN: Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.
- NCBI: Centro Nacional de Información Biotecnológica.
- NLM: Biblioteca Nacional de Medicina de los EE. UU.
- NIH: Institutos Nacionales de Salud.
- PMC: PubMed Central.

RESUMEN Y PALABRAS CLAVE

Introducción: La violencia obstétrica (VO) es ejercida por los profesionales de salud y se traduce en faltas de respeto hacia la mujer, pudiendo producir un efecto negativo en la salud de esta y en su experiencia reproductiva. Se puede dar durante el embarazo, el parto y el postparto.

Objetivo: Este trabajo tiene como objetivo analizar la prevalencia de la VO, así como identificar sus principales manifestaciones y consecuencias, y proponer intervenciones de enfermería para su prevención.

Material y métodos: Para realizar esta revisión bibliográfica se llevó a cabo una búsqueda de artículos en Pubmed, Scopus, Scielo, Cinhal, Cochrane, Web of Science y Dialnet, a través de términos o palabras clave tales como “violencia obstétrica”, “parto humanizado”, “enfermera”, “matrona”, “prevención”, y booleanos para enlazar dichas palabras clave, en este caso OR y AND, formando así de ecuaciones de búsqueda. De un total de 302 artículos encontrados, se seleccionaron 19 que cumplieran los criterios de inclusión.

Resultados y discusión: Los resultados muestran que la VO es una problemática global con alta prevalencia, que incluye diferentes prácticas desaconsejadas, las cuales pueden provocar graves consecuencias en la salud física y mental de las mujeres. Las intervenciones enfermeras centradas en la humanización del parto se muestran como una herramienta eficaz para reducir estas prácticas.

Conclusiones: Aunque el cuidado enfermero es clave en la prevención de la VO, es imprescindible acompañarlo de cambios estructurales en el sistema sanitario y en la sociedad. Esta revisión aporta evidencia para avanzar hacia un modelo de atención obstétrica más ético y centrado en la mujer.

Palabras clave: violencia obstétrica, parto humanizado, enfermera, matrona, prevención, rol, mujer, madre, obstetricia, ginecología, salud, consentimiento.

ABSTRACT AND KEYWORDS

Introduction: Obstetric violence (OV) is perpetrated by healthcare professionals and manifests as disrespectful treatment towards women, potentially having a negative impact on their health and reproductive experience. It can occur during pregnancy, childbirth, and the postpartum period.

Objective: This study aims to analyze the prevalence of OV, identify its main manifestations and consequences, and propose nursing interventions for its prevention.

Materials and methods: This literature review involved a search for articles in Pubmed, Scopus, Scielo, Cinhal, Cochrane, Web of Science, and Dialnet databases, using keywords such as "obstetric violence", "humanized birth", "nurse", "midwife", and "prevention", combined with Boolean operators OR and AND to form search equations. Out of a total of 302 articles found, 19 were selected based on inclusion criteria.

Results and discussion: The findings show that OV is a global issue with a high prevalence. It encompasses various discouraged practices that can lead to serious physical and mental health consequences for women. Nursing interventions focused on the humanization of childbirth prove to be an effective tool to reduce these practices.

Conclusions: Although nursing care is key to the prevention of OV, it must be accompanied by structural changes within the healthcare system and society. This review provides evidence to support the development of a more ethical and woman-centered model of obstetric care.

Keywords: obstetric violence, humanized childbirth, nurse, midwife, prevention, role, woman, mother, obstetrics, gynecology, health, consent.

1. INTRODUCCIÓN.

1.1. Violencia obstétrica.

1.1.1. Marco conceptual.

La violencia obstétrica (VO) es una problemática que afecta a un número significativo de mujeres, esta se puede dar durante el embarazo, el parto y el postparto, pudiendo conllevar graves consecuencias para la madre, e incluso alterando el vínculo madre-hijo. (1)

A esta problemática se le añade la inexistencia de una definición universalmente consensuada para reconocer la VO (2). Este vacío conceptual ha dado lugar a diferentes interpretaciones que dependen del marco legal, cultural o sanitario de cada país.

En 2014, La Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó la Declaración para la “Prevención y Erradicación del Maltrato en la Atención del Parto en Centros de Salud”, en la que menciona los términos maltrato o trato irrespetuoso durante el parto describiéndolos como “una violación de la confianza entre las mujeres y los profesionales de la salud que las atienden”. También cataloga el trato irrespetuoso durante el parto como un problema de salud pública y una vulneración de los derechos humanos de las mujeres (3). Sin embargo, en ningún momento utiliza el término “violencia obstétrica” como tal. Esto puede contribuir a la invisibilización del problema, dificultando su identificación y abordaje.

Otras instituciones han avanzado en ofrecer definiciones más precisas. Por ejemplo, el Diccionario Panhispánico del Español Jurídico describe la VO como una apropiación del cuerpo y los procesos de las mujeres por el personal sanitario, lo cual puede traducirse en prácticas deshumanizadas, medicalización excesiva y tratamiento del proceso de parto como algo patológico, provocando una pérdida de la capacidad de tomar decisiones (4). Esta definición sí menciona el concepto “violencia obstétrica”, y además resalta cómo ciertas prácticas pueden vulnerar la autonomía de las mujeres, provocando graves consecuencias para su salud.

Desde una perspectiva legislativa, la comunidad autónoma de Cataluña ha sido referente ya que reconoce explícitamente el término VO en su normativa autonómica. El artículo 4 de la Ley 5/2008 “Derecho de las mujeres a erradicar la violencia machista” se modificó en 2020 y se añadió la definición de este término, describiéndola como una práctica que:

“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.” (5)

Esta definición refleja la amplitud y complejidad del concepto, mencionando tanto acciones directas durante la atención médica como la limitación en el acceso a información y recursos fundamentales para la autonomía de las mujeres. Su inclusión en la ley supone un avance importante para visibilizar esta problemática y crear mecanismos de prevención.

Por otra parte el país pionero en describir el término violencia obstétrica en su legislación fue Venezuela, junto con Argentina y México.

En la Ley Orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia del 23/04/2007 de Venezuela, está definida la VO y otras 18 formas más de violencia de género. En concreto en el Artículo 15, es descrita como “la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres”. (6)

El reconocimiento legal de este tipo de violencia marca un antes y un después en la protección de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. Añadir el término en la normativa implica visibilizar una realidad y obliga a las instituciones a tomar medidas concretas para prevenir y sancionar estas prácticas.

Más allá de las definiciones formales, es fundamental entender que este tipo de violencia no siempre se ejerce con mala intención, sino que a veces está tan interiorizada en la práctica diaria que ni siquiera los profesionales son conscientes de ella. Por eso, hablar de VO es también hablar de la necesidad de un cambio en la forma en la que se percibe el parto y la salud reproductiva.

De hecho, autoras como Alejandra Oliden mencionan en su definición de la violencia obstétrica que esta se puede ejercer también de forma inconsciente e involuntaria, a causa de un modelo biomédico que patologiza los procesos fisiológicos femeninos, dejando en segundo plano la experiencia emocional de las mujeres (7).

A pesar de la existencia de diferentes definiciones, todas coinciden en que la VO es ejercida por los profesionales de salud, ya sea de forma intencionada o inconsciente, y se traduce en la vulneración de la dignidad y los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. Esta situación puede tener un gran efecto negativo en su salud y en su experiencia reproductiva.

1.1.2. Tipos de violencia obstétrica.

La VO se manifiesta de diferentes formas afectando a la salud física y mental de la mujer. Comprender los diferentes tipos de VO es fundamental para su identificación y prevención.

La VO puede clasificarse según su naturaleza como verbal, física o psicoafectiva (8,9), o según prácticas específicas. Algunos autores proponen una clasificación más detallada organizada en siete categorías (10):

1. Abuso físico: uso excesivo de intervenciones rutinarias, golpes, medicación insuficiente para el dolor.
2. Atención no consentida: intervenciones rutinarias no consentidas, atención jerárquica y poder de decisión limitado, información limitada para la toma de decisiones y el consentimiento.
3. Atención no confidencial: falta de protección física de la confidencialidad de la paciente, hacinamiento de las pacientes.
4. Atención no digna: abuso verbal, atención deshumanizada.
5. Discriminación: por características personales o idioma.
6. Abandono: falta de compañía, desatención.
7. Detención: cultura de sobornos y pagos informales.

En la siguiente tabla podemos encontrar algunas de las intervenciones consideradas VO según la categorización, verbal, física o psicoafectiva:

Tabla 1. Intervenciones según tipo de VO.

CATEGORIZACIÓN VO	INTERVENCIONES
Verbal	- Comentarios negativos, inapropiados o despectivos. - Invalidación verbal. - Críticas. - Amenazas. - Tono burlón. - Gritos. - Apodos o diminutivos infantiles. - Culpar a la paciente. - Hablar de información privada en público. - Dar información incomprensible o no proporcionar información.
Física	- Rasurado púbico o perineal. - Enema en el ingreso sin consentimiento. - Limpieza vaginal. - Manejo activo del trabajo de parto. - Amniotomía/amniorexis sin justificación. - Episiotomía sin justificación o sin consentimiento. - Episiotomía suturada sin anestesia. - Golpes. - Maniobra de Kristeller: apretar el abdomen de la mujer en sintonía con las contracciones para presionar el fondo uterino y “facilitar” el expulsivo. - Monitorización fetal continua sin justificación médica. - Inducción del parto innecesaria. - Cesárea innecesaria. - Privación de la movilidad (por ejemplo la colocación de sondas vesicales para evitar la movilidad al baño). - Exigencia de posición de litotomía. - Tactos vaginales recurrentes sin justificación. - Tactos vaginales repetidos por diferentes profesionales sin consentimiento. - Administración de oxitocina para acelerar el parto sin justificación. - Negación de administrar medicación analgésica. - No ofrecer métodos analgésicos no farmacológicos. - Administración de sedantes sin justificación ni consentimiento. - Interrumpir, reducir o no ofrecer la analgesia epidural. - Falta de consentimiento para cualquier práctica. - Corte temprano del cordón umbilical. - Esterilización forzada. - Aborto forzado. - Sinfisiotomía. - Colocar una vía venosa periférica profiláctica de rutina.
Psicoafectiva	- Separación de madre e hijo sin justificación médica. - Comportamientos paternalistas. - Ignorancia de las demandas de la paciente. - Poca intimidad. - Muestras de indiferencia. - Presencia de estudiantes en el parto sin consentimiento. - Presionar o coaccionar para tomar decisiones. - No permitir el piel con piel. - Prohibir la ingesta de líquidos o sólidos sin justificación. - Realizar seguimiento interno sin justificación. - No permitir la presencia del acompañante en determinadas intervenciones. - No respetar la cultura y rituales de la mujer siempre que no interfieran en la evidencia científica. - Impedir o poner en riesgo la lactancia materna. - Desatender la salud mental en el embarazo y en el postparto.

Fuente: Elaboración propia a partir de Ferrão et al. 2022, Fraser et al. 2025, OVO 2021 y Šimonović 2019 (2,11–13).

1.1.3. Causas de la violencia obstétrica.

La VO no siempre se ejerce de manera deliberada por los profesionales de salud, sino que es el resultado de múltiples factores interrelacionados. Conocer y comprender las causas es esencial para diseñar estrategias efectivas que permitan su erradicación. Algunas de las causas que contribuyen a perpetuar la VO son:

- Las limitaciones del sistema sanitario: la falta de recursos, precariedad laboral, estrés o burnout, poca autonomía de las matronas, desigualdades jerárquicas entre profesionales, carencia de formación profesional, entre otras (14). Por lo que las condiciones del entorno profesional no solo afectan al personal sanitario, sino que terminan afectando directamente a la calidad del trato hacia las mujeres.
- Falta de normativa legal acerca de la VO o políticas discriminatorias: inexistencia de leyes específicas para la protección de las mujeres ante la VO o leyes que restringen la autonomía de las mujeres en los procesos de salud reproductiva (15). Esto evidencia la necesidad política de reformar marcos legales.
- Factores interseccionales: las prácticas de VO se agravan a causa de la discriminación por edad, estado civil, etnia, orientación sexual, clase social-económica, nivel educativo, condiciones médicas (como por ejemplo discapacidad o VIH) o religión (3,15). Es fundamental adoptar una mirada interseccional que permita entender cómo estas desigualdades se agravan de ciertos grupos.
- Violencia de género / estereotipos de género / patriarcado: el modelo médico actual es un modelo tradicional con bases patriarcales, donde la violencia de género está estructuralmente arraigada (16). Se ha perpetuado la idea de que las mujeres son “simples cuerpos destinados a la procreación” (17) considerando a las mujeres en situación de parto un mero trámite para la reproducción y por tanto con nulo poder de decisión, esto aumenta el trato del proceso de parto como algo patológico y no fisiológico.
- Dinámicas de poder: históricamente se ha considerado al médico una figura de autoridad, construyendo un modelo de relación médico-paciente paternalista, donde el médico tiene el poder de decisión y el paciente adopta un rol pasivo en sus propios procesos de salud (15). Esto dificulta la participación de las mujeres en sus propios procesos, generando una fuerte desigualdad en la toma de decisiones.

En conclusión, la VO es un fenómeno multifactorial. Esto implica que para su erradicación, no solo hay que mejorar las condiciones del sistema sanitario, sino también desafiar las estructuras sociales y culturales que perpetúan la desigualdad de género y las dinámicas de poder en la atención médica.

1.1.4. Consecuencias de la violencia obstétrica.

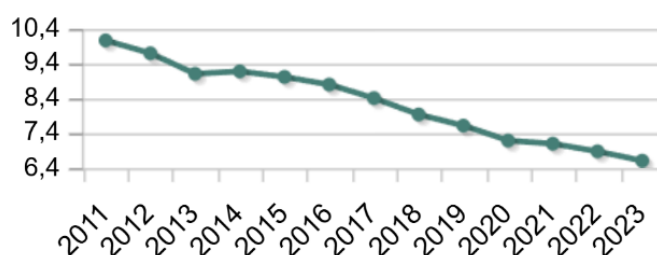
La VO vulnera los derechos humanos, pudiendo desencadenar consecuencias negativas para la salud física y mental de la madre, e incluso del bebé. Estas pueden aparecer a corto, medio o largo plazo y algunas pueden llegar a ser irreversibles (1,9,16,18).

- Salud mental: trastorno de estrés postraumático (TEPT), depresión postparto (DPP), dificultad para generar vínculo madre-hijo, problemas con la lactancia materna, desconfianza en los profesionales de la salud, rechazo a tener más hijos, falta de autoestima, afectación de la relación sentimental y sexual con la pareja, entre otros (15). Una experiencia que debería ser empoderante se puede llegar a convertir en traumática.
- Salud física: trauma vaginal, hemorragia postparto, lesiones físicas por la maniobra de Kristeller, como “contusiones, hematomas abdominales, fracturas costales e incluso roturas uterinas”. El uso inadecuado de oxitocina puede causar mortalidad y rotura uterina además de mucho dolor; incontinencia urinaria y/o fecal, sufrimiento fetal, histerectomía, entre otros (19). En muchas ocasiones, estas consecuencias son atribuidas únicamente al “curso natural del parto”, lo cual contribuye a su normalización y perpetuación.

Una de las repercusiones es el descenso de la natalidad. A pesar de que el descenso se debe a diversos factores, puede deducirse la influencia de la VO, ya que esta puede provocar el rechazo a tener más hijos por parte de las madres afectadas. Pudiendo ocasionar un problema no solo individual sino colectivo, como por ejemplo contribuir al desequilibrio demográfico.

Especialmente en un país como España, donde en 2023 la tasa media de hijos por mujer fue de 1,12 hijos (20).

Figura 1. Tasa bruta de natalidad.

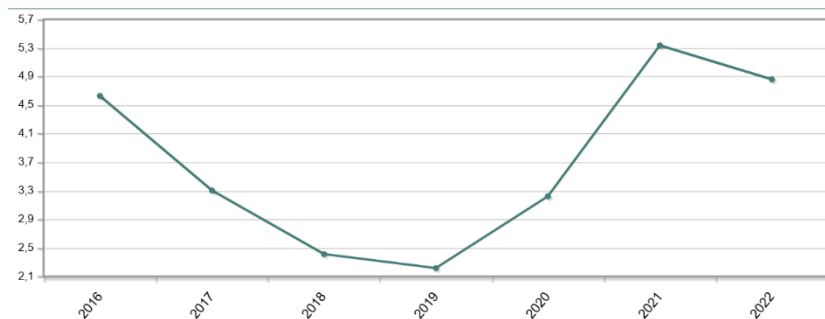


Fuente: INE.

Además, otra de las consecuencias más graves de la VO es la muerte de las madres en el proceso de parto. Si bien esta puede deberse a múltiples causas, no puede ignorarse que muchas muertes son evitables y están relacionadas con negligencias, intervenciones inadecuadas o la falta de atención adecuada. La tasa de mortalidad materna es un indicador clave de la calidad de los sistemas sanitarios.

Según los datos más recientes, esta se ha visto elevada en los últimos años (21).

Figura 2. Madres fallecidas por cada 100.000 nacidos vivos.



Fuente: INE.

1.2. Violencia obstétrica en España.

1.2.1. Prevalencia.

La prevalencia de esta problemática es alarmante. A través de un estudio observacional transversal realizado en España con 899 mujeres que dieron a luz en los últimos 12 meses, en hospitales públicos, privados o en domicilios, podemos observar que dos de cada tres mujeres han sufrido VO durante el parto en España.

El estudio muestra que un 67,4% (606) de estas mujeres sufrieron algún tipo de VO.

De los tipos de VO destaca la violencia física en un 54,5% de mujeres (490), siguiendo con la violencia psicoafectiva en un 36,7% (330), y por último con la violencia verbal en un 25.1% de mujeres (226) (8).

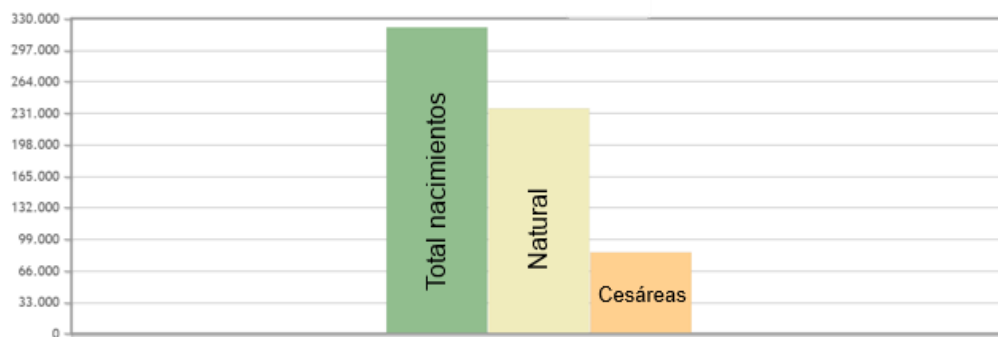
Figura 3. Prevalencia según el tipo de VO.



Fuente: Elaboración propia a partir de Martínez et al. 2021.

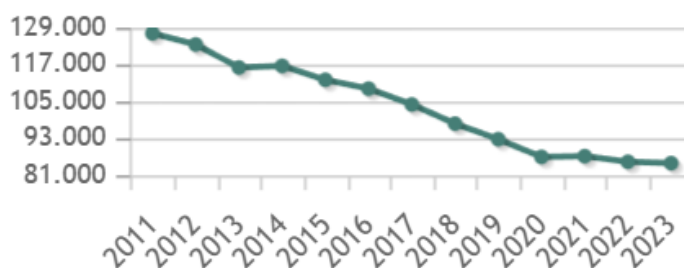
Según la OMS, la tasa de cesáreas por parto recomendada debería ser de un 10-15%. Sin embargo en España, a pesar de tener una tendencia a la baja en los últimos años, la tasa de cesáreas sigue siendo superior a la recomendada. En 2023, encontramos 84.954 partos por cesárea, lo que supone que alrededor de un 26% (22,23). Esta cifra, claramente por encima del umbral recomendado, puede estar relacionada con la medicalización excesiva del parto y con prácticas rutinarias no siempre justificadas, aspectos directamente vinculados con la violencia obstétrica.

Figura 4. Nacimientos por tipo de parto en 2023



Fuente: INE.

Figura 5. Nacimientos por cesárea.



Fuente: INE.

1.2.2. Marco legal.

En España no existe ninguna ley estatal que recoja el término de violencia obstétrica. Como se ha mencionado anteriormente, a día de hoy la única comunidad autónoma que menciona la VO es Cataluña. Se puede observar que el desarrollo de los derechos sobre la sexualidad y reproducción en los planes autonómicos de salud es insuficiente.

A pesar de ello existen algunas leyes que contribuyen a la protección de las pacientes y sus derechos reproductivos, aún sin mencionar en ningún momento la VO, estas pueden ser:

- La Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Esta ley regula el principio de autonomía, el derecho a la intimidad, el derecho a la información sanitaria y el consentimiento informado (24).
- La Ley Orgánica 1/2023, de 28 de febrero, por la que se modifica la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. Esta norma introduce medidas orientadas a combatir violencias específicas como la esterilización y el aborto forzosos, y exige a las instituciones sanitarias garantizar una atención ginecológica y obstétrica centrada en el respeto a los derechos de las mujeres. A pesar de no nombrar directamente la violencia obstétrica, reconoce formas de violencia estructural que afectan a la salud sexual y reproductiva.(25).

Por otro lado se encuentra la Estrategia de Atención al Parto Normal en el Sistema Nacional de Salud (EAPN), un documento publicado en 2007 por el Ministerio de Sanidad y Consumo con el objetivo de promover una atención al parto de calidad, entendiendo el proceso de parto como un proceso fisiológico que no debe ser medicalizado innecesariamente, y en el que los profesionales favorezcan un ambiente seguro, privado y de confianza, respetando la dignidad de las mujeres. En dicho documento se recogen las diferentes prácticas recomendadas y no recomendadas en la atención al parto (26).

A pesar de ello, en un informe sobre la Atención al Parto y Nacimiento en el Sistema Nacional de Salud publicado por el Ministerio de Sanidad en 2012, se reflejan datos claros sobre ciertos indicadores de salud cuyo cumplimiento está muy desviado de los estándares establecidos (27).

1.2.3. Asociaciones.

Las asociaciones tienen un rol fundamental en fomentar y respaldar una atención materna basada en el respeto, tanto entre matronas y obstetras como entre otros profesionales sanitarios.

La OMS insta a estas organizaciones a trabajar en conjunto para detectar y denunciar de manera sistemática los casos de maltrato durante el parto, además de implementar medidas adecuadas a nivel local para prevenirlos y erradicarlos (28).

A continuación se mencionan algunas de las más significativas en España:

- Vía Láctea: organización no lucrativa que trabaja para visibilizar y combatir la violencia obstétrica, promoviendo los derechos de las mujeres en el embarazo, parto y postparto. Esta organización se dedica a ofrecer apoyo a las víctimas, denunciar malas prácticas en la atención materna y fomentar un modelo de parto humanizado y respetuoso, y la lactancia materna (29).
- Observatorio de Violencia Obstétrica (OVO): espacio dedicado a la recopilación de testimonios y estudios sobre VO. Promueve la sensibilización social y el cambio en las prácticas obstétricas (30).
- El Parto es Nuestro: colectivo que lucha por la humanización del parto y la eliminación de prácticas invasivas o innecesarias. Denuncia casos de violencia obstétrica y acompaña a las mujeres en la defensa de sus derechos. Además, fomentan la implementación de protocolos y políticas (31).
- La Asociación Española de Matronas (AEM): apoya el parto respetado y aboga por el protagonismo de la mujer en la toma de decisiones durante el embarazo y el parto (32).

Algunos organismos se niegan o minimizan la existencia de la VO y rechazan la necesidad de políticas para abordarla. Estas son la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) y el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (33).

1.2.4. Casos.

El Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW) es un organismo dependiente de la ONU. Este ha responsabilizado a España por tres casos diferentes de VO en el país y por no actuar de manera correcta frente a esto.

El CEDAW insta a España a proteger a las mujeres y solicita que se le proporcione al personal de salud una formación profesional y capacitación especializada al personal judicial (15,30).

1.3. Prevención de la violencia obstétrica y modelo de parto humanizado.

Una de las principales barreras para la erradicación de la VO es el desconocimiento generalizado sobre qué constituye la VO, por lo que dificulta su identificación y por tanto su denuncia. Además existe una falta de reconocimiento social y legal, lo que implica que las víctimas no tomen medidas judiciales.

Por ello debe abordarse de manera integral, comenzando por la sensibilización de los profesionales de la salud de manera proactiva, mediante conferencias, seminarios, cambios en los planes de estudio, cursos de formación, publicación de guías. También es crucial proporcionar conocimientos a las mujeres a través de sesiones informativas, incluso después de dar a luz para que puedan identificar prácticas de VO y ejercer sus derechos de manera efectiva (8,16).

Para ello, es vital promover un parto humanizado, entendido como un modelo de atención al parto que respeta las opiniones, necesidades y aspectos emocionales y culturales de las mujeres durante todo el desarrollo del embarazo, parto y puerperio para poder vivir la maternidad de una forma libre, digna y empoderada, donde la mujer sea la protagonista de su propio proceso de parto, donde el embarazo se conciba como un proceso fisiológico y no patológico (34).

Es fundamental satisfacer los deseos de la madre y salvaguardar su autonomía, estableciendo un vínculo con ella para humanizar el cuidado. Se debe señalar negativamente cualquier práctica que impida un parto respetado y brindar seguridad tanto a la mujer como al bebé (26).

1.3.1. Recomendaciones.

La OMS publicó en 2019 el documento “Recomendaciones de la OMS Cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva” donde se recogen las diferentes recomendaciones para un parto humanizado.

Además en el documento publicado por el Ministerio se mencionan también recomendaciones según la evidencia científica. Tal y como se expresa en este documento “El cuidado humanizado es amplio e implica un conjunto de conocimientos y prácticas orientadas a promover el parto y el nacimiento saludables”.

A continuación se mencionan diferentes las prácticas recomendadas para la prevención de la VO y la promoción de un parto humanizado (8,26,28,35,36).

- Rediseñar las salas de parto para las necesidades de la madre, dando especial importancia a la privacidad y a la presencia de un acompañante.
- Uso del consentimiento informado en todas las intervenciones médicas.

- Orientar a los profesionales hacia un cuidado holístico, proporcionando atención de calidad.
- Permitir la presencia de un acompañante de su elección durante todo el proceso de modo ininterrumpido, inclusive en los partos por cesárea.
- Favorecer el piel con piel desde el primer momento, inclusive en cesáreas, y al menos durante los primeros 70 minutos, ya que en un estudio observacional transversal realizado en España, a 899 mujeres, se consideró factor protector el piel con piel.
- Durante el contacto piel con piel se identificará al bebé y se le realizará en test de Apgar, el resto de las técnicas tales como la profilaxis ocular, peso, vitamina K, etc., se pueden retrasar hasta después de este periodo, y se realizarán en presencia de los padres con su consentimiento.
- Además en dicho estudio un factor protector también fue el uso de planes de parto respetados.
- Formar al personal de salud, en especial a enfermería, en materia jurídica y política para poder realizar una correcta promoción de la salud, y defender y proteger los derechos de las madres.
- Educar a la población para que adquieran conocimientos sobre los derechos obstétricos de las madres y así conseguir colaboración por parte de estas.
- Dar voz a las madres para conseguir una sensibilización de la sociedad, especialmente a las mujeres que pertenecen a colectivos vulnerables
- Permitir a la madre deambular y elegir la posición de parto según necesite. Formar al personal de salud para adaptar la forma de trabajo a las diferentes posiciones que puede adoptar la mujer.
- Tolerar la ingestión de alimentos y líquidos si así lo demanda la mujer.
- Crear un entorno agradable.
- Utilizar el partograma para realizar el seguimiento y la evaluación del parto.
- Monitorización fetal únicamente cuando este indicado según recomendaciones de la OMS.
- Si el progreso de parto es adecuado no se empleará oxitocina.
- Realizar los mínimos tactos vaginales posibles.
- Dar información a la madre sobre la variedad de métodos analgésicos para el dolor, incluyendo riesgos y beneficios. Dar a conocer a las mujeres de la capacidad del cerebro de generar sustancias analgésicas.
- Informar acerca de la analgesia epidural, dando datos acerca de los riesgos y beneficios. Valorar el realizarla sin bloqueo motor.
- La analgesia no se administra de forma rutinaria, únicamente si es necesaria y con el consentimiento de la mujer, además puede decidir qué métodos desea y cuáles no. Si no desean que se le administren fármacos se deben ofrecer alternativas.

- La episiotomía se realizará de forma selectiva y no de forma habitual, se recomienda realizar una sutura reabsorbible continua en dirección medio-lateral, no se deben suturar los desgarros leves. Para evitar episiotomías es vital mejorar la formación sobre las distintas formas de protección del periné.
- Realizar el pinzamiento de cordón umbilical de forma tardía.
- Respetar la duración natural del parto.
- Evitar instrumentalizar el parto salvo necesidad.
- Se insta a investigar el incremento del uso de cesáreas y se pide implementar medidas para la reducción de estas.
- Permitir partos vaginales a pesar de haber tenido partos por cesárea anteriores, según indicaciones médicas.
- No se le realiza al bebé la aspiración vías aéreas, lavados gástricos, paso de sondas orogástricas ni rectales de forma rutinaria sin justificación médica.
- Hacer partícipes a las mujeres en la toma de decisiones.
- Confirmar y asegurar la comprensión de toda la información proporcionada.
- La información proporcionada debe ser completa (razones, riesgos, beneficios, resultados, consecuencias), además en un lenguaje comprensible y claro. Esta información debe ser basada en la evidencia científica.
- Respetar las decisiones tomadas por la madre dentro de unos niveles de seguridad.
- Implementar mecanismos para evitar barreras lingüísticas y culturales que impiden la participación de las mujeres en la toma de decisiones.
- Dar a conocer la existencia de grupos de apoyo, asociaciones, etc., antes del parto y estimular su participación. Explicar y enseñar experiencias positivas de partos no medicalizados.
- Promover la investigación de métodos para educar en salud a las mujeres respecto a la violencia obstétrica y sus derechos reproductivos.
- Promover la investigación acerca de la fisiología del parto, técnicas novedosas, métodos de alivio del dolor, etc.
- Elaborar una guía o protocolo común para el SNS.

1.3.2. Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS).

Los Objetivos de Desarrollo Sostenible son un conjunto de objetivos elaborados por líderes mundiales en el año 2015, estos objetivos se propusieron con el fin de erradicar la pobreza, proteger el planeta y asegurar la prosperidad para todos (37). Dichos objetivos tienen un papel fundamental en la prevención de la VO. Cada uno de los objetivos tiene metas que deben cumplirse o alcanzarse para 2030. Para ello es necesario la colaboración de gobiernos, sector privado, y la población.

Respecto a la salud sexual y reproductiva, cabe destacar dos de estos objetivos:

- “Objetivo 3: Salud y bienestar. El propósito es garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades.” Este objetivo establece metas como la reducción de la mortalidad materna y el acceso universal a servicios de salud reproductiva (37).
- “Objetivo 5: Igualdad de género. La finalidad es lograr la igualdad entre los géneros y empoderar a todas las mujeres y las niñas.” Incluyendo el acceso universal a la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos (37).

1.4. Papel de la enfermera.

Para lograr la prevención de la VO es fundamental la figura de la enfermera, en especial la enfermera matrona, quien acompaña y guía a la madre a lo largo de todas las etapas de este proceso (38). Las enfermeras son partícipes del proceso de parto de cada madre y pueden actuar ante intervenciones innecesarias, realizando prácticas humanizadas para garantizar el curso fisiológico del parto (34). Estas cobran gran importancia en el acompañamiento prenatal, son orientadoras y educadoras acerca del trabajo de parto normal, las prácticas beneficiosas, y la posibilidad de un curso de parto positivo (26).

Sin embargo, en un estudio realizado a matronas españolas, estas verbalizan que se sienten traumatizadas por presenciar VO y muchas veces se sienten culpables o cómplices por permitirlo. Incluso algunas abandonan sus trabajos por el trauma que esto les ocasiona. Se han registrado conflictos entre los deseos de las matronas y ciertas prácticas habituales que se realizan sistemáticamente (15). Es importante reconocer que esta carga emocional que sufren las matronas es un indicador claro de la necesidad urgente de transformar las estructuras de atención materna.

Por ello es vital invertir en la formación continuada de estas y de todo el personal sanitario, tanto de forma teórica como práctica, basada en la evidencia científica. El personal implicado en el desarrollo del embarazo debe ser personal cualificado, con habilidades de comunicación, capaces de establecer un vínculo con la mujer para poder facilitar y compartir las decisiones. Es necesario diseñar modelos de formación comunes para unificar los protocolos, y hacer especial hincapié en los aspectos psico-sociales. En las actividades formativas se le debe dar valor a los aspectos de equidad, teniendo en cuenta la perspectiva de género, el empoderamiento de la mujer, la multiculturalidad y la diversidad de capacidades de las madres (26).

1.5. Justificación temática.

La violencia obstétrica es un problema de salud pública que afecta a mujeres en todo el mundo y que sigue siendo invisibilizada, tanto a nivel social como a nivel legal. Este maltrato se manifiesta de forma física, verbal y psicoafectiva, y puede ocurrir durante el embarazo, el parto y el puerperio, vulnerando los derechos de las mujeres y afectando su bienestar físico y emocional.

El estudio de la VO es fundamental para identificar y prevenir estas prácticas, así como para fomentar modelos de atención basados en el respeto, la autonomía y la dignidad de las mujeres. El personal de enfermería, en especial las matronas, juegan un papel clave en la humanización del parto y en la erradicación de estas violencias, promoviendo prácticas basadas en la evidencia científica y en el respeto de los derechos reproductivos.

A través de este trabajo se busca visibilizar la VO y sus consecuencias, analizando el marco legal y las estrategias que existen para su prevención. Además, se pretende destacar la importancia de la formación y sensibilización del personal sanitario, la aplicación de políticas públicas adecuadas y la promoción de un modelo de parto humanizado que ponga a la mujer en el centro del proceso.

Este trabajo es relevante no solo en el ámbito académico y profesional, sino también en la sociedad, al contribuir a la concienciación y transformación de las prácticas obstétricas hacia un modelo más ético y respetuoso con los derechos de las mujeres.

2. HIPÓTESIS DE TRABAJO.

H1: Las intervenciones de enfermería enfocadas en la humanización del parto contribuyen a la prevención de la violencia obstétrica.

3. OBJETIVOS.

3.1. General.

O1: Esta revisión bibliográfica tiene como objetivo analizar cómo las intervenciones de enfermería orientadas a la humanización del parto contribuyen a la mejora de la calidad de atención y previenen la violencia obstétrica en mujeres embarazadas.

3.2. Específicos.

Para alcanzar el objetivo general, se plantea el cumplimiento de los siguientes objetivos específicos:

- **O2:** Identificar prácticas comunes de violencia obstétrica.
- **O3:** Analizar la prevalencia de violencia obstétrica.
- **O4:** Describir el impacto de la violencia obstétrica en la salud física y emocional de las mujeres.
- **O5:** Proponer intervenciones de enfermería para prevenir la violencia obstétrica y fomentar un parto humanizado.

4. MATERIAL Y MÉTODOS.

4.1. Cronograma.

Se siguió el siguiente cronograma para realizar el presente trabajo (Tabla 2):

Tabla 2. Cronograma de entregas.

FECHA	ENTREGA
20 Enero 2025	Introducción, hipótesis y objetivos
6 Marzo 2025	Material y Métodos
21 Abril 2025	Resultados y Discusión
2 Mayo 2025	Conclusiones y Bibliografía
15 Mayo 2025	Borrador definitivo
29 Mayo 2025	Depósito TFG

Fuente: Elaboración propia.

4.2. Diseño de estudio.

Este estudio es una revisión bibliográfica narrativa. A través de la consulta de literatura científica en diversas bases de datos, se ha recopilado información relevante con el objetivo de dar respuesta a la hipótesis de trabajo inicial y alcanzar los objetivos planteados. El análisis se ha centrado en la interpretación crítica de los resultados encontrados, estableciendo comparaciones entre los estudios.

Además, se obtuvo información complementaria necesaria para la introducción en diferentes páginas web de instituciones tales como la OMS, el Ministerio de Sanidad, el BOE, el INE, la ONU, el Diccionario Panhispánico del Español Jurídico, la Comisión Europea, también páginas de asociaciones como el Observatorio de Violencia Obstétrica, El Parto es Nuestro, Vía Láctea o la Asociación Española de Matronas.

El uso de ChatGPT, una herramienta de inteligencia artificial, fue un apoyo adicional para organizar ideas y aclarar conceptos, siempre respetando el criterio propio y garantizando la originalidad del trabajo.

Por otro lado se ha de destacar la importancia de haber consultado la web de la Biblioteca CRAI de la Universidad Europea de Valencia para el acceso a las diferentes bases de datos.

4.3. Pregunta de investigación PICO.

Para poder realizar la búsqueda sobre el tema, se elaboró la pregunta y estructura PICO, formada por los componentes Paciente, Intervención, Comparación, y Outcomes (Resultados).

¿En mujeres embarazadas, las intervenciones de enfermería orientadas a la humanización del parto reducen la violencia obstétrica en comparación con las prácticas convencionales?

P: Mujeres embarazadas atendidas durante el proceso de parto.

I: Intervenciones de enfermería orientadas a la humanización del parto.

C: Prácticas convencionales.

O: Reducción de la violencia obstétrica y mejora de la calidad de la atención.

4.4. Estrategia de búsqueda bibliográfica y fuentes de información.

Para realizar esta revisión bibliográfica se llevó a cabo una búsqueda de artículos en las diferentes bases de datos a través de términos o palabras clave tales como “obstetric violence”, “humanized childbirth”, “nurse”, “midwife”, “prevention” o “violencia obstétrica”, “parto humanizado”, “enfermera”, “matrona”, “prevención”, y booleanos para enlazar dichas palabras clave, en este caso OR y AND, formando así de ecuaciones de búsqueda.

Tabla 3. Términos empleados en la ecuación de búsqueda bibliográfica.

MESH	DECS
Obstetric violence	Violencia obstétrica
Humanized childbirth	Parto humanizado
Nurse	Enfermera
Midwife	Matrona
Prevention	Prevención

Fuente: Elaboración propia.

Las bases de datos se consultaron entre el 11/11/2024 y el 28/02/2025 y fueron las siguientes:

- Pubmed: base de datos gratuita de literatura biomédica y de ciencias de la vida, desarrollada por el Centro Nacional de Información Biotecnológica (NCBI) en la Biblioteca Nacional de Medicina de los EE. UU (NLM), ubicada en los Institutos Nacionales de Salud (NIH). Contiene millones de citas de MEDLINE y otras fuentes, aunque no siempre ofrece textos completos, enlaza a PubMed Central (PMC) y otros repositorios.

- Scopus: base de datos científica de Elsevier que indexa literatura revisada por pares en diversas disciplinas. Permite buscar artículos, analizar citas y medir el impacto de la investigación.
- Scielo: SciELO (Scientific Electronic Library Online) es una biblioteca digital de acceso abierto que indexa revistas científicas de América Latina, España, Portugal y Sudáfrica. Se centra en la difusión de la producción científica en diversas áreas, especialmente en ciencias de la salud y sociales.
- Cinhal: base de datos especializada en enfermería y ciencias de la salud, administrada por EBSCO. Contiene artículos de revistas revisadas por pares, tesis y otros recursos relevantes para profesionales de la salud.
- Cochrane: base de datos de acceso especializado a revisiones sistemáticas y evidencia científica en salud. Es gestionada por la Colaboración Cochrane, una organización global sin fines de lucro.
- Web of Science: Web of Science (WoS) es una base de datos bibliográfica de Clarivate Analytics que indexa literatura científica en múltiples disciplinas. Permite buscar artículos, analizar citas y medir el impacto de la investigación a través de indicadores como el factor de impacto (JCR) y el índice h.
- Dialnet: Dialnet es una base de datos de acceso libre que recopila publicaciones científicas de diversas disciplinas, especialmente en ciencias sociales y humanidades. Es gestionada por la Universidad de La Rioja (España) y reúne artículos, tesis, libros y otros recursos académicos de revistas y editoriales hispanohablantes.

Tabla 3. Estrategia de búsqueda bibliográfica.

BASE DE DATOS	ECUACIONES DE BÚSQUEDA	N.º DE ARTÍCULOS ENCONTRADOS	N.º DE ARTÍCULOS TRAS CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	N.º DE ARTÍCULOS TRAS LECTURA DE TÍTULO Y ABSTRACT	ARTÍCULOS SELECCIONADOS
Pubmed	((("obstetric violence") OR ("humanized childbirth")) AND (("nursing") OR ("midwife")) AND ("prevention"))	7	7	3	4
	((("obstetric violence") OR ("humanized childbirth")) AND ("nursing"))	93	49	16	9
Scopus	((("obstetric violence") OR	43	20	6	0

	("humanized childbirth")) AND ("nursing") OR ("midwife")) AND ("prevention")				
Science Direct	((("obstetric violence") OR ("humanized childbirth")) AND ("nursing") OR ("midwife")) AND ("prevention")	76	26	6	1
Scielo	((("obstetric violence") OR ("humanized childbirth")) AND ("nursing") OR ("midwife")) AND ("prevention")	6	0	0	0
Cinhal	((("obstetric violence") OR ("humanized childbirth")) AND ("nursing") OR ("midwife")) AND ("prevention")	12	6	0	0
Cochrane	((("obstetric violence") OR ("humanized childbirth")) AND ("nursing") OR ("midwife")) AND ("prevention")	2	2	2	1
Web of Science	((("obstetric violence") OR ("humanized childbirth")) AND ("prevention")	20	8	1	0
Dialnet	((("obstetric violence") OR ("humanized childbirth")) AND ("prevention")	16	12	4	2
	((("obstetric violence") OR ("humanized childbirth")) AND ("nursing")	27	15	6	2

Fuente: elaboración propia.

4.5. Criterios de elegibilidad.

Para seleccionar artículos relevantes para el tema se establecieron criterios de inclusión y exclusión.

4.5.1. Criterios de inclusión.

- Artículos publicados entre 2020 y 2025.
- Artículos publicados en el ámbito nacional e internacional, a causa de la escasez de literatura en España.
- Artículos publicados en inglés y español.
- Artículos que abordan la temática establecida en los objetivos de la investigación.
- Artículos de acceso libre.

4.5.2. Criterios de exclusión.

- Estudios publicados antes de 2020.
- Artículos en otros idiomas.
- Artículos duplicados.
- Artículos sin acceso a texto completo.

4.6. Calidad metodológica.

Para asegurar la calidad metodológica de los artículos seleccionados, se consultaron cuatro indicadores: el factor de Impacto JCR (Journal Citation Report), el indicador de impacto SJR (SCImago Journal Rank), el cuartil de las revistas científicas y el sistema de evaluación SIGN (Scottish Intercollegiate Guidelines Network).

El Factor JCR mide la frecuencia con la que se citan los artículos publicados en una revista. Se interpreta de la siguiente manera:

- Valor superior a 1.0: La revista es citada más de lo esperado para su disciplina, lo que sugiere una mayor influencia e impacto.
- Valor inferior a 1.0: La revista es citada menos de lo esperado, lo que puede indicar una menor influencia o impacto.
- Valor de 1.0: La revista recibe un número de citas promedio para su campo.

Uno de los artículos seleccionados no estaba indexado en JCR, por lo que se consultó el indicador de impacto SJR, el cual se basa en las citas que reciben las revistas indexadas en Scopus y además valora la importancia de las revistas que hacen esas citas.

Por otro lado se consultó el cuartil, el cual indica la posición de esa revista dentro de una categoría en función de su impacto.

- Q1: Revistas con el mayor índice de impacto.
- Q2: Revistas con índice de impacto medio-alto.
- Q3: Revistas con índice de impacto medio.
- Q4: Revistas con el menor índice de impacto.

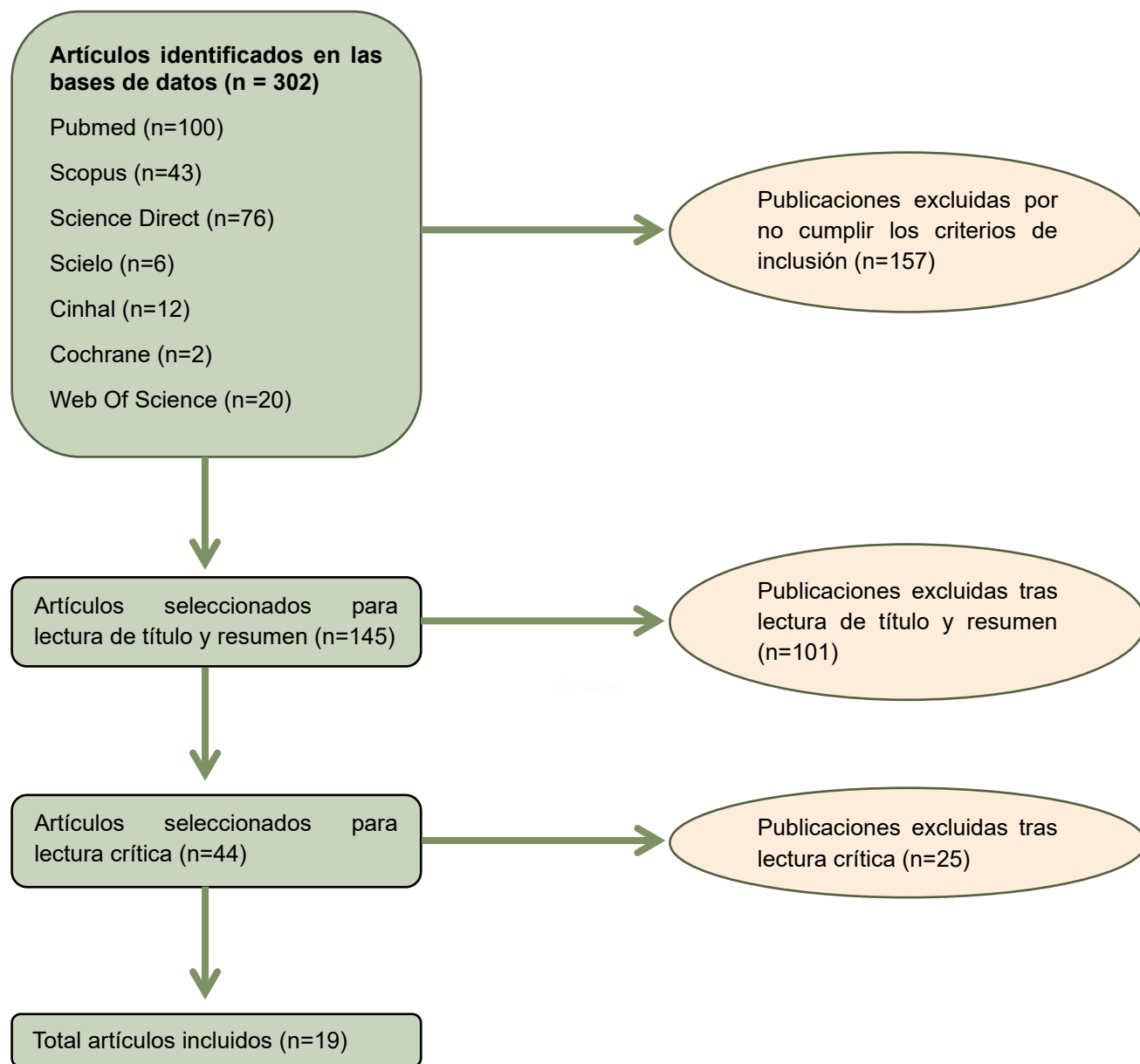
El sistema SIGN es una herramienta para evaluar la calidad metodológica de estudios científicos y clasificar el nivel de evidencia que aportan según el tipo de estudio y su calidad.

Tres de los artículos usados no estaban indexados en JCR ni en SJR, pero fueron considerados relevantes por su contenido, adecuación metodológica y aportación específica al tema de estudio. La inclusión se justificó tras una lectura crítica de ambos artículos y de la evaluación con el sistema SIGN.

4.7. Diagrama de flujo.

Con el diagrama de flujo se pretendió sintetizar el proceso de selección de los artículos.

Figura 6. Diagrama de flujo.



Fuente: Elaboración propia.

5. RESULTADOS.

5.1. Tabla de análisis y síntesis de los resultados.

En la presente revisión se analizaron 19 artículos acerca de la VO, se identificaron las prácticas más comunes, la prevalencia, el impacto de esta en la salud de las mujeres y algunas intervenciones que podrían prevenirla.

A continuación, en la tabla 4 se recogió la información más relevante de los artículos incluidos. En esta información se incluyó el título del artículo, los autores, el año de publicación, el tipo de estudio, la muestra y el país, los resultados, las conclusiones y la calidad metodológica de cada artículo.

Tabla 4. Cuadro resumen de los artículos seleccionados.

ARTÍCULO	AUTOR/ES	AÑO	TIPO DE ESTUDIO	MUESTRA Y PAÍS	OBJETIVOS	RESULTADOS	CONCLUSIONES	CALIDAD METODOLÓGICA
1.Effect of implementing a birth plan on maternal and neonatal outcomes: a randomized controlled trial.	Parivash Ahmadpour, Sanaz Moosavi, Sakineh Mohammad-Alizadeh-Charandabi, Shayesteh Jahanfar y Mojgan Mirghafourvand.	2022	Ensayo controlado aleatorizado.	106 mujeres embarazadas. En un hospital educativo en Tabriz, Irán.	Investigar el efecto de implementar un plan de parto en las experiencias de parto de las mujeres. Evaluar cómo el plan de parto influye en la percepción de apoyo y control durante el trabajo de parto. Analizar si el uso del plan de parto reduce el miedo al parto y los síntomas psicológicos de DPP y TEPT. Determinar el impacto sobre los resultados obstétricos: frecuencia de parto vaginal y puntuaciones de Apgar neonatal.	La puntuación de las experiencias de parto es superior en el grupo de intervención con un plan de parto elaborado frente al grupo de control sin plan de parto.	De acuerdo con los resultados, la elaboración previa de un plan de parto hace del parto una experiencia más positiva. Las mujeres perciben mayor sensación de apoyo y control durante el parto, disminuye el miedo, reduce los síntomas de depresión y TEPT y aumenta el número de partos vaginales y la puntuación del Test de Apgar neonatal en el primer minuto.	Factor de impacto JCR: 2.8 Q1 SIGN: 1-
2. Associations among Caesarean Section Birth, Post-Traumatic	Grisbrook, M.-A.; Dewey, D.; Cuthbert, C.; McDonald, S.; Ntanda, H.;	2022	Análisis secundario de datos del estudio de cohorte longitudinal	354 madres que dieron a luz por cesárea.	Determinar la asociación entre el tipo de parto por cesárea y la presencia de	No se encontró asociación entre tipo de cesárea y DPP. Se encontró asociación entre el	Las cesáreas no planificadas o de emergencia están asociadas a más síntomas de	Factor de impacto JCR: 4.614 Q2

ARTÍCULO	AUTOR/ES	AÑO	TIPO DE ESTUDIO	MUESTRA Y PAÍS	OBJETIVOS	RESULTADOS	CONCLUSIONES	CALIDAD METODOLÓGICA
Stress, and Postpartum Depression Symptoms.	Giesbrecht, GF; Letourneau, N.		Alberta Pregnancy Outcomes and Nutrition (APrON)	Alberta, Canadá.	síntomas de TEPT en el posparto. Evaluar la relación entre los síntomas de TEPT y el riesgo de DPP, explorando si el TEPT actúa como mediador en el desarrollo de la DPP.	tipo de cesárea y los síntomas de TEPT. Se encontró asociación indirecta entre cesárea de emergencia y los síntomas de DPP a través de los síntomas de TEPT (el TEPT podría desencadenar DPP).	TEPT postparto, que puede desencadenar un mayor número de síntomas de DPP.	SIGN: 2+
3. The experience of pregnant women in contexts of vulnerability of prenatal primary nursing care: a descriptive interpretative qualitative study.	Émilie Hudon, Maud-Christine Chouinard, Édith Ellefsen, Jérémie Beaudin y Catherine Hudon.	2023	Estudio descriptivo interpretativo cualitativo de Thorne (2016).	24 mujeres embarazadas o que habían dado a luz en los últimos 12 meses. Quebec, Canadá.	Explorar las expectativas y percepciones de las mujeres que elaboraron un plan de parto sobre su experiencia de parto. Identificar las beneficios y dificultades que las participantes vivieron al aplicar su plan de parto en el contexto clínico. Recoger sugerencias de mejora en la elaboración y puesta en práctica del plan de parto desde la perspectiva de las usuarias.	Cada mujer tiene unas necesidades y expectativas diferentes según sus circunstancias personales. La experiencia del embarazo está influenciada por la relación con la enfermera. Existen diversos factores que influyen en la experiencia.	La atención de la enfermera de forma individualizada y adaptada al contexto de vulnerabilidad de cada paciente es fundamental para una experiencia positiva.	Factor de impacto JCR: 2.8 Q1 SIGN: 3
4. The Birth Plan Experience-A Pilot Qualitative	Alba-Rodríguez, R., Coronado-Carvajal, MP, e	2022	Estudio cualitativo con diseño de	7 mujeres Hospital terciario en		Todas las participantes consideraron	El plan de parto es considerado por las mujeres	Factor de impacto JCR: 2.4

ARTÍCULO	AUTOR/ES	AÑO	TIPO DE ESTUDIO	MUESTRA Y PAÍS	OBJETIVOS	RESULTADOS	CONCLUSIONES	CALIDAD METODOLÓGICA
Study in Southern Spain.	Hidalgo-Lopezosa, P.		estudio fenomenológico.	Andalucía, España.		importante el plan de parto para poder recibir una atención humanizada respetando sus deseos, además consideraron que el plan de parto fomentaba la comunicación matrona-usuaria y mejoraba la experiencia. Valoraron las clases prenatales, pero expresaron la necesidad de actualización de los profesionales. Algunas madres pedían mayor atención y orientación después del parto.	una buena herramienta para la comunicación de sus deseos, aunque muchas veces no es respetado, por ello el grado de satisfacción es menor. Las mujeres consideran que las enfermeras deben formarse más para no necesitar buscar información externa.	Q2 SIGN: 3
5. El cuidado de enfermería generador de confianza de la mujer durante el trabajo de parto.	Liliana Campos-Quintero y Martha-Lucía Vásquez-Truissi.	2021	Estudio cualitativo con enfoque fenomenológico.	6 mujeres, parto vaginal, neonato vivo y atendidas en una institución de nivel III-IV, con diagnóstico de alto riesgo obstétrico. 2 enfermeras del servicio de sala de partos. En Neiva, Huila, Colombia.	Describir las percepciones de las mujeres sobre el cuidado recibido por enfermería durante el trabajo de parto. Identificar las acciones y actitudes de las enfermeras que contribuyen a generar confianza y seguridad en las mujeres.	El acompañamiento de la enfermera, la cercanía, el interés, el apoyo y la amabilidad es algo que marca la diferencia en la satisfacción en la atención al parto, ayuda a calmar el miedo y la ansiedad de la situación. Pequeños actos como el contacto físico contribuyen a	La enfermera es vista por parte de las parturientas como una fuente de confianza, calma y seguridad gracias a la empatía y el apoyo emocional, físico y relacional. El conocimiento técnico ayuda a reducir la ansiedad y el	SIGN: 3

ARTÍCULO	AUTOR/ES	AÑO	TIPO DE ESTUDIO	MUESTRA Y PAÍS	OBJETIVOS	RESULTADOS	CONCLUSIONES	CALIDAD METODOLÓGICA
					Analizar el impacto de esa confianza en la experiencia global del parto y en la satisfacción de las usuarias.	establecer una relación de confianza, empatía y apoyo emocional. La comunicación enfermera-paciente crea ambiente de tranquilidad y aporta seguridad. Hacer partícipe a la familia y mantenerlos comunicados produce tranquilidad tanto a la parturienta como a los familiares. Las palabras reconfortantes y consuelo las animan a seguir adelante en esos momentos de agotamiento físico y desesperación. El conocimiento de la enfermera y sus indicaciones dan seguridad a la gestante. Además la respuesta a las dudas e inquietudes crean un ambiente más tranquilo. La percepción del dolor es una de las principales causas de angustia, por lo que explicar y ofrecer las diferentes técnicas farmacológicas o no	miedo de las gestantes. Cuidar implica conocer a la persona desde una perspectiva humana, para ello la enfermera debe ser capaz de apoyar emocionalmente de forma empática, respetando las creencias y promoviendo su autonomía.	

ARTÍCULO	AUTOR/ES	AÑO	TIPO DE ESTUDIO	MUESTRA Y PAÍS	OBJETIVOS	RESULTADOS	CONCLUSIONES	CALIDAD METODOLÓGICA
						farmacológicas es fundamental para conseguir una experiencia de parto positiva.		
6. Estrategias para la prevención de la violencia institucional contra la mujer en la atención obstétrica.	Guevara-Ríos E.	2024	Artículo de revisión/Simposio.	Perú.	Recopilar y describir las estrategias propuestas en la literatura y la normativa para prevenir la violencia obstétrica en entornos institucionales. Analizar la aplicabilidad de dichas estrategias en distintos contextos sanitarios, identificando barreras y facilitadores a su implementación. Elaborar recomendaciones dirigidas a profesionales y gestores sanitarios para fortalecer la prevención y erradicación de prácticas violentas en la atención al parto.	Para asegurar una atención respetuosa a las mujeres es necesario: - Política estatal con perspectiva de género y derechos reproductivos, que involucre diversos sectores (salud, educación, justicia, sociedad civil, etc.). - Educación sexual integral desde la infancia (actualizar el sistema educativo y capacitar al profesorado) - Formación universitaria con enfoque de género y derechos humanos. - Reconocimiento de los derechos reproductivos como parte de los derechos humanos (trato digno, acceso a información clara, respeto del	El simposio plantea estrategias para prevenir la violencia institucional contra las mujeres en la atención obstétrica, promoviendo políticas públicas con enfoque de género, derechos humanos e interculturalidad. Destaca la necesidad de educación sexual integral desde edades tempranas e incluir contenidos sobre derechos reproductivos en la formación de profesionales de la salud. También se propone registrar casos de maltrato y falta de	Factor de impacto JCR: 0.1 Q4 SIGN: 3

ARTÍCULO	AUTOR/ES	AÑO	TIPO DE ESTUDIO	MUESTRA Y PAÍS	OBJETIVOS	RESULTADOS	CONCLUSIONES	CALIDAD METODOLÓGICA
						contexto cultural y atención basada en evidencia científica). - Formación y especialización para los profesionales de salud. - Documentación de cualquier comportamiento que implique maltrato o falta de consentimiento informado, permitiendo expresar quejas por parte de las mujeres. - Implementar proyectos orientados a la mejora de la atención obstétrica y fomentar investigación científica sobre la VO. - Promoción de derechos reproductivos por parte de sociedades científicas. - Aplicación de los derechos reproductivos en	consentimiento informado, permitiendo que las mujeres expresen su experiencia. Estos datos servirán para mejorar la calidad del servicio. Además, se impulsa la investigación para generar evidencia. Las sociedades científicas deben liderar la promoción de una atención respetuosa en todas las etapas del embarazo, parto, puerperio y ante situaciones de aborto o emergencias obstétricas.	

ARTÍCULO	AUTOR/ES	AÑO	TIPO DE ESTUDIO	MUESTRA Y PAÍS	OBJETIVOS	RESULTADOS	CONCLUSIONES	CALIDAD METODOLÓGICA
						toda la atención obstétrica.		
7. Violencia y emergencia obstétrica desde la perspectiva de las parteras tradicionales en comunidades rurales.	Carlos Alberto Aranda-Téllez, Hugo Yam Chalé, Hans Oudhof.	2021	Estudio cualitativo basado en grupos focales.	52 parteras de comunidades rurales. Veracruz, México.	Explorar las percepciones y definiciones que las parteras tradicionales tienen sobre la VO y las emergencias durante el parto. Identificar los factores culturales, sociales y operativos que, desde su experiencia, influyen en la aparición y manejo de situaciones de violencia o emergencia obstétrica. Recoger las estrategias y prácticas que las parteras utilizan para afrontar emergencias obstétricas y prevenir el maltrato en contextos de recursos limitados.	Se identificaron formas de violencia obstétrica que incluyen agresiones físicas (tactos vaginales innecesarios) y emocionales (humillaciones, gritos, indiferencia) por parte del personal médico, intervenciones médicas innecesarias (cesáreas, maniobra de Kristeller), racismo y discriminación cultural, desplazamiento del rol de las parteras. Estas prácticas generan resistencia de las mujeres a acudir a servicios de salud institucionales, lo que puede derivar en emergencias obstétricas que comprometen la vida de la madre y el neonato.	La percepción de violencia obstétrica por parte de las parteras tradicionales destaca la necesidad de reconocer y abordar estas prácticas para mejorar la atención materna en comunidades rurales. La integración respetuosa de las parteras tradicionales en el sistema de salud podría reducir las emergencias obstétricas y mejorar los resultados maternos.	SIGN: 3
8. Obstetric Violence in Childbirth Care in Baja California: Nursing	Lizette Flores-Romero, Bertha Margarita Viñas Velázquez, Sandra Treviño-Siller, Julieta	2022	Estudio cualitativo basado en entrevistas semiestructuradas.	23 enfermeros Baja California, México.	Explorar cómo percibe el personal de enfermería las prácticas de VO en el parto.	El personal de enfermería identifica varias formas de VO que ocurren en los servicios de atención al parto.	La VO es un fenómeno complejo y multifactorial, alimentado por problemas	SIGN: 3

ARTÍCULO	AUTOR/ES	AÑO	TIPO DE ESTUDIO	MUESTRA Y PAÍS	OBJETIVOS	RESULTADOS	CONCLUSIONES	CALIDAD METODOLÓGICA
Personnel Perceptions.	Yadira Islas-Limón.				Identificar las situaciones y contexto que el personal relaciona con experiencias de maltrato obstétrico. Recoger propuestas y sugerencias de mejora desde la perspectiva de las propias enfermeras para evitar estas prácticas.	- Violencia física: procedimientos invasivos sin consentimiento, como tactos vaginales innecesarios. - Violencia psicológica: actitudes despectivas, gritos y humillaciones, especialmente a mujeres con nivel educativo bajo o que provienen de contextos vulnerables, como comunidades indígenas. - Violencia estructural: la escasez de recursos médicos y la sobrecarga de trabajo generan una atención apresurada y deshumanizada. - Falta de consentimiento informado: en algunos casos las mujeres no eran debidamente	estructurales, culturales y educativos dentro del sistema de salud, que incluyen deficiencias en la formación del personal sanitario, la falta de recursos y personal adecuado, y la normalización de prácticas deshumanizadas. Es esencial mejorar la infraestructura hospitalaria y las condiciones laborales del personal de salud. Es necesaria formación continua en derechos reproductivos y en prevención de la VO para garantizar un trato respetuoso y digno a las mujeres durante el parto.	

ARTICULO	AUTOR/ES	ANO	TIPO DE ESTUDIO	MUESTRA Y PAIS	OBJETIVOS	RESULTADOS	CONCLUSIONES	CALIDAD METODOLOGICA
						informadas sobre los procedimientos que se les realizarían, y no se les pedía su consentimiento de forma clara y respetuosa. - Impacto de la falta de formación en derechos reproductivos: muchos profesionales de salud mencionaron que no estaban completamente capacitados en cuanto a los derechos reproductivos de las mujeres, lo que contribuye a la perpetuación de estas prácticas violentas. Las enfermeras afirmaron que aunque reconocen la importancia de estos derechos, no siempre contaban con las herramientas o el		

ARTÍCULO	AUTOR/ES	AÑO	TIPO DE ESTUDIO	MUESTRA Y PAÍS	OBJETIVOS	RESULTADOS	CONCLUSIONES	CALIDAD METODOLÓGICA
						tiempo necesario para implementarlos.		
9. Obstetric Violence in Spain (Part I): Women's Perception and Interterritorial Differences.	Mena-Tudela, D., Iglesias-Casás, S., González-Chordá, VM, Cervera-Gasch, Á., Andreu-Pejó, L., & Valero-Chilleron, MJ.	2020	Estudio descriptivo, retrospectivo y transversal.	17541 mujeres que dieron a luz de forma natural o por cesárea o tuvieron un aborto espontáneo. Hospitales públicos o privados en España.	Cuantificar la prevalencia de la VO según la percepción de las propias mujeres en distintas comunidades autónomas de España. Analizar las diferencias interterritoriales en la percepción de VO comparando resultados entre regiones. Explorar la relación entre la percepción de VO y variables sociodemográficas.	El 38.3% de las mujeres reportaron haber sufrido VO. La VO fue más frecuente en la sanidad privada, ya que las tasas de intervenciones durante el parto, como pueden ser parto inducido, parto instrumentalizado o cesárea, pueden en ocasiones triplicar las que se aplican en la sanidad pública española. La Rioja fue la C.A. con el porcentaje más bajo de VO, mientras que Murcia, Galicia, Extremadura y Cantabria mostraron los porcentajes más altos. El 83.4% de mujeres que se sometieron a procedimientos innecesarios o dolorosos no fueron informadas ni se les solicitó el consentimiento informado.	Más de un tercio de las mujeres percibieron haber sufrido VO. La VO está más relacionada con la sanidad privada. Un tercio de las mujeres manifestaron haber sido criticadas por su comportamiento y tratadas con diminutivos infantiles. Casi la mitad de las mujeres no fueron capaces de resolver sus dudas ni expresar sus miedos sobre el proceso por el que estaban pasando. Respecto al apoyo percibido por las mujeres durante el posparto y lactancia, la C.A. que presentó menor VO refirió	Factor de impacto JCR: 4.614 Q2 SIGN: 2+

ARTÍCULO	AUTOR/ES	AÑO	TIPO DE ESTUDIO	MUESTRA Y PAÍS	OBJETIVOS	RESULTADOS	CONCLUSIONES	CALIDAD METODOLÓGICA
						El 41.6% no recibió información sobre la existencia de un plan de parto, y solo el 20.2% consideró que su plan de parto fue respetado. El 70.8% de las mujeres que tuvieron aborto espontáneo o pérdida perinatal no recibieron apoyo emocional adecuado. El 35% no recibió apoyo en el cuidado del bebé. El 37.6% de mujeres que optaron por la lactancia materna no sintieron que les resolvieran dudas o dificultades.	mayor apoyo a la lactancia. Esto se refleja en las tasas de lactancia materna a los seis meses, que fue mucho mayor que otras CC.AA. El maltrato, el abuso y la VO influyen en la toma de decisiones de las mujeres y en su capacidad para amamantar. Es fundamental actualizar e implementar protocolos de actuación y formación para el personal sanitario, así como políticas de transparencia que proporcionen datos reales sobre el trato a las mujeres. Además de fomentar la reflexión sobre las prácticas obstétricas y garantizar que se solicite el	

ARTÍCULO	AUTOR/ES	AÑO	TIPO DE ESTUDIO	MUESTRA Y PAÍS	OBJETIVOS	RESULTADOS	CONCLUSIONES	CALIDAD METODOLÓGICA
							consentimiento informado.	
10. Obstetric Violence in Spain (Part II): Interventionism and Medicalization during Birth.	Mena-Tudela, D., Iglesias-Casás, S., González-Chordá, VM, Cervera-Gasch, Á., Andreu-Pejó, L., & Valero-Chillon, MJ.	2021	Estudio descriptivo, retrospectivo y transversal.	17541 mujeres que dieron a luz de forma natural o por cesárea o tuvieron un aborto espontáneo. Hospitales públicos o privados en España.	Determinar los niveles de intervención médica durante el parto en España. Evaluar la tasa de medicalización global del proceso de nacimiento en distintos entornos asistenciales. Analizar cómo estas prácticas de intervención y medicalización se relacionan con la percepción de VO y con la satisfacción de las mujeres según el tipo de centro y la comunidad autónoma.	El 44.4% de las mujeres reportaron haber recibido procedimientos innecesarios y/o dolorosos durante el parto, el 49.5% no los percibieron, y el 6.2% no estaban seguras. El estudio revela un elevado nivel de intervencionismo y medicalización, incluyendo prácticas no recomendadas por la OMS. Intervenciones más reportadas: uso de oxitocina 48.3%, episiotomía 39.3%, restricción de movimientos 39.5%, amniorrexia 36.3%, maniobra de Kristeller 34.2%, separación del bebé sin justificación 36.9%, cesárea innecesaria 16.9%, alimentación con biberón sin consentimiento 13.6%. Atención pública 65.3%, satisfacción de 6.88 puntos.	Los partos en España presentan un alto grado de intervención y medicalización, con prácticas que pueden poner en riesgo la salud de las mujeres y los recién nacidos. La percepción de VO está significativamente asociada con la realización de procedimientos innecesarios o dolorosos durante el parto. Existen diferencias significativas en las tasas de intervención y en la satisfacción de las mujeres según el tipo de atención recibida, siendo la atención mixta la que presenta mejores resultados en ambos aspectos.	Factor de impacto JCR: 4.614 Q2 SIGN: 2+

ARTÍCULO	AUTOR/ES	AÑO	TIPO DE ESTUDIO	MUESTRA Y PAÍS	OBJETIVOS	RESULTADOS	CONCLUSIONES	CALIDAD METODOLÓGICA
						Atención privada 10.4%, satisfacción de 4.76 puntos. Atención mixta 24.3%, satisfacción de 8.03 puntos. El 74.3% de las mujeres que reportaron procedimientos innecesarios o dolorosos también percibieron haber sufrido VO. La percepción de VO fue mayor en la atención privada y menor en la atención mixta. El estudio sugiere que el empoderamiento de las mujeres puede reducir la percepción de VO, al aumentar la autonomía de la mujer.	Es fundamental promover el empoderamiento de las mujeres en el proceso de parto y revisar las prácticas clínicas para garantizar una atención respetuosa y centrada en la mujer.	
11. Obstetric Violence in Spain (Part III): Healthcare Professionals, Times, and Areas.	Mena-Tudela, D., Iglesias-Casás, S., González-Chordá, VM, Cervera-Gasch, Á., Andreu-Pejó, L., & Valero-Chilleron, MJ.	2021	Estudio descriptivo, retrospectivo y transversal.	17541 mujeres que dieron a luz de forma natural o por cesárea o tuvieron un aborto espontáneo. Hospitales públicos o	Analizar cómo distintos profesionales sanitarios están implicados en la percepción de violencia obstétrica. Evaluar en qué momentos del proceso se reporta	El 45.9% de las mujeres reportaron no haber sido informadas sobre los procedimientos ni se les solicitó consentimiento informado. Los profesionales más señalados fueron ginecólogos (74%) y	Es fundamental implementar programas de formación en salud sexual y reproductiva, así como en habilidades de comunicación, para todo el personal sanitario	Factor de impacto JCR: 4.614 Q2 SIGN: 2+

ARTÍCULO	AUTOR/ES	AÑO	TIPO DE ESTUDIO	MUESTRA Y PAÍS	OBJETIVOS	RESULTADOS	CONCLUSIONES	CALIDAD METODOLÓGICA
				privados en España.	mayor incidencia de estas prácticas. Identificar las áreas asistenciales en las que se registran más experiencias de VO.	matronas (51.8%). Esta falta de información ocurrió principalmente durante el parto (81%) y en hospitales (81.5%) El 34.5% de las mujeres indicaron haber sido criticadas por su comportamiento con comentarios irónicos o despectivos, y el 31.4% fueron tratadas con apodosos o diminutivos infantiles. Los profesionales más mencionados en estos casos fueron matronas (43.1%), ginecólogos (43.8%) y enfermeras (34.7%). Estas situaciones ocurrieron principalmente durante el parto (68.4%) y en hospitales (81.2%) El 48% de las mujeres afirmaron no poder resolver sus dudas o expresar sus temores. Los profesionales más señalados fueron	involucrado en la atención obstétrica. Se requiere una revisión profunda de las prácticas hospitalarias durante el parto y el puerperio para garantizar una atención respetuosa y centrada en la mujer. Es necesario abordar las deficiencias estructurales del sistema de salud, incluyendo la sobrecarga laboral del personal sanitario, para mejorar la calidad de la atención y prevenir la VO.	

ARTÍCULO	AUTOR/ES	AÑO	TIPO DE ESTUDIO	MUESTRA Y PAÍS	OBJETIVOS	RESULTADOS	CONCLUSIONES	CALIDAD METODOLÓGICA
						ginecólogos (62.7%) y matronas (46%). Esta situación se presentó principalmente durante el parto (66.4%) y en hospitales (77.3%) El 39% de las mujeres no sintieron apoyo en sus decisiones sobre el cuidado del bebé y la lactancia. Los profesionales más implicados fueron enfermeras (60.2%) y pediatras (37%), y el entorno más mencionado fue el hospital (58.2%).		
12. Relationship between perceived obstetric violence and the risk of postpartum depression: An observational study.	Sergio Martínez-Vázquez, Antonio Hernández-Martínez, Julián Rodríguez-Almagro, Miguel Delgado-Rodríguez, Juan Miguel Martínez-Galiano.	2022	Estudio observacional transversal.	782 mujeres que habían dado a luz en los 12 meses anteriores en España.	Determinar la relación entre la percepción de violencia obstétrica y el riesgo de depresión posparto.	El 25,4% de las participantes (199 mujeres) presentaron un riesgo de DPP, definido por una puntuación ≥ 10 en la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS). - Factores asociados a mayor riesgo de DPP: multiparidad, ingreso del recién nacido en la	Una de cada cuatro mujeres en el estudio presentó riesgo de depresión posparto. Existe una asociación entre la VO percibida y el riesgo de DPP. La VO tanto verbal como psicoafectiva es un factor de riesgo importante para la salud mental materna.	Factor de impacto JCR: 2.6 Q1 SIGN: 2+

ARTÍCULO	AUTOR/ES	AÑO	TIPO DE ESTUDIO	MUESTRA Y PAÍS	OBJETIVOS	RESULTADOS	CONCLUSIONES	CALIDAD METODOLÓGICA
						UCIN, VO verbal, VO psicoafectiva. - Factores protectores: percepción de apoyo durante el embarazo, parto y puerperio.	La percepción de apoyo actúa como un factor protector. Es esencial implementar estrategias que promuevan una atención obstétrica respetuosa y que fortalezcan el apoyo a las mujeres para prevenir la depresión posparto.	
13. Obstetric Violence from a Midwife Perspective.	Juan Miguel Martínez-Galiano, Julián Rodríguez-Almagro, Ana Rubio-Álvarez, Inmaculada Ortiz-Esquinas, Ana Ballesta-Castillejos y Antonio Hernández-Martínez.	2023	Estudio observacional transversal.	325 matronas en España.	Determinar la prevalencia de la VO percibida por las matronas. Evaluar el conocimiento que tienen las matronas sobre el término. Identificar los factores profesionales asociados a la percepción de VO entre las matronas encuestadas.	92.6% conocían el término, pero solo el 37.8% coincidían completamente con la definición de la OMS. 56.9% habían presenciado VO ocasionalmente; 26.5% la observaban regularmente en su unidad. - Prácticas consideradas VO grave: cesáreas o partos instrumentales sin justificación clínica, Maniobra de Kristeller, administración de	Existe una discrepancia en la identificación de ciertas prácticas como VO, especialmente aquellas relacionadas con la comunicación y el consentimiento. Las prácticas clínicas no respaldadas por evidencia científica, como la maniobra de Kristeller, son ampliamente	Indicador de impacto SJR: 0.019 Q2 SIGN: 2+

ARTÍCULO	AUTOR/ES	AÑO	TIPO DE ESTUDIO	MUESTRA Y PAÍS	OBJETIVOS	RESULTADOS	CONCLUSIONES	CALIDAD METODOLÓGICA
						sedantes sin consentimiento, agresiones físicas (85.8% las consideraron VO grave). - Prácticas no reconocidas como VO: la falta de información o identificación del profesional fueron vistas como trato inadecuado, pero no como VO. - Factores asociados a una mayor percepción de VO: menor experiencia laboral (<5 años), ser mujer, asistencia a partos en domicilio, formación previa en VO.	reconocidas como VO grave. La percepción de VO varía según la experiencia y formación de las matronas, indicando la necesidad de una formación continua y específica. Es esencial implementar programas de formación y sensibilización para mejorar la identificación y prevención de la VO. La estandarización de protocolos y la humanización del parto son claves para erradicar la VO y mejorar la calidad de la atención obstétrica.	
14. Obstetric Violence Is Prevalent in Routine Maternity Care: A Cross-Sectional	Dinusha Perera, Muzrif Munas, Katarina Swahnberg, Kumudu Wijewardene,	2022	Estudio observacional transversal.	1.314 mujeres embarazadas en el distrito de Colombo, Sri Lanka.	Cuantificar la prevalencia de VO. Identificar los factores sociodemográficos asociados a la experiencia de VO	El 18,1% de las mujeres reportaron haber experimentado VO. Violencia emocional (17,8%), violencia física (0,8%) y sexual (0,2%).	La VO es una amenaza para la salud de las mujeres embarazadas en Sri Lanka. Aunque el país	Factor de impacto JCR: 4.614 Q2 SIGN: 2+

ARTÍCULO	AUTOR/ES	AÑO	TIPO DE ESTUDIO	MUESTRA Y PAÍS	OBJETIVOS	RESULTADOS	CONCLUSIONES	CALIDAD METODOLÓGICA
Study of Obstetric Violence and Its Associated Factors among Pregnant Women in Sri Lanka's Colombo District.	Jennifer J. Infanti.				durante la atención materna. Explorar la relación entre la percepción de VO y haber sufrido violencia doméstica durante la atención prenatal.	La VO fue más común entre mujeres jóvenes (16–21 años), de bajos ingresos, pertenecientes a minorías étnicas (especialmente musulmanas), residentes en áreas rurales y aquellas que recibieron atención prenatal o dieron a luz en hospitales públicos. Las mujeres que experimentaron violencia obstétrica también tenían una mayor probabilidad de haber sufrido violencia doméstica durante el embarazo.	ha logrado avances técnicos en la atención materna, persisten desafíos en garantizar un trato digno y respetuoso. Es imperativo que el sistema de salud aborde las desigualdades sociales y económicas que perpetúan estas formas de violencia y que se implementen intervenciones efectivas para proteger a las mujeres más vulnerables.	
15. Obstetric Violence as an Infringement on Basic Bioethical Principles. Reflections Inspired by Focus Groups with Midwives.	Julia Martín-Badia, Noemí Obregón-Gutiérrez y Josefina Goberna-Tricas.	2021	Metodología cualitativa basada en la fenomenología, realizando tres grupos focales.	24 matronas en Cataluña, España.	Explorar cómo las matronas perciben la violencia obstétrica como una violación de principios bioéticos básicos. Analizar, a través de grupos focales, las reflexiones y experiencias de las matronas. Identificar propuestas y	La maleficencia de olvidar la vulnerabilidad de la mujer: las matronas destacaron que ciertas prácticas, como la posición ginecológica durante el parto, pueden aumentar la vulnerabilidad de las mujeres.	El estudio destaca que la violencia obstétrica no solo infringe los principios bioéticos clásicos de no maleficencia, beneficencia, autonomía y justicia, sino también los principios	Factor de impacto JCR: 4.614 Q2 SIGN: 3

ARTÍCULO	AUTOR/ES	AÑO	TIPO DE ESTUDIO	MUESTRA Y PAÍS	OBJETIVOS	RESULTADOS	CONCLUSIONES	CALIDAD METODOLÓGICA
					recomendaciones bioéticas surgidas de la propia práctica profesional para prevenir y corregir la violencia obstétrica.	La beneficencia requiere respeto por la integridad y dignidad de la mujer: se señaló que la atención deshumanizada, caracterizada por la falta de respeto, humillación y trato infantilizado, atenta contra la dignidad e integridad de las mujeres. La autonomía de la mujer está siendo eliminada: las participantes observaron que las mujeres no son informadas adecuadamente ni se les permite tomar decisiones sobre su propio parto, lo que limita su autonomía. Un problema de justicia social hacia las mujeres: se identificó que la VO es parte de una violencia estructural más amplia contra las mujeres, reflejando desigualdades de	Europeos de vulnerabilidad, integridad y dignidad. Las matronas enfatizaron que estas prácticas no siempre son resultado de acciones conscientes, sino que a menudo están arraigadas en estructuras y rutinas institucionales que perpetúan el trato deshumanizado. La falta de conciencia sobre estas prácticas y su impacto ético contribuye a su persistencia en la atención obstétrica. Esto requiere cambios estructurales en el sistema de salud y una mayor conciencia entre los profesionales sobre las implicaciones éticas de su práctica.	

ARTÍCULO	AUTOR/ES	AÑO	TIPO DE ESTUDIO	MUESTRA Y PAÍS	OBJETIVOS	RESULTADOS	CONCLUSIONES	CALIDAD METODOLÓGICA
						género en el sistema de salud.		
16. The impact of obstetric violence on postpartum quality of life through psychological pathways.	Shahnaz Kohan, Desirée Mena-Tudela, Samaneh Youseflu.	2025	Estudio transversal, método de muestreo por conveniencia.	385 mujeres que habían dado a luz entre 4 y 6 semanas antes, en Irán.	Proponer y testar un modelo conceptual que explore cómo la VO impacta directamente en la calidad de vida posparto. Analizar las vías psicológicas mediadoras. Cuantificar tanto el efecto directo de la VO sobre la calidad de vida como sus efectos indirectos a través de los mediadores mencionados.	La VO tuvo un efecto directo negativo significativo en la calidad de vida posparto y también efectos indirectos a través de: deterioro de la salud mental, disminución de la autoestima, incremento de síntomas de TEPT. Otros predictores significativos: la autoestima tuvo un efecto positivo en la calidad de vida posparto, la salud mental deteriorada y el TEPT se asociaron negativamente con la calidad de vida posparto.	El estudio destaca que la VO tiene un impacto directo en la calidad de vida posparto y afecta indirectamente a través de la salud mental, la autoestima y el TEPT. Estos hallazgos subrayan la importancia de abordar la VO, ya que sus efectos pueden perdurar más allá del parto y afectar el bienestar psicológico y la adaptación a la maternidad. Además, la VO puede ser tanto intencional como no intencional, e incluso las prácticas rutinarias sin una adecuada comunicación o consentimiento pueden ser percibidas como	Factor de impacto JCR: 3.8 Q1 SIGN: 2+

ARTÍCULO	AUTOR/ES	AÑO	TIPO DE ESTUDIO	MUESTRA Y PAÍS	OBJETIVOS	RESULTADOS	CONCLUSIONES	CALIDAD METODOLÓGICA
							violentas por las mujeres. Esto resalta la necesidad de una atención más humanizada y centrada en la paciente.	
17. Midwives' experiences of implementing respectful maternity care knowledge in daily maternity care practices after participating in a four-day RMC training.	Veronica Millicent Dzomeku, Adwoa Bemah Boamah Mensah, Emmanuel Kweku Nakua, Pascal Agbadi, Jody R. Lori y Peter Donkor.	2021	Estudio descriptivo cualitativo.	Entrevista a 14 matronas que se sometieron previamente a un programa de capacitación sobre atención materna respetuosa. En un centro de atención terciaria en Kumasi, Ghana.	Describir las experiencias de las matronas al aplicar en su práctica diaria los conocimientos adquiridos durante un curso intensivo de cuatro días sobre Atención Respetuosa al Parto. Identificar las barreras y facilitadores que encontraron al tratar de integrar enfoques respetuosos en su rutina clínica. Explorar las percepciones de cómo esta formación impactó en su relación con las mujeres y en la calidad de la atención prestada.	Cuatro meses después de la formación, se realizaron las entrevistas. Los hallazgos son los siguientes: - Las matronas informaron mejoras en la relación con las mujeres embarazadas, una comunicación más efectiva y un mayor reconocimiento de la autonomía de estas durante el parto. - Se identificaron obstáculos como la falta de políticas que respalden posiciones alternativas de parto y la insuficiencia de	La formación en atención materna respetuosa puede mejorar las prácticas de las matronas, promoviendo una atención centrada en la mujer. Sin embargo, para una implementación efectiva, es esencial abordar las barreras institucionales y proporcionar apoyo continuo al personal sanitario. Este estudio resalta la importancia de combinar la formación con cambios estructurales y políticos en las instituciones de salud para	Factor de impacto JCR: 3.1 Q1 SIGN: 3

ARTÍCULO	AUTOR/ES	AÑO	TIPO DE ESTUDIO	MUESTRA Y PAÍS	OBJETIVOS	RESULTADOS	CONCLUSIONES	CALIDAD METODOLÓGICA
						recursos para garantizar la privacidad en salas de parto compartidas. - Las participantes sugirieron proporcionar recursos para permitir posiciones de parto alternativas y mejorar la privacidad, así como extender la formación a todo el personal del hospital.	garantizar una atención materna respetuosa y de calidad.	
18. Effectiveness of midwife-led brief counseling intervention on post-traumatic stress disorder, depression, and anxiety symptoms of women experiencing a traumatic childbirth: a randomized controlled trial.	Leila Asadzadeh, Elham Jafari, Roghieh Kharaghani, Farhad Tarehian.	2020	Ensayo clínico controlado aleatorizado.	90 mujeres que experimentaron un parto traumático. En Zanjan, Irán.	Evaluar la efectividad de una intervención breve de asesoramiento dirigida por matronas para reducir los síntomas de TEPT tras un parto traumático. Determinar el impacto de esa intervención en los síntomas de depresión posparto. Medir los cambios en los niveles de ansiedad de las mujeres que	Las participantes fueron asignadas aleatoriamente a dos grupos: intervención (n = 45) y control (n = 45). El grupo de intervención recibió una sesión de asesoramiento cara a cara con matronas dentro de las 72 horas posteriores al parto y una sesión telefónica entre cuatro y seis semanas después del parto. El grupo de control solo recibió la atención postnatal rutinaria.	El estudio concluye que la intervención breve de asesoramiento liderada por matronas, podría ser un enfoque efectivo para reducir el malestar psicológico de las mujeres que han experimentado un parto traumático. Se recomienda incluir programas psicoeducativos en la formación	Factor de impacto JCR: 2.8 Q1 SIGN: 1+

ARTÍCULO	AUTOR/ES	AÑO	TIPO DE ESTUDIO	MUESTRA Y PAÍS	OBJETIVOS	RESULTADOS	CONCLUSIONES	CALIDAD METODOLÓGICA
					recibieron el asesoramiento en comparación con un grupo control.	- El grupo de intervención mostró una mejora mayor en los síntomas de TEPT, depresión y ansiedad en comparación con el grupo de control al seguimiento de tres meses. - Los síntomas de TEPT, depresión y ansiedad disminuyeron significativamente desde las 72 horas hasta las cuatro a seis semanas y hasta los tres meses después del parto en el grupo de intervención. En contraste, en el grupo de control, estos síntomas no cambiaron significativamente desde las 72 horas hasta las cuatro a seis semanas posparto.	de los estudiantes de obstetricia y realizar un cribado de las mujeres posparto para identificar a aquellas que han experimentado un parto traumático. Además, se sugiere que futuras investigaciones utilicen entrevistas clínicas estructuradas para evaluar la efectividad de la intervención en la salud mental de las mujeres.	

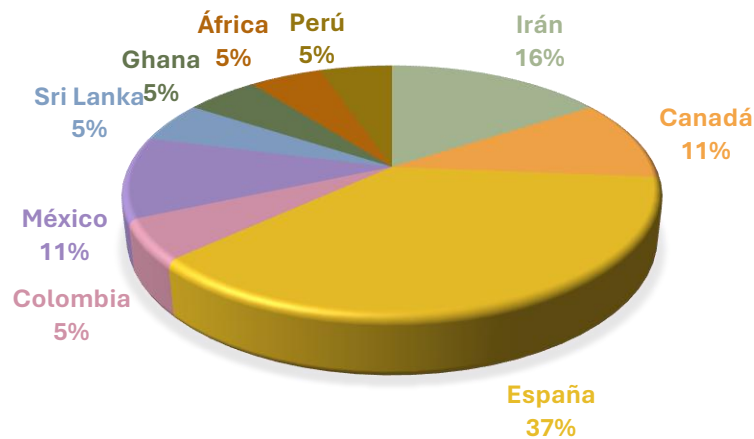
ARTÍCULO	AUTOR/ES	AÑO	TIPO DE ESTUDIO	MUESTRA Y PAÍS	OBJETIVOS	RESULTADOS	CONCLUSIONES	CALIDAD METODOLÓGICA
19. A landscaping review of interventions to promote respectful maternal care in Africa: Opportunities to advance innovation and accountability.	Nadia Diamond-Smith, Sunny Lin (Pei Yi), Emily Peca, Dilys Walker.	2022	Revisión sistemática exploratoria.	43 intervenciones implementadas. En 16 países africanos.	Describir las intervenciones existentes en distintos países de África orientadas a promover la atención materna respetuosa. Identificar las oportunidades para impulsar la innovación y mejorar los mecanismos de rendición de cuentas en estos programas. Señalar las brechas y los desafíos en la implementación de acciones que garanticen prácticas de maternidad respetuosa a lo largo de la región.	Entre los principales resultados obtenidos se encuentran las siguientes intervenciones: - Capacitar al personal sanitario. - Mejorar el entorno de las instalaciones. - Implementar programas de mejora de la calidad. - Implementación de listas de verificación estandarizadas, revisión de directrices hospitalarias o regionales para garantizar una atención respetuosa. - Implementación de acciones y recompensas para reconocer y apoyar a los profesionales que practican una atención respetuosa, como brindar incentivos no monetarios,	En conclusión, cada vez hay más pruebas de maltrato en las etapas prenatal, posnatal y de planificación familiar, lo que sugiere que las intervenciones deben abarcar todo el ciclo de vida. Si bien las capacitaciones aumentan de inmediato los conocimientos, las habilidades y los niveles de confianza de los trabajadores de la salud, la retención de conocimientos y habilidades a menudo decae después de tres a doce meses, por lo que se necesita más evidencia sobre qué se debe combinar con la capacitación para conducir realmente a un	Factor de impacto JCR: 2.6 Q1 SIGN: 3

ARTÍCULO	AUTOR/ES	AÑO	TIPO DE ESTUDIO	MUESTRA Y PAÍS	OBJETIVOS	RESULTADOS	CONCLUSIONES	CALIDAD METODOLÓGICA
						días de vacaciones, etc. - Mejorar los suministros de medicamentos esenciales y la accesibilidad de los servicios. - Promover la concienciación sobre el cuidado respetuoso entre el público en general. - Educar a las mujeres que dan a luz sobre sus derechos. - Educar a los miembros de la comunidad sobre la importancia de una atención respetuosa e involucrarlos como defensores. - Implementar mecanismos de rendición de cuentas social (haciendo que el sistema de salud dé explicaciones y cambie cuando hay fallos).	cambio duradero. Además, la mayoría de las intervenciones revisadas se centraron en cambiar las prácticas de los profesionales de atención y no involucraron activamente a las mujeres. Por último, son necesarios también cambios en las políticas institucionales y de la comunidad.	

Fuente: Elaboración propia a partir de los artículos seleccionados.

Los artículos seleccionados se distribuyen de la siguiente manera según el lugar de origen:

Figura 7. Distribución de los artículos seleccionados por lugar de origen.



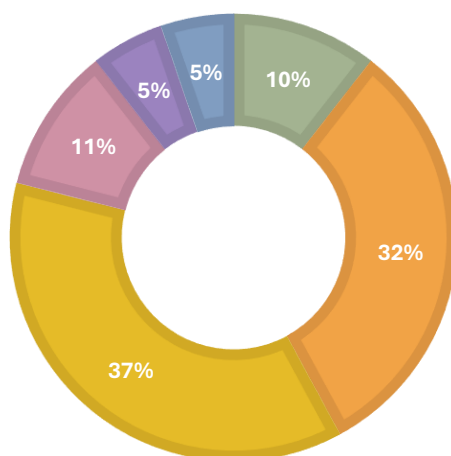
Fuente: Elaboración propia.

Encontramos que de los 19 artículos seleccionados, algo más de un tercio son de origen español, en concreto siete artículos, tres artículos de Irán, dos de Canadá, dos de México, uno de Colombia, uno de Sri Lanka, uno de Ghana, uno de Perú, y por último uno de varios países africanos.

Respecto al año en que se publicaron los artículos seleccionados encontramos la siguiente distribución:

Figura 8. Distribución de los artículos seleccionados por año de publicación.

■ 2020 ■ 2021 ■ 2022 ■ 2023 ■ 2024 ■ 2025



Encontramos que de los 19 artículos seleccionados 2 fueron publicados en 2020, 6 en 2021, 7 en 2022, 2 en 2023, 1 en 2024 y 1 en 2025.

Fuente: Elaboración propia.

6. DISCUSIÓN.

En la presente revisión bibliográfica, se han analizado diferentes aspectos relacionados con la violencia obstétrica (VO) en función de los objetivos que se plantearon anteriormente. Los resultados obtenidos reflejan con seguridad que la violencia obstétrica (VO) constituye un problema de salud pública mundial, ya que afecta a mujeres en contextos socioculturales diversos. Es una problemática multifactorial con gran relevancia por las consecuencias que provoca en la salud de las mujeres.

Para alcanzar el **objetivo general u O1** se han cumplido los siguientes objetivos específicos:

Objetivo 2: Identificar prácticas comunes de violencia obstétrica.

En primer lugar, algunos de los estudios seleccionados han permitido identificar las prácticas más comunes consideradas VO, tanto desde la perspectiva de las mujeres embarazadas como desde la perspectiva del personal sanitario. Es esencial comprender qué conductas o intervenciones se perciben como formas de VO, para poder visibilizar su problemática y promover un modelo de atención respetuosa. La identificación de estas prácticas por parte de madres y profesionales es un paso hacia la prevención de la VO.

En un estudio cualitativo realizado en comunidades rurales en México, a partir de los testimonios de 52 parteras, se señalaron distintas formas de VO habituales. Dicho estudio documentó intervenciones físicas injustificadas (39). Entre las más frecuentes destacan:

- La realización de tactos vaginales de repetición sin consentimiento, muchas veces realizados por múltiples profesionales justificados como necesarios para la formación del personal en prácticas.
- El uso de la Maniobra de Kristeller. Esta maniobra consiste en la presión del fondo uterino para acelerar la salida del bebé. Esta práctica está desaconsejada y prohibida en algunos países, ya que puede ocasionar complicaciones como fracturas costales, trauma vaginal, hematomas, entre otras.
- La aceleración del parto a través de la administración de oxitocina sintética sin indicación médica clara.
- Cesáreas realizadas sin indicación médica, por cuestiones de practicidad o tiempo.
- Episiotomía de forma rutinaria sin indicación específica.
- Uso de violencia directa, como golpes o actos violentos.
- Agresiones verbales, tales como comentarios inapropiados, “deja de quejarte”, “contrólate”.

Por su parte, en otro estudio realizado en Baja California (México), centrado en la percepción de 23 enfermeros, también se identifica la normalización de varias formas de VO. La violencia física, en la que coincide con el estudio anteriormente mencionado, y en la que destaca la falta de

consentimiento informado para cualquier tipo de intervención. La violencia verbal y psicológica, en la que se pueden encontrar actitudes despectivas, gritos y humillaciones, especialmente a mujeres con nivel educativo bajo o que provienen de contextos vulnerables, como comunidades indígenas. El personal entrevistado reconoce que muchas de estas prácticas se perpetúan por factores estructurales, como la escasez de recursos, la sobrecarga de trabajo, la ausencia de formación en parto respetado y la cultura institucional (40).

En ambos estudios, las enfermeras y/o parteras refieren que estas prácticas son frecuentes en contextos institucionales, especialmente a mujeres indígenas o de escaso recursos (39,40). Esto pone en evidencia la relación jerárquica existente entre el personal sanitario y las pacientes y la discriminación interseccional asociada, marcada por factores de clase, etnia y género.

Por último, el estudio cualitativo español realizado a 24 matronas recoge la opinión de estas respecto a la relación de la realización de prácticas consideradas VO con la vulneración de los principios de la bioética. Como profesionales de la salud se tiene la obligación de cumplir con los principios bioéticos, así como establece el Juramento hipocrático (41). En su análisis, se identifican formas de VO que vulneran los siguientes principios:

- Principio de no maleficencia: el personal de salud que en plena consciencia realice cualquier acto o práctica que constituya un daño hacia la mujer está vulnerando este principio. Como pueden ser formas de violencia anteriormente mencionadas.
- Principio de beneficencia: los actos realizados por el personal de salud siempre deben ser en pro de la salud del paciente, en este caso de las madres y sus bebés, por lo que proporcionar una atención materna respetuosa preservando la dignidad de la paciente, es fundamental para cumplir con este principio.
- Principio de autonomía: para preservar la autonomía de la paciente es necesario brindar la información necesaria de forma objetiva y comprensible para que posteriormente puedan tomar decisiones sobre su propio proceso de embarazo. Impedir la toma de decisiones o evitar la comunicación de información relevante implica una forma de VO que vulnera este principio.
- Principio de justicia: el principio de justicia defiende la distribución equitativa de oportunidades y recursos. La VO es una forma de violencia de género, formando parte de una violencia estructural en el sistema de salud. Esto conlleva a un estado de discriminación, en el que se espera que las mujeres sean madres, consideradas más débiles y vulnerables, encontrándose en un contexto y espacio en el que se sienten infantilizadas y sienten una relación profesional-paciente totalmente jerárquica.

En conjunto los tres estudios coinciden en que existen prácticas recurrentes que pueden considerarse VO. Estos evidencian que la VO no se manifiesta únicamente a través de una acción directa, sino también mediante omisiones, desinformación y estructuras asistenciales que refuerzan la desigualdad (39–41).

A pesar de las diferencias culturales, estructurales o geográficas de los estudios analizados, hay un patrón común: la existencia de prácticas asistenciales que vulneran los derechos de las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio (18,42–45). Esta violencia se ejerce sistemáticamente y conlleva prácticas más evidentes como la episiotomía sistemática, la maniobra de Kristeller, la administración de oxitocina sin indicación, golpes, gritos o insultos, que pueden tener consecuencias irreparables. Sin embargo, también se ha demostrado la existencia de prácticas más invisibilizadas, tales como la omisión del consentimiento informado, falta de intimidad, muestras de indiferencia y restricción de la autonomía de la paciente, entre otras (39,40). Esta invisibilización contribuye a la impunidad de dichas prácticas y a la dificultad para transformarlas.

Objetivo 3: Analizar la prevalencia de violencia obstétrica.

Se han analizado varios estudios que evidencian una prevalencia elevada VO en contextos muy distintos, lo que indica que no se trata de un fenómeno aislado, sino de una situación que afecta a la salud pública mundial. Aunque existen variaciones según los territorios, los niveles de intervención médica y el tipo de profesional implicado.

En la serie de estudios realizados en España por Mena-Tudela et al. se analizan más de 17.500 relatos de mujeres.

En la primera parte del estudio se concluye que el 38,3 % de las mujeres encuestadas afirma haber sufrido algún tipo de VO durante la atención a su parto, siendo esta más frecuente en la sanidad privada, donde las tasas de partos instrumentalizados o cesáreas pueden ser hasta tres veces mayores que en la sanidad pública española. El estudio también diferenció la tasa de VO en cada comunidad autónoma, La Rioja presentó la tasa más baja, mientras que Murcia, Galicia, Extremadura y Cantabria registraron las tasas más altas. Por otro lado, un 83.4% de las mujeres que se sometieron a procedimientos innecesarios o dolorosos no recibieron información ni se les solicitó el consentimiento informado, lo que constituye un porcentaje alarmante. Además, el 41,6% no fueron informadas sobre la existencia de un plan de parto, y de las que sí tuvieron un plan de parto solo el 20,2% consideraron que su plan fue respetado (18).

Respecto al postparto, un 70,8% de las mujeres que tuvieron un aborto o una pérdida perinatal no recibieron apoyo emocional adecuado, y el 35% no recibieron acompañamiento en el cuidado del bebé. Respecto a la lactancia materna, el 37,6% de las mujeres que optaron por amamantar no recibieron el apoyo necesario para resolver dudas o dificultades. Sin embargo, la comunidad autónoma que presentó menor VO refirió mayor apoyo a la lactancia materna, reflejado en las tasas de adherencia a la lactancia a los 6 meses, en comparación con el resto de las comunidades autónomas. Respecto al trato recibido, muchas mujeres expresaron haber sido criticadas por su comportamiento y tratadas de forma infantilizada (18).

En la segunda parte del estudio, centrada en el intervencionismo y la medicalización del parto, se señala que el 44,4% de las mujeres consideró que se aplicaron procedimientos innecesarios y/o dolorosos durante su parto. Las prácticas más reportadas fueron el uso de oxitocina sintética, episiotomía, restricción de movimientos, amniorrexis, maniobra de Kristeller, separación del bebé sin justificación, cesárea innecesaria y alimentación del bebé con biberón sin consentimiento (42).

Siguiendo con la tercera parte del estudio, destaca que las mujeres identificaron principalmente a ginecólogos/as y personal de enfermería como los principales ejecutores de la VO, y que la mayor parte de sucesos ocurrieron en el hospital, durante la fase activa del parto y el expulsivo (43).

Como respaldo a los datos arrojados por el anterior estudio, un estudio basado en la percepción de 325 matronas realizado en España encontró que el 56,9% de ellas habían presenciado VO ocasionalmente, sin embargo existe una discrepancia en la identificación de ciertas prácticas como VO, especialmente las relacionadas con la comunicación y el consentimiento. La percepción de VO varía según la experiencia y la formación de las matronas, esto indica una necesidad de formación continua y específica (44).

Finalmente, en un contexto distinto, un estudio realizado en Sri Lanka a 1314 mujeres se evidencia una prevalencia de VO del 18,1%. Sobre este porcentaje destaca la violencia emocional muy por encima de la violencia física o sexual. Este estudio identifica que la VO fue más común en mujeres jóvenes, de bajos ingresos, pertenecientes a minorías étnicas(45).

Los cinco estudios revisados muestran que la VO es un problema global, independientemente del nivel de desarrollo del país, con prevalencias que dependen del contexto geográfico y las condiciones del sistema de salud. Aunque los factores que conforman la VO son múltiples, los estudios coinciden en que la identificación de prácticas se ve dificultada cuando estas están relacionadas con la falta de consentimiento o comunicación, por lo que muchas de estas prácticas están invisibilizadas. Además, se observa que la VO no solo está relacionada con la falta de recursos, sino también con una cultura institucional que perpetúa prácticas deshumanizadas (18,42–45).

Objetivo 4: Describir el impacto de la violencia obstétrica en la salud física y emocional de las mujeres.

Respecto al impacto de la VO en la salud de las mujeres, se han encontrado consecuencias tanto físicas como psicológicas, a corto y largo plazo.

En cuanto al impacto en la salud física las consecuencias pueden ser contusiones, hematomas abdominales, fracturas costales, roturas uterinas, molestias, dolores persistentes, hemorragias, incontinencia, dispareunia, todo ello derivado de las prácticas realizadas no

recomendadas como pueden ser la maniobra de Kristeller o la episiotomía sin indicación médica (19,26).

Por otro lado, varios estudios han analizado las consecuencias de VO sobre la salud mental de las mujeres, destacando su relación con trastornos psicológicos tales como el TEPT, la DPP y la ansiedad, disminuyendo consecuentemente la calidad de vida durante el postparto.

En un estudio realizado en Canadá con una muestra de 354 madres que dieron a luz por cesárea, se observó que existía una asociación entre la realización de cesáreas no planificadas o de emergencia y un aumento de los síntomas de TEPT. Aunque no se encontró asociación directa entre la cesárea y la DPP, se asocian indirectamente ya que el TEPT podría desencadenar DPP. Estos datos son relevantes, ya que ponen en evidencia cómo la intervención médica conlleva un impacto psicológico negativo (46).

Siguiendo la línea de estos resultados, en un estudio realizado a 782 mujeres que habían dado a luz en los 12 meses anteriores en España, se encontró que estudio una cuarta parte tenía riesgo de padecer DPP. Entre los diferentes motivos causantes se observó la relación entre haber sufrido VO y el riesgo de desarrollar DPP. Además, resultó que la percepción de apoyo durante el embarazo, parto y puerperio actúa como factor protector de la DPP (47).

En otro estudio publicado recientemente y realizado en Irán, las mujeres que sufrieron VO refirieron una disminución significativa en su calidad de vida durante el postparto. La VO afecta directa e indirectamente a la calidad de vida postparto, provocando deterioro de la salud mental, disminución de autoestima y un incremento de síntomas de TEPT (48).

En conjunto, estos estudios demuestran que la VO tiene consecuencias inmediatas y a largo plazo en la salud tanto física como mental y emocional de las mujeres.

A nivel psicológico, los estudios revisados muestran una asociación clara entre experiencias de VO y trastornos como el TEPT, la depresión posparto o la ansiedad (46–48). El parto, lejos de vivirse como una experiencia empoderante y satisfactoria, puede convertirse en algo traumático con secuelas a largo plazo. Esto refleja una atención centrada en el intervencionismo, y una cultura institucional que posiciona a la mujer en un rol pasivo, infantilizado y subordinado. La prevención de la VO y el apoyo adecuado durante y después del parto son fundamentales para proteger su salud mental y mejorar su calidad de vida en el posparto.

Objetivo 5: Proponer intervenciones de enfermería para prevenir la violencia obstétrica y fomentar un parto humanizado.

A partir de los estudios revisados, se pueden proponer varias intervenciones de enfermería que contribuyen a la prevención de la VO y fomentan una atención más humanizada en el proceso del embarazo, parto y puerperio.

Una de las estrategias que se puede destacar es el uso del plan de parto como herramienta para aumentar la autonomía y la comunicación entre las mujeres y los profesionales. En el estudio de Ahmadpour et al. (49), se observó que el uso del plan de parto tiene un impacto positivo tanto en los resultados maternos como neonatales. Este muestra que las mujeres que realizaron su plan de parto refirieron haber tenido una experiencia más satisfactoria y positiva frente a las mujeres que no realizaron el plan de parto. En la misma línea, el estudio realizado por Alba-Rodríguez et al. (50) respalda la idea anterior de que las mujeres consideran que el plan de parto es importante para recibir una correcta atención, mantener una buena comunicación paciente-matrona y mejora la experiencia, siempre que se cumpla con él. Sin embargo, expresaron la necesidad de actualización de ciertos profesionales y solicitaban mayor atención y orientación durante el puerperio.

Por otro lado, se puede destacar el cuidado enfermero de calidad como intervención relevante para la prevención de la VO. Según Campos-Quintero y Vásquez-Truissi (51), actos y actitudes como el acompañamiento, la cercanía, el interés, el apoyo, la amabilidad, el contacto físico, la buena comunicación, hacer partícipes a la familia, las palabras reconfortantes, entre otras, hacen que las madres perciban a la matrona como una fuente de confianza, calma y seguridad, y aumenta el grado de satisfacción en la atención al parto. Además, las madres destacan la importancia de ser atendidas por personal cualificado con conocimientos para poder recibir indicaciones y resolver dudas en los momentos de mayor incertidumbre y vulnerabilidad.

Como reflejan Hudon et al. (52) dicho contexto de vulnerabilidad es independiente de cada mujer, por ello defiende en su estudio que el cuidado y la atención se deben adaptar a las necesidades, expectativas y características socioculturales de cada mujer, fomentando un espacio seguro y favoreciendo una experiencia positiva.

La formación del personal sanitario también es una intervención fundamental. El estudio de Dzomeku et al. (53) demuestra que tras recibir una formación breve sobre atención materna respetuosa, las matronas informaron mejoras en la relación y comunicación con las mujeres embarazadas y en el fomento de la autonomía de estas. Además, pudieron identificar barreras institucionales que les impedían proporcionar una atención respetuosa y de calidad.

En este sentido, Diamond-Smith et al. (54) proponen varias intervenciones en diferentes ámbitos, pero respecto a intervenciones de enfermería destacan la importancia de la capacitación y formación continuada combinados con sistemas que permitan supervisar y evaluar la calidad del trato. Al igual que los autores anteriormente mencionados, Guevara-Ríos (55) propone diversas intervenciones en las que destacan estrategias y cambios estructurales, sin embargo también menciona la necesidad de la formación y especialización de los profesionales de salud.

Por último, el estudio de Asadzadeh et al. (56) realizado con una muestra de 90 mujeres que experimentaron un parto traumático, reveló que la implementación de un programa breve de acompañamiento liderado por matronas contribuyó a la disminución de síntomas de ansiedad, depresión y TEPT. Esta intervención se aplicó de manera preventiva en el postparto inmediato, y ha demostrado ser especialmente útil en mujeres que hayan vivido una experiencia negativa o

medicalizada. Poniendo en evidencia una vez más la importancia de la actuación de las matronas en todo el proceso de embarazo.

En conjunto, estos estudios coinciden en recalcar que el rol de la enfermería es fundamental en la prevención de la VO, no solo por el evidente contacto continuo durante todo el proceso de embarazo, sino por su capacidad de influir en el modelo de atención y en la experiencia de cada una de las mujeres.

6.1. El rol de enfermería y el compromiso institucional ante la violencia obstétrica.

Como se ha mencionado y demostrado a partir de los estudios analizados, los motivos de la existencia y perpetuación de la VO son varios. Un factor importante es la violencia y los estereotipos de género, ya que todas las mujeres son susceptibles a sufrir VO simplemente por el hecho de ser mujeres, una idea arraigada en la sociedad y que se extiende a todas las instituciones, incluido el sistema de salud (41). A esto se le suma la interseccionalidad, que está presente en la sociedad y también en la VO, ya que los colectivos más vulnerables sufren la discriminación de una manera más directa y prevalente. Las mujeres jóvenes, de bajos ingresos y pertenecientes a minorías étnicas sufren mayor incidencia de VO (45).

Por ello, es vital que se establezcan políticas públicas que reconozcan la existencia de la VO y protejan a las mujeres frente a ella. Además, es necesario contar con políticas que regulen y penalicen esta problemática en el sistema sanitario (53,54).

Frente a esta situación de vital importancia, la revisión ha permitido identificar intervenciones de enfermería que tienen un impacto positivo en la prevención de la VO y en la promoción de un parto más humanizado. Las intervenciones dependientes del personal de enfermería durante todo el proceso del embarazo, parto y puerperio, tales como la buena comunicación, la elaboración y el cumplimiento de un plan de parto, el cuidado enfermero basado en la empatía, el acompañamiento, la escucha activa, el trato respetuoso, la atención individualizada y adaptada al contexto de vulnerabilidad, el respeto de la autonomía de la mujer, y la formación y especialización continuada, juegan un papel fundamental en la prevención de la VO, ya que favorecen que las mujeres se sientan seguras, respetadas y cuidadas (49–54).

Sin embargo, existen intervenciones necesarias que van más allá de la actuación enfermera. Los estudios sugieren que hay ciertas intervenciones que son responsabilidad de las instituciones públicas y dependen de un cambio estructural en la sociedad y en los sistemas de salud pública. Estudios indican que son necesarias políticas estatales que regulen los derechos reproductivos en sectores de salud, educación y justicia. También, es esencial una educación sexual integral desde la infancia para poder comprender el proceso de embarazo, la existencia de la VO y las buenas prácticas asociadas (43,53–55).

Es clave la formación con enfoque de género y derechos humanos desde la universidad, y que esta formación se extienda a lo largo de la vida profesional de los especialistas en atención obstétrica. Algunos estudios han demostrado que incluso formaciones breves pueden tener un impacto significativo en la calidad de la atención (43,53–55).

Por otro lado, se deben implementar proyectos orientados a la mejora de la atención obstétrica e incentivar la investigación científica sobre esta, lo que permitirá crear protocolos estandarizados basados en evidencia científica. Además, se deben garantizar los recursos, tanto materiales como humanos, para proporcionar una atención segura, respetuosa y de calidad, ofreciendo condiciones laborales adecuadas para el personal de salud, lo que les permitirá ejercer su trabajo de manera personalizada, digna, segura y eficiente (40,43,54,55).

En definitiva, los resultados analizados muestran que es esencial el progreso hacia un modelo de atención más humanizado, centrado en la mujer, que respete su autonomía, su dignidad y sus necesidades individuales. Las enfermeras y matronas, por su continuo trato con las mujeres durante todo el proceso perinatal, tienen un rol crucial en esta evolución. Sin embargo, no es solo voluntad individual, sino cambios estructurales en los sistemas sanitarios, las instituciones estatales y en la forma de percibir la maternidad en la sociedad.

6.2. Limitaciones del estudio.

Las principales limitaciones del presente trabajo fueron las propias de una revisión bibliográfica, en cuanto a sesgos en la búsqueda y selección de fuentes.

Otra de las limitaciones fue la heterogeneidad entre los estudios seleccionados, ya que diferían en métodos, población y contexto, esto dificultaba la comparación de los resultados.

A ello se le suma el uso de estudios cualitativos, que aunque aportan experiencias reales, tienden a la subjetividad porque los datos que se analizan se pueden interpretar de diferente manera según el enfoque del investigador.

Por otro lado, el tiempo para realizar el Trabajo de Fin de Grado fue limitado, condicionando la posibilidad de profundizar más en determinados aspectos.

Finalmente, destacar la escasez de estudios acerca de la VO. Especialmente sobre su prevalencia en España, las consecuencias físicas y psicológicas a largo plazo, y la efectividad de las intervenciones de enfermería en su prevención.

6.3. Futuras líneas de investigación.

A partir de las limitaciones identificadas, se considera necesario seguir investigando acerca de la VO. Para líneas futuras de investigación, se propone la realización de más estudios cuantitativos que analicen la prevalencia de VO en España, sus consecuencias a largo plazo y la eficacia de las intervenciones enfermeras para su prevención.

7. CONCLUSIONES.

Para concluir, se ha podido observar a través de los resultados de esta revisión que la VO es una realidad, con múltiples causas e importantes consecuencias para la salud de las mujeres. Además, forma parte de una violencia institucional mucho mayor, como lo es la violencia de género.

Se han identificado prácticas comunes de VO, muchas de ellas normalizadas, por ello es vital su visibilización como primer paso para la prevención.

En cuanto a la prevalencia, los datos muestran cifras alarmantes en multitud de contextos socioculturales. Aunque afecta especialmente a mujeres pertenecientes a minorías, mostrando la interseccionalidad del problema.

Los estudios también reflejan que la VO deja secuelas físicas y emocionales significativas. Sin embargo, se necesitan más investigaciones que estudien de manera específica las consecuencias físicas y su relación con determinadas prácticas.

Los resultados confirman la hipótesis de trabajo planteada y dan respuesta al objetivo general, ya que las intervenciones de enfermería centradas en la humanización del parto contribuyen a la prevención de la VO. No obstante, existen otras formas de prevención tan importantes como el cuidado enfermero. Estas conllevan un cambio estructural de las instituciones, del sistema de salud y de la sociedad tal y como la conocemos.

Este estudio resulta relevante para el campo de la enfermería, ya que visibiliza el rol clave que desempeñan las enfermeras en todo el proceso de la maternidad, y destaca la necesidad de evolucionar hacia un modelo obstétrico más ético, equitativo y centrado en la mujer.

Por último, se insta a las autoridades competentes e instituciones a que impulsen reformas estructurales orientadas a la visibilización, prevención y erradicación de la VO.

8. BIBLIOGRAFÍA.

1. Jarillo López A, Fernández-Velasco R, Garrido-Hernansaiz H. La violencia obstétrica como factor de riesgo para la formación del vínculo y el apego materno-infantil: una revisión sistemática. *Psicosomática Psiquiatr.* 15 de septiembre de 2021; Núm. 18 (2021): julioagosto.
2. Šimonović D. 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 [Internet]. Disponible en: https://digitallibrary.un.org/record/3823698/files/A_74_137-ES.pdf
3. OMS. Declaración para la “Prevención y Erradicación del Maltrato en la Atención del Parto en Centros de Salud [Internet]. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-RHR-14.23>
4. Diccionario panhispánico del español jurídico. Definición violencia obstétrica. En: Diccionario panhispánico del español jurídico [Internet]. Disponible en: <https://dpej.rae.es/>
5. Comunidad Autónoma de Cataluña. Ley 5/2008, de 24 de abril, del derecho de las mujeres a erradicar la violencia machista. [Internet]. may 9, 2008. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2008-9294>
6. Parto humanizado y violencia obstétrica en parámetros de la Organización Mundial de la Salud. Legislación de Argentina, Venezuela y México. [Internet]. Chile: Comisión de Mujer y Equidad de Género, de la Cámara de Diputadas y Diputados; 2021 jun p. 14. Report No.: N° SUP: 131209. Disponible en: https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio%2F10221%2F32275%2F1%2FBCN_parto_humanizado_violencia__obstetrica_FINAL.pdf&utm_source=chatgpt.com
7. Martínez, Suárez A. Una mirada a la violencia obstétrica: la relación individuo-cuerpo y sociedad-cuerpos. 10 de marzo de 2023; Disponible en: <https://revistadefilosofia.org/index.php/ERF/article/view/586/574>
8. Martínez-Galiano JM, Martínez-Vázquez S, Rodríguez-Almagro J, Hernández-Martínez A. The magnitude of the problem of obstetric violence and its associated factors: A cross-sectional study. *Women Birth.* septiembre de 2021; 34(5):e526-36.
9. Laínez Valiente NG, Martínez Guerra GDLÁ, Portillo Najarro DA, Alvarenga Menéndez AF, Véliz Flores AM. Consecuencias físicas y psicológicas de la violencia obstétrica en países de Latinoamérica. *Alerta Rev Científica Inst Nac Salud.* 30 de enero de 2023; 6(1):70-7.
10. Khalil M, Carasso KB, Kabakian-Khasholian T. Exposing Obstetric Violence in the Eastern Mediterranean Region: A Review of Women's Narratives of Disrespect and Abuse in Childbirth. *Front Glob Womens Health.* 25 de abril de 2022; 3:850796.
11. Ferrão AC, Sim-Sim M, Almeida VS, Zangão MO. Analysis of the Concept of Obstetric Violence: Scoping Review Protocol. *J Pers Med.* 30 de junio de 2022; 12(7):1090.
12. Fraser LK, Cano-Ibáñez N, Amezcua-Prieto C, Khan KS, Lamont RF, Jørgensen JS. Prevalence of obstetric violence in high-income countries: A systematic review of mixed studies and meta-analysis of quantitative studies. *Acta Obstet Gynecol Scand.* enero de 2025; 104(1):13-28.
13. OVO C. ¿Podemos los profesionales sanitarios negar la existencia de la violencia obstétrica? [Internet]. Observatorio de Violencia Obstétrica. 2021 [citado 25 de febrero de 2025]. Disponible

en: <https://observatorioviolenciaobstetrica.es/podemos-los-profesionales-sanitarios-negar-la-existencia-de-la-violencia-obstetrica/>

14. Rodríguez Mir J, Martínez Gandolfi A. La violencia obstétrica: una práctica invisibilizada en la atención médica en España. *Gac Sanit.* mayo de 2021;35(3):211-2.
15. European Commission. Directorate General for Justice and Consumers., Scientific Analysis and Advice on Gender Equality in the EU (SAAGE)., Fondazione Giacomo Brodolini (FGB). Obstetric violence in the European Union: situational analysis and policy recommendations. [Internet]. LU: Publications Office; 2024 [citado 25 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://data.europa.eu/doi/10.2838/440301>
16. European Parliament. Directorate General for Internal Policies of the Union. Obstetric and gynaecological violence in the EU: prevalence, legal frameworks and educational guidelines for prevention and elimination. [Internet]. LU: Publications Office; 2024 [citado 9 de enero de 2025]. Disponible en: <https://data.europa.eu/doi/10.2861/32832>
17. Montanari Vergallo G, De Paola L, Napoletano G, Circosta F, Gullo G, Marinelli S. Obstetric violence: if you can recognize it, you can prevent it. *Arch Gynecol Obstet.* 4 de septiembre de 2024;310(5):2745-7.
18. Mena-Tudela D, Iglesias-Casás S, González-Chordá VM, Cervera-Gasch Á, Andreu-Pejó L, Valero-Chilleron MJ. Obstetric Violence in Spain (Part I): Women's Perception and Interterritorial Differences. *Int J Environ Res Public Health.* 22 de octubre de 2020;17(21):7726.
19. Mena-Tudela D. Violencia obstétrica en España: una práctica evidenciada [Internet]. Observatorio de Violencia Obstétrica. 2021 [citado 25 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://observatorioviolenciaobstetrica.es/violencia-obstetrica-en-espana-una-practica-evidenciada/>
20. Instituto Nacional de Estadística. Tasa bruta de natalidad [Internet]. 2024 [citado 25 de febrero de 2025]. Disponible en: https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736177003&menu=ultiDatos&idp=1254735573002
21. Instituto Nacional de Estadística. Tasa de mortalidad materna [Internet]. 2024. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxi/Tabla.htm?tpx=46686&L=0>
22. Instituto Nacional de Estadística. Nacimientos por tipo de parto [Internet]. 2024. Disponible en: https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=31936#_tabs-grafico
23. OMS. Declaración sobre tasas de cesárea [Internet]. Disponible en: [https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-RHR-15.02#:~:text=Descargar%20\(285%20kB\)-,Visi%C3%B3n%20de%20conjunto,como%20en%20pa%C3%ADses%20en%20desarrollo.](https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-RHR-15.02#:~:text=Descargar%20(285%20kB)-,Visi%C3%B3n%20de%20conjunto,como%20en%20pa%C3%ADses%20en%20desarrollo.)
24. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. [Internet]. may 16, 2003. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2002-22188>
25. Ley Orgánica 1/2023, de 28 de febrero, por la que se modifica la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. [Internet]. mar 2, 2023. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2023-5364>
26. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud. 2007;118.

27. Ministerio de Sanidad. Informe sobre la Atención al Parto y Nacimiento en el Sistema Nacional de Salud. 2012 dic p. 103.
28. OMS. Un nuevo estudio demuestra un maltrato significativo de las mujeres durante el parto. Comunicado de prensa [Internet]. 9 de octubre de 2019 [citado 25 de febrero de 2025]; Disponible en: https://www.who.int/es/news/item/09-10-2019-new-evidence-shows-significant-mistreatment-of-women-during-childbirth?utm_source=chatgpt.com
29. Asociación Vía Láctea [Internet]. Vía Láctea. [citado 25 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://pirineosweb.es/vialactea/quienes-somos/>
30. Asociación Observatorio de Violencia Obstétrica [Internet]. OVO. [citado 25 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://observatorioviolenciaobstetrica.es/>
31. Asociación El Parto es Nuestro [Internet]. El Parto es Nuestro. [citado 25 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://www.elpartoesnuestro.es/>
32. Asociación Española de Matronas [Internet]. [citado 25 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://aesmatronas.com/>
33. Respondemos a la SEGO sobre la violencia obstétrica [Internet]. El Parto es Nuestro. 2024 [citado 25 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://www.elpartoesnuestro.es/blog/2024/05/22/respondemos-la-sego-sobre-la-violencia-obstetrica>
34. Leal MS, Moreira RDCR, Barros KCC, Servo MLS, Bispo TCF. Humanization practices in the parturitive course from the perspective of puerperae and nurse-midwives. *Rev Bras Enferm.* 2021;74(suppl 4):e20190743.
35. Yalley AA, Jarašiūnaitė-Fedosejeva G, Kömürcü-Akik B, De Abreu L. Addressing obstetric violence: a scoping review of interventions in healthcare and their impact on maternal care quality. *Front Public Health.* 24 de junio de 2024;12:1388858.
36. Zanchetta MS, Santos WS, Souza KVD, Pina VR, Hwu H, Stahl H, et al. Ampliando vozes sobre violência obstétrica: recomendações de advocacy para enfermeira(o) obstetra. *Esc Anna Nery.* 2021;25(5):e20200449.
37. ONU. Objetivos de Desarrollo Sostenible [Internet]. ODS; 2015 [citado 25 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/>
38. Amézquita-Cárdenas LF. Actuar de Enfermería en el parto: dilemas del deber ser y hacer. *Rev Cienc Cuid.* 1 de mayo de 2023;20(2):87-95.
39. Aranda-Téllez CA, Yam Chalé H, Oudhof H. Violencia y emergencia obstétrica desde la perspectiva de las parteras tradicionales en comunidades rurales. *Rev Temas Sociológicos.* 15 de julio de 2021;(28):583-610.
40. Flores-Romero L, Viñas Velázquez BM, Treviño-Siller S, Yadira Islas-Limón J. Obstetric Violence in Childbirth Care in Baja California: Nursing Personnel Perceptions. *Front Norte.* 1 de enero de 2022;34:1-23.
41. Martín-Badia J, Obregón-Gutiérrez N, Goberna-Tricas J. Obstetric Violence as an Infringement on Basic Bioethical Principles. Reflections Inspired by Focus Groups with Midwives. *Int J Environ Res Public Health.* 29 de noviembre de 2021;18(23):12553.

42. Mena-Tudela D, Iglesias-Casás S, González-Chordá VM, Cervera-Gasch Á, Andreu-Pejó L, Valero-Chillerón MJ. Obstetric Violence in Spain (Part II): Interventionism and Medicalization during Birth. *Int J Environ Res Public Health*. 29 de diciembre de 2020;18(1):199.
43. Mena-Tudela D, Iglesias-Casás S, González-Chordá VM, Valero-Chillerón MJ, Andreu-Pejó L, Cervera-Gasch Á. Obstetric Violence in Spain (Part III): Healthcare Professionals, Times, and Areas. *Int J Environ Res Public Health*. 24 de marzo de 2021;18(7):3359.
44. Martínez-Galiano JM, Rodríguez-Almagro J, Rubio-Álvarez A, Ortiz-Esquinas I, Ballesta-Castillejos A, Hernández-Martínez A. Obstetric Violence from a Midwife Perspective. *Int J Environ Res Public Health*. 10 de marzo de 2023;20(6):4930.
45. Perera D, Munas M, Swahnberg K, Wijewardene K, Infanti JJ, on behalf of the ADVANCE Study Group. Obstetric Violence Is Prevalent in Routine Maternity Care: A Cross-Sectional Study of Obstetric Violence and Its Associated Factors among Pregnant Women in Sri Lanka's Colombo District. *Int J Environ Res Public Health*. 13 de agosto de 2022;19(16):9997.
46. Grisbrook MA, Dewey D, Cuthbert C, McDonald S, Ntanda H, Giesbrecht GF, et al. Associations among Caesarean Section Birth, Post-Traumatic Stress, and Postpartum Depression Symptoms. *Int J Environ Res Public Health*. 18 de abril de 2022;19(8):4900.
47. Martínez-Vázquez S, Hernández-Martínez A, Rodríguez-Almagro J, Delgado-Rodríguez M, Martínez-Galiano JM. Relationship between perceived obstetric violence and the risk of postpartum depression: An observational study. *Midwifery*. mayo de 2022;108:103297.
48. Kohan S, Mena-Tudela D, Youseflu S. The impact of obstetric violence on postpartum quality of life through psychological pathways. *Sci Rep*. 8 de febrero de 2025;15(1):4799.
49. Ahmadpour P, Moosavi S, Mohammad-Alizadeh-Charandabi S, Jahanfar S, Mirghafourvand M. Effect of implementing a birth plan on maternal and neonatal outcomes: a randomized controlled trial. *BMC Pregnancy Childbirth*. 22 de noviembre de 2022;22(1):862.
50. Alba-Rodríguez R, Coronado-Carvajal MP, Hidalgo-Lopezosa P. The Birth Plan Experience- A Pilot Qualitative Study in Southern Spain. *Healthcare*. 4 de enero de 2022;10(1):95.
51. Vásquez Truisi ML, Campos Quintero L. El cuidado de enfermería generador de confianza de la mujer durante el trabajo de parto. *Rev Colomb Enferm*. 30 de abril de 2021;20(1):e031.
52. Hudon É, Chouinard MC, Ellefsen É, Beaudin J, Hudon C. The experience of pregnant women in contexts of vulnerability of prenatal primary nursing care: a descriptive interpretative qualitative study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 18 de marzo de 2023;23(1):187.
53. Dzomeku VM, Boamah Mensah AB, Nakua EK, Agbadi P, Lori JR, Donkor P. Midwives' experiences of implementing respectful maternity care knowledge in daily maternity care practices after participating in a four-day RMC training. *BMC Nurs*. diciembre de 2021;20(1):39.
54. Diamond-Smith N, Lin S, Peca E, Walker D. A landscaping review of interventions to promote respectful maternal care in Africa: Opportunities to advance innovation and accountability. *Midwifery*. diciembre de 2022;115:103488.
55. Guevara-Ríos E. Estrategias para la prevención de la violencia institucional contra la mujer en la atención obstétrica. *Rev Peru Ginecol Obstet* [Internet]. 12 de julio de 2024 [citado 12 de mayo de 2025];70(2). Disponible en: <http://51.222.106.123/index.php/RPGO/article/view/2641>

56. Asadzadeh L, Jafari E, Kharaghani R, Taremian F. Effectiveness of midwife-led brief counseling intervention on post-traumatic stress disorder, depression, and anxiety symptoms of women experiencing a traumatic childbirth: a randomized controlled trial. *BMC Pregnancy Childbirth*. diciembre de 2020;20(1):142.

9. ANEXOS.

ANEXO I: Diagrama de Gantt.

	OCT.	NOV.	DIC.	ENE.	FEB.	MAR.	ABR.	MAY.
Elección del tema								
Pregunta PICO, hipótesis y objetivos.								
Búsqueda bibliográfica								
Introducción								
Material y métodos								
Selección de artículos y lectura crítica								
Resultados								
Discusión								
Conclusiones, bibliografía y anexos								
Borrador definitivo								
Depósito TFG								

Fuente: Elaboración propia.

ANEXO II: Lectura crítica.

Para asegurar la calidad metodológica de los artículos seleccionados, se consultaron cuatro indicadores: el factor de impacto JCR (Journal Citation Report), el indicador de impacto SJR (SCImago Journal Rank), el cuartil de las revistas científicas y el sistema de evaluación SIGN (Scottish Intercollegiate Guidelines Network).

The screenshot shows a search result on the Web of Science platform. The title of the article is "Effect of implementing a birth plan on maternal and neonatal outcomes". The search results show 10 results from Web of Science. The article is published in BMC Pregnancy and Childbirth. The Journal Impact Factor (JIF) is 2.8 (2023) and 3.4 (Five Year). The JCR Category is OBSTETRICS & GYNECOLOGY in SCIE edition, with a Category Rank of 33/136 and a Category Quartile of Q1. The source is Journal Citation Reports 2023.

JCR Category	Category Rank	Category Quartile
OBSTETRICS & GYNECOLOGY in SCIE edition	33/136	Q1

Fuente: Web Of Science.

The screenshot shows the SCImago Journal Rank search results for the "International Journal of Environmental Research and Public Health". The journal is published by Multidisciplinary Digital Publishing Institute (MDPI). The SJR 2024 is 0.919 (Q2) and the H-INDEX is 229. The subject area and category are Environmental Science, Health, Toxicology and Mutagenesis, Pollution, and Medicine, Public Health, Environmental and Occupational Health.

COUNTRY	SUBJECT AREA AND CATEGORY	PUBLISHER	SJR 2024	H-INDEX
Switzerland Universities and research institutions in Switzerland Media Ranking in Switzerland	Environmental Science Health, Toxicology and Mutagenesis Pollution Medicine Public Health, Environmental and Occupational Health	Multidisciplinary Digital Publishing Institute (MDPI)	0.919 Q2	229

Fuente: SCImago Journal Rank.

Sistema de evaluación SIGN:

Niveles de evidencia	
1++	Metanálisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos de alta calidad con muy poco riesgo de sesgo.
1+	Metanálisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos bien realizados con poco riesgo de sesgo.
1-	Metanálisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos con alto riesgo de sesgo.
2++	Revisiones sistemáticas de estudios de cohortes o de casos y controles o estudios de pruebas diagnósticas de alta calidad, estudios de cohortes o de casos y controles de pruebas diagnósticas de alta calidad con riesgo muy bajo de sesgo y con alta probabilidad de establecer una relación causal.
2+	Estudios de cohortes o de casos y controles o estudios de pruebas diagnósticas bien realizadas con bajo riesgo de sesgo y con una moderada probabilidad de establecer una relación causal.
2-	Estudios de cohortes o de casos y controles con alto riesgo de sesgo.
3	Estudios no analíticos, como informes de casos y series de casos.
4	Opinión de expertos.

Fuente: Scottish Intercollegiate Guidelines Network.

ANEXO III: Asociaciones violencia obstétrica.

Anteriormente se han mencionado y consultado diferentes asociaciones muy significativas a nivel nacional.

Vía Láctea.

<https://vialactea.org>

Esta organización se dedica a ofrecer apoyo a las víctimas, denunciar malas prácticas en la atención materna y fomentar un modelo de parto humanizado y respetuoso, y la lactancia materna. Algunas de las tareas que realizan son las siguientes:



- Edición de materiales informativos y educativos.
- Atención telefónica o presencial para resolver dudas y acompañar.
- Encuentros de familias: para compartir inquietudes en torno a la maternidad, paternidad, crianza y sostener en grupo.
- Charlas, cursos y talleres.
- Foro de maternidad y crianza.
- Han estado presentes en proyectos y reivindicaciones tales como la reivindicación del permiso maternal de 6 meses o la participación en el Comité Técnico para la elaboración del Plan estratégico nacional de atención al parto normal y salud sexual y reproductiva.

Observatorio de Violencia Obstétrica (OVO).

<https://observatorioviolenciaobstetrica.es/>

Espacio dedicado a la recopilación de testimonios y estudios sobre VO. Promueve la sensibilización social y el cambio en las prácticas obstétricas. Algunas de las tareas que realizan son las siguientes:



- Investigación y docencia.
- Promoción del respeto a la legislación para proteger los derechos de las mujeres.
- Erradicación de la discriminación, intimidación, violencia o explotación del cuerpo y salud de las mujeres.
- Facilitar el acceso a la anticoncepción, aborto y atención materno-infantil de calidad.
- Apoyo a mujeres que han sufrido VO, a investigadores y docentes y al público interesado.

El Parto es Nuestro.

<https://www.elpartoesnuestro.es/>



Colectivo que lucha por la humanización del parto y la

eliminación de prácticas invasivas o innecesarias. Denuncia casos de violencia obstétrica y acompaña a las mujeres en la defensa de sus derechos.

- Fomentan la implementación de protocolos y políticas.
- Han colaborado con el Ministerio de Sanidad para la elaboración de la Estrategia de Atención al Parto Normal en el Sistema Nacional de Salud (SNS).
- Lanzan diferentes campañas informativas.
- Existen grupos locales de socias.
- Pretenden conseguir una experiencia de parto satisfactoria, disminuir las tasas de mortalidad y morbilidad materno-infantil, ahorro económico para el sistema de salud público y mayores tasas de éxito en la lactancia materna.

Asociación Española de Matronas (AEM).

<https://aesmatronas.com/>

Apoya el parto respetado y aboga por el protagonismo de la mujer en la toma de decisiones durante el embarazo y el parto.



- Dedicar una parte importante de los presupuestos anuales para facilitar a sus afiliadas la realización de cursos y otras actividades formativas.
- Recopilar novedades e información interesante para el ejercicio de la profesión.
- Celebración del Congreso Nacional de Matronas en el que se debaten distintas visiones de la labor asistencial, docente e investigadora y la situación en general de la profesión y los temas y avances de actualidad en todo lo referente a la salud de la mujer a lo largo de toda su vida.

A continuación se adjunta el decálogo de la buena matrona según la AEM:

DECALOGO DE LA BUENA MATRONA

Respetar a cada mujer independientemente de actitudes, credos, posición social y etnia.

No considerarla una enferma. El parto no es un proceso patológico, salvo excepciones.

No olvides nunca que entre lo bueno y lo excelente hay mucha distancia.

Evita cualquier procedimiento innecesario o de conveniencia.

No escatimes en gestos amables e información, el factor humano es tan importante como la técnica adecuada.

No mantengas posiciones inamovibles con ciertos criterios porque el tiempo y la evidencia científica te los cambia.

No actúes de manera rutinaria, cada mujer es única.

Como matrona competente, no admitas que te consideren "Matrona eficiente de noche/ Matrona obediente de día".

Se humilde. Siempre queda algo por aprender y muchas veces está cerca el que lo sabe.

Desde que recibas a una mujer hasta que te despidas de ella, en todo lo que hagas o digas, ponte siempre en su lugar.



M^a Ángeles Rodríguez Rozalén

Asociación Española de Matronas

ANEXO IV: Plan de parto.

Se adjunta un ejemplo de plan de parto presentado en un hospital de Galicia, España, obtenido de la página web de la asociación El Parto es Nuestro.

A la atención del Jefe de Servicio de Atención al Paciente del Hospital

Doña:
Nº SS:
Dirección:

Servicio de Atención al Paciente
HOSPITAL _____

Estimado/a señor/a

Estoy embarazada y me corresponde dar a luz en su centro en el mes de _____ de 20 _____. En virtud del derecho que me otorga la Ley de Autonomía del Paciente a la expresión de mi voluntad informada, para tal fin, mi marido y yo hemos redactado nuestro plan de parto (basado en el Plan de Parto e Nacimiento do Sergas 2013), que remitimos adjunto para que lo incluyan en mi historia clínica.

Nos gustaría que le hiciera llegar nuestro plan de parto al Servicio de Obstetricia, con el fin de darles a conocer cuál es nuestra voluntad en lo que se refiere a la atención que deseamos recibir.

Del mismo modo, y dado que algunas peticiones se refieren al recién nacido, como tutores legales nos gustaría que hiciera llegar también nuestra voluntad al Servicio de Neonatología.

Muchas gracias por su mediación,

A _____ de _____ de 20 _____

LLEGADA AL HOSPITAL

(ACOMPañAMIENTO) Solicito estar acompañada permanentemente por mi marido, Miguel Angel Serantes Pulíán, incluso en caso de cesárea.

(INTIMIDAD) Solicito que se favorezca la intimidad en todas las fases del parto, que se fomente un ambiente de silencio, baja luz y temperatura agradable para facilitar el proceso fisiológico del parto.

(PERSONAL ASISTENCIAL) Deseamos el menor número de personal sanitario en la sala, idealmente solo la matrona. Si las condiciones de su horario lo permiten, deseo estar asistida por la misma matrona todo el parto. En el caso de que personal en formación quiera estar presente, deberá solicitar mi permiso antes de entrar en la sala.

(INFORMACIÓN Y TOMA DE DECISIONES) Solicitamos recibir información sobre la evolución de mi parto y ser consultados antes de cualquier intervención a mí o a mi hija. En caso de que yo no pudiese tomar una decisión, mi marido es la persona designada por mí para tomarla en mi lugar.

FASE DE DILATACIÓN

(VIA VENOSA) No autorizo a que se me canalice una vía venosa de rutina, se me puede canalizar en el momento en que surja la necesidad de ponerla.

(HIDRATACIÓN-ALIMENTACIÓN) Solicito poder ingerir bebidas y/o alimentos livianos para mantenerme hidratada por vía oral.

(RASURADO) No deseo rasurado de pubis

(ENEMA) No deseo enema.

(MOVILIDAD) Deseo poder deambular libremente para favorecer la dilatación.

(MONITORIZACIÓN FETAL) Solicito monitorización fetal externa con auscultación intermitente en lugar de la monitorización continua, para mi comodidad y para facilitar la libre deambulación.

(MÉTODOS DE ALIVIO DEL DOLOR) Debido a la incompatibilidad (en determinadas horas) de la anestesia epidural con la medicación anticoagulante que me inyecto cada día (Clexane 60) decido prescindir de la anestesia.

Solicito se me ofrezcan métodos no invasivos ni farmacológicos de alivio del dolor durante la dilatación como son: el masaje, el acceso a ducha o baño caliente, libre postura, técnicas de relajación, pelota de dilatación u otros que disponga el hospital.

No obstante, no descarto solicitar la epidural si surgen complicaciones y el anestesista lo autoriza, para lo cual he realizado la consulta pertinente con el servicio de anestesia.

(OTRAS INTERVENCIONES) Deseamos se respete la duración fisiológica del parto. Por este motivo no deseo intervenciones rutinarias para inducir o acelerar el parto como podrían ser: ruptura artificial de membranas, maniobra de Hamilton, inducción del parto con oxitocina, gel de prostaglandinas u otros. Si existiese indicación médica para alguna de estas intervenciones solicito que se me informe y se me pida consentimiento previo. No autorizo la maniobra de Kristeller en el período expulsivo.

(TACTOS) Solicito que el número de tactos vaginales sea el mínimo posible, siendo las recomendaciones actuales uno cada 4 horas en la fase de dilatación. En el caso de que algún

profesional desee realizar un tacto con motivos de formación solicito se me informe y se me pida consentimiento por escrito en el momento.

(**SONDAJE**) No deseo sondaje vesical de rutina.

FASE DE EXPULSIVO

Desearía dar a luz en la misma sala de dilatación. Si esto no fuera posible aceptaría el traslado a un paritorio siempre que se llevara allí una cama o camilla convencional. No deseo dar a luz en un potro obstétrico.

(**POSTURA**) Deseo poder adoptar la postura que yo desee: en cuclillas, a cuatro patas, en silla de partos, en decúbito lateral o cualquier postura que necesite adoptar en esos momentos.

(**PUJOS**) Deseo hacer los pujos libremente, sin que se me dirija. En el caso de que necesite orientación yo misma la solicitaré a la matrona.

(**EPISIOTOMÍA**) **NO autorizo la realización de episiotomía**, salvo urgencia por sufrimiento fetal grave demostrado por procedimiento diagnóstico y previa autorización verbal por mi parte.

PLAN DE NACIMIENTO Y CUIDADOS DEL BEBÉ

(**CORTE DEL CORDÓN UMBILICAL**) Deseamos que el pinzamiento del cordón se realice cuando deje de latir. Mi marido, Miguel Angel Serantes, desea realizar él mismo el corte del cordón

(**CONTACTO PRECOZ Y NO SEPARACIÓN**) Deseamos no separarnos de nuestra hija en las primeras horas para poder establecer un buen vínculo y facilitar la lactancia materna.

Solicito que inmediatamente al nacimiento se me coloque al bebé en el abdomen, piel con piel y que ahí se hagan las primeras exploraciones necesarias del bebé: secarlo, taparlo con toalla caliente, observación, test apgar e identificación.

Solicito que todas las demás intervenciones se pospongan al menos más allá del periodo sensitivo (de duración 2 horas) y siempre siendo acompañado el bebé de uno de sus padres.

En caso de que yo no estuviera en condiciones de estar con el bebé, éste se le entregará al padre para poder realizar piel con piel.

(**INICIO DE LA LACTANCIA**) La alimentación elegida por nosotros para nuestra hija es la lactancia materna exclusiva. Deseamos que se facilite la primera toma en su primera hora de vida. No autorizamos que se le administren biberones de suero o leche, chupetes, ni tetinas sin nuestro consentimiento.

(**INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO**) Como tutores legales de nuestra hija, queremos que se nos informe de todas las pruebas necesarias para el bebé y se solicite nuestro consentimiento.

(**SONDAJES**) No deseamos que se le realice al bebé "de rutina" introducción de sonda nasogástrica para aspirado de secreciones ni introducción de sonda rectal para verificar la permeabilidad.

(**ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS**) Solicito que la administración de medicamentos se posponga y se realice después de las primeras 2 horas de período sensitivo

.Colirio o Pomada Oftálmica **No** deseamos que se le aplique pomada o solución oftálmica a nuestro hijo.

.Vitamina K Deseamos que la administración de la vitamina K sea en forma intramuscular y solitamos que se le aplique mientras el bebé esté lactando con el objeto de disminuir la sensación dolorosa que pueda tener.

.Vacuna de Hepatitis B **NO** deseamos administración de vacunas los primeros días de vida.

(MÉTODO MADRE CANGURO) En caso de que el bebé precisase ayuda para mantener el calor deseamos que se aplique el método Madre Canguro.

(ASEO DEL BEBÉ) No deseamos que se bañe a nuestra hija, deseamos que permanezca con el vérnix hasta que su padre o yo le demos su primer baño.

CIRCUNSTANCIAS ESPECIALES: CESAREA

En el caso de que no hubiese ninguna otra alternativa posible y surgiese la necesidad imperiosa de practicar una cesárea, deseamos que:

(ANESTESIA) Debido a mis circunstancias especiales, ya que estoy con profilaxis anticoagulante cada 12 horas con heparina (Clexane 60), solicito información y consentimiento previo de la anestesia a utilizar en caso de cesárea de urgencia.

(ACOMPañAMIENTO) Mi marido me acompañe en el quirófano

(CONTACTO PRECOZ) El bebé se coloque encima de mi pecho desde el primer momento del nacimiento para permitirle, mientras se termina la cesárea, adaptarse a este mundo exterior y a continuación realizar enganche espontáneo, comenzando así la lactancia.

(NO SEPARACIÓN) No se separe a nuestra hija de nosotros, en ningún momento, y nos acompañe a la habitación.

Esperamos que nuestras peticiones sean tenidas en cuenta y dado que las indicaciones descritas anteriormente están avaladas por el SERGAS, Ministerio de Sanidad, la OMS y otros organismos y leyes, asumimos la responsabilidad que nos corresponde en la toma de decisiones.

Atentamente

Doña _____ (DNI: _____) Don _____ (DNI: _____)