

**Intervención social en atención primaria frente a
la violencia obstétrica: detección, acompañamiento
y atención.**

GRADO DE TRABAJO SOCIAL

Autora: Leyre Aramendia Mars

Directora: Almudena María Juárez Rodríguez

Madrid – junio 2026



COMILLAS
UNIVERSIDAD PONTIFICIA

ICAI

ICADE

CIHS

RESUMEN:

Este trabajo analiza la violencia obstétrica como una forma de violencia de género e institucional que ocurre dentro del sistema sanitario, la cual frecuentemente permanece invisibilizada tanto para las propias mujeres como para los profesionales que las rodean. Se pretende analizar desde una perspectiva sociosanitaria esta problemática y las consecuencias que pueden experimentar las mujeres tras padecerla.

La parte central del trabajo consiste en el diseño del proyecto "Cuidar después: acompañamiento social y reparación psicosocial tras situaciones de violencia obstétrica ", enmarcado en la prevención terciaria y ubicado en el ámbito de la Atención Primaria, en el que el profesional de referencia será el trabajador social sanitario. El proyecto combina cinco sesiones grupales y dos individuales con el fin de reparar el daño social, mitigar las secuelas relacionales y familiares, reducir situaciones de aislamiento social y promover la reconstrucción de la confianza de las usuarias en el sistema de salud.

PALABRAS CLAVE:

Violencia obstétrica; Trabajo Social Sanitario; intervención social; posparto; daño social; atención primaria; aislamiento social.

ABSTRACT:

This study examines obstetric violence as a form of gender-based and institutional violence that occurs within healthcare systems and often remains invisible to both women and the healthcare professionals involved in their care. It analyzes this issue from a social and healthcare perspective, as well as the consequences women may experience after being subjected to it.

A central component of this study is the design of the *Project for Social Support and Psychosocial Recovery in Cases of Obstetric Violence*, a tertiary prevention intervention implemented within primary healthcare and led by a healthcare social worker. The project combines five group sessions and two individual sessions aimed at addressing social harm, mitigating relational and family-related consequences, reducing social isolation, and promoting the rebuilding of women's trust in the healthcare system.

KEY WORDS:

Obstetric violence; Health Social Work; social intervention; postpartum; social harm; primary care; social isolation.

Índice

| | |
|--|-----------|
| 1. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN DE LA TEMÁTICA | 1 |
| 1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | 1 |
| 2. JUSTIFICACIÓN DE LA INTERVENCIÓN Y RELEVANCIA SOCIAL DEL PROBLEMA | 2 |
| 2. OBJETIVOS | 4 |
| 1.OBJETIVO GENERAL | 4 |
| 2.OBJETIVOS ESPECÍFICOS | 4 |
| 3. MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL | 4 |
| 1. CONCEPTO DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA: DEFINICIONES Y CONSECUENCIAS. | 4 |
| <i>1.1. CONSECUENCIAS DE LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA</i> | 6 |
| 1.1.1. FÍSICAS | 6 |
| 1.1.2. PSICOLÓGICAS | 7 |
| 1.1.3. SOCIALES | 8 |
| 2. EMBARAZO, PARTO Y POSPARTO: BUENAS PRÁCTICAS Y ATENCIÓN CENTRADA EN LA MUJER | 9 |
| 3. PERSPECTIVA DE EQUIDAD E INTERSECCIONALIDAD | 14 |
| 4. ROL DEL TRABAJO SOCIAL SANITARIO (TSS): DETECCIÓN, APOYO, COORDINACIÓN..... | 16 |
| 4. MARCO JURÍDICO Y DE DERECHOS EN LA PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA Y LA ATENCIÓN A LA SALUD REPRODUCTIVA | 19 |
| 1. MARCO INTERNACIONAL..... | 19 |
| 2. MARCO EUROPEO | 21 |
| 3. MARCO NACIONAL: SISTEMA NACIONAL DE SALUD | 23 |

| | |
|---|-----------|
| 5. METODOLOGÍA | 26 |
| 6. PROYECTO | 28 |
| 1. NATURALEZA Y NOMBRE | 28 |
| 2. CONTEXTUALIZACIÓN | 30 |
| 3. APORTACIÓN ESPECÍFICA DEL TRABAJO SOCIAL SANITARIO AL PROYECTO..... | 31 |
| 4. USUARIAS Y DESTINATARIOS INDIRECTOS | 32 |
| 5. OBJETIVOS | 33 |
| 5.1 GENERAL | 33 |
| 5.2 ESPECÍFICOS | 33 |
| 6. CIRCUITO DE ENTRADA E INTERVENCIÓN | 34 |
| 7. CRONOGRAMA..... | 34 |
| 8. ACTIVIDADES..... | 35 |
| <i>PRIMER EJE DE ACTUACIÓN: ENTREVISTA INDIVIDUAL</i> | 36 |
| <i>SEGUNDO EJE DE ACTUACIÓN: SESIONES DE GRUPO</i> | 38 |
| <i>TERCER EJE DE ACTUACIÓN: ENTREVISTA INDIVIDUAL DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN.</i> | 43 |
| 9. SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN | 44 |
| 10. ÉTICA Y DE SEGURIDAD | 46 |
| 11. RECURSOS Y VIABILIDAD DEL PROYECTO | 48 |
| 12. LIMITACIONES | 49 |
| 7. CONCLUSIÓN | 50 |
| 8. BIBLIOGRAFÍA | 51 |
| 9. ANEXOS | 62 |
| ANEXO I: NOTA DE AUTORÍA..... | 62 |

| | |
|---|----|
| ANEXO II: GUIÓN DE ENTREVISTA INICIAL DE VALORACIÓN | 63 |
| ANEXO III: CONSENTIMIENTO INFORMADO..... | 71 |
| ANEXO IV: HOJA DE REGISTRO DE ASISTENCIA..... | 72 |
| ANEXO V: FICHA DE OBSERVACIÓN/DIARIO PROFESIONAL DE SESIÓN..... | 73 |
| ANEXO VI: CUESTIONARIO FINAL DE SATISFACCIÓN..... | 75 |
| ANEXO VII: PRESUPUESTO APROXIMADO | 77 |

1. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN DE LA TEMÁTICA

1. Planteamiento del problema

La violencia obstétrica es entendida como una forma de violencia ejercida sobre las mujeres durante el embarazo, el parto o el posparto. Esta no tiene una forma específica, sino que va desde no proporcionar suficiente información a la mujer, no respetar el ritmo natural del parto, no hacerla partícipe en el proceso, hasta agresiones verbales o incluso físicas. Esta diversidad en su tipología hace que las mujeres tengan, en ocasiones, recuerdos traumáticos del parto, pero que no lleguen a identificarlos como violencia obstétrica, e incluso que ni los propios profesionales la reconozcan. Es un concepto que no siempre implica una violencia explícita, y es considerado por la literatura como una violencia de género, simbólica e institucional (Rodríguez Ramos y Aguilera Ávila, 2017). Se trata de un concepto todavía discutido y no siempre reconocido social o profesionalmente, lo que hace necesario visibilizar estas situaciones para que tanto las mujeres como los profesionales sean capaces de favorecer su identificación y atención.

Constituye una problemática relevante en la actualidad debido a su desconocimiento a nivel social. La mayoría de las personas no conoce este término, pero no es únicamente una cuestión de definición o de concepto, sino también de ser capaces de identificar estas prácticas como una violencia ejercida sobre la mujer que vulnera sus derechos por razones de género. Muchas personas logran identificar una situación de incomodidad o la percepción de que una práctica no ha sido correcta o digna, pero no la identifican como una forma de violencia estructural e institucional. Esto provoca que no se denuncie ni se intervenga adecuadamente, dificultando una actuación real que reduzca su incidencia y una recuperación completa de la mujer, ya que muchas veces no se interviene sobre las consecuencias generadas. Todo esto impacta directamente en la salud, tanto física como mental, de las mujeres que la padecen, y genera un impacto social, que va a variar de formas muy diversas, según el tipo de violencia obstétrica que hayan sufrido.

Aunque actualmente la presencia e intervención de los/las trabajadoras sociales dentro del sistema sanitario es una realidad, su influencia es muy limitada, y no es habitual que estén presentes en el proceso de posparto con excepciones concretas; como pueden ser problemas económicos, familiares, laborales... La intervención del Trabajo Social dentro del proceso de embarazo y posparto puede ser fundamental para entender la situación de la mujer y el

impacto social derivado de la violencia. Por ello, este trabajo se centra en diseñar un proyecto específico de acompañamiento e intervención social dirigida a mujeres que han sufrido violencia obstétrica, con el fin de contribuir a reducir el daño social de la misma.

2. Justificación de la intervención y relevancia social del problema

A nivel internacional, la intervención se fundamenta en la Declaración sobre la Prevención y Eliminación del Maltrato durante el Parto en centros sanitarios (OMS, 2014). Esto se debe a que en esta declaración pone de manifiesto la responsabilidad del propio sistema de salud sobre los casos de violencia obstétrica causados, impulsando iniciativas para un entorno clínico que ofrezca información a la mujer y ponga a la persona en el centro (OMS, 2014).

A nivel nacional en la atención obstétrica, según el Ministerio de Sanidad y Consumo (2007), existe una percepción de mejora a nivel general con respecto a aspectos como la calidez, la participación y el protagonismo de las mujeres. Además, dentro de la Estrategia de Atención al Parto Normal se destaca como “la atención al parto normal se ha visto afectada por una medicalización creciente de lo que en el fondo no es más que un proceso fisiológico” (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007, p.13). Sin embargo, frente a estos avances que enmarcan como debería ser un parto, diversos estudios muestran que continúan existiendo prácticas alejadas de los estándares fijados. No obstante, se señala que “la incidencia de la violencia obstétrica, tanto a nivel nacional como mundial, continúa siendo desconocida” (Paricio del Castillo y Cano Linares, 2024, p.21), dado que las investigaciones en este ámbito son muy limitadas. Pero se pueden encontrar algunos datos que demuestran la existencia de esta problemática y la necesidad de intervención. Estos muestran la necesidad de ofrecer una atención integral a las mujeres una vez que la violencia ya ha ocurrido.

Analizando los datos cronológicamente, cabe destacar, en primer lugar, el Informe sobre la Atención al Parto y Nacimiento en el Sistema Nacional de Salud, publicado por el Ministerio de Sanidad y Política Social (2012). En este se muestran prácticas que se pueden considerar violentas hacia la mujer entre las que se puede destacar, la administración de oxitocina durante la dilatación en un 53,3% de los partos de inicio espontáneo, lo que se aleja del margen de buenas prácticas (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2012).

En segundo lugar, cabe mencionar un estudio realizado por Iglesias et al. (2019), donde 17.677 mujeres fueron encuestadas en España. Este mostró que el 38% de las mujeres

percibieron que durante su parto se les aplicaron procedimientos innecesarios o perjudiciales. También recoge cómo un 34% de ellas declaró haber sufrido violencia obstétrica, lo que supone una incidencia mayor de 3 de cada 10 mujeres. Este estudio puso de manifiesto a su vez la falta de consentimiento informado con un porcentaje del 45,8% y falta de comunicación para expresar sus dudas o miedos con un 49% (Iglesias et al., 2019).

En el año 2021, el Ministerio de Sanidad publicó un informe titulado “Atención perinatal en España. Análisis de los recursos físicos, humanos, actividad y calidad de los servicios hospitalarios, 2010-2018”. En este se expone que, pese a la disminución de embarazos, los recursos humanos destinados a la atención del embarazo se han mantenido en el tiempo. Sin embargo, también se recogen datos que sugieren la persistencia de prácticas alejadas de los estándares internacionales recomendados, siendo un ejemplo de esto las elevadas tasas de cesáreas, siendo de un 21,8% en hospitales públicos y 36,5% en privados. Además, se explicita un aumento de la instrumentalización e inducción del parto (34,2%), encontrándose a su vez por encima de los estándares de calidad fijados a nivel internacional (Ministerio de Sanidad, 2021).

Además, cabe mencionar que España ha sido condenada por violencia obstétrica en tres ocasiones por el Comité de la CEDAW. Estas están recogidas en los dictámenes nº 138/2018, nº 149/2019 y nº 154/2020 y fueron resueltos en los años 2020, 2022 y 2023 respectivamente (Martínez San Millán, 2023). Desde “el segundo Dictamen del Comité de la CEDAW contra España por violencia obstétrica y en el tercero y último hasta la fecha, la situación no ha cambiado mucho” (Martínez San Millán, 2023, p.289). Estas resoluciones internacionales suponen un reconocimiento formal de la existencia del problema en el sistema sanitario.

“Como vemos, en España sigue siendo necesario hacer hincapié en un cambio de perspectiva donde los derechos humanos de las mujeres embarazadas constituyan el centro de la atención sanitaria.” (Martínez San Millán, 2023, p.295). Por todo ello, la existencia de datos empíricos de estudios privados y de aquellos realizados por organismos públicos, junto a las resoluciones internacionales, pone de manifiesto la existencia de una problemática que justifica la necesidad de desarrollar propuestas de intervención desde la propia institución pública.

2. OBJETIVOS

1. Objetivo general

Analizar la violencia obstétrica desde una perspectiva sociosanitaria y de derechos, así como diseñar una propuesta de intervención desde el Trabajo Social Sanitario orientada a reducir el impacto social.

2. Objetivos específicos

1. Examinar el concepto de violencia obstétrica, sus manifestaciones y sus consecuencias físicas, psicológicas y sociales sobre las mujeres y su entorno familiar.
2. Analizar los principios de atención perinatal humanizada y centrada en la mujer, así como los factores de vulnerabilidad e interseccionalidad presentes en la experiencia obstétrica.
3. Analizar el marco jurídico que protege a las mujeres a nivel internacional y nacional, todo ello enmarcado en los derechos reproductivos de las mujeres.
4. Diseñar una propuesta de intervención desde Atención Primaria y el Trabajo Social Sanitario dirigida a reducir las consecuencias psicosociales derivadas de la violencia obstétrica.

3. MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL

1. Concepto de violencia obstétrica: definiciones y consecuencias.

La violencia obstétrica es entendida como una forma de control y opresión ejercida sobre las mujeres y personas gestantes durante el embarazo, el parto o el posparto, que ocurre dentro del propio sistema sanitario. Se trata de una violencia de género, institucional y simbólica, ya que no solo afecta a nivel individual a mujeres embarazadas, sino que es una problemática estructural (Rodríguez Ramos y Aguilera Ávila, 2017). En este sentido, esta se puede vincular con el sistema patriarcal, donde la mujer se encuentra en muchas ocasiones en una situación de vulnerabilidad. Esta estructura social es la que genera desigualdades de género en todos los ámbitos de la sociedad, entre los que se encuentra el sistema sanitario, traduciéndose en estas prácticas médicas inadecuadas, pudiendo enmarcar la violencia obstétrica como una violencia estructural por razones de género (Bedoya-Ruiz et al., 2020).

Además, esta práctica es ejercida por profesionales sanitarios por medio de actos no consensuados, pudiendo ser considerada un problema de salud pública. Esta vulneración de derechos engloba manifestaciones muy variadas, que se producen en un contexto clínico

donde la mujer debería ser protegida y acompañada. Según la OMS (2014), estas prácticas médicas, en primer lugar, vulneran el derecho a una atención sanitaria digna y respetuosa. Además, esta organización también señala que pueden poner en peligro derechos fundamentales como son la vida, la salud, la integridad física o la no discriminación (OMS, 2014).

Esta forma de violencia puede manifestarse de dos formas generales. Por un lado, por omisión, que es entendida como la no realización de acciones que el personal sanitario tendría que llevar a cabo (Freitas Silveira et al., 2019). Un ejemplo sería omitir información a la embarazada, dificultando que tome decisiones informadas y, por ello, limitando a su vez la participación. Y, por otro lado, mediante acciones concretas, como el maltrato físico o verbal en el momento del trabajo de parto, entre muchas otras (Freitas Silveira et al., 2019).

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014), recogió que la violencia obstétrica incluía tanto maltrato físico, humillaciones, agresiones verbales, procedimientos médicos coercitivos o no consentidos, falta de confidencialidad, no obtener el consentimiento plenamente informado de las mujeres, la negativa a suministrar medicación contra el dolor, violar su intimidad, denegación de admisión a los centros de salud, abandono de las mujeres durante el parto, lo que puede llevarles a sufrir complicaciones evitables, hasta la retención de las mujeres y el menor en los centros al no poder hacer frente al pago de los servicios médicos recibidos en el parto. En el contexto nacional, no todas estas formas de violencia se manifiestan. Por ejemplo, las mujeres no son retenidas por el impago de servicios, dado que contamos con una sanidad pública y gratuita. Sin embargo, muchas otras sí continúan siendo una realidad para ciertas mujeres dentro de nuestro sistema sanitario durante su embarazo, parto y posparto.

La violencia obstétrica presenta diferencias con otros tipos de violencia hacia la mujer. En primer lugar, esta se da dentro del propio sistema sanitario. Tal como explica José Antonio Moreno (2023), es paradójico y contradictorio que sea un acto médico en el que se dé violencia, y que las mujeres por el desconocimiento de sus derechos o miedo a recibir un peor trato no generen ni quejas ni denuncias. Por otro lado, las mujeres son un grupo que históricamente ha visto sus derechos vulnerados de forma sistemática y estructural, dejándolas en un segundo plano social, político y económico.

“Actualmente, el parto puede ser un evento “deshumanizado” y excesivamente medicalizado, donde el profesional de la salud determina todo el proceso” (Freitas Silveira et al., 2019, p. 6). Esta deshumanización puede ser considerada una forma clara de violencia sobre la mujer, ya que deja de ser la protagonista de su propio proceso, al reducir su capacidad de participación y decisión.

1.1. Consecuencias de la violencia obstétrica

La violencia obstétrica no solo causa daños físicos o psicológicos a la mujer, sino que también genera daño social. Se entiende por daño social, “los efectos experimentados por una víctima en sus relaciones familiares y/o sociales como consecuencia de un evento traumático” (Simón Gil, 2020, p.16), afectando por ello a las condiciones sociales, sus relaciones y contexto. Además, estas consecuencias van a variar ampliamente en función del tipo de violencia obstétrica que hayan sufrido, al igual que de su situación social, económica, cultural, etnia... previa y durante el embarazo.

1.1.1. Físicas

Las consecuencias físicas de la violencia obstétrica son muy diversas y pueden afectar tanto a la mujer como al menor que nace. El trabajo de Eva Margarita García (2018), destaca en primer lugar, los desgarros, los cuales se pueden dar independientemente de que exista o no violencia obstétrica, sin embargo, cuando se producen por la instrumentalización del parto, son más graves (3º o 4º grado). Por otro lado, también destaca las hemorragias puerperales, que se agravan cuando se da violencia obstétrica, por ejemplo, cuando se administra oxitocina (Margarita García, 2018).

La violencia que se ejerce sobre la mujer durante el parto, aunque no siempre, puede tener graves efectos en la lactancia materna. En ocasiones, después del parto se administran antibióticos u otros fármacos. Estos pueden causar mastitis u obstrucciones y, a su vez, pueden provocar que el/la recién nacido no tenga fuerza suficiente o se encuentre muy irritable para recibir lactancia materna (Margarita García, 2018). Además, una episiotomía puede provocar dolor crónico y permanente en las relaciones sexuales (Mena-Tudela et al., 2020). Una de las prácticas asociadas a este tipo de consecuencias es la conocida como “el punto del marido”. Consiste en que después de un parto vaginal, en el que se ha producido

un desgarro o episiotomía, se cose la vagina con “un punto extra que buscaría incrementar el placer sexual de sus parejas estrechando el órgano genital” (El Desconcierto, 2018).

Estos son solo algunos de los efectos a nivel físico que pueden sufrir tanto la propia mujer como el niño/niña, como resultado de las malas prácticas durante el parto, sin embargo, se dan y se conocen muchas otras. También se pueden dar prácticas durante el transcurso del embarazo y posparto que generen consecuencias físicas para el bebé o la mujer.

1.1.2. Psicológicas

Las consecuencias psicológicas de las prácticas de violencia obstétrica son múltiples y tienen una gran repercusión en las mujeres que la padecen. Estas pueden ser agudas o puntuales, al igual que se pueden prolongar en el tiempo, causando un gran daño a las mujeres. Tras sufrir esta vulneración de sus derechos, aumentan la probabilidad de que las mujeres desarrollen ansiedad, trastorno de estrés postraumático y depresión posparto, aunque hay artículos que prueban su relación, se considera que debe seguir siendo estudiada para mostrar su evidencia empírica (Henriques Leite et al., 2022)

La depresión posparto (PPD) se entiende como la presencia de sintomatología depresiva a las 4 semanas después del parto, siendo la prevalencia común entre un 10-15% de las mujeres (Antúnez Ortigosa, et al., 2022). El estudio publicado por BMC Embarazo y Parto, realizado en Brasil, muestra que “las mujeres que sufrieron un maltrato durante el parto tuvieron una prevalencia un 50% más alta de síntomas que sugerían PPD” (Papiz, et al., 2022, p. 7). Su desarrollo no depende de un único factor de riesgo, sino que sus causas subyacentes pueden ser múltiples y variadas, resultado de cambios biológicos, físicos, emocionales y sociales. En cuanto a los cambios emocionales, en ocasiones las mujeres no experimentan las emociones esperadas, sintiéndose cansadas y encontrándose más sensibles, además de ser un momento donde sus emociones negativas pueden intensificarse. Por otro lado, los cambios sociales derivados del nacimiento del menor pueden causar caos en el entorno familiar, tensión en la pareja y dificultar la búsqueda de apoyo (Servicio Andaluz de Salud, 2013).

El DSM-5 (2013) establece que entre el 3% y el 6% de las mujeres durante el embarazo o posparto padecerán depresión mayor, desarrollándola el 50% de ellas antes del parto, mostrando ansiedad grave y ataques de pánico durante el periodo gestante. Además, destaca

que podrían llegar a desarrollar características psicóticas, siendo más frecuentes entre las primerizas o aquellas con antecedentes personales o familiares depresivos o bipolares (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013).

No todas las mujeres después de vivir una situación de violencia obstétrica desarrollan consecuencias psicológicas graves, sin embargo, muchas refieren sentimientos negativos derivados de la experiencia vivida. Entre los que destacan una menor autoestima, angustia, soledad, ira, impotencia y culpa, entre muchas otras (Poo et al., 2021). Además, también se ha relacionado la violencia obstétrica con una posterior pérdida del apetito (Kumar Acharya, et al., 2021).

1.1.3. Sociales

Como ya hemos visto anteriormente, la violencia obstétrica tiene serias consecuencias para la mujer y el recién nacido. Sin embargo, su entorno cercano también se ve afectado por este suceso, ya sea de manera directa o indirecta. Es por ello que “el número de afectados, de manera directa o indirecta, es mucho mayor de lo que parece a simple vista.” (Margarita García, 2018, p. 437). Tener un hijo, sea por medio de prácticas sanitarias respetuosas o no, supone importantes cambios sociales, al implicar una reorganización radical en la vida familiar y social. Sin embargo, en muchos casos, haber padecido violencia obstétrica magnifica estas consecuencias a nivel social.

En primer lugar, cabe destacar que las mujeres que presentan consecuencias psicológicas graves a raíz de estas prácticas, como pueden ser trastornos de estrés postraumático, generan consecuencias sociales, ya que no solo se debe reestructurar el sistema familiar como consecuencia del nacimiento del hijo, sino también porque dicha reorganización debe adaptarse a las necesidades derivadas de la situación psicológica de la mujer.

Otros estudios demuestran que, tras sufrir violencia obstétrica, las mujeres gestantes han señalado cómo sus relaciones conyugales y familiares empeoraron. Asimismo, muestran cómo estas mujeres han percibido cambios en el comportamiento por parte de sus familiares después del episodio de violencia, así como haber generado sentimientos de soledad (Kumar Acharya, et al., 2021).

Además, estas prácticas violentas tienen una consecuencia clara en el acceso a la salud a nivel familiar. Existe evidencia clara que demuestra que las mujeres que han recibido una atención irrespetuosa posteriormente no buscan ayuda profesional a nivel sanitario, o retrasan la búsqueda de ayuda todo lo posible, teniendo por ello una menor confianza en los profesionales y el sistema sanitario (Begley, et al., 2018).

Estas consecuencias en muchas ocasiones menoscaban la confianza de las mujeres en el sistema sanitario, reforzando las desigualdades en el acceso y en el derecho a la salud y generando, por ello, una mayor desconfianza hacia los profesionales. Se debe tener en consideración que estas consecuencias no solo van a repercutir sobre la mujer, sino que estas pueden tener consecuencias indirectas en el núcleo familiar y cercano de las mujeres, afectando al bienestar de todo el entorno (Rubio Flor, 2023). Lo que muestra la necesidad de entender el fenómeno de la violencia obstétrica y sus efectos, desde el modelo sistémico.

Por otro lado, también se ha evidenciado que, a largo plazo, los niños cuyas madres han padecido violencia obstétrica “tienen el doble de probabilidades de desarrollar trastornos del comportamiento, ansiedad, depresión, déficits de concentración y un bajo rendimiento en materias escolares” (Paiz, et al., 2022, p. 2). Así, los menores también pueden verse afectados socialmente a largo plazo por estas prácticas violentas.

2. Embarazo, parto y posparto: buenas prácticas y atención centrada en la mujer

El embarazo, parto y posparto son un proceso biológico y fisiológico que se da de forma única en cada mujer, siendo el parto uno de los momentos más importantes. Es relevante entender qué es considerado un parto normal. Sin embargo, “definir el parto normal comporta alguna dificultad, si se valora que el concepto de normalidad en el parto no está estandarizado” (Borges Damas et al., 2018, p.5), implicando que no existe un criterio universal. Esto es resultado de diversos factores, desde el contexto cultural, social y sanitario al igual que de la concepción individual de cada profesional.

A pesar de la dificultad para establecer una definición única, cabe destacar la definición que ofrece la Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME), en el Consenso Iniciativa Parto Normal publicado en 2007, que nos permite enmarcar este concepto. Lo define como un “proceso fisiológico, único con el que la mujer finaliza su gestación a

término, en el que están implicados factores psicológicos y socioculturales y no implica más intervención que el apoyo integral y respetuoso del mismo” (Borges Damas et al., 2018, p.5-6). Es decir, el parto normal se entiende como un proceso que va más allá de lo meramente biológico, teniendo en cuenta los factores que le rodean, resaltando que la intervención por parte del equipo sanitario debe ser de apoyo y desde el respeto.

Por otro lado, también surge la definición de parto respetado o humanizado, que es relevante dada la naturaleza del trabajo. Este concepto es un modo de atender el proceso de parto, poniendo el foco en la voluntad de la mujer y respetando sus tiempos fisiológicos. Supone un modelo de atención sanitaria en el que la mujer es situada en el centro del proceso. Es por ello que se pretende crear un espacio en el que la mujer no sea un mero sujeto pasivo del proceso, favoreciendo activamente su participación. Por lo tanto, para que se den partos respetados, es fundamental un cambio en el sistema sanitario y en la actitud de los profesionales que los componen (Borges Damas et al., 2018).

Este concepto no se limita a respetar los tiempos fisiológicos de cada mujer en el trabajo de parto, sino que incorpora a su vez elementos relacionados con la autonomía, la información y la participación de la mujer en la toma de decisiones sobre el recién nacido y sobre ella misma. A su vez, cabe destacar que la humanización del parto es un concepto complejo, que debe definirse teniendo en cuenta características tanto a nivel técnico, como a nivel ético y actitudinal (Biurrun Garrido y Goberna Tricas, 2013).

Es necesario mencionar que la humanización del parto implica adoptar “una visión holística del proceso de gestación que involucra el embarazo, el parto y el nacimiento, donde se respeta la fisiología de dicho proceso” (Crespo Antepará et al., 2018, p.353). Es por ello que este concepto no se debe delimitar al momento del trabajo de parto de forma exclusiva, sino que supone ver a la mujer como la protagonista del proceso de gestación y nacimiento, teniendo un papel activo en la toma de decisiones y disponiendo en todo momento de la información necesaria para ello. Haciendo que el parto y embarazo no solo sean entendidos como un proceso clínico, sino como una experiencia vital para la mujer a nivel individual y familiar.

Estas nuevas concepciones sobre el parto y proceso de gestación han generado, en las últimas décadas, “cierta polémica entre aquellas visiones tradicionales que contemplaban

una atención medicalizada del parto y un nuevo movimiento que defiende su humanización” (Biurrun Garrido y Goberna Tricas, 2013, p.63). Dentro de este debate se ha relacionado la deshumanización del parto con el incremento de la medicalización en la atención obstétrica, estos defienden que se ha desplazado la atención de la mujer resultado de la introducción de tecnología y protocolos. Sin embargo, también se expone que no es resultado directo de la tecnología, ya que “un parto no tecnificado, por sí solo, no es garantía de un parto humanizado” (Biurrun Garrido y Goberna Tricas, 2013, p.63). Es por ello que la humanización no pasa por eliminar la tecnología ni quitar el foco en el éxito clínico, sino en combinarlo con una atención respetuosa donde la mujer y sus necesidades sean una prioridad.

En relación con el concepto de parto respetado o humanizado, se debe señalar el modelo sanitario basado en la Atención Centrada en la Persona (ACP). Este no solo se aplica a obstetricia, sino al sistema sanitario en general. Está basado en que la atención sanitaria debe darse con la participación activa del usuario. Cabe destacar la definición que ofrece la Academia Nacional de Medicina de los Estados Unidos como “un cuidado planificado, manejado, entregado y mejorado de forma continua con la activa participación de los pacientes y su familia o cuidadores, de tal manera que integre las preferencias, valores y resultados clínicos deseados por el paciente” (Tavára Orozco, 2023, p.2).

Por otro lado, la Organización Mundial de la Salud plantea que la Atención Centrada en la Persona implica organizar los sistemas sanitarios en torno a las necesidades integrales de las personas, sus familias y comunidades, y no únicamente en función de las enfermedades que presentan (Tavára Orozco, 2023). En base a ambas definiciones, se entiende que este modelo conlleva tener en cuenta factores biológicos, como es el embarazo, pero también sociales, emocionales, psicológicos, culturales... Implica, por ende, contar con una visión general de la usuaria.

Aplicando este modelo a la atención perinatal, se entendería como ofrecer a la gestante una atención holística, en la que se tienen en cuenta las dimensiones físicas, emocionales y sociales de cada mujer, evitando fragmentar la atención en intervenciones aisladas. Además, la ACP implica adaptar las intervenciones a las necesidades individuales de cada caso asegurando una continuidad en los cuidados. Supone, por ende, ofrecer a la mujer una

atención humana, digna y basada en el respeto, en la que ella y sus necesidades durante todo el proceso son la prioridad (Tavára Orozco, 2023).

Partiendo de estos dos conceptos, parto humanizado y ACP, se debe poner de relieve la autonomía de la mujer. Para que esta pueda actuar con libertad, tomando decisiones es necesario garantizar el acceso a información clara, comprensible y suficiente, que permita a las mujeres conocer las opciones disponibles. Es decir, es imprescindible “facilitar adecuada información que permita a las mujeres ser protagonistas y tomar sus propias decisiones, de acuerdo con el principio bioético de autonomía” (Biurrun Garrido y Goberna Tricas, 2013, p.66).

La autonomía, sin embargo, no debe entenderse como una capacidad absoluta de la mujer en la toma de decisiones, ya que esta se encuentra condicionada por diversos factores que influyen en su capacidad real de decidir (Goberna Tricas, 2012). En base a esto se debe entender que “en realidad nuestra autonomía siempre tiene un punto de heteronomía, siempre estamos en parte condicionados por los demás y por el contexto social y cultural, pero a pesar de ello nos reconocemos como libres y autónomos; ello es lo que nos confiere dignidad” (Goberna Tricas, 2012, p.76).

Es por ello que, en la atención perinatal, y sobre todo en el proceso de parto que supone un momento de máxima vulnerabilidad, los profesionales deben hacer partícipe de las decisiones a la mujer, aun teniendo en cuenta los factores que influyen en sus decisiones y respetando sus decisiones. Las creencias culturales de profundo arraigo en las familias y las comunidades tienen un enorme impacto en la decisión de la mujer de buscar o no atención especializada durante el embarazo y el parto (Salazar Marzal, 2019). Es por ello necesario analizar de forma individual cada embarazo dentro del entorno cultural, social y familiar en el que se da. En base a esta perspectiva integral se entiende la necesidad de introducir el papel del acompañamiento social y la intervención del Trabajo Social Sanitario, que, por las características propias de la profesión y disciplina, puede garantizar que la atención perinatal se desarrolle desde un enfoque holístico, más allá de lo clínico o biológico.

Además, se debe destacar el acompañamiento de los profesionales sanitarios durante el parto y la gestación. Estos “deben tener la capacidad de escuchar la voz de la mujer y hacer el esfuerzo de entender sus preferencias y preocupaciones, además de tener la capacidad de

proporcionarles ayuda y apoyo emocional” (Biurrun Garrido y Goberna Tricas, 2013, p.66). Generando un entorno de confianza y favoreciendo la autonomía y participación de la mujer. Todo ello es fundamental ya que “se debe conseguir su participación, permitiéndole expresar sus opiniones y preferencias, dar a conocer sus puntos de vista sobre las distintas maneras de tratar su parto y escuchar lo que tienen que decir” (Tavára Orozco, 2023, p.7). Este acompañamiento profesional no debe ser puntual, sino algo constante con la paciente durante todo el proceso de gestación, parto y posparto, lo que va a permitir la creación de ese clima de confianza anteriormente mencionado, dándose un ambiente de afecto, transparencia, acompañamiento y respeto (Biurrun Garrido y Goberna Tricas, 2012).

Además, dentro de las prácticas asociadas al parto humanizado, se han desarrollado diferentes alternativas que buscan favorecer la autonomía y la participación de la mujer en el proceso de nacimiento, en conjunto con la medicalización necesaria y el uso de tecnologías. Por lo que se plantean opciones como el parto vertical, en el cual la mujer puede estar de pie, de rodillas o agachada, obteniendo una mayor libertad en el momento del nacimiento (Crespo Antepara, 2018). Es por ello que es necesario que la mujer conozca la información necesaria para tomar decisiones sobre dónde (su casa o una clínica), cómo y con quién (pareja, hijos, madre, amigos, etc.) quiere dar a luz (Crespo Antepara, 2018). Esta autonomía y capacidad de elección no debe ser contraria a la medicalización necesaria para un parto exitoso a nivel clínico o al uso de tecnologías.

Por otro lado, en cuanto al acompañamiento en el embarazo, parto y posparto, va a ser fundamental en la percepción que la mujer va a adquirir sobre el proceso. Evidenciándose que el acompañamiento continuado de alguna persona cercana o familiar va a influir en gran medida en la satisfacción del parto de la madre e influye de forma positiva a nivel emocional y fisiológico. Sin embargo, al pasar el parto del entorno doméstico al ámbito hospitalario, este acompañamiento se ve influenciado por normas, límites y protocolos. Esto hace que en ocasiones las mujeres no puedan estar acompañadas como ellas desean. Es por ello que el entorno de la mujer y como es incluido debe considerarse como un elemento central y fundamental (Salazar Marzal, 2019).

En relación con el acompañamiento, cabe destacar cómo es incluida la figura del padre, pareja u otro progenitor del bebé en el proceso de embarazo, parto y posparto. Estudios muestran cómo “en el contexto español se aborda un número muy reducido de indicadores

que relacionan al padre con los servicios sanitarios, entre los que destaca su presencia en el parto, así como su concepción como figura auxiliar ajena a este proceso” (Maroto Navarro et al., 2009, p.268). Centrándose a nivel sanitario exclusivamente en la mujer, dándole al otro progenitor un espacio muy limitado o inexistente.

En resumen, para que la atención al embarazo, parto y posparto se dé desde un enfoque humanizado y centrado en la persona se debe reconocer a la mujer como protagonista activa del proceso, garantizando su autonomía, participación y acceso a información, entre otros. Para la aplicación de ambos conceptos es necesario no solo un cambio en la práctica clínica de los profesionales, sino también la inclusión de las dimensiones sociales, psicológicas, relacionales, familiares, emocionales y culturales de las usuarias.

3. Perspectiva de equidad e interseccionalidad

La interseccionalidad, que es una forma de discriminación múltiple, se refiere a personas que, por la combinación de dos o más factores, se incrementa la probabilidad de experimentar situaciones de discriminación (Expósito Molina, 2012). Se da la convergencia de diferentes estereotipos y prejuicios sobre una misma persona por distintas condiciones. Tener en cuenta esta perspectiva es clave en la violencia obstétrica, ya que las víctimas son mujeres, lo que por sí solo supone un factor de vulnerabilidad como resultado de la estructura social que discrimina por razones de género de forma sistemática.

La violencia obstétrica puede afectar a cualquier mujer, sin embargo, poseer determinadas características hace que sean más vulnerables a sufrir violencia durante el parto, embarazo o posparto. Es decir, esta discriminación se da ya no solo por factores de género, sino también por otros factores como puede ser por discapacidad, etnia, cultura... A continuación, se resaltarán algunas condiciones o factores que hacen más vulnerables a las mujeres a sufrir este tipo de violencia.

En primer lugar, cabe destacar a las mujeres con algún tipo de discapacidad, sea física o intelectual. Tal y como expone María del Pilar Gomiz (2016), las mujeres con discapacidad se ven discriminadas en su derecho a la sexualidad y maternidad. En función del tipo de discapacidad pueden surgir dos estereotipos: por un lado, como personas asexuadas o como promiscuas en cuanto a su sexualidad, lo que en ambos casos influye en su trato en el sistema sanitario. Además, se tiende a infantilizar la imagen de las mujeres con discapacidad,

viéndolas como personas a las que hay que cuidar y proteger, cuestionando el papel que ejercen como madres (Gomiz, 2016).

Los estereotipos que surgen al ser mujeres con discapacidad en el desarrollo de su maternidad enfrentan el rol de cuidadoras, por ser mujeres, y el rol de ser cuidadas, por tener discapacidad, lo que supone una discriminación constante. Esta no solo se da por el personal médico durante el parto o embarazo, sino también por todo su núcleo cercano durante todo el proceso del embarazo y posparto, e incluso durante el ejercicio de la maternidad. En el imaginario social, resultante de la estructura social patriarcal, se excluye en muchas ocasiones a las mujeres con discapacidad del derecho a ser madres y tener una vida sexual activa. Todo ello lleva a prácticas en el sistema de salud que cuestionan su capacidad para tener hijos, no les hacen partícipes de las decisiones e incluso proponen su esterilización (Gomiz, 2016).

Otro grupo que sufre una doble discriminación son las mujeres de diferentes etnias o culturas. Por ejemplo, el caso de las mujeres de etnia gitana, que por un lado sufren las discriminaciones propias de las mujeres y además pertenecen a un grupo socialmente excluido. A todo esto, hay que sumarle las desigualdades propias de esta etnia por razones de género. Todo esto también se traduce en el sistema sanitario.

Tal y como expone Elena Rodríguez (2018), en la intervención sanitaria con mujeres de etnia gitana se han identificado prácticas que suponen diferentes formas de violencia obstétrica como la segregación en los hospitales con habitaciones alejadas del resto, desinformación, lenguaje discriminatorio, aumento de tasas de cesárea y propuesta de ligaduras de trompas sin argumentos médicos y haciendo alusión a su etnia. Todo ello supone una clara discriminación no solo por el hecho de ser mujeres, sino por el hecho de ser mujeres gitanas, dejando ver un trasfondo etnocentrista. La etnia gitana, en este caso, supone solo una ejemplificación de la interseccionalidad y multifactorialidad en la que se da la violencia obstétrica, sin embargo, también podemos encontrar otros grupos étnicos y culturales minoritarios que se ven afectados.

Por otro lado, también cabe destacar a las mujeres internas en centros penitenciarios embarazadas. Estas son violentadas no solo en el trabajo de parto, sino también durante todo el proceso de embarazo por medio de prácticas físicas y psicológicas que suponen una

violencia directa contra la mujer. Según Pilar Jubany-Roig y Ester Massó Guijarro (2025), muchas de ellas relatan situaciones de violencia por omisión, sentimientos de soledad, no recibir controles médicos exhaustivos, traslados al hospital inadecuados y presencia policial en el momento del parto. Con todo esto, se puede entender que las mujeres internas en centros penitenciarios sufren una grave violación de sus derechos, no consiguiendo un parto digno y respetuoso (Jubany-Roig y Massó Guijarro, 2025).

Los supuestos anteriormente planteados, en los que se da una discriminación múltiple en la violencia obstétrica, son solo algunos ejemplos, ya que cabría destacar otras situaciones tales como: mujeres con problemas de salud mental, mujeres adolescentes embarazadas, mujeres con obesidad o personas no binarias gestantes, entre muchos otros supuestos. En todos ellos, las mujeres se encuentran en una situación donde se dan factores de vulnerabilidad que implican, en muchos casos, una asistencia desigual y discriminatoria en el embarazo, parto y posparto.

4. Rol del Trabajo Social Sanitario (TSS): detección, apoyo, coordinación

El Trabajo Social Sanitario constituye una especialización dentro del Trabajo Social que se desarrolla específicamente en el ámbito de la salud, donde adquiere un papel fundamental en la comprensión de los factores sociales que influyen en el proceso salud-enfermedad (Gijón Sánchez, 2019). Es decir, podría ser entendido como una rama propia del trabajo social, dedicada al ámbito sanitario.

En este sentido, se puede definir como “la actividad profesional que tiene por objeto la investigación de los factores psicosociales que inciden en el proceso salud-enfermedad, así como el tratamiento de los problemas psicosociales que aparecen con relación a las situaciones de enfermedad” (Abreu Velázquez, 2009, p. 2). A partir de esta definición, se entiende que el profesional que ejerce en salud no va a ofrecer una intervención únicamente asistencial, sino que deberá entender la realidad social del usuario, a la vez que comprender cómo esta está afectando al proceso de enfermedad en su entorno.

Los objetivos y la forma de desarrollar la intervención del Trabajador Social Sanitario son distintos a los de otros contextos, como los servicios sociales, el ámbito educativo o el judicial. Teniendo dentro del sistema sanitario un papel específico y concreto, que se ha ido consolidando más firmemente con el paso de los años. En sus orígenes, este era conocido

como trabajo social médico, y el sistema sanitario ya planteaba la necesidad de conocer el entorno en el que vivían las personas enfermas, entendiendo que la recuperación no dependía únicamente del tratamiento médico, sino también de las condiciones sociales en las que la persona debía continuar su vida tras el alta hospitalaria (Alfaro González y Carbonell, 2023; Colom Masfret, 2010).

En la actualidad, el Trabajo Social Sanitario se encuentra dentro de los distintos niveles del sistema sanitario, tanto en Atención Primaria como en atención hospitalaria, aunque a diferencia de otros profesionales (como enfermeros o psicólogos), los trabajadores sociales no son considerados personal sanitario. Independientemente del nivel de atención, su intervención se centra en analizar los efectos psicosociales derivados de la enfermedad y en integrar esta información junto con el diagnóstico médico, por medio de la elaboración de un diagnóstico social sanitario (Abreu Velázquez, 2009).

Dentro del sistema sanitario se puede diferenciar la atención hospitalaria y, por otro lado, la Atención Primaria. Esta segunda es fundamental para garantizar la continuidad de la atención a lo largo de la vida del paciente, esta comprende actividades en relación con la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la atención social, entre otras (Abreu Velázquez, 2009). Dentro de la Atención Primaria, el Trabajo Social Sanitario asume diferentes roles, entre los que cabe destacar intervenciones dirigidas a la promoción de la salud y la intervención comunitaria, coordinación sociosanitaria, ofrece atención psicosocial directa a usuarios y a sus familias y realiza valoraciones psicosociales (Abreu Velázquez, 2009). Por otro lado, la atención hospitalaria constituye el segundo nivel de atención del Sistema Sanitario Español, los usuarios pueden acceder por derivación de Atención Primaria o por los servicios de urgencia.

Centrándonos en la atención perinatal, la intervención del Trabajo Social Sanitario se va a desarrollar tanto en el ámbito hospitalario como en Atención Primaria, teniendo “una importancia fundamental durante el puerperio” (Rodríguez González, 2018, p.8). El trabajador social sanitario durante esta atención se encarga de identificar factores sociales que rodean el proceso de embarazo y de la articulación de recursos que permitan afrontar esta etapa con mayores garantías de bienestar. Por un lado, identifica factores de riesgo y situaciones de vulnerabilidad dentro del entorno de la madre, tanto a nivel familiar como individual, no limitándose a intervenir cuando estas dificultades ya se han manifestado, sino

también pretendiendo prevenir dificultades o situaciones de desprotección (Rodríguez González, 2018).

Durante la atención perinatal, el Trabajo Social Sanitario debe valorar distintos indicadores de riesgo psicosocial, entre los que destacan la gestación en edades extremas, las conductas adictivas o de consumo, las dificultades económicas, la violencia de género o las condiciones inadecuadas de vivienda, entre otros. La identificación de estos factores permite intervenir en situaciones concretas guiando la intervención profesional, pero a su vez si estos riesgos son identificados de manera temprana, permiten evitar la aparición o intensificación de problemas que puedan afectar al bienestar familiar en el futuro (Rodríguez González, 2018).

Además, el Trabajo Social Sanitario va a tener un papel fundamental en el acompañamiento a nivel familiar, ya que la intervención social permite abordar el proceso de adaptación del nuevo miembro al hogar y reducir posibles efectos negativos derivados de los cambios que implica esta nueva etapa vital (Rodríguez González, 2018).

Por otro lado, se pueden identificar diferentes objetivos propios de la intervención del Trabajo Social Sanitario en la atención en el embarazo, parto y posparto. En primer lugar, se puede destacar la identificación de fortalezas y dificultades, la mejora de los efectos derivados de situaciones psicosociales complejas, el apoyo en la creación de vínculos familiares saludables y la defensa de los derechos de las mujeres y sus familias dentro del sistema sanitario y comunitario. Cabe destacar situaciones específicas de intervención que requieren de atención social como son los embarazos de alto riesgo, el diagnóstico prenatal o el nacimiento de recién nacidos prematuros o con enfermedad. La intervención en cualquiera de estos contextos va a ir enfocada en anticipar las dificultades que puedan encontrar las familias, evitando posibles complicaciones (Rodríguez González, 2018).

A su vez, cabe destacar el apoyo social como un factor de protección, entendido como el “conjunto de recursos humanos y materiales con los que cuenta un individuo o una familia para poder superar una crisis” (Rodríguez González, 2018, p.9). Por ello, analizar la red de apoyo con la que cuenta la mujer gestante y fortalecerla es una de las tareas esenciales del Trabajo Social Sanitario.

Este profesional va a asumir la función de informar a la usuaria sobre los trámites administrativos tras el nacimiento del bebé, como el registro o la inclusión sanitaria, evitando posibles errores que puedan generar dificultades posteriores. También va a informar a la madre sobre posibles prestaciones asociadas a la maternidad y paternidad. Estas prestaciones pueden actuar como factores protectores, ya que facilitan la conciliación laboral. (Rodríguez González, 2018).

Además de la intervención directa con la mujer y su entorno, el Trabajo Social Sanitario desempeña un papel clave en la coordinación con otros profesionales y servicios. Esta coordinación interdisciplinar e interinstitucional constituye uno de los elementos fundamentales dentro del sistema sanitario, y concretamente en la atención perinatal (Rodríguez González, 2018)

Es por todo esto que el Trabajo Social Sanitario desempeña un papel fundamental en la detección de situaciones de vulnerabilidad, el acompañamiento social y la coordinación durante el embarazo, parto y posparto. Su intervención permite enmarcar la intervención clínica y a nivel biológico que ofrecen otros profesionales en el contexto social, relacional y cultural de la mujer, permitiendo ofrecer una intervención integral.

4. MARCO JURÍDICO Y DE DERECHOS EN LA PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA Y LA ATENCIÓN A LA SALUD REPRODUCTIVA

1. Marco internacional

En cuanto a la protección de la salud de las mujeres y, más concretamente, en obstetricia, en el marco internacional, se debe partir de la Declaración Universal de Derechos Humanos. En esta se reconoce el derecho de toda persona a la dignidad, además de a un nivel de vida adecuado que garantice la salud y la asistencia tanto médica como de servicios sociales necesarios (ONU, 1948). En el artículo 25.2 pone de manifiesto que “la maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales” (ONU, 1948, art. 25.2), siendo por ello un derecho para toda mujer esa atención desde el sistema sanitario.

A partir de ello, cabe destacar la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), en la que se recalca la importancia de la maternidad y cómo está en ningún caso puede suponer una causa de discriminación (ONU, 1979). La CEDAW no solo pone de manifiesto el acceso igualitario al sistema sanitario, sino que recoge medidas concretas para eliminar esta discriminación. En el artículo 12 establece que los Estados deben poner en marcha todas las medidas necesarias para poder asegurar a las mujeres el acceso a los servicios sanitarios en igualdad incluyendo servicios de planificación de la familia (ONU, 1979).

Todo ello fue desarrollado posteriormente por la Recomendación General nº 24 del Comité CEDAW, en la que se destaca la necesidad de garantizar servicios de maternidad seguros, accesibles y de calidad. Además, se destaca la importancia de que las mujeres puedan tomar decisiones informadas sobre su salud reproductiva, respetando su dignidad, intimidad y consentimiento informado (ONU, 1999).

Por otro lado, la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo reforzó el reconocimiento de los derechos reproductivos de la mujer, reconociendo a su vez su posición social de desventaja y por lo tanto la existencia de desigualdad. También se incluyó dentro de los derechos reproductivos, el acceso al nivel más elevado posible de salud sexual y reproductiva, y cómo esta atención debe ofrecerse sin discriminación, coacciones ni violencia (ONU, 1994).

La OMS afirma “que todas las mujeres tienen derecho a recibir el más alto nivel posible de cuidados en salud, incluyendo una atención digna y respetuosa durante el embarazo y el parto, así como el derecho a no sufrir discriminación ni violencia” (OMS, 2014, p. 1). Asimismo, este organismo advierte que el maltrato, la negligencia o la falta de respeto en la atención al parto pueden constituir una vulneración de derechos humanos fundamentales, haciendo que la atención respetuosa, o por lo menos no irrespetuosa y violenta durante el parto, sea un derecho básico para todas las mujeres.

Todo ello se ve ratificado en el Informe de la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, donde se expone cómo la violencia obstétrica puede afectar a otros derechos fundamentales como la vida, la autonomía o la integridad física, entre otros (Asamblea General de la ONU, 2019). El informe hace especial hincapié en el consentimiento

informado, conceptualizándolo como una garantía frente a la violencia y al abuso. Además, este hace hincapié en que para intervenir sobre esta problemática es necesario que los Estados intervengan sobre elementos estructurales más profundos, como “las desigualdades socioeconómicas, la falta de formación adecuada sobre derechos humanos de las mujeres, la insuficiencia de personal cualificado, la sobrecarga asistencial y las limitaciones presupuestarias que afectan a muchos servicios de maternidad” (ONU, 2019).

En resumen, por medio de todos estos instrumentos internacionales se puede entender que la violencia obstétrica es una vulneración de derechos humanos y reproductivos de las mujeres. Además, les atribuyen a los Estados y a los sistemas sanitarios la responsabilidad de garantizar una atención digna, segura, informada y centrada en la mujer. En este sentido, son también estos instrumentos los que permiten justificar las intervenciones integrales en el sistema sanitario, no orientadas a prevenir la violencia obstétrica, sino también a la intervención una vez esta ya se ha dado.

2. Marco europeo

Para enmarcar en Europa la protección de los derechos de las mujeres embarazadas y los derechos reproductivos es necesario en primer lugar destacar el Convenio Europeo de Derechos Humanos. Este no aborda de manera específica la atención sanitaria obstétrica, pero asienta las bases jurídicas para la protección de las mujeres. Cabe destacar el artículo 3, en el que se establece la prohibición de la tortura y de los tratos inhumanos o degradantes (Consejo de Europa, 1950). Por otro lado, el artículo 8 reconoce el derecho al respeto de la vida privada y familiar, lo que incluye la protección de la autonomía personal y la toma de decisiones relacionadas con la propia salud (Consejo de Europa, 1950). Aplicando estos artículos al ámbito sanitario obstétrico hace que las prácticas irrespetuosas vulneren derechos fundamentales de la mujer, así como su derecho a participar activamente en la toma de decisiones. Aplicándolos al caso de estudio, nos permiten entender que estas prácticas constituyen una vulneración de los derechos fundamentales de las mujeres.

En 1997 se redacta el Convenio de Oviedo, por medio del cual se pretende adoptar las medidas que garanticen la dignidad, derechos y libertades de las personas en el ámbito sanitario y biológico. Cabe destacar el artículo 11, que recoge la obligación de los Estados de garantizar el trato sin discriminación en el ámbito sanitario (Consejo de Europa, 1997). Por otro lado, también se expone que para realizar intervenciones sanitarias será necesario

contar con el previo consentimiento libre del usuario habiendo sido debidamente informado, además de recoger que “toda persona tendrá derecho a conocer toda la información obtenida respecto a su salud” (Consejo de Europa, 1997, art. 10). Todo ello es clave, ya que sienta las bases de la atención obstétrica respetuosa hacia las mujeres por medio de derechos como la autonomía, la obligación de informar al usuario y la protección de la dignidad humana. Con posterioridad es fundamental para el caso de estudio mencionar la Carta de Derechos fundamentales de la Unión Europea (2012), donde se proclaman y reconocen distintos derechos y libertades. En esta se refuerza la protección de la dignidad humana y el consentimiento libre e informado en el ámbito sanitario. Además, recoge principios fundamentales para garantizar una atención obstétrica respetuosa, como son la igualdad y la no discriminación (Unión Europea, 2012).

Siendo especialmente relevante el artículo 35 que establece que “toda persona tiene derecho a la prevención sanitaria y a beneficiarse de la atención sanitaria en las condiciones establecidas por las legislaciones y prácticas nacionales”, debiéndose garantizar un nivel de protección alto de la salud humana (Unión Europea, 2012). Este artículo asienta las bases de una atención de calidad y la aplicación de modelos preventivos en el ámbito clínico en general, pudiendo por tanto ser aplicados en la atención al embarazo.

Una vez asentados los derechos generales a nivel europeo, cabe destacar el conocido como Convenio de Estambul o Convenio del Consejo de Europa sobre prevención y lucha contra la violencia contra la mujer y la violencia doméstica (2011). En este se reconoce la violencia contra la mujer como una manifestación de desigualdades estructurales y pone de manifiesto la obligación de desarrollar medidas destinadas a prevenirla y combatirla (Consejo de Europa, 2011).

Cabe destacar el artículo 3, que ofrece varias definiciones que permiten enmarcar la problemática. En primer lugar, define la violencia contra la mujer como aquella que supone “una violación de los derechos humanos y una forma de discriminación contra las mujeres, y se designarán todos los actos de violencia basados en el género que implican o pueden implicar para las mujeres daños o sufrimientos de naturaleza física, sexual, psicológica o económica, incluidas las amenazas de realizar dichos actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, en la vida pública o privada”(Consejo de Europa, 2011). Es por ello

que la violencia obstétrica se puede enmarcar dentro de esta definición, al suponer una violación de derechos fundamentales de las mujeres en la atención sanitaria.

Por último, a nivel europeo es necesario destacar la Resolución 2306 de la Asamblea Parlamentaria centrada específicamente en la violencia obstétrica y ginecológica. En este documento se expone que es un tipo de violencia que ha estado oculto y que aún hoy en día es ignorado. La Asamblea por medio del documento reafirma su “compromiso de promover la igualdad de género en todos los ámbitos, lo que permitirá prevenir y combatir todas las formas de violencia contra las mujeres, incluida la violencia obstétrica y ginecológica” (Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa, 2019). En este, también se insta a los miembros del Consejo de Europa a adoptar determinadas medidas como la prevención de la discriminación en el ámbito sanitario, la sensibilización sobre violencia obstétrica y ginecológica y el respeto de la dignidad en el parto, entre otros (Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa, 2019).

El marco europeo en su conjunto pone de manifiesto la protección de la mujer, su dignidad y su autonomía en el ámbito sanitario, haciendo especial hincapié en la igualdad y la no discriminación. Además, responsabiliza a los sistemas sanitarios para prevenir prácticas irrespetuosas y ofrecer respuestas cuando estas se den. Es por ello que se puede justificar la necesidad de intervención a nivel preventivo, para la detección y para el tratamiento y acompañamiento posterior.

3. Marco nacional: Sistema Nacional de Salud

En primer lugar, para enmarcar la violencia obstétrica a nivel nacional, se debe partir de determinados preceptos de la Constitución Española (CE) que nos permiten entender el contexto en su globalidad. Cabe mencionar el artículo 43 (CE, 1978) por el cual se reconoce el derecho a la salud, a la vez que se asigna a los poderes públicos su competencia a nivel asistencial y preventivo. Este precepto es el más relevante en este ámbito al determinar el derecho de la mujer a acceder al sistema de salud. Sin embargo, también cabe mencionar el artículo 10 (CE, 1978), al hacer referencia a la dignidad humana. También se deben mencionar los artículos 14 y 15 (CE, 1978), por los que se reconocen el derecho a la igualdad y el derecho a la vida y a la integridad física y moral. Es por todo ello que la CE genera un marco general y, por tanto, sin ser específica con respecto a la temática, enmarca la problemática de la violencia obstétrica.

Es por ello que se debe mencionar normativa más específica como la Ley 14/1986 (1986) conocida como la Ley General de Sanidad, por medio de la cual se establece la obligación de los poderes públicos de informar a las usuarias de los servicios sanitarios, de sus deberes y derechos (Ley 14/1986, 1986, art.9), y pone de manifiesto una serie de derechos relevantes en el ámbito de la violencia obstétrica. En cuanto a estos, se debe hacer especial hincapié en el respeto de la dignidad humana e intimidad, el derecho a la información, a la confidencialidad y a la igualdad (Ley 14/1986, 1986, art.10). Estos son especialmente relevantes para esta temática ya que al vulnerarse generan situaciones de violencia obstétrica.

Se debe mencionar la Ley 41/2002 (2002) la cual se centra en los derechos y obligaciones de pacientes, profesionales e instituciones del ámbito sanitario. En esta se recogen una serie de principios en su artículo 2 (Ley 41/2002, 2002), como la dignidad humana, la autonomía, la intimidad, el consentimiento informado de los pacientes para las intervenciones, la libre elección, entre otros principios. Por otro lado, también se recoge el derecho a la información asistencial y el consentimiento informado (Ley 41/2002, 2002). Esta normativa recoge que es necesario el consentimiento libre y voluntario del usuario tras recibir la información en la forma adecuada.

Además, en el ámbito nacional, se debe destacar a su vez la Ley 33/2011 (2011), la cual incorpora principios y garantías adicionales en materia de salud pública. A su vez, la relevancia de esta ley para el caso de estudio emana de que tiene la finalidad de crear las “bases para que la población alcance y mantenga el mayor nivel de salud posible a través de las políticas, proyectos, servicios, y en general actuaciones de toda índole...” (Ley 33/2011, 2011, art.1), incluyendo por tanto factores sociales en la salud y la sanidad.

Por otro lado, más allá de la legislación centrada en el sistema sanitario es relevante la Ley Orgánica 1/2023 (2023) cuyo fin es “garantizar los derechos fundamentales en el ámbito de la salud sexual y de la salud reproductiva.... Asimismo, se dirige a prevenir y a dar respuesta a todas las manifestaciones de la violencia contra las mujeres en el ámbito reproductivo”. Es por ello que al tratar la violencia obstétrica es relevante esta ley centrada en la salud sexual y reproductiva y en la prevención de la violencia contra las mujeres en el ámbito reproductivo. Es por ello que es relevante mencionar el artículo 2 (Ley Orgánica 1/2023, 2023) de dicha normativa donde se recogen distintas definiciones que nos permiten obtener

una visión general de que se entiende a nivel legal por violencia y por intervenciones adecuadas en el ámbito reproductivo. En primer lugar, se define intervenciones ginecológicas y obstétricas adecuadas como “aquellas que promueven y protegen la salud física y psíquica de las mujeres en el marco de la atención a la salud sexual y reproductiva, en particular, evitando las intervenciones innecesarias” (Ley Orgánica 1/2023, 2023, art.2). Por otro lado, también es relevante destacar la definición que ofrece de violencia contra las mujeres en el ámbito reproductivo, al determinarla como “todo acto basado en la discriminación por motivos de género que atente contra la integridad o la libre elección de las mujeres en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, su libre decisión sobre la maternidad, su espaciamiento y oportunidad” (Ley Orgánica 1/2023, 2023, art.2).

Por otro lado, esta normativa garantiza una atención integral con la más alta calidad durante el embarazo, parto y posparto, con un enfoque antidiscriminatorio e interseccional (Ley Orgánica 1/2023, 2023, art.7 bis). Además, también se recoge la garantía de información sobre los derechos de las mujeres y las prestaciones durante todo el proceso de gestación y posparto y establece como derecho “la provisión de asistencia, apoyo emocional y acompañamiento de la salud mental a las mujeres que lo requieran durante el postparto o en el caso de muerte perinatal” (Ley Orgánica 1/2023, 2023, art.7 bis).

Más allá de la legislación para contextualizar la violencia obstétrica a nivel nacional, es necesario mencionar el Plan de Parto establecido a nivel nacional. El Plan de Parto “es un documento en el que la mujer puede expresar sus preferencias, necesidades, deseos y expectativas sobre el proceso de parto y nacimiento” (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, s. f., p. 3), todo ello por medio de unas preguntas recogidas en este documento que serán modificables en cualquier momento, no teniendo la mujer la obligación de rellenarlo y suponiendo, por ende, su realización una recomendación. Este documento permite que las mujeres expresen sus preferencias, necesidades y expectativas en el momento de parto.

En conclusión, a nivel nacional, podemos ver cómo la violencia obstétrica sí que ha sido abordada por medio de normativa que reconoce y protege los derechos de las mujeres durante el proceso de embarazo. Garantizando intervenciones que respeten la dignidad, la igualdad y haciendo hincapié en la autonomía, información y consentimiento informado desde un enfoque integral.

5. METODOLOGÍA

El presente trabajo se basa en la creación de un diseño de proyecto de intervención fundamentado en una revisión bibliográfica, documental y normativa. Se ha considerado el enfoque óptimo, ya que permite construir una propuesta práctica sustentada en evidencia teórica y normativa.

Para la elaboración del marco teórico, el diagnóstico de necesidades y la posterior propuesta de intervención se han consultado diversas fuentes. En primer lugar, artículos académicos procedentes de distintas fuentes como revistas y artículos científicos en salud, trabajo social, obstetricia y género, obtenidos a través de bases de datos como Dialnet, Scopus y Google Scholar. Para la búsqueda bibliográfica se utilizaron términos como violencia obstétrica, Trabajo Social Sanitario, parto humanizado, atención perinatal, daño social, posparto y derechos reproductivos, priorizando publicaciones académicas, documentos institucionales y normativa relacionada con el objeto de estudio. Por medio de estos artículos se ha podido definir y conceptualizar la violencia obstétrica, identificando sus manifestaciones, analizar las consecuencias de esta violencia, identificar factores que incrementan la vulnerabilidad de determinadas mujeres frente a esta problemática, revisar las buenas prácticas en la atención al embarazo, parto y posparto, y examinar el rol del Trabajo Social Sanitario en la detección, acompañamiento e intervención.

Además, a su vez se ha realizado una revisión de informes institucionales de organismos nacionales e internacionales, incluyendo documentos de la OMS, ONU, el Ministerio de Sanidad y la CEDAW, entre otros. En cuanto al análisis normativo se ha realizado a nivel internacional, europeo y nacional. Este permite que la intervención se contextualice, entendiendo cómo se recoge la violencia obstétrica en el marco jurídico y qué derechos tienen las mujeres. También muestra la necesidad de ofrecer una respuesta institucional ante una violencia que es generada dentro del sistema resultado de las desigualdades y de la propia estructura social.

En base a la información extraída de los distintos documentos se pone de manifiesto que la violencia obstétrica supone una vulneración de derechos hacia la mujer y que genera graves consecuencias no solo a nivel físico o psicológico, sino también a nivel social. Esta revisión permite entender que las consecuencias de la violencia obstétrica impactan en las mujeres, en sus relaciones, su entorno, su red de apoyo y participación social. Entre las principales

necesidades cabe destacar el sentimiento de soledad y aislamiento social, el deterioro de las relaciones familiares y de pareja, la pérdida de confianza en el sistema sanitario, la necesidad de validación de la experiencia vivida y la ausencia de espacios específicos de acompañamiento social durante el posparto. En base a estas necesidades detectadas y junto con que la legislación española vigente reconoce la atención psicosocial como un derecho se asienta la propuesta de esta intervención. A partir de estas necesidades detectadas se diseña el proyecto de intervención propuesto con el fin de paliar las consecuencias sociales de esta problemática.

Este proyecto por tanto se ha orientado al acompañamiento de mujeres que han experimentado violencia obstétrica, la detección de necesidades sociales, familiares y relacionales derivadas de esta experiencia, la reconstrucción de redes de apoyo mediante intervención individual y grupal y la derivación a otros recursos sanitarios, sociales o jurídicos cuando la situación lo requiera. Se opta por implementar la intervención dentro de la Atención Primaria debido a determinadas características tales como su proximidad en la atención y la capacidad de coordinación interprofesional.

6. PROYECTO

1. Naturaleza y nombre

El presente proyecto de intervención, denominado Proyecto “Cuidar después: acompañamiento social y reparación psicosocial tras situaciones de violencia obstétrica”, se plantea como una propuesta de intervención sociosanitaria desde el ámbito del Trabajo Social Sanitario. Este nombre hace referencia a la necesidad de ofrecer acompañamiento social una vez finalizado el proceso clínico del embarazo y el parto, especialmente cuando la mujer ha vivido una experiencia de violencia obstétrica. Bajo este nombre se recoge una propuesta de intervención desde Atención Primaria orientada a reducir el daño social, fortalecer las redes de apoyo y favorecer la recuperación de la confianza en el sistema sanitario. Este se encuentra basado en un enfoque de prevención terciaria, lo que supone la reparación del daño social y las secuelas de esta experiencia. Esto quiere decir que se trata de una intervención de prevención terciaria dirigida a mujeres que ya han vivido una situación de violencia obstétrica, con el objetivo de reducir sus consecuencias sociales, familiares, relacionales y comunitarias.

La violencia, por norma general, se va a producir en el ámbito hospitalario durante el parto aun pudiéndose dar en otras etapas del embarazo. Sin embargo, no será hasta el posparto, es decir, cuando la mujer vuelva a su entorno, cuando estas consecuencias pueden ser detectadas a nivel psicosocial. Esto hace que el espacio más adecuado de intervención sea la Atención Primaria, permitiendo un seguimiento riguroso y la continuidad asistencial a medio plazo. La Atención Primaria reúne una serie de características que favorecen la intervención y en este caso el desarrollo del proyecto como por ejemplo la cercanía al estar en el propio entorno de la mujer, coordinación con otros profesionales y la detección de necesidades más allá del ámbito hospitalario centrado en el momento de parto.

Se considera óptimo que el proyecto sea implementado por la trabajadora social de los centros sanitarios, y sean estas profesionales quienes ofrezcan dentro de la Atención Primaria de Salud la atención e intervención con mujeres víctimas de violencia obstétrica, desde una perspectiva reparadora y centrada en la mujer, en coordinación con otros profesionales cuando lo fuera necesario. Sin embargo, es necesario hacer hincapié en que no se trata de una intervención psicológica ni clínica, sino una intervención social sanitaria.

Este proyecto está enfocado en mujeres que hayan sufrido situaciones que sean identificadas como violencia obstétrica por ellas mismas o por profesionales durante el embarazo, parto o posparto y que presenten consecuencias sociales, familiares, emocionales o relacionales derivadas de esta experiencia. Cabe mencionar que el posparto supone una etapa de importantes cambios físicos, emocionales, familiares y sociales para cualquier mujer, haya vivido o no un proceso de atención obstétrica y perinatal respetuosa. Sin embargo, cuando el parto o la atención perinatal se ha producido en un contexto de violencia obstétrica, estas consecuencias pueden ser mayores y más perjudiciales para la mujer y su entorno. Además, en ocasiones las mujeres no identifican estas prácticas como violentas en el momento inicial. Por otro lado, se debe destacar que la violencia impacta directamente en la mujer, sin embargo, su entorno familiar y relacional también se va a ver afectado.

Es por ello que la intervención de este proyecto se va a centrar en tres áreas sociales que se ven impactadas. En primer lugar, en el sentimiento de soledad que se puede generar como consecuencia de esta práctica violenta invisibilizada, que puede llevar al aislamiento social de las mujeres. Por otro lado, a raíz de esta violencia también se identifican consecuencias a nivel relacional tanto familiar, conyugal como con los menores. Y, por último, se abordará la pérdida de confianza hacia el sistema sanitario que puede generarse a raíz de estas prácticas violentas. Asimismo, se buscará favorecer que las mujeres establezcan relaciones positivas con su entorno social y familiar que se pudieran haber visto afectadas.

Por otro lado, el proyecto también partirá de una perspectiva integral e interseccional, teniendo en cuenta otros factores que pueden rodear a la mujer y que pueden haber influido tanto en su experiencia del parto como del posparto y de la propia violencia obstétrica, como pueden ser situaciones de migración, vulnerabilidad social, ausencia de red de apoyo o situaciones de violencia de género, entre otras.

Por último, cabe destacar que la naturaleza de este proyecto está centrada en ofrecer una atención reparadora desde el ámbito social y comunitario. Es por todo ello que la intervención se enfoca desde el acompañamiento social, ofreciendo un espacio de apoyo, información y validación. Buscando en última instancia conseguir que esas experiencias de violencia impacten de la menor forma posible en el ámbito relacional de la madre y en su relación con el sistema sanitario.

2. Contextualización

El proyecto se realizaría en la práctica dentro de centros de salud pertenecientes al Sistema Nacional de Salud. La elección de este contexto se debe a que la Atención Primaria constituye el recurso sanitario más cercano a la comunidad y el espacio desde el cual puede realizarse un seguimiento continuado de las mujeres tras el parto, además de permitir una mejor continuidad asistencial. Sin embargo, aunque la implementación se realizará únicamente en un centro de salud se aglutinarán casos de otros centros de salud cercanos, centros de salud mental y otros recursos comunitarios, posibilitando así la creación de grupos con números de intervención suficiente, debido a la infradetección de casos.

El proyecto sería desarrollado principalmente por la trabajadora social sanitaria del centro de salud, quien actuaría como profesional de referencia durante la intervención. Sin embargo, la trabajadora social que intervenga con las mujeres trabajará en coordinación con la matrona, médico/a de familia, psicólogas y centros de servicios sociales, en el caso de que proceda. De esta manera, la intervención adquiere una atención integral, poniendo el foco en las consecuencias sociales y permitiendo el correcto tratamiento o intervención de otras consecuencias, situaciones o necesidades de la mujer.

La puerta de entrada de las usuarias podrá ser variada, desde que sean derivadas por el hospital, o por los médicos de Atención Primaria (pediatras o de la propia mujer), al igual que sean derivadas por los centros de Servicios Sociales o por los Centros de Salud Mental. Es por ello que se ofrecerá información a estos profesionales, además de las matronas, con el fin de que puedan derivar a usuarias en el caso de detectar violencia obstétrica. Para que estas derivaciones se realicen adecuadamente, se pondrá a disposición de los distintos profesionales información específica sobre el proyecto, sus objetivos, criterios de inclusión y procedimiento de derivación. Además, también se pondrán carteles sobre el proyecto en diferentes centros hospitalarios en el área de obstetricia y en los centros de salud de Atención Primaria, con el fin de que las propias usuarias puedan recurrir al proyecto sin necesidad de ser derivadas.

Por todo ello, la Atención Primaria de Salud se considera el espacio óptimo para la implementación del proyecto, no solo por la cercanía y la continuidad asistencial, sino también por el carácter reparador del proyecto, la necesaria coordinación con otros profesionales y la necesidad de adaptación a las necesidades de cada mujer. Además, cabe

destacar que el proyecto consistirá en una intervención desarrollada a lo largo de un plazo temporal aproximado de 6 semanas (la primera intervención no tiene por qué ser inmediatamente anterior a las 5 siguientes), estructurada mediante una primera sesión individual de valoración y acogida junto con la trabajadora social sanitaria y cinco sesiones grupales posteriores (en 5 semanas consecutivas). Los grupos estarán compuestos por un mínimo de seis mujeres y un máximo de nueve participantes, al considerarse este un número adecuado para favorecer la creación de un espacio seguro, cercano y de confianza.

Cada una de las sesiones de intervención grupal tendrá una periodicidad semanal y una duración aproximada de una hora cada una. Sin embargo, tanto la primera sesión grupal de acogida, como la última sesión orientada al cierre y evaluación final, tendrán una duración estimada de cuarenta y cinco minutos, pudiendo adaptarse en función de las necesidades de cada grupo.

3. Aportación específica del Trabajo Social Sanitario al proyecto

La intervención propuesta se fundamenta en la aportación específica del Trabajo Social Sanitario, cuya función no se limita a la atención asistencial, sino que incorpora una valoración integral de los factores sociales, familiares, relacionales y comunitarios que influyen en el bienestar de la mujer durante el posparto. En este proyecto, la trabajadora social sanitaria será la profesional responsable de realizar la valoración social inicial, identificar necesidades y factores de vulnerabilidad, analizar la red de apoyo, coordinarse con otros profesionales sanitarios y sociales, orientar sobre recursos y derechos, acompañar el proceso grupal y derivar a otros dispositivos cuando la situación lo requiera.

Desde esta disciplina se aborda la violencia obstétrica no únicamente como una experiencia que puede generar malestar emocional, sino también como una situación con repercusiones en las relaciones familiares, las redes de apoyo, la participación social, la confianza en el sistema sanitario y el acceso a recursos. De este modo, el proyecto no sustituye la intervención médica, psicológica o jurídica, sino que la complementa desde una mirada social y sociosanitaria, centrada en la mujer, su entorno y sus condiciones de vida.

4. Usuarias y destinatarios indirectos

Las destinatarias directas del proyecto serán mujeres que se encuentren en periodo posparto, estableciendo como marco temporal desde el alta hospitalaria hasta los doce meses posteriores al parto. También deberán ser mujeres que hayan experimentado situaciones compatibles con violencia obstétrica durante el embarazo, parto o posparto, que presenten consecuencias sociales, familiares, emocionales o relacionales, pudiendo coexistir con otras consecuencias tanto físicas como psicológicas.

Además, se tendrá una especial atención a mujeres que presenten factores de vulnerabilidad social que puedan aumentar el impacto de la violencia obstétrica o dificultar su recuperación posterior. Entre estas, se tendrá especialmente en cuenta situaciones de soledad o aislamiento social, situaciones de vulnerabilidad económica, indicadores de violencia de género, ausencia de red de apoyo familiar o cualquier otra circunstancia social que pueda influir tanto en la experiencia del parto como en las consecuencias posteriores del mismo.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Haber experimentado situaciones compatibles con violencia obstétrica
- Presentar necesidades sociales, familiares o relacionales derivadas de la experiencia, pudiendo coexistir con consecuencias físicas o psicológicas.
- Mujeres en periodo posparto en los 12 primeros meses tras el parto.
- Mujeres que acepten voluntariamente participar en el proyecto grupal de acompañamiento.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Situaciones de descompensación psiquiátrica grave que requieran intervención especializada urgente.
- Mujeres fuera del periodo posparto establecido.
- Mujeres en las que se detecte una vivencia de violencia obstétrica sin consecuencias abordables desde el ámbito social.
- Situaciones de violencia activa o riesgo grave que requieran otro circuito prioritario.
- Casos en los que no se pueda garantizar la seguridad emocional mínima de la participante o del grupo.
- Mujeres que no deseen participar en el formato grupal del proyecto.

Además, debe tomarse en consideración que la violencia obstétrica no afecta únicamente a la mujer de forma individual, sino también a su entorno más cercano, y más concretamente a su núcleo familiar. Por ello, aunque las mujeres serán las destinatarias directas de la intervención, también se considerarán destinatarios indirectos las parejas, los hijos y otros familiares cercanos, ya que las consecuencias sociales que se abordan en el proyecto derivadas de esta experiencia pueden repercutir en las dinámicas familiares, las relaciones conyugales y el vínculo maternofilial durante el posparto. Es decir, en muchas ocasiones, las situaciones de malestar emocional, aislamiento social, sentimientos de culpa, inseguridad o pérdida de confianza en los servicios sanitarios derivados de la violencia afectan tanto a la madre como individuo, como a toda la familia y entorno. Por lo que la intervención con la madre impactará a su vez en su círculo social.

En resumen, las destinatarias directas serán mujeres que han sufrido o han identificado haber sufrido violencia obstétrica durante el embarazo, parto y posparto y presenten consecuencias a nivel social de cualquier tipo. Mientras que los destinatarios indirectos serán bebés, parejas, familias y red de apoyo cercana.

5. Objetivos

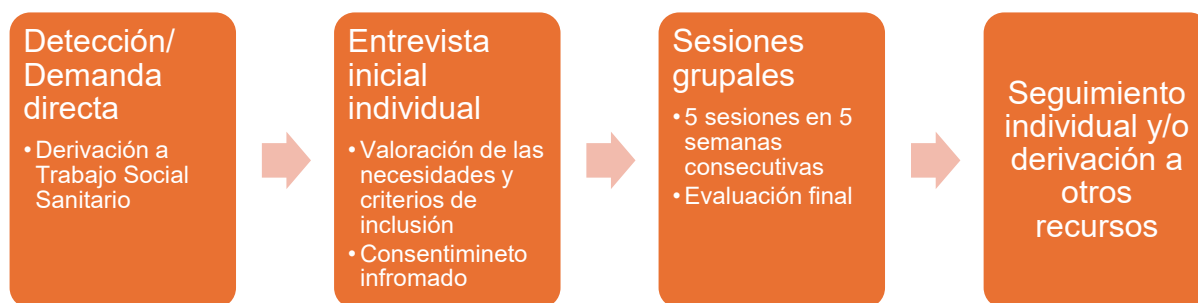
5.1 General

Diseñar un proyecto de intervención desde Trabajo Social Sanitario con el fin de acompañar y ofrecer una atención reparadora a nivel psicosocial a mujeres que han sufrido violencia obstétrica, contribuyendo a reducir el daño social derivado de esta experiencia.

5.2 Específicos

- Identificar las necesidades sociales, familiares y relacionales de mujeres que hayan sufrido situaciones de violencia obstétrica
- Favorecer la reconstrucción de la confianza en el sistema sanitario, promoviendo una experiencia posterior centrada en la mujer, en donde ellas adquieren el protagonismo y ofreciéndoles acompañamiento en el proceso de posparto.
- Reducir el daño social a nivel individual y el impacto a nivel familiar derivado de la violencia obstétrica, priorizando el bienestar de la mujer.
- Favorecer la reducción del sentimiento de soledad de las mujeres, por medio de la intervención grupal, fomentando la creación de vínculos informales de ayuda mutua en la maternidad.

6. Circuito de entrada e intervención



El acceso al proyecto podrá realizarse a través de diferentes vías de entrada. Las mujeres podrán ser derivadas por profesionales como matrona, medicina de familia, pediatría, ginecología, hospital, salud mental o servicios sociales. También se permitirá el acceso mediante demanda directa de la propia mujer. Una vez detectada una posible situación de violencia obstétrica, la trabajadora social sanitaria realizará una entrevista individual inicial con el objetivo de conocer la situación de la mujer, valorar sus necesidades y comprobar el cumplimiento de los criterios de inclusión y exclusión establecidos para el proyecto. Tras esta valoración, y siempre que exista aceptación voluntaria de la participante, se procederá a la firma del consentimiento informado. Posteriormente comenzará la intervención grupal que consta de 5 sesiones, realizándose en la última de ellas la evaluación final del proyecto. Además, cuando se considere necesario, se realizará seguimiento individual o derivación a otros recursos sanitarios, psicológicos o sociales que permitan dar continuidad a la atención.

7. Cronograma

| SEMANA | ACTIVIDAD | DURACIÓN ESTIMADA | PROFESIONAL |
|------------------|--|--------------------------|--|
| 1 | Entrevista individual | 60 minutos | Trabajadora social del centro de salud |
| 2 | Sesión grupal de acogida | 45 minutos | Trabajadora social del centro de salud |
| 3 | Sesión grupal dedicada a las relaciones familiares y sociales | 60 minutos | Trabajadora social del centro de salud |
| 4 | Sesión grupal dedicada al sentimiento de soledad y el aislamiento social | 60 minutos | Trabajadora social del centro de salud |
| 5 | Sesión grupal dedicada al sistema sanitario | 60 minutos | Trabajadora social del centro de salud |
| 6 | Sesión grupal de cierre y evaluación | 45 minutos | Trabajadora social del centro de salud |
| 10 y posteriores | Seguimiento y derivación, si es necesario | 30 minutos | Trabajadora social del centro de salud |

8. Actividades

| SESIÓN | OBJETIVO | CONTENIDO | DINÁMICA Y MATERIALES |
|---|--|--|---|
| Sesión 0: Entrevista individual. | Valorar la situación de partida, necesidades, expectativas e idoneidad de la intervención. | Experiencia de violencia obstétrica, consecuencias a nivel social, familiar y relacional, situación actual, redes de apoyo, factores de vulnerabilidad y expectativas. | Entrevista semiestructurada individual. Sería necesario el guion de la entrevista inicial y el consentimiento informado impreso u online. |
| Sesión 1: Acogida y creación de espacio seguro. | Presentar el proyecto, acordar normas, favorecer la confianza y reducir el sentimiento de aislamiento. | Presentación del proyecto, normas de funcionamiento del grupo y de participación, expectativas de las participantes, presentación de las participantes y creación de espacio seguro. | Elaboración conjunta de normas y ronda inicial de presentación de las usuarias. No se necesitarían materiales, más allá del espacio, la profesional y un ordenador. |
| Sesión 2: Impacto social y familiar de la violencia obstétrica. | Identificar cómo la experiencia de violencia obstétrica ha afectado a las relaciones familiares, de pareja y sociales de las usuarias. | Consecuencias relacionales de la violencia, comunicación familiar, apoyos recibidos y dificultades en el entorno cercano. | Dinámica participativa por medio de identificación de los apoyos, dificultades relacionales y necesidades no cubiertas. Serían necesarios los post-it como material concreto para esta sesión, además del espacio, la profesional y un ordenador. |
| Sesión 3: Soledad y aislamiento social tras la violencia obstétrica. | Identificar y abordar los sentimientos de soledad y situaciones de aislamiento social y reconstruir o fortalecer redes de apoyo y trabajar la petición de ayuda. | Invisibilización social de la violencia obstétrica, sentimiento de culpa, invalidación, aislamiento social y necesidades no cubiertas. | Reflexión grupal guiada a partir de frases significativas y preguntas orientadas a identificar apoyos y necesidades. No se necesitarían materiales, más allá del espacio, la profesional y un ordenador. |
| Sesión 4: Relación con el sistema sanitario. | Trabajar la pérdida de confianza en el sistema sanitario, ofrecer información básica sobre derechos, recursos y posibles vías de orientación o derivación. | Consecuencias de la violencia obstétrica en la relación con el sistema sanitario, derechos de los pacientes y estrategias de comunicación con profesionales. | Dinámica de reflexión grupal guiada basada en resolución de casos ficticios. No se necesitarían materiales, más allá del espacio, la profesional y un ordenador. |
| Sesión 5: Cierre y evaluación. | Valorar el proceso, identificar avances y recoger la evaluación final. | Aprendizajes obtenidos, cambios percibidos, recursos personales identificados y evaluación de la intervención. | Reflexión individual y grupal guiada y evaluación final. Sería necesario un folio para cada mujer y la encuesta de evaluación final, además del espacio, la profesional y un ordenador. |
| Sesión 6: Seguimiento posterior y posible derivación. | Realizar una entrevista individual de seguimiento para valorar evolución, necesidades y posibles derivaciones. | Ofrecer apoyo a las participantes que lo requieran tras la intervención e identificar necesidades que requieran de derivación. | Entrevista individual y derivación. Sería necesaria la profesional, es despacho o un teléfono móvil y la guía de evaluación. |

Se propone combinar una intervención individual y grupal, con el fin último de que las mujeres puedan reducir el sentimiento de soledad y puedan generar redes informales que les ayuden a reducir el impacto de dicha experiencia vital. En primer lugar, se realizará la intervención individual por medio de una entrevista semiestructurada con la mujer para comprobar que su inclusión al grupo es óptima. Por otro lado, la intervención grupal tendrá como finalidad favorecer el intercambio de experiencias entre mujeres, promoviendo la validación emocional, el apoyo mutuo y el sentimiento de acompañamiento. Además, en las actividades también se pondrá el foco en minimizar el impacto social de las consecuencias sociales generadas.

Como ya se ha especificado anteriormente, la intervención comenzará desde la derivación de la mujer a la trabajadora social sanitaria del centro de salud, pudiendo producirse esta derivación desde distintos profesionales y recursos previamente establecidos dentro del contexto. Una vez realizada esta derivación se iniciará con el primer eje de actuación, centrado en una sesión individual de valoración y acogida realizada por la trabajadora social sanitaria. Posteriormente el eje de actuación girará en torno a 5 sesiones grupales. Cabe destacar que una vez estas finalicen, la trabajadora social podrá realizar un acompañamiento individual si es necesario y un seguimiento posterior o derivar a la mujer al recurso que sea pertinente.

PRIMER EJE DE ACTUACIÓN: ENTREVISTA INDIVIDUAL

El primer eje de intervención se centrará en la valoración individual inicial realizada por la trabajadora social sanitaria del centro de salud seleccionado para llevar a cabo el proyecto. Se priorizará que esta primera entrevista se realice de forma presencial permitiendo un primer contacto cercano con la mujer, sin embargo, en casos concretos también podrá realizarse de forma telemática por videollamada. El fin último de esta entrevista se centrará en determinar la posible inclusión de la mujer dentro del proyecto, además de conocer de forma más profunda su experiencia, las consecuencias derivadas de esta y sus necesidades concretas de intervención.

Para ello, se desarrollará una plantilla específica que permita que la recogida de información sea completa, lo que facilitará la realización de una entrevista semiestructurada. Esta permitirá orientar a la trabajadora social en la inclusión o no de las mujeres dentro del proyecto, al determinar qué características deben darse para poder participar en el proyecto,

aunque esta tendrá un carácter flexible y complementario al juicio profesional de la trabajadora social sanitaria. En esta plantilla no solo se recogerá la experiencia de violencia obstétrica vivida; forma de violencia, momento, profesional, sentimiento..., sino también se priorizará la experiencia y percepción de la mujer de esa violencia poniendo su criterio y emociones en el centro. Además, será a su vez fundamental explorar las consecuencias sociales que han impactado en la madre tras la violencia, al igual que poner el foco en su situación actual. De este modo, no solamente se valorará la existencia objetiva de prácticas compatibles con violencia obstétrica, sino también el impacto que estas han generado en el bienestar psicosocial de la mujer y su percepción. Por último, se recogerá información relevante sobre su situación de vida que impacta a su vez en su vivencia y experiencia, es decir, se tendrá en cuenta la interseccionalidad.

Por otro lado, esta primera intervención individual además de la función de valoración tendrá también una función de acogida y escucha, lo que favorecerá la predisposición a participar en la intervención grupal y la creación de un vínculo con la profesional. Además, durante esta primera sesión individual se realizará una evaluación inicial con el fin de identificar desde qué situación parte la mujer, cuáles son sus principales necesidades, qué expectativas presenta respecto al proyecto y cuáles son los objetivos que le gustaría alcanzar tras la intervención. Es por ello que durante esta primera sesión no solo se valorará la experiencia de violencia de la mujer sino también su situación familiar y relacional, la existencia o ausencia de redes de apoyo, los recursos personales y comunitarios disponibles, así como posibles factores de vulnerabilidad o situaciones de riesgo que puedan requerir una intervención específica o derivación a otros recursos.

A su vez la profesional valorará la idoneidad de la intervención grupal para cada participante, teniendo en cuenta sus características, necesidades y momento vital. Una vez realizada la valoración y si la trabajadora social considera la inclusión de la madre en el proyecto, se le informará a la mujer sobre el carácter voluntario de su participación, la confidencialidad del proceso y el tratamiento de la información recogida. Después se le informará sobre cómo se va a desarrollar el proyecto, los objetivos del proyecto y la intervención grupal y en qué consiste, al igual que se contestarán todas las dudas que puedan surgir. Por último, se solicitará a la mujer su consentimiento informado para la incorporación al proyecto, en caso de que esta quisiera participar

SEGUNDO EJE DE ACTUACIÓN: SESIONES DE GRUPO

El segundo eje de intervención se centrará en la creación y consolidación del grupo de intervención. La trabajadora social sanitaria organizará los grupos en función de las mujeres derivadas e incluidas previamente en el proyecto, considerándose adecuado un grupo mínimo de seis participantes y un máximo de nueve mujeres, con el fin de crear un espacio de participación y confianza.

Actividad 1: primera sesión de grupo - acogida

La constitución del grupo se realizará mediante una primera sesión grupal inicial, esta tendrá una menor duración que el resto de las sesiones grupales, de aproximadamente cuarenta y cinco minutos, pudiendo adaptarse en función de la dinámica y necesidades. Esta primera toma de contacto tendrá como principal finalidad generar un espacio seguro, de confianza y acompañamiento.

En primer lugar, la trabajadora social explicará nuevamente el funcionamiento general del proyecto, el cronograma previsto, la duración de las sesiones, los horarios establecidos y los objetivos principales. Además, se establecerán una serie de normas con el fin de un adecuado funcionamiento del grupo, haciendo especial hincapié en el respeto mutuo, la escucha y confidencialidad como elementos básicos y necesarios. Posteriormente, y una vez fijadas las normas más básicas, se establecerán conjuntamente otras normas grupales propuestas por el grupo. De esta forma, las normas no serán únicamente impuestas por la profesional, sino que se fomentará la participación activa de las mujeres en su construcción, permitiéndoles proponer modificaciones, añadir aspectos que consideren relevantes, haciéndoles desde la primera sesión partícipes de la intervención y generando un espacio seguro y de confianza donde sentirse cómodas.

Por otro lado, en esta primera sesión también se creará un primer espacio para que las madres se conozcan entre ellas, por lo que las participantes se presentarán de forma general sin forzar a que aporten información sobre su experiencia de violencia obstétrica. Esto favorecerá una primera toma de contacto y facilitará la creación de vínculos y el funcionamiento de la siguiente sesión. En esta breve presentación las mujeres expondrán, no solo quiénes son, sino también desde qué situación parten y cuáles son sus expectativas respecto al grupo. Es por ello que cada participante en 2-3 minutos podrá compartir: su

nombre, edad de su hijo/a (para ubicar cuando fue el parto), qué expectativas tienen con respecto a la intervención y cualquier otra información que deseen compartir.

A su vez, esta primera sesión tendrá también como finalidad comenzar a reducir el sentimiento de aislamiento que muchas mujeres manifiestan tras haber sufrido violencia obstétrica, facilitando un primer contacto con otras participantes que han atravesado experiencias similares.

Actividad 2: segunda sesión de grupo- Cómo la violencia obstétrica puede afectar a las relaciones familiares y sociales durante el posparto.

La segunda actividad grupal se centrará en las dinámicas familiares, relacionales y maternas durante el posparto, que se ven especialmente afectadas tras haber vivido una experiencia de violencia obstétrica. En esta sesión se trabajarán principalmente las relaciones familiares, de pareja y de apoyo social que pueden verse afectadas tras una experiencia de violencia obstétrica.

Por un lado, se ofrecerá información y orientación sobre dinámicas familiares saludables, comunicación dentro de la pareja, corresponsabilidad en los cuidados y estrategias de afrontamiento de conflictos cotidianos relacionados con la crianza, el cansancio, la sobrecarga emocional o las expectativas sociales sobre la maternidad. Se ofrecerá una información introductoria, clara y ajustada a las necesidades detectadas en la valoración inicial. El objetivo es que sea una sesión en la que las mujeres adopten un papel más activo con una mayor participación y se favorezca la creación de vínculos entre ellas, siendo ellas mismas las que expongan qué dificultades están experimentando a nivel relacional. Por ello, en esta sesión se propondrá a las mujeres una dinámica grupal orientada a reflexionar sobre los cambios producidos en sus relaciones familiares y sociales tras la experiencia vivida.

Para ello, se realizará una dinámica por la cual cada mujer recibirá tres post-it de colores distintos, con el objetivo de convertir la actividad en un ejercicio visual y participativo. En una pantalla se proyectarán tres círculos diferenciados. En el primer círculo se les preguntará qué personas les ayudaron tras la situación de violencia obstétrica y cómo ha impactado dicha experiencia en la relación con ellas. El segundo círculo estará destinado a aquellas personas que consideran que no comprendieron su situación o sus necesidades. Por último, en el tercer círculo identificarán aquellas personas que les hubiera gustado tener cerca

durante el proceso. Además, en cada uno de los círculos se incluirá una última reflexión orientada a identificar qué aspectos de esa relación les gustaría mejorar y de qué manera consideran que podría hacerse.

Después de que cada participante haya completado sus post-it, se creará un espacio de reflexión grupal en el que la participación será voluntaria, aunque la profesional deberá fomentar que las usuarias sean las que generen la reflexión. Posteriormente, la trabajadora social guiará una reflexión grupal a partir de los temas más repetidos y relevantes que hayan surgido durante la actividad. De forma específica, se abordarán aspectos relacionados con la falta de comprensión por parte del entorno, los cambios producidos en la relación de pareja, las dificultades en la comunicación familiar y la importancia de los apoyos recibidos durante el proceso de recuperación. Todo ello destacando el papel de la red de apoyo y del entorno familiar como factores de protección básicos.

Actividad 3: tercera sesión de grupo- Soledad y aislamiento social tras experimentar violencia obstétrica.

Por otro lado, se desarrollará una tercera sesión grupal centrada en el sentimiento de soledad y el aislamiento social, el estigma y la invisibilización que muchas mujeres experimentan tras haber sufrido violencia obstétrica. Se opta por tratar esta temática en el medio de la intervención grupal por la elevada carga emocional asociada a esta temática. Esto justifica que no se sitúe al inicio de la intervención, ya que podría suponer una dificultad resultado de la insuficiente confianza tanto en la profesional como en el resto de las usuarias, ni al final del proceso, lo que permite si es necesario volver a abordar la temática en sesiones futuras.

Durante esta sesión se comenzará trabajando especialmente cómo la violencia obstétrica suele producirse dentro de un contexto de normalización e invisibilización social, lo que puede provocar que muchas mujeres minimicen lo ocurrido, duden de su propia experiencia o sientan incompreensión por parte de su entorno, ya que esto permite generar una continuidad con la sesión anterior. Este nexo permitirá avanzar para abordar los sentimientos frecuentes como la culpa, la invalidación, la vergüenza, la sensación de fracaso o el miedo a expresar lo sucedido. Además, se explicará cómo la invalidación por parte del entorno sanitario, familiar o social puede aumentar la sensación de soledad y generar dificultades para identificar la experiencia como violencia obstétrica. Además, cabe destacar

que en esta sesión grupal se priorizará el trabajo experiencial y la reflexión grupal, poniendo especialmente el foco en la sensación de soledad, en cómo afrontarla y en la validación emocional, frente a contenidos expositivos.

Para ello se planteará realizar una reflexión en primer lugar por medio de frases tales como: “pensé que estaba exagerando”, “sentí que mi opinión no importaba”, “me daba vergüenza contar cómo me sentía” o “pensaba que era mala madre por sentirme así”. Estas se presentarán a las mujeres para generar una reflexión grupal sobre cómo se sienten y se han sentido durante el posparto. Una vez se haya identificado, explorado y validado como grupo e individualmente este sentimiento de soledad se llevará a cabo una segunda parte dentro de esta reflexión centrada en el aislamiento social y la relación con las redes de apoyo en relación con el sentimiento de soledad, y por ende de la reflexión realizada.

Para ello, la trabajadora social formulará preguntas orientadas a la reflexión grupal, tales como: “¿A quién acudiste cuando ocurrió?”, “¿Te sentiste comprendida por tu entorno?”, “¿Hubo personas que te ayudaron a afrontar la situación?”, “¿Hubo alguien que te hizo sentir más sola?” o “¿Qué necesitabas escuchar o recibir en ese momento?”. A partir de estas cuestiones, las participantes podrán identificar los apoyos recibidos, las necesidades no cubiertas y las dificultades encontradas, todo ello por medio de una reflexión grupal en voz alta. Finalmente, para concluir la sesión y la reflexión, la profesional recogerá los recursos, personas, estrategias o formas de acompañamiento que se hayan expresado como positivas

Actividad 4: cuarta sesión de grupo- relación con el sistema sanitario, recuperación del sentimiento de control y dotación de herramientas.

La cuarta sesión grupal girará en torno a la relación con los servicios sanitarios tras haber sufrido violencia obstétrica. Más concretamente, en la recuperación de la confianza y seguridad en el sistema sanitario y los profesionales de la salud. Se pretenderá prevenir que la pérdida de confianza derivada de la violencia dificulte el acceso futuro a los servicios sanitarios, tanto para ellas como para sus hijos. Dado que en situaciones en las que la mujer ha vivido situaciones de deshumanización, falta de información, pérdida de control o invalidación durante el embarazo, parto o posparto, puede dificultar su acceso a la salud.

Por todo ello durante esta sesión se abordará la percepción de las usuarias del sistema sanitario y sus sentimientos de miedo, inseguridad, desconfianza o rechazo hacia futuras

atenciones sanitarias. A su vez, se pondrá el foco en cómo no se deberían normalizar ni tolerar determinadas prácticas sanitarias, y se ofrecerá a las mujeres información sobre sus derechos y los de sus hijos a nivel sanitario. La información proporcionada estará orientada tanto a las participantes como a sus hijos e hijas, especialmente en relación con el consentimiento informado, la autonomía en la toma de decisiones, el derecho a recibir información comprensible y el respeto a la dignidad y necesidades de la mujer dentro de la atención sanitaria. Además, se deberá hacer especial énfasis en que no todos los profesionales ni todos los servicios sanitarios reproducen las prácticas que las participantes han vivido. Todo ello desde una perspectiva accesible y práctica, buscando que las participantes puedan sentirse más seguras y preparadas ante futuras interacciones con los servicios de salud.

Para finalizar la sesión se realizará una reflexión entre las participantes, con el fin de favorecer una relación más segura y participativa con futuras atenciones sanitarias, al igual que analizar qué aspectos consideran necesarios para sentirse seguras, escuchadas y respetadas durante la intervención. Y se buscarán de forma conjunta herramientas para poder solicitar dicho trato en una situación real por medio de ejemplos concretos expuestos por la trabajadora social. Para ello se presentarán estas preguntas que deberán aplicar a un caso práctico propuesto por la profesional:

1. ¿Qué me preocupa?
2. ¿Qué necesitaría para sentirme segura?
3. ¿Qué puedo hacer yo para facilitarlo?
4. ¿Qué puedo pedir al profesional?

CASO PRÁCTICO 1- Mujer:

María, de 32 años, sufrió violencia obstétrica durante el nacimiento de su hijo hace ocho meses. Desde entonces evita acudir al centro de salud siempre que puede. Lleva varias semanas con migrañas frecuentes y dolor abdominal, pero ha ido retrasando la consulta por miedo a no sentirse escuchada o a que minimicen sus síntomas. Finalmente decide pedir cita con su médica de familia.

CASO PRÁCTICO 2- atención pediátrica:

Laura sufrió una experiencia de violencia obstétrica durante el parto de su hija. Un año después, la niña presenta varios días de diarrea y fiebre. Aunque considera que debería acudir al pediatra, siente miedo y no sabe qué hacer para sentirse segura.

Actividad 5: quinta sesión de grupo - cierre de la intervención y evaluación del proceso

Para finalizar el proyecto se realizará una última sesión grupal centrada en el cierre de la intervención. El objetivo de dicha sesión está orientado a ofrecer un espacio de reflexión, evaluación y conclusión del proyecto. Es por ello que esta sesión está enfocada en realizar una reflexión conjunta de las sesiones anteriores, los contenidos trabajados y las situaciones, experiencias y procesos personales exploradas por las usuarias, haciendo hincapié en los elementos que se consideren más relevantes para el grupo. Por ello se plantean una serie de preguntas reflexivas que permitan integrar el resto de las sesiones tales como:

- ¿Qué ha sido lo más importante que he aprendido durante el proyecto?
- ¿Qué aspectos de mi experiencia comprendo ahora de forma diferente?
- ¿Qué herramientas o recursos considero que me pueden ayudar en el futuro?
- ¿Qué me llevo de la experiencia compartida con otras mujeres?
- ¿Qué cambios he percibido en mí desde el inicio de la intervención?

Por otro lado, la trabajadora social también orientará la sesión a explorar qué aprendizajes o elementos significativos identifican las usuarias de su paso por el grupo y la intervención. En un primer momento las mujeres lo escribirán con el fin de poder llevárselo como cierre de la intervención y posteriormente se realizará una puesta en común. Además, se llevará a cabo una evaluación individual final, la cual podrá realizarse tanto en formato online como en papel, con el fin de valorar el grado de satisfacción con el proyecto, el impacto percibido de la intervención y si se han conseguido cumplir los objetivos planteados inicialmente. Además, se propondrá a las participantes compartir voluntariamente sus valoraciones con el resto del grupo, con el fin de que la profesional también pueda generar una evaluación propia del proyecto. Por último, la profesional realizará el cierre de la intervención, mostrando la relevancia del proceso realizado y recordando la disponibilidad de continuar ofreciendo seguimiento y acompañamiento individual posterior en aquellos casos en los que sea necesario. Además, en aquellos casos en los que se detecten necesidades específicas o no cubiertas se valorará su derivación a otros recursos pertinentes.

TERCER EJE DE ACTUACIÓN: ENTREVISTA INDIVIDUAL DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN.

Una vez transcurridas aproximadamente cuatro semanas desde la finalización de la intervención grupal, la trabajadora social sanitaria realizará una entrevista individual de seguimiento con cada usuaria. Esta entrevista tendrá como finalidad valorar la evolución de la mujer tras su participación en el proyecto, identificar posibles necesidades surgidas

posteriormente y conocer el mantenimiento o modificación de las dificultades abordadas durante la intervención. Además, esta sesión permitirá realizar una evaluación del proyecto, explorando el grado de satisfacción de las participantes, la utilidad percibida de las sesiones grupales y el nivel de cumplimiento de las expectativas. La información obtenida permitirá identificar posibles propuestas de mejora. Por otro lado, en aquellos casos en los que se detecten necesidades específicas que requieran una atención complementaria, la trabajadora social sanitaria valorará la derivación a otros recursos sanitarios, psicológicos o sociales, favoreciendo la continuidad de la atención desde una perspectiva integral.

9. Seguimiento y evaluación

Para realizar una evaluación correcta y rigurosa del proyecto, resulta necesario llevarla a cabo en distintos momentos de la implementación. Por ello, se considera pertinente realizar una evaluación inicial, una evaluación continua durante el desarrollo de las sesiones, una evaluación final en la última sesión del proyecto y una evaluación una vez este haya concluido. Esto permitirá conocer tanto la evolución de las participantes como el grado de consecución de los objetivos planteados desde el inicio.

En primer lugar, la evaluación inicial tendrá como finalidad conocer las expectativas de las mujeres participantes respecto al proyecto, con el fin de poder compararlas posteriormente con los resultados obtenidos tras la intervención. No obstante, esta primera evaluación no irá únicamente dirigida a las expectativas sobre el proyecto, sino también al nivel de información y conocimientos que poseen acerca de la violencia obstétrica, así como a los sentimientos de confianza, seguridad y percepción que mantienen respecto al sistema sanitario tras la experiencia vivida. Esta evaluación inicial será realizada de manera individual junto con la trabajadora social sanitaria durante la primera cita de acogida, por medio de una entrevista semiestructurada, lo que permite conocer la situación concreta de cada participante, sus necesidades, demandas y expectativas.

Por otro lado, durante el desarrollo del proyecto también se realizará una evaluación continua por parte de la trabajadora social. Esta permitirá observar aspectos como la participación en las sesiones, la evolución emocional de las participantes, la interacción grupal, el grado de implicación o las dificultades que puedan surgir durante el proceso. Esto permitirá que la profesional pueda realizar pequeñas modificaciones que considere pertinentes con el fin último adaptar la intervención. Para esta evaluación es fundamental la

observación directa como instrumento, ya que va a permitir la recogida de información por parte de la profesional.

En la evaluación realizada en la última sesión grupal final se indagará sobre aspectos que las mujeres consideran que pueden mejorarse en futuras implementaciones y que pueden enriquecer la experiencia de las usuarias, además de la percepción sobre el impacto de la intervención. Se utilizará el cuestionario como instrumento pudiendo ser realizada tanto en formato online como en papel, de forma individual. Asimismo, se reservará un espacio dentro de esta última sesión para que las participantes puedan expresar de manera conjunta aspectos de la evaluación si lo desean.

Además, la profesional que implemente el proyecto también deberá realizar una evaluación final, con el fin último de evaluar los objetivos alcanzados y las dificultades y fortalezas identificadas a lo largo del proyecto. Esto permitirá realizar ajustes necesarios en la metodología y planteamiento del proyecto. Por otro lado, también se debe mencionar que por medio de la observación directa la profesional realizará una pequeña evaluación después de cada sesión grupal lo que permitirá ajustar aspectos específicos de cada actividad.

En cuanto a los aspectos a evaluar, se considera relevante analizar distintos indicadores relacionados con los objetivos del proyecto y los ejes de actuación. Para ello se proponen tanto indicadores cuantitativos como cualitativos con el fin de obtener la información más detallada y completa posible que permita valorar tanto los cambios producidos en las participantes como el impacto social y la percepción sobre la intervención. Tal y como se ha expuesto todos estos indicadores serán evaluados mediante entrevistas iniciales, cuestionarios de valoración finales y observación directa de la trabajadora social.

En cuanto a la evaluación realizada en la fase seguimiento, tendrá como objetivo analizar los cambios producidos tras la intervención y valorar el impacto del proyecto en las mujeres participantes, además que nos va a permitir realizar una comparación con los datos obtenidos en la evaluación inicial y comprobar el grado de cumplimiento de las expectativas y si se mantienen los cambios obtenidos en el tiempo. Para ello, se realizarán preguntas similares a las planteadas en la evaluación inicial, permitiendo comparar la evolución en aspectos como el sentimiento de validación, el aislamiento social o la confianza en el sistema sanitario.

| Aspectos evaluados | Indicador | Instrumento | Momento de la intervención |
|-----------------------------------|--|--|----------------------------------|
| Captación | Número de mujeres derivadas o que inician el proyecto | Registro de derivación y de participantes | Inicio del proyecto |
| Adherencia | Porcentaje de asistencia a las sesiones | Hoja de asistencia | Durante las sesiones |
| Funcionamiento grupal | Participación, clima grupal e incidencias | Observación directa y diario profesional | Durante las sesiones |
| Apoyo social | Percepción del apoyo social antes y después de la intervención por parte de las usuarias | Entrevista inicial y cuestionario en la última sesión de grupo y entrevista de seguimiento | Sesión 0, sesión 6 y seguimiento |
| Confianza en el sistema sanitario | Mejora percibida en la confianza para acudir a servicios sanitarios por las mujeres | Entrevista inicial y cuestionario en la última sesión de grupo y entrevista de seguimiento | Sesión 0, sesión 6 y seguimiento |
| Aislamiento social | Disminución de la percepción de aislamiento social | Entrevista inicial y cuestionario en la última sesión de grupo y entrevista de seguimiento | Sesión 0, sesión 6 y seguimiento |
| Satisfacción | Grado de satisfacción con el proyecto | Cuestionario final | Sesión 6 |
| Valoración cualitativa | Opiniones y propuestas de mejora | Cuestionario final | Sesión 6 |

10. Ética y de Seguridad

Para que este proyecto pueda implementarse, es necesario tener en cuenta un marco ético riguroso que garantice la protección, el bienestar y la dignidad de todas las participantes durante toda la intervención. En primer lugar, se debe destacar que la participación en el proyecto es completamente voluntaria, sin realizar ningún tipo de presión ni clínica ni social para que se acceda a él. La decisión será tomada exclusivamente por la mujer, con plena libertad.

Por otro lado, previo al inicio de la intervención, se deberá aportar información a la mujer sobre los objetivos del proyecto, la metodología, la duración, los profesionales implicados, el uso de los datos... con el objetivo de que la participante pueda dar su consentimiento informado, garantizando su derecho a decidir. Este consentimiento podrá ser retirado en

cualquier momento de la intervención. Además, toda la información compartida tanto a nivel individual como grupal será tratada con estricta confidencialidad. Solo tendrá acceso a la información la trabajadora social directamente implicada en la intervención, y solo podrá romperse esta norma básica en situaciones de riesgo grave, informándole previamente a la participante. Además, la confidencialidad supondrá una de las normas más claves y fundamentales en la intervención en grupo que se expondrá desde el primer momento con el fin de que todas las mujeres lo comprendan y se sientan seguras.

En ningún momento se esperará ni se pedirá a las participantes que narren o detallen sus experiencias de violencia obstétrica si no lo desean. El proyecto está pensado para centrarse en las consecuencias sociales y respetar los ritmos y límites personales de cada mujer. La profesional velará por que ninguna participante se sienta presionada a compartir más de lo que esté lista para expresar. Durante todo el proyecto se evitará la revictimización de las mujeres. Es por ello que se utilizará un lenguaje humanizado, sin cuestionar la veracidad de sus relatos, ni minimizar sus vivencias.

Por otro lado, se realizarán las derivaciones, ya sea a salud mental o a otros recursos, en caso de situaciones de sintomatología grave o de riesgo social o familiar. Estas derivaciones se realizarán si, por un lado, se detecta en alguna paciente sintomatología compatible con trastorno de estrés postraumático, depresión, ansiedad severa u otras alteraciones psicológicas. O si, por otro lado, se detectaran vulnerabilidades sociales o familiares que requieran una respuesta desde otro ámbito, como, por ejemplo, violencia de pareja o una situación económica crítica. En cualquiera de los casos, la trabajadora social activará los recursos, circuitos y/o profesionales pertinentes con conocimiento de la mujer y contando con su participación siempre que sea posible, salvo en situaciones de riesgo grave en las que resulte necesario activar los protocolos correspondientes. El rol de la trabajadora social en este proyecto no sustituye la atención por otros profesionales como psicólogos o médicos, entre otros. La intervención social se centra en el acompañamiento, la orientación, la activación de recursos y la promoción del bienestar psicosocial. Por ello, es necesaria la coordinación con otros profesionales.

11. Recursos y viabilidad del proyecto

Para la puesta en marcha de este proyecto son necesarios una serie de recursos humanos, materiales y espaciales, todo ello con el fin de asegurar su correcto desarrollo. Uno de los aspectos que favorece la viabilidad de la propuesta es que gran parte de estos recursos ya se encuentran disponibles dentro de la red pública sanitaria, centrándose en los centros de Atención Primaria, sin la necesidad de crear estructuras o contratar personal específico para la implementación.

En relación con los recursos humanos, la figura profesional principal será la trabajadora social sanitaria del centro de salud. Se encargará de realizar la valoración inicial de las participantes, coordinar las derivaciones, desarrollar las sesiones grupales, llevar a cabo el seguimiento individual y realizar la evaluación del proyecto. Sin embargo, se debe destacar la necesidad de una correcta coordinación con otros recursos humanos expuestos anteriormente que serán los principales responsables de derivar a las mujeres al proyecto como puerta de entrada principal. La infradetección de las usuarias, junto con esta necesidad de coordinación, supone una dificultad de viabilidad del proyecto, dado que sería necesario una coordinación correcta y que contaran con información suficiente sobre el proyecto. Cabe mencionar que para la difusión del proyecto se prevé la elaboración de materiales informativos sencillos, tales como carteles o folletos dirigidos tanto a las usuarias como a los profesionales sanitarios, con el fin de dar a conocer el proyecto y superar la dificultad de viabilidad anteriormente expuesta.

En cuanto a los recursos materiales, estos son limitados y de bajo coste. El desarrollo de la sesión individual se realizaría en el despacho de la trabajadora social en el centro de salud. Mientras que para las sesiones grupales únicamente será necesaria una sala que permita reunir a las participantes en condiciones adecuadas de privacidad y comodidad. Utilizar un espacio que ya existe dentro de la estructura sanitaria favorece notablemente la viabilidad de la propuesta. Además, también serían necesarios ciertos materiales como papel, bolígrafos, post-it, carpetas o cuestionarios impresos para la evaluación. A su vez sería necesario disponer de un ordenador y un proyector o similar. La viabilidad técnica se considera alta, dado que la intervención se fundamenta en herramientas habituales de la práctica profesional, como la entrevista individual, la intervención grupal, la coordinación interdisciplinar, el acompañamiento social y la evaluación continuada. Además, cabe destacar que a nivel temporal el proyecto presenta una duración relativamente breve,

estructurándose en una entrevista individual inicial y cinco sesiones grupales desarrolladas de manera semanal, lo que permitiría a la profesional compatibilizarlo con sus funciones habituales y a las usuarias con otras responsabilidades y vida personal. Por lo que la propuesta no requiere necesariamente la creación de una estructura nueva, aunque su implementación deberá ajustarse a la disponibilidad y carga asistencial de la trabajadora social sanitaria del centro.

Desde una perspectiva económica, el proyecto presenta un coste reducido, debido a distintos factores. Esto se debe a la utilización de recursos humanos ya existentes dentro del sistema sanitario, junto con la utilización del espacio ya existente a su vez. Por lo que los gastos principales estarían relacionados con la impresión de materiales informativos y cuestionarios de evaluación, así como con la adquisición puntual de material para las actividades grupales como por ejemplo los post-it de la segunda sesión grupal. Se concluye que el proyecto presenta una viabilidad alta, debido a la existencia de los recursos espaciales (centro de salud) y humanos, los bajos costes asociados y la idoneidad de la disciplina profesional para la intervención (Anexo III incluye tabla de gastos y viabilidad). Siendo la mayor dificultad la derivación de la paciente para generar grupos óptimos.

12. Limitaciones

Es importante mencionar las limitaciones del proyecto propuesto. En primer lugar, se trata de una propuesta que no se ha llevado a cabo todavía, al no haberse implementado, no es posible valorar empíricamente su eficacia ni sus resultados reales. Por otro lado, también pueden existir dificultades en la captación de participantes debido a la infradetección o a la ausencia de circuitos específicos de derivación. Por lo que sería necesaria una coordinación óptima con los profesionales implicados en la detección y la trabajadora social sanitaria. Otra limitación es que el proyecto se centra en la intervención directa con las mujeres, por lo que el impacto sobre parejas, bebés y la red familiar se contempla de manera indirecta y no mediante una intervención específica con estos destinatarios.

Además, es importante destacar que el proyecto se lleva a cabo por medio de una intervención grupal, lo que puede no ser óptimo para todas las mujeres o hacer que algunas no se sientan cómodas participando. Esto puede llevar a que algunas mujeres decidan no formar parte del proyecto o que, aunque asistan a las sesiones en grupo, no participen de manera activa. Por último, también puede haber casos en los que las mujeres tengan

problemas psicológicos graves. En estos casos, puede que no sea recomendable participar en el proyecto o puede que deba complementarse con otras intervenciones especializadas por parte del profesional pertinente.

7. CONCLUSIÓN

Por medio de este trabajo, se entiende que la violencia obstétrica es una forma de violencia de género e institucional que se da dentro del sistema sanitario y que genera consecuencias en la mujer y en su entorno. Esto se debe a que, más allá de las consecuencias físicas o psicológicas, la violencia obstétrica puede impactar y generar un daño social en la mujer, dando lugar a consecuencias sociales, familiares y relacionales. A lo largo de la revisión realizada se ha podido observar que estas consecuencias suelen recibir una menor atención que otras secuelas más visibles, a pesar de ser perjudiciales para la mujer.

El aislamiento social, las dificultades en las relaciones familiares, la pérdida de confianza en los servicios sanitarios o la sensación de incompreensión constituyen algunas de las necesidades sociales que pueden surgir tras haber experimentado violencia obstétrica. En base a estas, se plantea la propuesta de intervención, con el fin de reducir el daño social de las mujeres. Por ello, el trabajador social sanitario tiene un papel relevante en la detección, el acompañamiento, la reparación social y la coordinación con otros recursos. Se trata de un profesional que puede contribuir a reducir y mitigar el daño social generado por la violencia obstétrica, llevando a cabo una intervención especializada y actuando como profesional de referencia. Por ello, la propuesta de intervención realizada está diseñada para ser desarrollada por el profesional del Trabajo Social Sanitario, todo ello enmarcado en la Atención Primaria.

El proyecto no sustituye a otras intervenciones clínicas, sino que complementa la atención sanitaria desde una mirada social, integral y centrada en los derechos de las mujeres. La violencia obstétrica requiere un abordaje multidisciplinar, siendo el Trabajo Social Sanitario una pieza fundamental para atender aquellas consecuencias sociales, familiares y relacionales. De este modo, este trabajo permite responder al objetivo general planteado, al analizar la violencia obstétrica desde una perspectiva sociosanitaria y de derechos, y al diseñar una propuesta de intervención desde Trabajo Social Sanitario. Como línea futura, sería necesario pilotar el proyecto en un centro de Atención Primaria para valorar su viabilidad real, ajustar los instrumentos de evaluación y comprobar su impacto.

8. BIBLIOGRAFÍA

Abreu Velázquez, MC. (2009). El trabajo social sanitario en atención primaria de salud.

Revista de enfermería, 3 (2), 70-79. <https://enfispo.es/servlet/articulo?codigo=3104881>

Alfaro González, I. y Carbonell A. (2023). La Identidad Profesional del Trabajo Social

Sanitario: Un Enfoque de Métodos Mixtos en un Contexto Hospitalario. *Trabajo Social*

Hoy, 101, 45-63. DOI: 10.12960/TSH 2024.0004

Antúnez Ortigosa, M., Martín Narváez, N., Casilari Floriano, J. C. y Mérida de la Torre, F.

J. (2022). Depresión posparto, análisis de los factores de riesgo y la intervención de

Enfermería. Revisión bibliográfica. *Enfermería Cuidándote*, 5 (3), 19–

29. <https://doi.org/10.51326/ec.5.3.2558670>

Asamblea General de las Naciones Unidas. (2019, 11 de julio). *Enfoque basado en los*

derechos humanos de los malos tratos y la violencia contra la mujer en los servicios

de salud reproductiva, con especial hincapié en la atención del parto y la violencia

obstétrica (Resolución A/74/137). [https://www.elpartoesnuestro.es/recursos/informe-](https://www.elpartoesnuestro.es/recursos/informe-de-la-relatora-especial-sobre-la-violencia-contra-la-mujer-sus-causas-y)

[de-la-relatora-especial-sobre-la-violencia-contra-la-mujer-sus-causas-y](https://www.elpartoesnuestro.es/recursos/informe-de-la-relatora-especial-sobre-la-violencia-contra-la-mujer-sus-causas-y)

Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa. (2019, 3 de octubre). *Resolución 2306*

(2019): Violencia ginecológica y obstétrica. <https://pace.coe.int/en/files/28236>

Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5. Arlington, *Asociación Americana de Psiquiatría*. <https://apapcanarias.org/wp-content/uploads/2023/12/guia-de-consulta-del-dsm-v.pdf>

Bedoya-Ruiz, L. A., Agudelo-Suárez, A.A. y Restrepo-Ochoa, D.A. (2020) Mujeres en embarazo, parto, y posparto: una mirada desde el pensamiento feminista. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*, 37(1), 142-147. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2020.371.4981>.

Begley, C., Sedlicka, N. y Daly, D. (2018). Respectful and disrespectful care in the Czech Republic: an online survey. *Reprod Health* 15 (198), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12978-018-0648-7>

Biurrun Garrido, A. y Goberna Tricas, J. (2013). La humanización del trabajo de parto: necesidad de definir el concepto. Revisión de la bibliografía. *Matronas Profesión*, 14(2), 62-66. <https://diposit.ub.edu/server/api/core/bitstreams/eb5196c8-96c2-4aa0-a342-1836340680e9/content>

Borges Damas, L., Sánchez Machado, R., Domínguez Hernández, R. y Sixto Pérez, A. (2018). El parto humanizado como necesidad para la atención integral a la mujer. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 44(3), 1-12. <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubobsgin/cog-2018/cog183b.pdf>

Colom Masfret, D. (2010). El trabajo social sanitario en el marco de la optimización y sostenibilidad del sistema sanitario. *ZERBITZUAN*, 47, 109-119. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3262815.pdf>

Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer [CEDAW]. (1999, 2 de febrero). *Recomendación General N° 24: La mujer y la salud* [A/54/38/Rev.1]. Naciones Unidas. <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1280.pdf>

Consejo de Europa. (1950, 4 de noviembre). *Convenio para la Protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales*. https://www.echr.coe.int/documents/d/echr/convention_spa

Consejo de Europa. (1997, 4 de abril). *Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina (Convenio sobre los Derechos Humanos y la Biomedicina)*. <https://vlex.es/vid/convenio-biologia-medicina-385563952>

Consejo de Europa. (2011, 11 de mayo). *Convenio del Consejo de Europa sobre prevención y lucha contra la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica*. <https://assembly.coe.int/LifeRay/EGA/WomenFFViolence/2022/2022-HandbookIstanbulConvention-ES.pdf>

Constitución Española (1978). Boletín Oficial del Estado núm. 311, de 29 de diciembre de 1978, 29313- 29424. <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1978-31229>

Crespo-Antepara, D. N., Sánchez-Zambrazno, B.M. y Domínguez-Ontano, D.P. (2018). La violencia obstétrica como elemento deshumanizador del parto. *Polo Conocimiento*, 21 (3), 347-361. <https://dialnet.unirioja.es/download/articulo/9706618.pdf>

El Desconcierto. (2018). *Aislamiento, parir acostada y "un punto más para el marido": 10 expresiones de violencia obstétrica en Chile*. <https://eldesconcierto.cl/2018/03/24/aislamiento-parir-acostada-y-un-punto-mas-para-el-marido-diez-expresiones-de-violencia-obstetrica-en-chile>

Expósito Molina, E. (2012). ¿Qué es eso de la interseccionalidad? Aproximación al tratamiento de la diversidad desde la perspectiva de género en España. *Investigaciones Feministas* 3, 203-222. <https://revistas.ucm.es/index.php/INFE/article/download/41146/39358/55725>

Freitas Silveira, M., Arndt Mesenburg, M., Damaso Bertoldi, A., Loret De Mola, C., Garcia Bassani, D., Rodrigues Domingues, M., Stein, A y V.N. Coll, C. (2019). The association between disrespect and abuse of women during childbirth and postpartum depression: Findings from the 2015 Pelotas birth cohort study. *Journal of Affective Disorders*, 256, 441-447. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032719301399>

Gijón Sánchez, M.T. (2019). El Trabajo Social Sanitario y su relación con la Salud Pública en el abordaje de la dimensión social de la salud. *La Protección Social de la Salud en el marco del Estado del Bienestar. Una visión nacional y europea*, Editorial Comares, Editorial Comares, 349-373. <https://digibug.ugr.es/bitstream/handle/10481/99572/Gijon%20%28Comares%2C%202019%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- Goberna Tricas, J. (2012). Autonomía, heteronomía y vulnerabilidad en el proceso de parto. *Revista de Enfermería*, 6(1), 71-78. <https://diposit.ub.edu/server/api/core/bitstreams/9fae8c77-e442-4981-b3c8-e938bd1ae67a/content>
- Gomiz, M. P. (2016). La sexualidad y la maternidad como factores adicionales de discriminación (y violencia) en las mujeres con discapacidad. *Revista Española de Discapacidad*, 4 (2), 123-142. <https://redis.cedid.es/index.php/redis/article/view/273>
- Henriques Leite, T., Souza Marques, E., Esteves-Pereira, A.P., Fisher Nucci, M., Portella, Y., y do Carmo Leal, M. (2022). Disrespect and abuse, mistreatment and obstetric violence: a challenge for epidemiology and public health in Brazil. *Ciencia & saude coletiva*, 27(2), 483–491. <https://doi.org/10.1590/1413-81232022272.38592020>
- Iglesias, S., Conde, M., González, S. y Parada, M. E. (2019). ¿Violencia obstétrica en España, realidad o mito? 17.000 mujeres opinan. *Revista de investigación mujer, salud, sociedad* 4 (1), 77-97. <https://revistes.ub.edu/index.php/MUSAS/article/view/vol4.num1.5#:~:text=Se%20obtuvo%20una%20muestra%20de,que%20habían%20sufrido%20violencia%20obstétrica>
- Jubany-Roig, P. y Massó Guijarro, E. (2025). Violencia obstétrica entre rejas, experiencias de las madres encarceladas en el sistema penitenciario del estado español. *Universitat Jaume*. <https://repositori.uji.es/server/api/core/bitstreams/79882546-6c28-4847-b296-1451d7b06910/content>

- Kumar Acharya, A., Sarangi, R., y Subhalaxmi Behera, S. (2021). Experiencias e impactos de la violencia obstétrica en las mujeres de la India dentro del sistema de salud pública. *Journal of Feminist, Gender and Women Studies* 11, 37-45. <https://revistas.uam.es/revIUEM/article/download/13445/14623/45968>
- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. (1986). Boletín Oficial del Estado núm. 102, de 29 de abril de 1986, páginas 15207 a 15224. <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1986-10499>
- Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública. (2011). Boletín Oficial del Estado núm. 240, de 05/10/2011. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2011-15623>
- 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. (2002). Boletín Oficial del Estado núm. 274, de 15 de noviembre de 2002, páginas 40126 a 40132. <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2002-22188>
- 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. (2023) Boletín Oficial del Estado núm. 51, de 1 de marzo de 2023, páginas 30334 a 30375. <https://www.boe.es/eli/es/lo/2023/02/28/1>
- García García, E. M. (2018). La violencia obstétrica como violencia de género. (*Tesis doctoral, Universidad Autónoma de Madrid*). https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/684184/garcia_garcia_eva_margarita.pdf?sequence=1&isAllowed=y .

- Maroto Navarro, G., Castaño López, E., García Calvente, M., Hidalgo Ruzzante, N. y Mateo Rodríguez, I. (2009). Paternidad y servicios de salud. Estudio cualitativo de las experiencias y expectativas de los hombres hacia la atención sanitaria del embarazo, parto y posparto de sus parejas. *Revista Española de Salud Pública*, 83, 267-278. <https://www.scielosp.org/pdf/resp/2009.v83n2/267-278/es>
- Martínez San Millán, C. (2023). España y la deshumanización del parto por medio de la violencia obstétrica. Comentario al Dictamen del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer nº 154/2020, de 23 de febrero de 2023. *Revista de Estudios Europeos*, 82, 285-298. <https://revistas.uva.es/index.php/ree/es/article/download/7779/5390>
- Mena-Tudela, D., Cervera-Gasch, A., Alemany-Anchel M. J., Andreu-Pejó L. y González-Chordá, V.M. (2020). Design and Validation of the PercOV-S Questionnaire for Measuring Perceived Obstetric Violence in Nursing, Midwifery and Medical Students. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 17(21), 1-11. <https://www.mdpi.com/1660-4601/17/21/8022>
- Ministerio de Sanidad. (2021). Atención perinatal en España Análisis de los recursos físicos, humanos, actividad y calidad de los servicios hospitalarios, 2010-2018. https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/Informe_Atencion_Perinatal_2010-2018.pdf
- Ministerio de Sanidad. (s. f.). *Plan de parto y nacimiento*. <https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/planPartoNacimiento.pdf>

Ministerio de Sanidad y Consumo. (2007). Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud. www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/atencionPartoNormal/docs/Estrategia_de_atencion_al_parto_normal_en_el_Sistema_Nacional_de_Salud.pdf_1.pdf

Ministerio de Sanidad y Política Social. (2012). Informe sobre la atención al parto y nacimiento en el Sistema Nacional de Salud. <https://observatoriosaludmujeres.sanidad.gob.es/saludSexualReproductiva/saludReproductiva/documentosEstrategicos/informeFinalEAPN/home.htm>

Moreno Sánchez, J.A. (2023). Violencia obstétrica. ¿Es el término, o sus implicaciones? *CONAMED*, 28 (3), 148-154. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/9176255.pdf>

Organización de las Naciones Unidas. (1948). *Declaración Universal de Derechos Humanos*. <https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights>

Organización de las Naciones Unidas. (1979). *Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW)*. <https://www.ohchr.org/es/treaty-bodies/cedaw>

Organización de las Naciones Unidas. (1994). *Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (El Cairo, 5-13 de septiembre de 1994) (A/CONF.171/13/Rev.1)*. <https://docs.un.org/es/A/CONF.171/13/Rev.1>

Organización Mundial de la Salud. (2014). Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/134590/WHO_RHR_14.23_spa.pdf?sequence=1

Paiz, J.C., de Jesus Castro, S.M., Giugliani, E.R.J, Dos Santos Ahne, S.M., Bonalume Dall'Aqua, C. y Giugliani, C., (2022). Association between mistreatment of women during childbirth and symptoms suggestive of postpartum depression. *BMC Pregnancy Childbirth*, 22(664), 1-10. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36028806/>

Paricio del Castillo, R. y Cano Linares, M.A. (2024). Enfoque de derechos humanos en la atención obstétrica y el parto. *Revista de género e igualdad*, 7, 18-37. <https://www.inmujeres.gob.es/publicacioneselectronicas/documentacion/Revistas/ANALITICAS/DEA0535.pdf>

Poo, A. M., Gallardo, M.J., Herrera-Contreras, Y. y Baeza, B. (2021). Representación de la violencia obstétrica que construyen profesionales matronas de la ciudad de Temuco. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 86(4), 374-379. <https://dx.doi.org/10.24875/rechog.m21000016>

Rodríguez González, E. (2018). La violencia obstétrica hacia la mujer gitana (*Trabajo fin de grado, Universidad de La Laguna*). [https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/11028/La violencia obstetrica hacia la mujer gitana .pdf?sequence=1](https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/11028/La%20violencia%20obstetrica%20hacia%20la%20mujer%20gitana.pdf?sequence=1)

Rodríguez González, A. M. (2018). La intervención social en el abordaje de la maternidad y paternidad desde el contexto de salud: la figura del/de la trabajador/a social sanitario/a. *Trabajo Social Hoy*, 85, 7-26.
<https://www.trabajosocialhoy.com/articulo/208/la-intervencion-social-en-el-abordaje-de-la-maternidad-y-paternidad-desde-el-contexto-de-salud-la-figura-della-trabajadora-social-sanitaria/>

Rodríguez Ramos, P. A. y Aguilera Ávila, L. (2017). La violencia obstétrica, otra forma de violencia contra la mujer. El caso de Tenerife. *MUSAS: Revista de investigación en mujer, salud y sociedad* 2(2), 56-74.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6079452>

Rubio Flor, L. (2023). Revisión bibliográfica: Consecuencias de la violencia obstétrica en el parto. (*Trabajo de fin de grado, Universidad Europea*). https://titula.universidadeuropea.com/bitstream/handle/20.500.12880/7586/TFG_Laura_Rubio_Flor.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Salazar Marzal, E. (2019). El problema de la seguridad de la atención. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 65(1), 31-35.
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322019000100006

Servicio Andaluz de Salud. (2013). Guías de autoayuda: afrontar la depresión posparto. *Guía de Autoayuda para la Depresión y los Trastornos de Ansiedad*. <https://www.consaludmental.org/publicaciones/Depresion-postparto.pdf>

Simón Gil, M. (2020). El daño social: secuelas y lesiones sociales, la evaluación del trabajo social forense en víctimas de violencia de género. *Servicios Sociales y Política Social*, 37 (124), 11- 27. <https://www.serviciosocialesypoliticassociales.com/revista/trabajo-social-forense>

Távora Orozco, L. (2023). Atención Obstétrica centrada en la persona. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 69(2), 1-10. DOI: 10.31403/rpgo.v69i2512. <https://doi.org/10.31403/rpgo.v69i2512>

Unión Europea. (2012, 26 de octubre). *Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea*. Diario Oficial de la Unión Europea, C 326/391. <https://www.boe.es/doue/2010/083/Z00389-00403.pdf>

9. ANEXOS

ANEXO I: NOTA DE AUTORÍA

Se ha utilizado la herramienta de inteligencia artificial ChatGPT como apoyo auxiliar en tareas de organización de ideas, identificación de aspectos de mejora, revisión formal, estructuración de apartados y apoyo en la formulación inicial de algunos contenidos y anexos, que posteriormente han sido revisados, adaptados y elaborados por la autora. La responsabilidad final del contenido, análisis y propuesta de intervención corresponde íntegramente a la autora del trabajo.

ANEXO II: GUIÓN DE ENTREVISTA INICIAL DE VALORACIÓN

Fecha: ___ / ___ / _____

Nombre del profesional:

Centro de Salud:

Número de Colegiado:

1. DATOS GENERALES

Nombre y Apellido:

Edad: _____

Municipio de residencia: _____

Situación laboral:

- Activa
- Desempleada
- Baja maternidad
- Estudiante
- Otra: _____

Observaciones de la situación laboral:

Estado civil:

- Soltera
- Casada
- Pareja de hecho
- Separada/divorciada
- Otra: _____

Situación de convivencia:

Número de hijos/as: _____

Edad del bebé: _____

Fecha del parto: _____

2. INFORMACIÓN SOBRE EL EMBARAZO, PARTO Y POSPARTO

¿Durante qué periodo considera que se produjo la situación de violencia obstétrica?

- Embarazo
- Parto
- Posparto
- Más de una etapa

Información que la mujer quiera aportar sobre la experiencia de violencia.

3. CONSECUENCIAS

¿Considera que esta experiencia ha tenido consecuencias en su vida?

- Sí
- No

Descripción de las consecuencias

A nivel emocional o psicológico

A nivel físico

A nivel social o relacional

- Con familia/pareja/bebé
- Aislamiento social, soledad
- Desconfianza en el sistema sanitario

4. SITUACIÓN FAMILIAR Y RED DE APOYO

¿Cómo describiría el apoyo recibido por parte de su pareja, familia o entorno cercano?

¿Se ha sentido sola o incomprendida tras la experiencia vivida?

- Nunca
- Algunas veces
- Frecuentemente
- Siempre

Observaciones:

5. RELACIÓN CON EL BEBÉ Y EL ENTORNO FAMILIAR

¿Considera que la experiencia vivida ha afectado a la relación con su bebé?

¿Considera que ha afectado a la relación con su pareja o familia?

6. RELACIÓN CON EL SISTEMA SANITARIO

Tras la experiencia vivida, ¿cómo describiría actualmente su confianza en los servicios sanitarios?

¿Ha evitado acudir a consultas o solicitar ayuda sanitaria debido a esta experiencia?

Sí

No

Observaciones:

7. VALORACIÓN DE NECESIDADES SOCIALES

Situación económica:

- Adecuada
- Dificultades ocasionales
- Dificultades significativas

Red de apoyo:

- Adecuada
- Limitada
- Ausente

Situación de especial vulnerabilidad detectada:

- Aislamiento social
- Monoparentalidad
- Dificultades económicas
- Violencia de género
- Problemas de salud mental
- Ausencia de red de apoyo
- Otra: _____

8. EXPECTATIVAS RESPECTO AL PROGRAMA

¿Qué le gustaría obtener de su participación en el programa?

9. OBSERVACIONES PROFESIONALES

VALORACIÓN DE INCLUSIÓN EN EL PROGRAMA:

- Apta para incorporación
- Requiere valoración/derivación complementaria
- No cumple criterios de inclusión

EN CASO DE SER APTA:

DESEA PARTICIPAR

Desea participar

No desea participar

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Firmado

ESCALAS DE VALORACIÓN INICIAL

Siendo 1 el valor más bajo y 10 el más alto

- Sentimiento de apoyo social: ____ /10
- Sentimiento de soledad: ____ /10
- Confianza en el sistema sanitario: ____ /10
- Conocimiento de sus derechos como paciente: ____ /10
- Bienestar general percibido: ____ /10

Firma de la profesional

ANEXO III: CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____, declaro haber recibido información suficiente sobre el Proyecto Cuidar después: acompañamiento social y reparación psicosocial tras situaciones de violencia obstétrica.

He sido informada de que:

- La participación es totalmente voluntaria.
- Puedo abandonar el proyecto en cualquier momento sin necesidad de justificar mi decisión.
- La información compartida durante las sesiones será tratada de forma confidencial.
- El objetivo del programa es proporcionar acompañamiento social, favorecer la reducción del aislamiento social, promover la recuperación de redes de apoyo y contribuir a la reparación psicosocial de las consecuencias derivadas de experiencias de violencia obstétrica.
- La participación en el programa no sustituye la atención sanitaria, psicológica o psiquiátrica que pudiera necesitar.
- En caso de detectarse situaciones que requieran intervención especializada, se me informará de los recursos disponibles y, con mi consentimiento, se realizará la correspondiente derivación.

MANIFIESTO MI CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR EN EL PROGRAMA.

Nombre y apellidos de la participante:

Nombre de la profesional:

Firma:

Firma:

Fecha: ____ / ____ / _____

ANEXO IV: HOJA DE REGISTRO DE ASISTENCIA




Esta es una ficha que debe rellenar la profesional antes o después de las sesiones de grupo.
Está pensada para la evaluación posterior del proyecto.

Grupo: _____

Fecha inicio: ___ / ___ / _____

Fecha finalización: ___ / ___ / _____

LEYENDA:

| | |
|---|-----------------------------|
|  | Asiste |
|  | No asiste sin justificación |
|  | No asiste con justificación |

| NOMBRE | SESIÓN 1 | SESIÓN 2 | SESIÓN 3 | SESIÓN 4 | SESIÓN 5 | OBSERVACIONES |
|-----------|----------|----------|----------|----------|----------|---------------|
| Usuaría 1 | | | | | | |
| Usuaría 2 | | | | | | |
| Usuaría 3 | | | | | | |
| Usuaría 4 | | | | | | |
| Usuaría 5 | | | | | | |
| Usuaría 6 | | | | | | |
| Usuaría 7 | | | | | | |
| Usuaría 8 | | | | | | |

ANEXO V: FICHA DE OBSERVACIÓN/DIARIO PROFESIONAL DE SESIÓN

Fecha: ___/___/___

Sesión: _____

Asistencia:

Todas las participantes

Falta al menos una de las participantes: Razón _____

1. DESARROLLO DE LA SESIÓN: Descripción de la actividad

2. PARTICIPACIÓN EN LA SESIÓN

Muy alta

Alta

Media

Baja

Muy baja

Todas las participantes

La mayoría

Unas pocas

Una o dos mujeres

Observaciones

| |
|--|
| |
|--|

3. INCIDENCIAS

| |
|--|
| |
|--|

4. NECESIDADES DE DERIVACIÓN

| |
|--|
| |
|--|

5. VALORACIÓN DE LA SESIÓN

| |
|--|
| |
|--|

ANEXO VI: CUESTIONARIO FINAL DE SATISFACCIÓN

Evaluación de satisfacción de las participantes

A continuación, valore cada afirmación de 1 a 5.

1 = Totalmente en desacuerdo

2 = En desacuerdo

3 = Ni de acuerdo ni en desacuerdo

4 = De acuerdo

5 = Totalmente de acuerdo

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|---|
| Me he sentido escuchada y respetada durante la sesión individual | | | | | |
| Me he sentido escuchada y respetada durante las sesiones grupales | | | | | |
| El grupo me ha ayudado a sentirme menos sola | | | | | |
| He podido expresar mis experiencias en un entorno seguro | | | | | |
| El proyecto ha contribuido a mejorar mi bienestar emocional y social | | | | | |
| He adquirido información útil sobre mis derechos como usuaria del sistema sanitario | | | | | |
| Mi confianza en los servicios sanitarios ha mejorado | | | | | |
| La duración y organización de las sesiones han sido adecuadas | | | | | |
| La profesional responsable ha facilitado adecuadamente las sesiones | | | | | |

A continuación, valora estos ítems del 1-10, teniendo en cuenta que 10 es la nota más alta y 0 la más baja.

- Sentimiento de apoyo social: ____ /10
- Sentimiento de soledad: ____ /10
- Confianza en el sistema sanitario: ____ /10
- Conocimiento de sus derechos como paciente: ____ /10
- Bienestar general percibido: ____ /10

¿Cómo te hubieras sentido más cómoda en la intervención grupal?

¿Qué aspectos del proyecto te han resultado más útiles?

¿Qué aspecto del proyecto mejorarías/cambiarías?

¿Ha cumplido el proyecto tus expectativas? ¿Por qué sí/no?

Comentarios, sugerencias y propuestas adicionales.

ANEXO VII: PRESUPUESTO APROXIMADO

| Concepto | Descripción | Coste estimado | Observaciones |
|------------------------------|--|-----------------------|---|
| Trabajadora social sanitaria | Diseño, entrevistas individuales, sesiones grupales, evaluación y seguimiento | 0 € / coste imputado | Recurso propio del centro de salud |
| Sala grupal | Espacio para las cinco sesiones grupales | 0 € | Uso de sala disponible en Atención Primaria |
| Material fungible | Folios, bolígrafos, carpetas, tarjetas, rotuladores | 30-50 € | Gasto menor del proyecto |
| Impresión de materiales | Fichas, cuestionarios, consentimiento informado, hoja de asistencia y recursos informativos | 40-60 € | Depende del número de participantes |
| Material informativo | Guía breve de recursos, derechos y pautas de autocuidado social | 30-50 € | Puede elaborarse desde el propio servicio |
| Evaluación | Cuestionarios, registros de asistencia y seguimiento | 0-20 € | Integrado en el material impreso |
| Coordinación profesional | Contacto con matrona, medicina de familia, salud mental, servicios sociales u otros recursos | 0 € / coste imputado | Incluido en la jornada profesional |
| Total aproximado | | 100-180 € | Sin contar costes estructurales del centro |

Dado que el proyecto se integra en la estructura ordinaria de Atención Primaria, su coste económico directo sería reducido, ya que los principales recursos humanos y espaciales forman parte del funcionamiento habitual del centro de salud. Los gastos adicionales se limitarían principalmente a materiales fungibles, impresión de documentos e instrumentos de evaluación.