

Trabajo Fin de Grado

Título:

***Reconocimiento de la Violencia Obstétrica
y cómo afrontarla***

Alumno: Paula Castro García

Director: Jade Magdaleno García

Madrid, mes de Mayo 2024

ÍNDICE DE CONTENIDOS

<i>Resumen</i>	1
<i>Abstract</i>	2
<i>Presentación</i>	3
<i>Agradecimientos</i>	4
<i>Estado de la cuestión</i>	5
1. Metodología de búsqueda	5
2. Fundamentación	7
2.1. Introducción.....	7
2.2. Contexto histórico, invisibilización y percepción actual	9
2.3. Datos epidemiológicos y comparativa de datos a nivel interterritorial	11
2.3.1 Datación recogida en España.....	11
2.3.2 Abuso de técnicas y procedimientos innecesarios	12
2.4 Comparativa Interterritorial	14
2.5 Perspectiva de los profesionales sanitarios	15
2.6 Colectivos más vulnerables	16
2.7 Consecuencias de la violencia obstétrica en la maternidad	18
3. Justificación	19
<i>Población y captación</i>	20
4. Población diana.....	20
5. Captación.....	21
<i>Objetivos</i>	23
6. Objetivo Principal.....	23
7. Objetivos específicos.....	23
7.1 Objetivos de conocimiento:.....	23
7.2 Objetivos de habilidad	23
7.3 Objetivos de actitud	24
<i>Contenidos</i>	25

Sesiones, técnicas de trabajo y uso de materiales	26
8. Planificación y cronograma general.....	26
9. Sesiones.....	27
Sesión 1: Introducción a la violencia obstétrica.....	31
Sesión 2: Experiencia personal en el parto y la maternidad.....	32
Sesión 3: Profundización.....	33
Sesión A, entre profesionales	33
Sesión B, entre gestantes, puérperas o en postparto:	34
Sesión 4: Dar voz a nuestros derechos.....	35
Evaluación.....	36
Bibliografía	38
ANEXOS.....	43
ANEXO II: Folleto Informativo sobre las sesiones educacionales	45
ANEXO III: Folleto tríptico educativo con información básica sobre VO dirigido a la población..	46
Anexo IV: Folleto tríptico educativo con información sobre VO dirigido al ámbito profesional..	48
Anexo V: Cuestionario de conocimientos previos y posteriores a las sesiones educacionales recibidas.	50
ANEXO VI: Cuestionario de satisfacción respecto a las sesiones informativas recibidas.....	51
ANEXO VII: Escala de Depresión Postparto de Edimburgo (EDPS)	53
ANEXO VIII: Test de Violencia Obstétrica respecto la población	41
ANEXO IX: Test de Violencia Obstétrica como profesional sanitario	42

Resumen

La violencia obstétrica implica el conjunto de prácticas o conductas irrespetuosas o abusivas que suponen una violación de los derechos humanos de las mujeres en su salud sexual y reproductiva. Este tipo de actos ofensivos y degradantes afectan a las mujeres en el proceso del embarazo, parto y puerperio.

El objetivo principal de esta búsqueda consiste en la divulgación del concepto de la violencia obstétrica en todo el proceso que conlleva, de forma que no sea desconocido para las gestantes o las que desean serlo, ni para los profesionales sanitarios que trabajan a diario de cara al público. A través de este trabajo podremos identificar las diferentes actitudes que demuestran la realidad a las que son sometidas muchas mujeres y sus familias, su influencia a nivel internacional, los colectivos más vulnerables a los que afecta, qué abuso de técnicas forman parte de dicho concepto, la percepción de los profesionales al respecto y las consecuencias que conlleva en el vínculo maternal.

Experimentar una maternidad segura y de calidad, con la disponibilidad de acceso a un servicio de atención indiscriminado, justo y equitativo, es un derecho inexcusable para todas las mujeres. Para ello, dar la visibilidad correspondiente a todas aquellas actuaciones que suponen arraigos de violencia obstétrica, intrínsecamente relacionadas con la discriminación de género y violación de los derechos humanos fundamentales, supone el primer paso de la aceptación y reconocimiento de su existencia.

Palabras clave: violencia obstétrica, parto, embarazo, racismo, discriminación, mala praxis, episiotomía, cesárea, parto con fórceps, perspectiva profesional.

Abstract

Obstetric violence implies a set of disrespectful or abusive practices or behaviours that violate the human rights of women in their sexual and reproductive health. This type of offensive and degrading acts affects women in the process of pregnancy, childbirth, and puerperium.

The main objective of this research is to disseminate the concept of obstetric violence throughout the entire process involved, so that it is known to pregnant women or those who wish to become pregnant, nor to the health professionals who work with the public daily. Through this work we will be able to identify the different attitudes that demonstrate the reality to which many women and their families are subjected, its influence at an international level, the most vulnerable groups it affects, the abuse of techniques that form part of this concept, the perception of professionals in this respect and the consequences it has on the maternal bond.

Experiencing a safe and quality maternity, with the availability of access to an indiscriminate, fair, and equitable care service, is an inexcusable right for all women. To this end, giving the corresponding visibility to all those actions that are rooted in obstetric violence, intrinsically related to gender discrimination and violation of fundamental human rights, is the first step in the acceptance and recognition of its existence.

Keywords: obstetric violence, childbirth, pregnancy, racism, discrimination, malpractice, episiotomy, caesarean section, forceps delivery, professional perspective.

Presentación

Este trabajo ha sido desarrollado a partir de una inquietud personal respecto al ámbito laboral de la atención y cuidado de la maternidad. Hace unos años, cuando me adentré en la planta de ginecología y obstetricia de mi rotatorio asignado, observé de primera mano la práctica de la acciones y actitudes ejemplares en la violencia obstétrica.

Comencé dicho rotatorio sin conocer todos los requerimientos, cuidados básicos y atención especializada que requerían las gestantes y recién puérperas, mujeres que en principio se encontraban totalmente en buen estado de salud pero que se adentraban a un mundo, donde la exigencia y responsabilidad del cuidado de otro ser humano y el propio, debía mantenerse al día. De esta forma, comprendí que al resolver dudas, aliviar el dolor físico y emocional, acompañar en el miedo a lo desconocido y ofrecer un trato igualitario y justo, forman parte intrínseca de nuestra profesión.

Ante estos comportamientos discriminatorios, denigrantes y clasistas por parte del personal sanitario hacia las mujeres que asistían a dicho hospital, especialmente aquellas en situaciones económicas problemáticas, personalmente no supe como gestionarlo. Observando situaciones que se presentaron ante mí tales como comentarios totalmente fuera de lugar, críticas, regaños, mal manejo del dolor o normalización de este... era consciente de la injusticia de la que era testigo.

De tal modo, este es el objetivo del desarrollo de este proyecto educativo, terminar con la naturalización e invisibilización de un práctica desproporcionadamente discriminatoria hacia la libertad y derecho de la salud reproductiva y sexual de la mujer. Darnos cuenta de la relevancia en la concienciación y educación de la violencia obstétrica.

“Para poder ver la dirección correcta, debemos ser capaces de ver las equivocadas.” (35)

Agradecimientos

Primeramente agradecer a mis padres, Ino y Juan Carlos, quienes han priorizado la educación de sus hijas por encima de todo, el cultivo de sus valores y han luchado por nuestros logros como si fuesen los suyos propios. Mamá, gracias por apoyarme tanto y hacer todos estos años de taxista. A mi hermana Andrea, que aunque a veces nos peleemos y su obsesión por el control me vuelva loca, la vida no es lo mismo sin ella (no hay kilómetros en este mundo para que yo no te eche de menos).

A mis compañeros de la carrera, David, Irene, Alejandra, Ana y Daniela, confidentes de frustraciones y compañeros de risas. A Daniel, Cristina y Paula, que me han acompañado este último año. Agradecer también a mi tutora, Jade, por la comprensión y apoyo que ha aportado a cada uno de sus alumnos y que se puede observar todos los días en clase.

Por último, agradecer especialmente a mi abuela, Paquita, que para mí es la personificación de la resiliencia, esfuerzo y humildad. Ella me enseñó valorar la educación y el respeto, especialmente cuando la vida quiso ponerse a veces en su contra, siguió adelante contra viento y marea. Abuela, aunque no te acuerdes de nosotros, que sepas que guardaremos este pedacito de ti toda nuestra vida.

Estado de la cuestión

1. Metodología de búsqueda

A continuación, este apartado tendrá el objetivo de exponer las estrategias de búsqueda seguidas para la obtención de la información y recopilación de ideas fundamentales en la realización de este trabajo.

Se utilizaron diferentes bases de datos como PubMed, Medline y SciELO, y editoriales como Elsevier y Wiley's *Obstetrics and Gynaecology*, donde fueron seleccionados artículos en inglés, portugués y español. Para mejorar el proceso de traducción y redacción se utilizaron páginas web como Deepl, WordReference y RAE. A través de la metodología PICO,

Por consiguiente, para hacer más accesible la búsqueda se propuso una limitación de artículos publicados en los últimos 5 años, y excluyendo todos aquellos que no poseían fácil acceso al personal estudiantil.

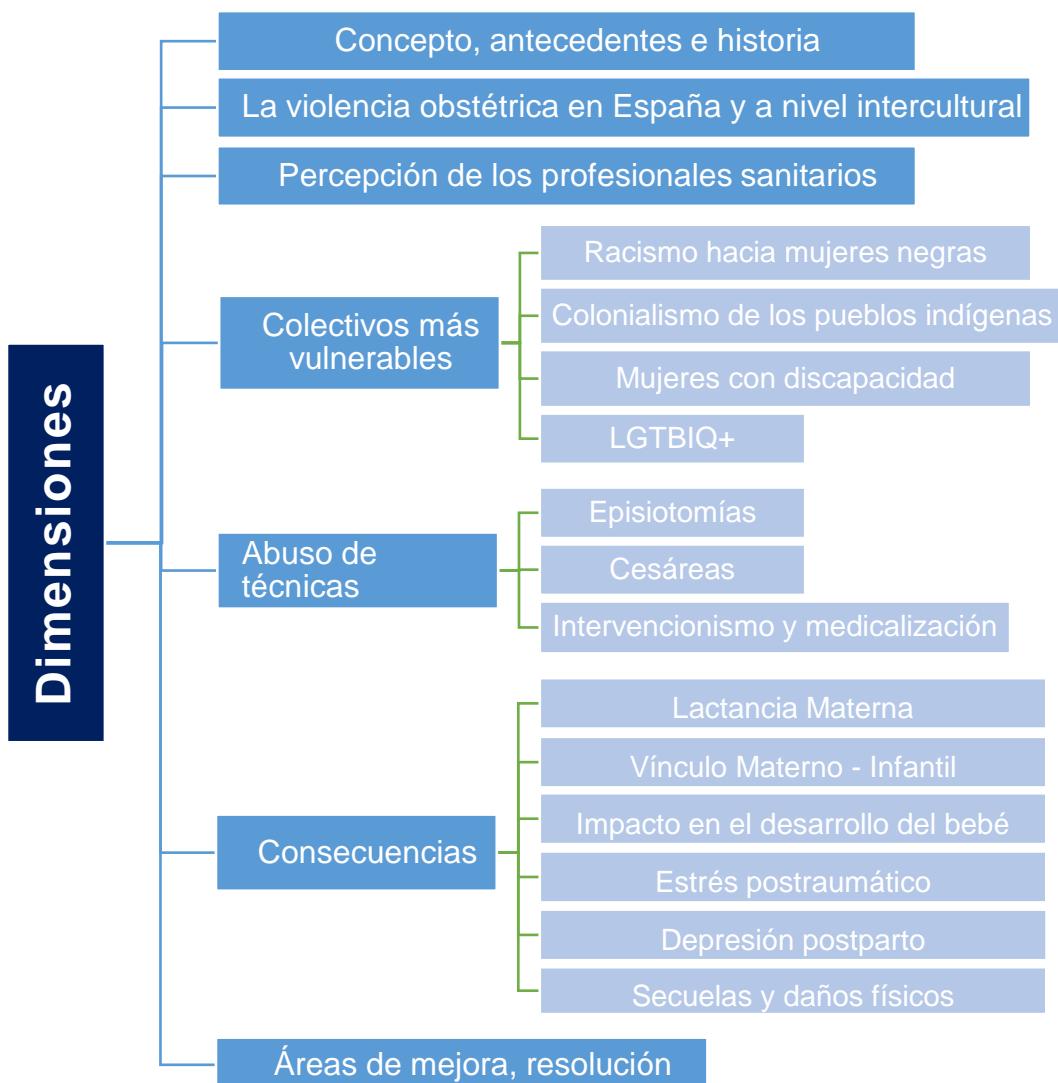
Igualmente, la combinación operadores booleanos que fueron utilizados son *AND* y *OR* y los descriptores usados en la búsqueda de las palabras claves a través de los MeSH (Medical Subject Headings) y DeCS (Descriptores en Ciencias de la Salud) que nos ayudaron en la selección correcta de los artículos fueron los siguientes:

DeCS	MeSH
Violencia Obstétrica	Obstetric Violence
Episiotomía	Episiotomy
Cesárea	Cesareans
Parto con fórceps	Forceps Delivery
Embarazo	Pregnancy
Parto	Childbirth
Mala Praxis	Malpractice
Racismo	Racism
Discriminación	Discrimination
Perspectiva profesional	Professional Perspective

Tabla 1: Descriptores utilizados para la búsqueda. Elaboración propia.

Por otra parte, se seleccionaron todos aquellos artículos cuyo tema principal era la violencia obstétrica durante el proceso del embarazo, el parto y el puerperio. Aunque el término se encuentra mucho más desarrollado e investigado en países con menor desarrollo procedentes en su mayoría de América Latina, se buscó un enfoque intercultural, de forma que se eligieron artículos que desenvolvían su investigación o estudio en diferentes territorios. Por tanto, se desarrolló la búsqueda en países con infraestructuras más avanzadas y también en aquellos con menor nivel socioeconómico, donde el estrago era peor en los colectivos desfavorecidos.

Asimismo, se investigó sobre las consecuencias tras situaciones de violencia obstétrica y el abuso de técnicas, procedimientos y actitudes que promovían su práctica. De esta forma, con la intención de hacer más accesible el entendimiento de las diferentes dimensiones sobre las que se profundizarán en el proyecto educativo, se dispone el siguiente esquema:



Esquema 1: Conceptos estudiados. Elaboración propia

2. Fundamentación

2.1. Introducción

La violencia obstétrica (VO) supone cualquier tipo de prácticas o conductas que conlleven a la acción u omisión de interacciones violentas, o percibidas como tal, hacia la mujer durante el proceso del embarazo, parto y puerperio, independientemente de que sucedan en el ámbito público o privado. (1) Corresponde a la violación de los derechos fundamentales de las mujeres en el ejercicio de la autonomía, libertad y dignidad en sus procesos reproductivos, su salud y vida sexual.

Este fenómeno se trata de un tipo de discriminación de género caracterizado por la patologización de los procesos naturales, la deshumanización y apropiación corporal de la mujer, la privación de su experiencia en la maternidad, el rechazo y control a la toma de sus propias decisiones, y la amenaza hacia su integridad física y psicológica (2,3).

Si bien su ejercicio es atribuido principalmente a los profesionales sanitarios, igualmente puede ser asociado al entorno íntimo de la gestante y su comunidad, recaer en el mal funcionamiento de los sistemas sanitarios, ser consecuente de la falta de accesibilidad a ciertos servicios, provocado por la carencia de formación sexual de los sistemas educativos, o derivado de la ineficacia de las instituciones gubernamentales y sus políticas (4). De esta manera, nos encontramos ante un fenómeno multifactorial, resultado de la combinación e interacción compleja de diversas causas (3).

Como hemos mencionado anteriormente, la violencia obstétrica es un término complicado, resultante de una larga serie de factores interrelacionados como son los aspectos económicos, sociales, culturales e institucionales, entre muchos otros. Esta situación es una de las razones por las que este tema representa un desafío complejo y difícil de abordar, ya que implica la implementación de una diversidad de enfoques y medidas en distintos niveles. Es necesario comprender las múltiples causas subyacentes para encontrar una solución integral y eficaz (3).

Asimismo, este tipo de prácticas deshumanizantes pueden ser ejercidas de una forma directa o indirecta, siendo capaces de afectar a dos niveles diferentes en la mujer, el psicológico y/o el físico (5). Entonces, para facilitar el reconocimiento de estas acciones y abusos categorizaremos los diferentes tipos de violencia que son ejercidos de forma que:

TIPOS DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA

VIOLENCIA FÍSICA	Prácticas invasivas, injustificadas, innecesarias, no consentidas ni informadas que pueden provocar prejuicios en la salud física o mental de la mujer y/o del recién nacido.	Manipulación corporal abusiva Procedimientos invasivos Instrumentalización obstétrica innecesaria Abuso de medicalización y de técnicas utilizadas como prácticas “rutinarias” no recomendadas ni beneficiosas
VIOLENCIA PSICOLÓGICA Y/O VERBAL	Forma de maltrato, abuso emocional, comunicación despectiva o trato irrespetuoso que supone la violación de los derechos de la persona y la falta de respeto hacia sus capacidades	Omisión o manipulación de información No se respeta la autonomía del paciente Discriminación racial, homófoba, sexista, cultural o socioeconómica Coacciones o amenazas Comportamientos irrespetuosos, burlas, humillaciones, insultos, aislamientos...
VIOLENCIA SEXUAL	Acciones no deseadas o consentidas que están involucradas, relacionadas o van encaminadas al contacto físico invasivo del área genital femenino	Abusos sexuales Contacto excesivo o tocamiento innecesario Insinuaciones, coacciones o amenazas de intención sexual Exposición innecesaria de la intimidad
VIOLENCIA INSTITUCIONAL	Limitación de los derechos reproductivos y sexuales de las mujeres provocado por políticas o normas gubernamentales injustas	Negación de acceso a servicios sanitarios adecuados, recibir asistencia médica, tratamiento, medicación o trato digno Infraestructuras y materiales escasos Condiciones laborales indignas y sobrecarga laboral
VIOLENCIA SIMBÓLICA	Naturalización de relaciones de dominio, abusos y estereotipos mediante el uso de normas culturales, símbolos y estructuras de poder	Patologización de procesos naturales Deshumanización Invalidación de decisiones o percepciones Normalizar procesos de dolor y violencia

Tabla 2: Categorización de la violencia obstétrica. Elaboración propia a partir de referencias (3,6,7)

2.2. Contexto histórico, invisibilización y percepción actual

La violencia obstétrica no ha surgido en los últimos años, se remonta a mucho tiempo atrás. Tras una sociedad hegemónicamente patriarcal, donde el poder radicaba en un sistema de jerarquía y discriminación, las gestantes eran sujetas a procedimientos experimentales, esterilizaciones forzadas, abusos, intervenciones innecesarias y agresivas, cesáreas no consensuadas, separaciones y despojos de su maternidad, impedimentos en ejercer el derecho al aborto... prácticas que perduran y de las que aún tenemos atisbo (4).

Aunque el final siempre era el mismo, la privación de la libertad sexual y reproductiva de la mujer, el juicio detrás de estas acciones era variado y diverso (3). A continuación, expondremos diferentes ejemplos de las principales razones por las cuales se cometían estas interacciones abusivas y violentas a lo largo de la historia:

- **Razones religiosas:**

- En el siglo XVI las autoridades romanas obligaban la conversión al cristianismo de las madres judías bajo la amenaza de arrebatarle sus hijos y la separación familiar (8).
- Asimismo, en el s. XVII los sacerdotes durante la colonización española practicaban cesáreas con el fin de salvar al bebé, aunque conllevase muerte de sus madres (8).

- **Motivos socioeconómicos:**

- Legislaciones vigentes hasta el siglo XX en Canadá, Estados Unidos y algunos países europeos, donde la esterilización forzada en mujeres discapacitadas eran aceptadas por cuestiones capacitistas ante el cuidado de sus hijos y su custodia (9).
- Durante las dictaduras militares en Argentina, Brasil y Chile, que se extendieron desde mediados hasta finales del siglo XX, se llevó a cabo la confiscación de bebés recién nacidos de mujeres detenidas, quienes luego eran entregados a familias afines al régimen gobernante (8).

- **Diferencias culturales, motivos raciales y eugenésicos:**

- Instituciones y legislaciones eugenésicas del siglo XX en Canadá de origen colonialista, que provocaron esterilizaciones coercitivas de hasta el 25% de mujeres Inuit en Igloolik (4).

- La esclavitud racial que arrasaba Estados Unidos entre los siglos XVI al XIX donde las mujeres negras eran sometidas a trabajos forzados durante el embarazo, castigadas con el objetivo de procrear descendencia sana e incluso eran sometidas a procedimientos experimentales (8). Un ejemplo de ello fue James Marion Sims, quien experimentó con dichas esclavas cirugías vaginales sin consentimiento ni anestesia, algunas eran adolescentes (4).
- Este mismo patrón eugenésico sucedió entre 1996 y 2001 en Perú. El presidente buscó la solución al “problema indio” del país causando la esterilización forzada y coercitiva de entre doscientas cincuenta mil hasta trescientas mil mujeres, tratadas como una cuestión de salud pública (4).

Pero la violencia obstétrica no solo fue percibida por las mujeres gestantes. Las actitudes hostiles y los comportamientos agresivos perduraron a causa del desplazamiento de las parteras por la dominación y el autoritarismo del hombre en la especialidad obstétrica y ginecológica surgida a finales del siglo XIX y XX. La comadronas, exiliadas a ejercer en zonas rurales, fueron despojadas de mérito alguno y sus avances en el campo fueron apropiados. Las gestantes fueron sometidas a la extensiva práctica de la medicalización y el excesivo intervencionismo en los procedimientos innecesarios durante el embarazo, parto y postparto, que suponían riesgos extremadamente perjudiciales para la salud de la madre y el bebé (8).

Como podemos observar, este fenómeno transcurría fácilmente en un mundo donde se encontraba muy presente la posición dominante del hombre y subordinación de la mujer, cuya práctica aún sigue en auge en algunos países. Pero sí es cierto que la discriminación deshumanizada, abusos y conductas violentas se encontraban en la cúspide y continuaban prósperamente en aquellas épocas donde el colonialismo, el sexism social y la esclavitud eran normalizados. De esta forma, podemos afirmar que la violencia obstétrica se encuentra estrechamente ligada a la sociedad y es por tanto, una percepción amplificada de injusticia social y un reflejo de la desigualdad de aquellos colectivos más vulnerables (4).

Pero, si es una práctica que lleva tanto tiempo ejerciéndose, ¿cómo es posible que sólo seamos conscientes de dicho término ahora? Tal como se ha mencionado antes, este fenómeno es consecuencia de muchos factores que influyen en él, por lo que es complicado de reconocer las múltiples formas de violencia. Aunque podemos buscar otras dos razones más, estrechamente relacionadas la una a la otra: la primera es a causa de la normalización de este tipo de agresiones en el ámbito sanitario, la invisibilización que se ha dado a las denuncias al respecto y la negativa ante el uso término “violencia obstétrica” como forma de

maltrato o agresión hacia la mujer (1,10). La segunda, trata de la evolución sociocultural transcurrida, ya que actualmente contamos con una posición privilegiada, donde se posibilita el reconocimiento de los derechos humanos fundamentales, enseñarlos y exigirlos (8).

Finalmente, a pesar de los estragos que han pasado las mujeres en el curso de los siglos, el término es reconocido por primera vez de manera institucional a través de la Ley Orgánica sobre el derecho de las mujeres a una Vida Libre sin Violencia, publicada por el Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA) en Venezuela 2006 (3).

2.3. Datos epidemiológicos y comparativa de datos a nivel interterritorial

A pesar de que ya en ciertos países se reconoce el término de violencia obstétrica como tal, actualmente sigue siendo realizada y desconocida aún por muchas otras personas. Se notifica que la prevalencia de VO oscila entre el 15-91%, aunque influye el país, el instrumento y los métodos utilizados (11). A continuación, en este apartado expondré una serie de datos a través del estudio de diferentes artículos en distintos países para observar la frecuencia, evaluar el impacto en la población y facilitar la identificación de necesidades.

2.3.1 Datación recogida en España

Primeramente, nos centraremos en España. Para ello, observamos un estudio que recogía una muestra de casi dieciocho mil mujeres. Se demostró que el 38% de dicha muestra indicó haber sufrido signos de VO y más de la mitad de los casos expresaron sentirse inseguras, incapaces, culpables o vulnerables con la atención recibida. A continuación, representaremos en el gráfico las diferentes formas de VO que fueron denunciadas (12,13):

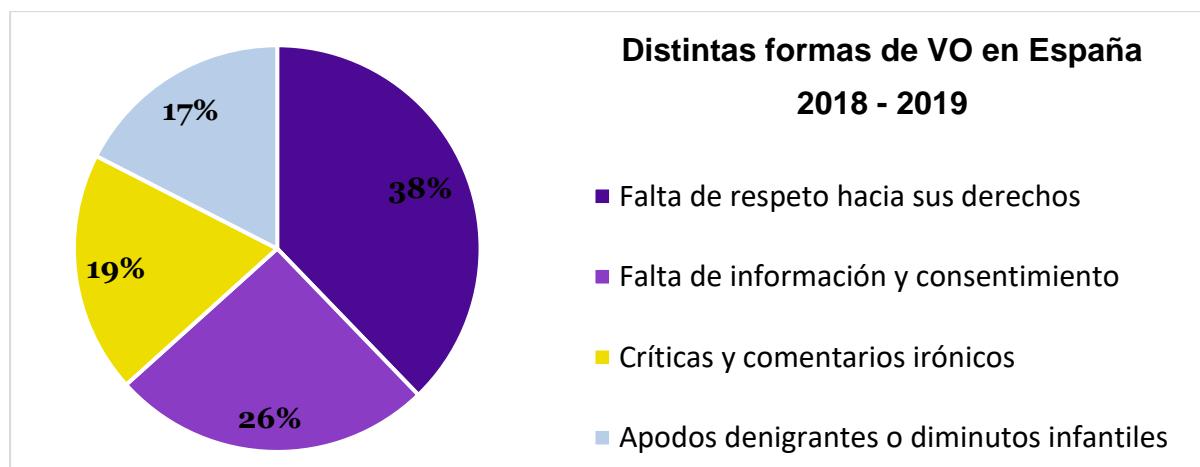


Gráfico 1. Incidencia de distintas formas de VO ejercidas en España en Enero 2018 a Junio 2019. Elaboración propia a partir de Int. J. Environ. Res. Public Health 2020 (12).

Por otra parte, las Comunidades Autónomas (CCAA) que presentaban respuestas más positivas ($\geq 41\%$) respecto a la violencia obstétrica en los cuestionarios fueron: Murcia, Extremadura, Galicia y Cantabria respectivamente. Respecto a la comunidad con menor porcentaje fue La Rioja (30%) y, aunque coincidía con la región con la menor muestra de encuestados, se afirmó que es pionera gracias a su estrategia de atención al parto. Por último, relacionado al proceso del postparto, un tercio declaró no sentirse apoyadas durante la lactancia, alimentación y el cuidado del bebé (12,13).

Otros estudios demuestran que dos de cada tres mujeres expresan haber experimentado violencia obstétrica, aunque prácticas como el contacto piel con piel y el seguimiento de un plan de parto ayudaron a prevenirla. (11)

2.3.2 Abuso de técnicas y procedimientos innecesarios

Otra de las formas en las que se ejerce violencia obstétrica son aquellas técnicas o procedimientos, quirúrgicos o no, realizados por conveniencia, hábito profesional o miedo al riesgo, evitando afrontar las posibles responsabilidades que conllevan las complicaciones de ciertos métodos médicos, aunque sean los más beneficiosos o los más respaldados por la comunidad científica del momento. (5,12,14). Entre dichas prácticas podríamos mencionar:

- Inducción al parto o la realización de cesáreas como intervenciones innecesarias para mejorar la productividad en cadena del sistema sanitario, mejorar la escasez de tiempo y no esperar las largas horas del trabajo de parto. Las cesáreas realizadas de forma no justificada pueden provocar complicaciones y discapacidades significativas, además del riesgo de infección, hemorragia, ruptura uterina, incontinencia, dolor e incluso la muerte materno-infantil especialmente en las regiones con menor acceso a materiales e infraestructuras adecuadas para realizarlas. Asimismo, pueden suponer laceraciones fetales, problemas respiratorios, partos prematuros y menor tasa de lactancia materna y formación del vínculo materno (14).
- Reducción del contacto piel con piel, que supone crear mayor dificultad en crear un vínculo materno-infantil y que está estrechamente relacionado con la reducción de estrés de la madre y posible trastorno de estrés postraumático (TEPT). (14)
- Obligación por mantenerse inmóvil y en posición de litotomía que, aunque mejora el acceso del equipo sanitario, puede resultar incómoda y dolorosa para la mujer, provocando un mayor estrés y la sensación de la pérdida de control y autonomía (14).

- Práctica de la maniobra de Kristeller que supone ejercer presión sobre el fondo uterino para facilitar el periodo expulsivo. (15) Se trata de una práctica no recomendada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) puesto que no se han encontrado beneficios en su realización y la lista de riesgos que puede abarcar es larga: rotura uterina, laceración cervical, episiotomía, incontinencia urinaria, fracturas y lesiones neonatales, daños cerebrales, falta de progreso durante el parto y agotamiento de la madre. (16)
- Realización de partos instrumentalizados o uso constante de fórceps de manera contraindicada que pueden provocar laceración vaginal, malestar o lesiones fetales (hematomas subperiósticos de la zona orbital y fracturas de clavícula) (16,17).
- Abuso de la práctica de episiotomía por ser una práctica considerada como rutinaria a diferencia de la episiotomía selectiva. Aunque la técnica utilizada puede influir, la episiotomía puede suponer secuelas negativas como dolor, hinchazón, infecciones y aumento del riesgo de laceraciones obstétricas en futuros partos (10,18).

A continuación, expondremos un gráfico de aquellas técnicas y prácticas catalogadas como no recomendadas o cuyo uso es realizado de forma abusiva en España comparándolo con la tasa de frecuencia recomendada por la OMS, datos obtenidos a través de la búsqueda de diferentes estudios y del último informe europeo sobre la salud perinatal:

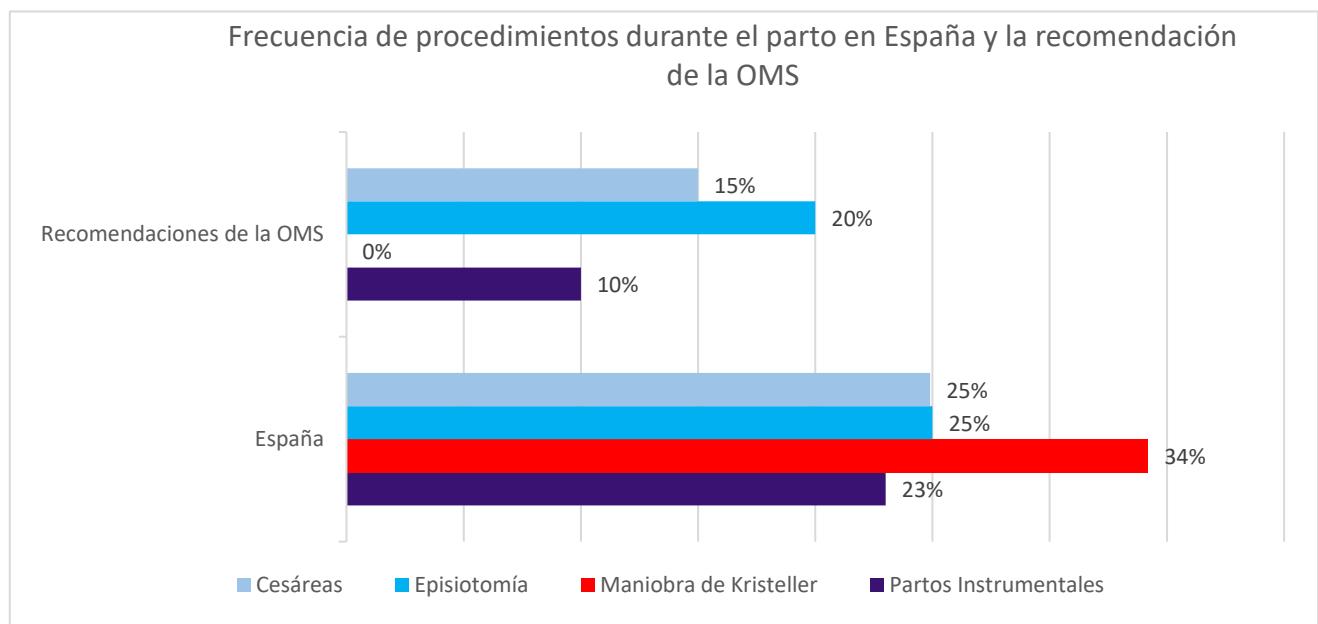


Gráfico 2. Frecuencia de técnicas realizadas durante el parto y recomendaciones de la OMS del año 2019. De elaboración propia a partir de European Perinatal Heath Report, 2019 y otras referencias (16,17,19).

2.4 Comparativa Interterritorial

La VO es influida por múltiples factores por lo que su incidencia a nivel global es muy variable y cambiante con el paso del tiempo. A pesar de ello se ha llegado a afirmar que dicha cifra se encuentra entre el 25 al 78%, a lo que se asocian a la morbilidad materna y neonatal (20). A continuación expondré la incidencia de diferentes países cuyos estudios o investigaciones se han llevado a cabo en los últimos años recogiendo datos mediante cuestionarios, entrevistas, encuestas online y búsqueda de documentos recogidos desde 2018 a 2023. La finalidad de este gráfico será realizar una comparativa más general:

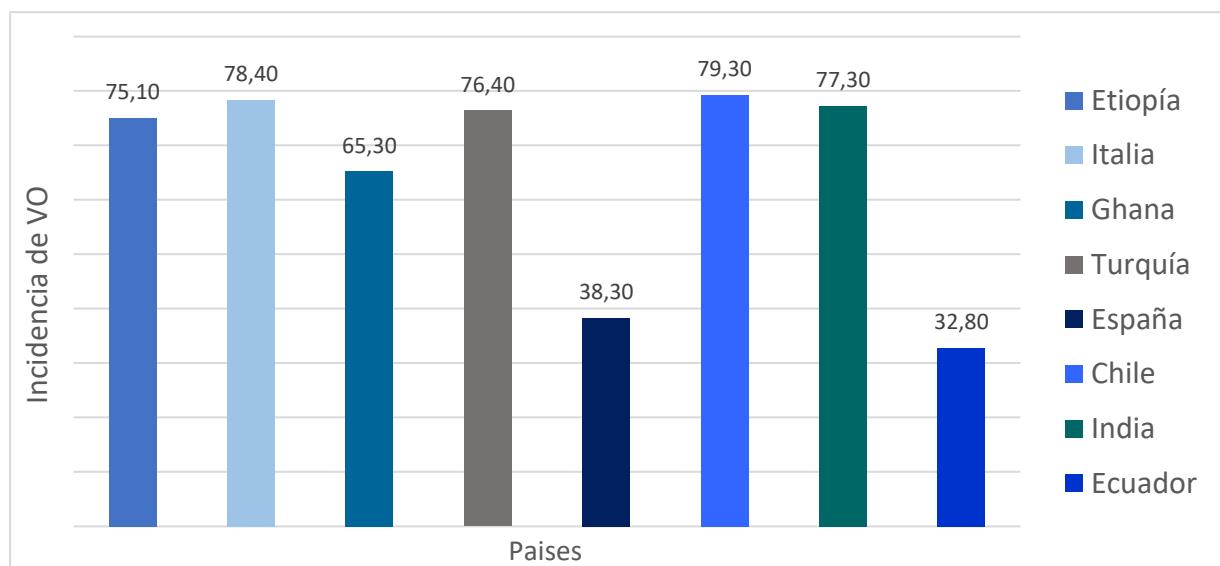


Gráfico 3. Incidencia del ejercicio de VO en diferentes países. Elaboración propia a partir de datos de 2018 a 2023 de diferentes estudios (13,21,22,23,24,25,26,27)

Este gráfico nos puede tener una idea general de la incidencia de VO a nivel interterritorial, pero no podemos estar del todo seguros de la fiabilidad de los datos por dos motivos:

- Cada estudio representado ha trabajado sobre diferentes tamaños de muestra y en áreas específicas de cada país por lo que, aunque nos podemos llevar una idea general, la incidencia en la población específica de cada país no se encuentra mostrada (11,13).
- Como hemos mencionado anteriormente, la VO se trata de un concepto aún desconocido de forma que, aunque podamos llegar a la conclusión de que una gestante ha llegado a ser sometida a algún tipo de maltrato o no, no es posible afirmarlo con seguridad a consecuencia de la falta de conocimiento al respecto, miedo a la repercusión, inexperiencia previa y la posible normalización sociocultural de este tipo de prácticas (28).

2.5 Perspectiva de los profesionales sanitarios

Una de las formas de violencia obstétrica es la manipulación y falta de información, utilizando la coacción para conseguir los objetivos personales y propios del profesional o la institución. Entonces, ¿cómo es posible distinguir actitudes violentas y abusivas si no se posee el conocimiento de ello, e incluso se normalizan y trivializan? (2,7)

Las mujeres que deciden concebir muchas veces no tienen los medios ni la educación necesaria para distinguir las formas de violencia obstétrica que se ejercen ante ellas, y aquellas que lo hacen, son calladas por miedo o impotencia (4). Otras razones que pueden influenciar en este temor pueden ser la inexperiencia por la escasa edad, antecedentes de actitudes violentas, faltas de apoyo, desempleo u otros problemas económicos, ansiedad, problemas de salud mental, etc. (5)

Pero la desinformación generalizada ante estas prácticas discriminatorias y opresivas no solamente afecta a las mujeres y familiares, los profesionales sanitarios también se ven envueltos entre estas injusticias. Ante la falta de conocimiento, incapacidad y normalización al respecto, integrantes del equipo sanitario intentan adaptarse entre las actitudes violentas, evitándolas, minimizándolas, y hasta fomentándolas por el *habitus profesional* (3). Como consecuencia, se acaba aprendiendo formas de violencia obstétrica, donde los profesionales acaban apropiándose de la autonomía corporal y procesos reproductivos de la mujer, llegando a negar la existencia de esta terminológica (7,10). Por otro lado, podemos considerar desde otro punto de vista a los profesionales sanitarios como víctimas del sistema de salud. Las instituciones sanitarias y sociedades gubernamentales poseen un importante papel en la perpetuidad de este fenómeno (10).

Considerar la falta de insatisfacción sobre las necesidades del personal tales como las largas jornadas laborales, falta de descanso, escasez de tiempo, estrés, síndrome de Burnout y grandes cargos de responsabilidad, son razones que pueden suponer la afectación del juicio clínico. Además, generalmente los sistemas sanitarios están basados en una cadena de productividad y eficiencia, promoviendo la deshumanización en la atención, actitudes paternalistas provenientes de un sistema jerárquico que desestima la importancia entre el paciente y el profesional (1).

Bajo todas estas circunstancias, se puede concluir que el ejercicio de la violencia obstétrica se encuentra aún silenciada y subestimada (1). Se sigue formando en las facultades, se normaliza en los hospitales y es promovida tanto por las infraestructuras sanitarias como por

las gubernamentales que buscan siempre el beneficio más rápido, desescatimando la humanización del proceso de la salud (3).

Se valora que aunque los profesionales conozcan o hayan escuchado el término, no poseen la educación suficiente para reconocerlo, evaluarlo o diferenciarlo de la mala praxis. De hecho, se estima que en España casi el 75% no reconocían este fenómeno como una forma de negligencia o era justificado como una manera de proporcionar los cuidados médicos adecuados. Otro ejemplo de ello es el 70% de profesionales sanitarios de Brasil que negaba haber ejercido algún tipo de VO a pesar de que el 80% afirmada haber sido testigo de ello (20). Sin embargo, diferentes estudios concuerdan en lo mismo frente a este tipo de violencia, la mejor forma de resolverlo es a través del trabajo en equipo, la comunicación, respetando la dignidad y privacidad del paciente, su derecho a consentimiento informado, su ejercicio en actuar libre sobre sus decisiones y el profesionalismo que conlleva (29).

De esta forma, es de imperiosa necesidad divulgar los actos de violencia obstétrica y discriminación de los derechos reproductivos de las mujeres como el respecto a la decisión en elegir libremente el número de hijos, la disponibilidad y acceso a la educación reproductiva y planificación familiar y el periodo entre embarazos (derechos establecidos por la Ley Orgánica 2/2010 de salud Sexual y Reproductiva y de la Interrupción voluntaria del embarazo en España) (1,9). Es por eso por lo que este proyecto educativo pretende exponer ciertas propuestas para rediseñar la formación explicada en las escuelas, institutos o facultades, de manera que ante mayor sea la especialización en el ámbito de los cuidados sanitarios, mayor sea el nivel de comprensión, prevención y visibilizarían del tema. En definitiva, se debe realizar un ejercicio de concienciación colectiva y fomentar la importante carga emocional que conlleva este tipo de discriminación racial, sexista y hegemónica en el desarrollo del embarazo y la experiencia de la maternidad, que acarrea consecuencias perjudiciales para la salud maternoinfantil.

2.6 Colectivos más vulnerables

Cualquier tipo de violencia es siempre dirigida a un tipo de colectivo considerado más débil, vulnerable y mayormente comprometido a las desigualdades socioeconómicas y normas culturales de la comunidad en la que habita (8). Antes de comenzar este apartado cabe aclarar cuáles son los principales factores determinantes que influye en el ejercicio de la VO, muchos de los cuales coinciden con la categorización realizada en la Tabla 2 (los tipos de violencia que se ejercen en el ámbito obstétrico vienen influenciados por dichos factores):



Esquema 2. Factores que influyen en la existencia de la VO. Elaboración propia a partir de Revista Gerencia y Políticas de Salud, 2019 (3)

Obviando que la VO es ejercida principalmente hacia el género femenino, los factores expuestos suponen la opresión obstétrica de los colectivos con mayor exposición ante las desigualdades de la sociedad: comunidades de origen indígena, colectivos LGTBIQ+, mujeres con discapacidad, grupos étnicos de piel negra y pueblos de religión minoritaria o no predominante del país habitado o de origen (4,9,30).

Además, el poder obstétrico, cuyo fin es la docilidad y conformidad de la mujer, depende también de la dominación económica. De esta forma, las mujeres con menores ingresos y estabilidad monetaria presentarán mayores dificultades a la hora de recibir una atención de calidad y tendrán menor accesibilidad a ciertos servicios de los sistemas sanitarios, a métodos anticonceptivos y de barrera y a prestaciones de educación sexual (6,9,30).

Por su parte, la VO tendrá más estragos en mujeres con bajo nivel educativo, inexperiencia en el embarazo y menor edad. Estos rasgos se encuentran relacionados de forma que aquellas mujeres con mayor formación académica, experiencias obstétricas anteriores y mayor edad serán más conscientes de sus derechos, poseerán conocimientos previos sobre el tema, y tendrán más en cuenta el respecto intrínseco con el que se deben de dirigir. Es así

como la demanda a este tipo de prácticas será mayor que el de las mujeres que: no son conscientes de estos abusos y discriminaciones, no lo han experimentado antes, son procesos que tienen normalizados o no saben cómo actuar por miedo, pánico, ansiedad o impotencia (6,28).

Es por esta razón que aunque la VO sea más predominante en los colectivos más vulnerables sigue estando presente en los países más desarrollados, con una mejor infraestructura, sistemas de salud más avanzados y estables, y mejor calidad de vida (28). Además, debemos de remitir, como hemos mencionado antes, que no solamente afecta a las gestantes o puérperas, también provoca consecuencias graves en los profesionales que son denigrados, castigados y criticados al no seguir las normativas del sistema (3).

2.7 Consecuencias de la violencia obstétrica en la maternidad

La violencia obstétrica puede dejar muchas secuelas tras el parto, entre ellas el estrés postraumático (TEPT) con una prevalencia de casi el 5 al 16% o la depresión postparto (DPP, 17-47%), que pueden experimentar hasta un años después del parto. Ambos afectarán al vínculo entre la madre y el bebé e incluso a la lactancia materna. Se encuentran estrechamente relacionadas con sensación de falta de control sobre la situación, la capacidad de tomar decisiones y la percepción de que sus propias decisiones no son valoradas (15,31,32). El TEPT se desarrollará al percibir el embarazo, trabajo del parto o desatención recibida en el puerperio como un evento traumático y estresante, mientras que la DPP será un desencadenante a la negligencia, la violencia física y desagrado al cuidado del recién nacido, además de otros elementos psicobiológicos, hormonales y sociales (32).

La violencia obstétrica tiene un impacto significativo en la maternidad provocando que: las mujeres no posean la seguridad en sí mismas y no confíen su capacidad para ser madres, no puedan pedir ayuda a su sistema sanitario más cercano ante la desconfianza que este le ha proporcionado (4), provocan sentimientos de culpa, vergüenza y baja autoestima ante la falta de respeto de su intimidad, derechos y decisiones, facilita que se originen sensaciones de falta de control y autonomía ante el proceso que está viviendo, causen temor a tener más descendencia o a someterse a un parto en el futuro, generar tocofobia...(15)

Además del estrés y ansiedad causados por este tipo de actividades abusivas, el abuso de procedimientos totalmente innecesarios durante el parto que pueden causar lesiones físicas como infecciones perianales por episiotomías, insensibilización del suelo pélvico a causa de un uso innecesario de cesárea en una gestante multípara, maniobra de Kristeller, separación

de la madre y el bebé o interrupción del contacto piel con piel pueden ser algunas de las causas que provoquen la asociación del parto como una experiencia negativa y simultáneamente induzcan a la dificultad de establecer el vínculo materno-infantil (15,18).

Asimismo, el impacto psicológico que estas situaciones o los eventos traumáticos experimentados pueden suponer la afectación negativa a nivel emocional y la incapacidad de establecer o mantener una lactancia exitosa (31). De hecho, el apego que se forma entre la madre y el bebé es muy importante puesto que se ha demostrado por diversos estudios que el no poder satisfacer las necesidades del recién nacido por la formación de un apego inseguro puede llegar a desencadenar una serie de problemas en su conducta, evolución de habilidades asertivas y de aprendizaje, confianza en el apego, enlentecimiento del desarrollo sociocognitivo, falta de bienestar emocional y mental en ambos y causar inseguridad en el futuro. Es así como incluso cualquier alteración que afecta a la madre, será padecida por el bebé (como la frecuencia cardiaca o los movimientos) (15).

Independientemente de cómo influya la violencia obstétrica en el deterioro del apego y/o del vínculo materno infantil, se puede determinar con certeza que influirá si esta relación es deteriorada durante toda la vida del menor, afectando a la salud emocional. Es fundamental abordar este tema para poder fomentar una experiencia de maternidad segura, respetuosa y satisfactoria para todas las mujeres, un derecho esencial en todas las mujeres (15).

3. Justificación

Cómo hemos podido observar, la VO es una consecuencia de la desigualdad socioeconómica y normocultural de la sociedad. Se trata de un fenómeno establecido por valores abusivos y deshumanizantes que conllevan a prejuicios sociales que afectan radicalmente la integridad física, psicológica y bienestar materno-infantil. Supone la violación de los derechos humanos fundamentales de las mujeres y del derecho a experimentar una maternidad de calidad, por lo que la necesidad de abordar esta situación es de vital importancia.

A través del papel de la enfermería sugerimos realizar diferentes propuestas para que tanto en el ámbito profesional como en el comunitario sea un concepto cada vez más conocido entre la ciudadanía. De este modo, a través de la sensibilización del concepto, conseguiremos el reconocimiento de los factores influyentes, sus consecuencias y las resoluciones con las que afrontar la situación.

Población y captación

4. Población diana

Este proyecto educativo se dirige a las mujeres que buscan concebir, están embarazadas o se encuentran en el período posparto, así como a los profesionales de la salud que las asisten en el ámbito obstétrico. Su finalidad es dotar y cumplimentar la formación adecuada para prevenir y finalizar la perpetuación de la violencia obstétrica.

De esta forma, se pretende dirigir este trabajo a la realización de cursos, talleres participativos y charlas colectivas de aprendizaje a la mujer y al profesional, para visibilizar esta problemática y facilitar las habilidades asertivas para afrontarla.

Estas ofertas educativas se realizarán durante los meses de Abril hasta finales de Mayo de 2025 con el objetivo de comprobar si se cumplimentan los objetivos establecidos. Para ello se considera desarrollar las diferentes propuestas de este trabajo en el Hospital Universitario de la Paz de Madrid, considerado como hospital de referencia, donde se atiende al mayor número de partos y de fácil acceso para ambos grupos. De esta forma, abarcaremos un mayor alcance y nivel de concienciación, comprensión y reconocimiento de los tipos de prácticas abusivas y discriminatorias características de la VO.

Si miramos las últimas cifras del Hospital Materno de la Paz en Madrid nos encontramos con la asistencia de entre cinco mil a cuatro mil partos entre los años 2020 a 2021. Además cuenta con 8 salas de paritorio y una cifra de trescientas dieciséis camas, de esta forma podemos afirmar el gran flujo de mujeres que pasan por este hospital a atender su gestación y la ayuda que podemos otorgar proporcionando estos cursos.

Por otra parte, debemos tener presentes a los profesionales que se encuentran especializados en dicha áreas. Observamos que el hospital cuenta con ochenta residentes médicos especializados en pediatría, veinte residentes enfermeras pediátricas y 67 matronas (33).

Es así como, teniendo presentes la alta asistencia de mujeres limitada mensualmente a las trescientas camas que dispone el hospital a la cantidad de trabajadores y la propuesta iniciativa sobre la que posteriormente valoraremos su aportación a la comunidad, decidimos dividir las sesiones divulgativas en seis grupos compuestos cada uno de doce a quince participantes entre madres y profesionales sanitarios del ámbito de pediatría o maternidad

(especialmente auxiliares, enfermeras o médicos), contando con la ayuda de un profesional docente especializado en el tema, un psicólogo y una matrona especializados y educados en el tema. Así se formará un grupo de dieciocho participantes donde se priorizará que esté formando equitativamente es decir, que las mujeres gestantes o puérperas no superen a los profesionales que atienden a los talleres y viceversa para promover la comodidad de expresarse ante un grupo pequeño de profesionales y no temer a la hora de compartir sus experiencias.

5. Captación

Como las iniciativas formativas serán realizadas en el Hospital Universitario de la Paz de Madrid y se utilizarán los siguientes planteamientos para facilitar la captación de la población:

- Creación de infografías esquemáticas que serán publicadas en la página web del hospital o colgadas en el tablón de anuncios de la institución para conseguir una mayor divulgación sobre la violencia obstétrica, sus tipos, causas y consecuencias. ANEXO I
- Proporcionar panfletos claros, concisos y creativos que faciliten la compresión respecto a toda información sobre las sesiones gratuitas de formación y educación como la hora, fecha y lugar de realización. Serán distribuidos por las correspondientes matronas, enfermeros o médicos, entre los profesionales de la unidad correspondiente y en las consultas maternas, ginecológicas o de planificación familiar. ANEXO II
- Divulgar folletos trípticos informativos en las revisiones de seguimiento del embarazo y las reuniones pre y postnatales sobre las prácticas discriminativas, actitudes despreciables, abuso de procedimientos, amenazas o coacciones que suponen el ejercicio de la VO. ANEXO III y ANEXO IV
- Utilización de encuestas o escalas que ayuden en la evaluación de la presencia de VO:
 - Escala de Depresión Postparto de Edimburgo (EPDS) 1987, formado por 10 preguntas y cuyo fin es detectar síntomas de depresión en el puerperio (34). ANEXO VII.
 - Test de Violencia Obstétrica, 2014 por la organización *El parto es nuestro* (35). Pretende evaluar si se ha sufrido algún tipo de maltrato o discriminación durante el proceso del parto para evaluar la existencia de VO durante el mismo. ANEXO VIII.

- Test de Violencia Obstétrica dirigido a los profesionales sanitarios con el objetivo de evaluar la presencia de comportamientos relacionados con la práctica de la VO y observar si son actuaciones que se siguen presentes y son enseñadas por otros profesionales. ANEXO IX.

Objetivos

6. Objetivo Principal

Promover el conocimiento y la conciencia sobre la Violencia Obstétrica entre pacientes y profesionales de la salud para mejorar la detección y prevención de su ejercicio.

7. Objetivos específicos

7.1 Objetivos de conocimiento:

- ◆ Conocer y comprender el concepto de violencia obstétrica.
- ◆ Identificar comportamientos y actitudes características de este fenómeno.
- ◆ Comprender las consecuencias perjudiciales que suponen este tipo de mala praxis en el desarrollo del embarazo y maternidad.
- ◆ Reconocer los derechos propios y saber cuándo están siendo vulnerados, ya sea en primera persona o al presenciarlo en otros.
- ◆ Saber qué medidas tomar para poder denunciar estas prácticas sexistas y discriminatorias.

7.2 Objetivos de habilidad

- ◆ Exigir respeto hacia el mantenimiento de los derechos y manifestarse cuando no sean escuchados.
- ◆ Buscar soluciones y estrategias para prevenir o detener el ejercicio de VO.
- ◆ Buscar apoyo si es necesario, acudiendo al respaldo del resto del equipo sanitario, la institución o protección legal.
- ◆ Capacidad o destreza para expresar mediante una comunicación asertiva y pacífica al resto de los miembros del equipo laboral la prevención y detección de situaciones potenciales de violencia obstétrica.

7.3 Objetivos de actitud

- ◆ Expresar sus sentimientos y compartir si se desea experiencias previas ante situaciones de embarazo o parto.
- ◆ Verbalizar dudas sobre la atención obstétrica recibida.
- ◆ Interiorizar estrategias y recomendaciones ante la violación obstétrica y el cuidado adecuado en su proceso clínico.
- ◆ Saber mantener un postura asertiva para poder afrontar la situación.
- ◆ Fomentar la divulgación de este tipo de prácticas abusivas y el cuidado obstétrico adecuado con sus compañeros, los profesionales de la salud u otras madres.

Contenidos

A. Introducción, la atención obstétrica adecuada

1. Esquema de puntos a abordar en las sesiones (Esquema 1).
2. Conocimientos previos de los participantes sobre la violencia obstétrica.
3. Concepto de la violencia obstétrica e historia.
4. Derechos fundamentales de la mujeres y el ejercicio de libertad respecto a su salud sexual y reproductiva.
5. ¿Cómo tener una experiencia de maternidad de calidad?

B. Profundización sobre la violencia obstétrica y la mala praxis

1. Características generales que definen la VO como mala praxis
2. Tipos de violencia discriminativas y abusivas, desarrolladas en la Tabla 1:
3. Abuso de procedimientos y técnicas como:
 - Inducción al parto o uso de cesáreas
 - Uso de episiotomías no consensuados y por conveniencia.
 - Rasurado vaginal no consentido
 - Realización de la Maniobra de Kristeller
 - Partos instrumentalizados y con fórceps
 - Limitar el contacto piel con piel
 - Inmovilización y posición de litotomía durante el parto.

C. Factores predominantes y su relación con la exposición de colectivos más vulnerables

D. Consecuencias y secuelas

- Depresión Postparto (DPP)
- Estrés postraumático (TEPT)
- Afectación en el vínculo maternoinfantil y el desarrollo cognitivo del bebé
- Lactancia materna
- Lesiones físicas y traumáticas

E. Casos clínicos, víctimas y experiencias personales

F. Evaluación del taller, de los conocimientos, del grado satisfacción y del apoyo recibido por parte de los participantes

Sesiones, técnicas de trabajo y uso de materiales

8. Planificación y cronograma general

El límite de cada taller será de 12 - 15 participantes, teniendo como preferencia a mujeres embarazadas a las que le corresponde el Hospital Universitario de la Paz de la zona, profesionales que trabajan en unidades pediátricas, de maternidad o ginecológicas, matronas y estudiantes residentes de la especialidad relacionada. Por otra parte, el equipo docente se encontrará compuesto por un enfermero/a con experiencia en el ámbito materno-infantil, un psicólogo de la institución y una matrona que evaluarán el desarrollo de los asistentes.

Cada reunión tendrá la duración de una hora y se impartirá en dos horarios, uno de mañana de 11:00 a 12:00 y otro de tarde de 17:00 a 18:00. Aunque se recomendará asistir siempre al mismo turno para no perder la dinámica colectiva, se podrá ir adecuando a las necesidades de los participantes facilitando su asistencia. Serán en total cuatro sesiones que tendrán lugar en la sala familiar del Hospital de La Paz de Madrid durante los días 9, 16, 23 y 30 de Abril 2025. Seguirá el siguiente cronograma:

SESIÓN	FECHA	CONTENIDO	HORARIO
Introducción a la violencia obstétrica	9 de Abril	<ul style="list-style-type: none">• Presentación• ¿Qué conocemos sobre la violencia obstétrica?• Concepto, historia y características• Derechos fundamentales de la mujer	Turno de Mañana 11:00
Experiencia en el parto y la maternidad	16 de Abril	<ul style="list-style-type: none">• Tipos de VO• Factores influyentes y colectivos• Merienda y colaboración con víctimas	— 12:00h
Profundización Sesión dividida entre profesionales y	23 de Abril	<p style="text-align: center;">ENTRE PROFESIONALES</p> <ul style="list-style-type: none">• Discusión sobre la importancia de abordar este tema en ámbito profesional de la atención sanitaria.• Experiencias personal en el ámbito laboral• Técnicas y procedimientos abusivos en especialidad clínica y explicados con profundidad.• Propuestas o iniciativas para fomentar la concienciación y la sensibilización en la búsqueda de una atención de calidad entre el equipo laboral.• Cumplimentación de test sobre VO (Anexo IX)	Turno de Tarde 17:00

gestantes puérperas o en periodo postparto		ENTRE MUJERES EMBARAZADAS EN PROCESO O POSTERIORMENTE <ul style="list-style-type: none"> • Técnicas y procedimientos abusivos explicados de forma simple pero precisa • Resolución de dudas al respecto • Correcta relación entre profesional sanitario y paciente • Propuestas de una atención obstétrica y maternidad de calidad. • Experiencias personales al respecto. • Cumplimentación de test sobre VO (Anexo VIII) 	
Dar voz a nuestros derechos	30 de Abril	<ul style="list-style-type: none"> • Consecuencias de la VO • Elaboración de casos y reconocimiento de dichas prácticas • Desarrollo de estrategias para afrontarla • Verbalizar en conjunto su vivencia con el parto y la maternidad y aportación. 	

Tabla 3: Elaboración propia, cronograma general de sesiones divulgativas sobre la violencia obstétrica

9. Sesiones

En este apartado expondremos en diferentes tablas la organización y el desarrollo a seguir en cada sesión, con sus diferentes metodologías. Se ha distribuido a los asistentes en grupos más pequeños para facilitar la dinámica colectiva, mejorar la interacción y fomentar un entorno más íntimo y seguro.

Sesión 1

Comenzaremos la sesión haciendo una presentación grupal de cada uno de los participantes conjunto al equipo docente que los acompaña. Se preguntará por el nombre, el motivo por el que han decidido asistir, qué conocen sobre el término de la violencia obstétrica y las expectativas que posee del taller. Se busca crear un ambiente relajado, en el que los asistentes puedan encontrarse cómodos entre ellos.

Se facilitará un esquema sobre el contenido de las siguientes sesiones. Respecto a los conocimientos previos sobre el tema, se repartirá un cuestionario para valorar el nivel de

entendimiento de este tipo de mala praxis (ANEXO IV). Una vez terminada esta dinámica, proporcionaremos información sobre el concepto, la historia que la fundamenta, la invisibilización que perpetua su práctica y las características generales que lo atribuyen a través de una presentación. Finalizaremos la sesión desarrollando un debate sobre los derechos fundamentales de la mujer, dando voz a las denuncias ante su incumplimiento.

Sesión 2

Ante el desarrollo de la segunda charla o taller, empezaremos explicando los diferentes tipos de violencia que conforman la VO. A continuación, mediante una dinámica en las que se irán pasando una pelota pequeña que representará un factor que consideran influyente en la ejecución y práctica de estas actuaciones violentas contra la mujer. Una vez nombrados los elementos predominantes, se introducirán los colectivos más expuestos intrínsecamente relacionados con dichos causantes.

Terminaremos esta sesión con una merienda y dando la bienvenida a otras dos participantes voluntarias, mujeres víctimas de este tipo de violencia sufrida. Ellas contarán su experiencia al respecto, las secuelas que tuvieron posteriormente en su vida y la forma que tuvieron de afrontarla.

Sesión 3

Esta sesión se divide en dos grupos. Separaremos a los participantes en dos salas diferentes para evaluar la participación y la dinámica de ambos. Así mismo los temas a tratar se enfocarán específicamente a su perspectiva y serán dirigidos hacia su ámbito:

➤ Sesión A3, entre profesionales:

Se comenzará la charla con una discusión sobre la importancia de abordar el tema de la violencia obstétrica en el ámbito laboral, especialmente cuando muchas de las profesionales presencian o son testigos de ese tipo de comportamientos y el desconocimiento o la falta de habilidades para actuar asertivamente ante el problema prolongan la situación y las consecuencias, que pueden llegar a ser traumáticas.

Continuaremos esta dinámica participativa pidiendo a las integrantes del taller que expliquen si han tenido alguna experiencia personal en el ámbito laboral donde han

presenciado comportamientos denigrantes y discriminatorios hacia mujeres en durante consultas del embarazo, en el paritorio durante el trabajo del parto o cesárea, en la planta de maternidad, consultas pediátricas y/o talleres de lactancia o apoyo en el periodo postparto.

Posteriormente se expondrá las técnicas y procedimientos abusivos de uso abusivo ejecutados de manera rutinaria, por conveniencia o por habitus profesional explicados con la especialidad clínica que requiere el ámbito profesional de forma que sea comprendida de la mejor manera posible. Con respecto a ello, se describirá cuáles son las situaciones que llevarán al equipo sanitario a ejercer violencia obstétrica, recordando el poder de la violencia institucional y simbólica que la componen.

Después, crearemos un espacio de propuestas entre los participantes sobre cuál sería la atención obstétrica adecuada ideal, qué propuestas expondrían en el sistema sanitario actual para conseguirlo y métodos de sensibilización o concienciación al respecto. Finalmente se cumplimentará un test sobre la VO que evaluará su incidencia en la actualidad en el campo laboral.

Sesión B3, entre gestantes, puérperas o en periodo postparto:

En este taller las gestantes puérperas o aquellas mujeres en período posparto se separarán de los otros miembros de la iniciativa educativa en otra sala con el objetivo de profundizar de una manera más focalizada en su perspectiva.

Se comenzará la charla explicando las técnicas y procedimientos de uso abusivo pero esta vez de una forma menos técnica, concisa y más fácil de comprender. A continuación, se realizará una ronda de resolución de dudas al respecto de los talleres anteriores y las lecciones progresadas. Posteriormente se abrirá un debate mediante la técnica de brainstorming con el objetivo de aclarar cómo es una relación adecuada y respetuosa entre la dinámica profesional y paciente, proponiendo a su vez una lista de iniciativas con el objetivo de encontrar una atención de calidad en este ámbito.

Por último, se otorgará un tiempo que permita la expresión de experiencias personales relacionadas con la violencia obstétrica y las consecuencias traumáticas que han supuesto en sus vidas. Finalizará con un cuestionario sobre la incidencia de VO y de qué manera se ha presentado han sido testigos de su práctica. Después, mediante una exposición interactiva y participativa, se explicarán las técnicas o procedimientos.

Sesión 4

En esta última sesión se hará una recopilación de todo lo aprendido mediante el ejercicio participativo del grupo. Antes de otorgar el cuestionario sobre la adquisición de conocimientos respecto a la VO, se introducirán qué consecuencias perjudiciales puede provocar a largo y corto plazo en las víctimas o testigos (ANEXO IV).

Una vez realizado el cuestionario y comprendido los prejuicios psicológicos y físicos que suponen la continuación de la VO, realizaremos una actividad de equipo. Se expondrán diferentes casos de mujeres en su experiencia al embarazo, parto o puerperio y se llevará al reconocimiento del tipo de violencias que son ejercidas en ellos y el desarrollo de resoluciones para afrontarlas.

Finalizaremos el taller realizando una retroalimentación positiva, preguntaremos si se encuentran satisfechos con lo aprendiendo, proporcionando una encuesta que recoja esta información para futuras sesiones (ANEXO V). Asimismo, incitaremos a que expresen sus propias experiencias durante el curso, sobre el miedo a la maternidad o la dificultad en el desarrollo de embarazo. Buscaremos el apoyo conjunto, para que se sientan acogidas dentro del grupo.

Sesión 1: Introducción a la violencia obstétrica

Contenidos	Técnica	Objetivos	Tiempo	Materiales	Evaluación
Presentación de los asistentes a la sesión, tanto participantes como equipo docente.	Dinámica del ovillo	Creación de un ambiente de seguridad, íntimo y confianza.	20 minutos	Ovillo	Observacional
Exponer mediante un esquema los apartados a tratar en estas sesiones	Exposición	Facilitar la compresión de los contenidos que abordarán en el taller	5 minutos	Presentación PowerPoint	Observacional
Realización de un cuestionario para evaluar los conocimientos previos respecto a la violencia obstétrica y la atención adecuada	Test de conocimiento	Conocer desde qué nivel de entendimiento parten y realizar una evaluación posterior	5 minutos	Cuestionario y material de escritura	Comparativa con el cuestionario final
Presentación sobre el concepto de la violencia obstétrica y sus características fundamentales	Exposición	Que los participantes conozcan la violencia obstétrica	15 minutos	Presentación PowerPoint	Cuestionario final
Historia que fundamenta la VO, la invisibilización de su realidad y derechos fundamentales de las mujeres	Exposición	Concienciar sobre este tipo de violencia y el marco contextual que posee	15 minutos	Presentación PowerPoint	Cuestionario final

Sesión 2: Experiencia personal en el parto y la maternidad

Contenidos	Técnicas	Objetivos	Tiempo	Materiales	Evaluación
Exposición sobre los tipos de violencia que componen la VO	Exposición	Facilitar el reconocimiento de actitudes y actos, no normalizándolos y poniéndole nombre	10 minutos	Tabla y Presentación de PowerPoint	Cuestionario final
Mostrar los factores influyentes en este tipo de prácticas y la relación con los colectivos más expuestos a esta problemática	Exposición, brainstorming y técnica del objeto de atención	Mediante una dinámica interactiva exponer dos elementos más de la VO, sus causantes y los afectados	20 minutos	Pelota y Presentación de PowerPoint	Cuestionario final
Merienda y presentación de voluntarias que han sido víctimas de VO y procederán a compartir su experiencia	Charla-Coloquio	Sensibilizar sobre este fenómeno a través de la empatía y facilitando su comprensión	30 minutos	-	Observacional

Sesión 3: Profundización

Sesión A, entre profesionales

Contenidos	Técnicas	Objetivos	Duración	Materiales	Evaluación
Debate sobre la importancia de la existencia de VO en el ámbito sanitario laboral	Discusión	Que los participantes expresen su preocupación de este tipo de técnicas en su campo de trabajo	5 minutos	Disposición grupal en círculo	Observacional
Espacio para compartir sus experiencias en las que han participado o han sido testigos	Charla coloquio	Buscar la empatía y compresión grupal	10 minutos	Disposición grupal en círculo	Observacional
Explicar el abuso de técnicas y procedimientos como parte de la violencia obstétrica	Exposición	Proporcionar información para facilitar la detección de VO y que los participantes conozcan cuales son	20 minutos	Presentación de PowerPoint e imágenes	Cuestionario final
Debate por la búsqueda de mejores que fomenten la concienciación y sensibilización de la VO a nivel laboral	Charla coloquio	Otorgar mediante la búsqueda de dichas mejorías herramientas asertivas y habilidades de afrontamiento	20 minutos	Disposición grupal en círculo	Observacional
Completar test de VO	Cuestionario	Evaluación de las formas e incidencia de la VO	5 min	Cuestionario	Evaluación de la presencia de VO

Sesión B, entre gestantes, puérperas o en postparto:

Contenidos	Técnicas	Objetivos	Duración	Materiales	Evaluación
Explicar el abuso de técnicas y procedimientos como parte de la violencia obstétrica	Exposición	Proporcionar información para facilitar la detección de VO y que los participantes conozcan cuales son	15 minutos	Presentación de PowerPoint e imágenes	Cuestionario final
Resolución de dudas al respecto	Charla o coloquio	Conocer y evaluar el progreso educacional	5 minutos	Disposición grupal en círculo	Observacional
Búsqueda la correcta relación entre profesional sanitario y paciente	Discusión	Evaluar las habilidades para la detección y razonamiento y fomentar la participación grupal	5 minutos	Disposición grupal en círculo	Evaluación final de conocimientos
Realización de un debate sobre cuál sería la atención y cuidados obstétricos ideales y propuestas	Discusión	Fomentar la participación del grupo y que ponga a disposición sus ideas	10 minutos	-	Evaluación final de conocimientos
Espacio para expresarse y verbalizar sus experiencias pasadas o sentimientos	Charla coloquio	Buscar el apoyo y acogimiento grupal para proporcionar la seguridad de que no están solas	20 minutos	Disposición grupal en círculo	Observación
Completar test de VO	Cuestionario	Evaluación de las formas e incidencia de la VO	5 min	Cuestionario	Evaluación de la presencia de VO

Sesión 4: Dar voz a nuestros derechos

Contenidos	Técnicas	Objetivos	Duración	Materiales	Evaluación
Enseñar las consecuencias y secuelas negativas de la VO	Exposición	Que los participantes adquieran información sobre los efectos perjudiciales de estas prácticas discriminativas y abusivas	10 minutos	Presentación PowerPoint	Cuestionario Final
Realización de un cuestionario para evaluar los conocimientos posteriores a las sesiones	Test de conocimiento	Conocer y evaluar el progreso educacional que ha proporcionado las sesiones	10 minutos	Cuestionario y material de escritura	Cuestionario final de conocimientos
Casos clínicos sobre mujeres sometidas a atención obstétrica inadecuada	Discusión	Evaluar las habilidades para la detección y posteriormente prevenir, confrontar y detener este tipo de prácticas	15 minutos	Disposición grupal en círculo y casos impresos a papel	Evaluación final de conocimientos
Espacio para expresarse y verbalizar sus experiencias pasadas o sentimientos	Charla coloquio	Buscar el apoyo y acogimiento grupal para proporcionar la seguridad de que no están solas	20 minutos	Disposición grupal en círculo	Observación
Evaluación el taller y apertura a mejorías	Cuestionario y charla coloquio	Permitir críticas para buscar mejoras en futuras sesiones	5 minutos	Cuestionario Y discusión en disposición grupal en círculo	Evaluación del taller

Evaluación

La evaluación será participativa y se realizará mediante una comparativa de las expectativas previas a la sesiones y la evolución de los conocimientos adquiridos de los asistentes. Para ello se realizará de la siguiente manera:

- De Forma Cuantitativa:
 - A través de los cuestionarios otorgados en la primera y tercera sesión respecto a los conocimientos previos a los taller y posteriores a sus asistencia para poder realizar una valoración de la organización y desarrollo del contenido de las sesiones.
 - Se recopilarán datos demográficos de los participantes como género, edad, nivel educativo y área donde habita para explorar que audiencia acude a estas charlas informativas
- De Forma Cualitativa:
 - Mediante técnicas observacionales los tutores o docentes responsables de estos taller realicen una evaluación de los factores influyentes, las experiencias y las percepciones que pueden poseer los asistentes sobre la violencia obstétrica.
 - Mediante discusiones y debates valorar la adecuación de los asistentes a la formación educativa presentada y la evolución del progreso de sus habilidades, aptitudes y estados emocionales para afrontar situaciones en las que se ejerce este tipo de actos violentos, raciales, discriminativos y sexistas.

De esta manera se podrá realizar una retroalimentación sobre el funcionamiento de las sesiones, buscando propuestas de mejoras y estrategias para aumentar el nivel de comprensión y divulgación de la violencia obstétrica.

Medición del cumplimiento de los objetivos planteados mediante cuestionarios de satisfacción y respecto a los conocimientos previos y posteriores de los programas educativos. ANEXO V y ANEXO VI.

Respecto al lugar de adecuación se procurará encontrar una sala accesible, luminosa y segura dentro de la planta de maternidad del hospital que cuente con las instalaciones y la disponibilidad de equipamiento mediante la disposición de asientos cómodos junto con mesas plegables, una pantalla digital, dispositivos electrónicos, pizarra, actividades planificadas... para facilitar las presentaciones, pero especialmente un entorno agradable y privado. Además, ante la división del grupo de la sesión 3 se dispondrá de otra sala contigua igual de segura y confortable. Por último, se propondrá medir la asistencia contando antes de cada sesión los participantes del taller para realizar una evaluación posterior contando con la variabilidad de la asistencia.

Por otra parte, se realizará una evaluación de los instructores participantes relacionada con sus habilidades y destrezas comunicativas, flexibilidad a la dinámica colectiva, conocimientos sobre el tema y experiencia requeridas en este tipo de sesiones divulgativas. Se observará cómo interactúan con los participantes, responden preguntas y facilitan discusiones. Mediante el Anexo VI, se realizará un cuestionario de satisfacción respecto a las charlas y durante los últimos minutos de la sesión 4 los docentes proporcionarán a los participantes la oportunidad de agregar cualquier comentario adicional sobre la sesión en general y animarán a los participantes a expresar sus opiniones sobre los organizadores de la actividad y el desempeño general durante su realización. Los comentarios abiertos nos permitirán obtener ideas más detalladas y específicas sobre cómo mejorar las sesiones en el futuro.

En resumen, utilizaremos una variedad de métodos, como observaciones directas, encuestas y comentarios abiertos, para obtener una visión detallada de la experiencia de los participantes y así identificar áreas de mejora para futuras sesiones.

Bibliografía

- (1) Rodríguez Mir, J., & Martínez Gandolfi, A. (2021). La violencia obstétrica: una práctica invisibilizada en la atención médica en España. *Gaceta Sanitaria*, 35(3), 211-212. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.06.019>
- (2) González Darias, A., & Escuriet Peiró, R. (2022, Junio). The need for change in the obstetric care model in Spain: are we ready? - ScienceDirect. *Enfermería Clínica* <https://doi.org/10.1016/j.enfcl.2022.03.006>
- (3) Lafaurie Villamil, M. M., Rubio León, D. C., Perdomo Rubio, A., & Cañón Crespo, A. F. (2019). La violencia obstétrica en la literatura de las ciencias sociales en América Latina: Obstetric Violence in the Social Science Literature in Latin America. *Aviolência Obstétrica Na Literatura Das Ciências Sociais Na América Latina.*, 18(36), 1-11. <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=sso&db=a9h&AN=138143527&site=ehost-live&scope=site&custid=s9288343>
- (4) Shaheen-Hussain, S., Lombard, A., & Basile, S. (2023). Confronting medical colonialism and obstetric violence in Canada. *The Lancet*, 401(10390), 1763 -1765. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(23\)01007-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)01007-3)
- (5) Santos do Nascimento, G., Ribeiro dos Santos, V., de Castro Marcolino, E., Nascimento de Araújo-Monteiro, G. K., Nóbrega Dantas, A. M., & Clemente dos Santos-Rodrigues, R. (2022). Obstetric Violence: A Conceptual Analysis in the Nursing Context: Violencia obstétrica: análisis conceptual en el marco de la Enfermería. *Violência Obstétrica: Análise Conceitual no Contexto Da Enfermagem.*, 22(4), 1-25. <https://doi.org/10.5294/aqui.2022.22.4.8>
- (6) Jojoa-Tobar, E., Cuchumbe-Sánchez, Y. D., Ledesma-Rengifo, J. B., Muñoz-Mosquera, M. C., Campo, A. M. P., & Suárez-Bravo, J. P. (2019). Violencia obstétrica: haciendo visible lo invisible. *Revista De La Universidad Industrial De Santander. Salud*, 51(2), 135-146. <https://doi.org/10.18273/revsal.v51n2-2019006>
- (7) Flores-Romero, L., Viñas Velázquez, B. M., Treviño-Siller, S., & Islas-Limón, J. Y. (2022). Violencia obstétrica en la atención del parto en Baja California: Percepciones del personal de enfermería. *Frontera Norte*, 34 <https://doi.org/10.33679/rfn.v1i1.2243>

- (8) O'Brien, E., & Rich, M. (2023). Obstetric violence in historical perspective. *The Lancet*, 399(10342), 2183-2815. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)01022-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)01022-4)
- (9) Rodríguez-Garrido, P. (2024). Violencia obstétrica capacitista hacia mujeres con discapacidad: Una revisión integradora de la literatura. *Salud Colectiva*, 19, e4676. <https://doi.org/10.18294/sc.2023.4676>
- (10) Martins Loreto, T., Kuhn dos Santos, J. F., & Mieko Yamamoto Nomuro, R. (2022). Understanding the opinion of doctors on obstetric violence in Brazil to improve women's care. *Midwifery*, 109(103294) <https://doi.org/10.1016/j.midw.2022.103294>
- (11) Martínez-Galiano, J. M., Martinez-Vazquez, S., Rodríguez-Almagro, J., & Hernández-Martínez, A. (2021). The magnitude of the problem of obstetric violence and its associated factors: A cross-sectional study. *Women and Birth: Journal of the Australian College of Midwives*, 34(5), e526-e536. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.10.002>
- (12) Mena-Tudela, D., Iglesias-Casás, S., González-Chordá, V. M., Cervera-Gasch, Á, Andreu-Pejó, L., & Valero-Chilleron, M. J. (2020b). Obstetric Violence in Spain (Part II): Interventionism and Medicalization during Birth. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(1), 199. <https://doi.org/10.3390/ijerph18010199>
- (13) Mena-Tudela, D., Iglesias-Casás, S., González-Chordá, V. M., Cervera-Gasch, Á, Andreu-Pejó, L., & Valero-Chilleron, M. J. (2020a). Obstetric Violence in Spain (Part I): Women's Perception and Interterritorial Differences. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(21), 7726. <https://doi.org/10.3390/ijerph17217726>
- (14) Smith Oka, V. (2022). Cutting Women: Unnecessary cesareans as iatrogenesis and obstetric violence. *Social Science & Medicine*, 296 <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2022.114734>
- (15) Jarillo López, A., Fernández Velasco, R., & Garrido Hernansaiz, H. (2021). La violencia obstétrica como factor de riesgo para la formación del vínculo y el apego materno-infantil: una revisión sistemática. *Psicosomática Y Psiquiatría*, (18), 25-35. <https://doi.org/10.34810/PsicosomPsiquiatrnum1804>

- (16) Gil, J., Manuel Rodríguez, J., Hernández, Q., González, M., & Torregrosa, N. (2021). Hemoperitoneum and the Kristeller maneuver. *Cirugía Española*, 99(6), 468-469. <https://doi.org/10.1016/j.cireng.2020.06.014>
- (17) Zajac, K., Rybnik, M., Kęsiak, M., & Kalinka, J. (2023). Is There Still a Place for Forceps Delivery in Modern Obstetrics? *Journal of Mother and Child*, 27(1), 176-181. 10.34763/jmotherandchild.20232701.d-23-00057
- (18) Zaami, S., Stark, M., Beck, R., Malvasi, A., & Marinelli, E. (2019). Does episiotomy always equate violence in obstetrics? Routine and selective episiotomy in obstetric practice and legal questions. *European Review for Medical and Pharmacological Sciences*, 23(5), 1847-1854. https://doi.org/10.26355/eurrev_201903_17219
- (19) Martínez Rial, A. (2022). Tasa de recurrencia de la cesárea en España y recomendaciones de la OMS
- (20) Martínez-Galiano, J. M., Rodríguez-Almagro, J., Rubio-Álvarez, A., Ortiz-Esquinas, I., Ballesta-Castillejos, A., & Hernández-Martínez, A. (2023). Obstetric Violence from a Midwife Perspective. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(6), 4930. <https://doi.org/10.3390/ijerph20064930>
- (21) Jungari, S., Sharma, B., & Wagh, D. (2021). Beyond Maternal Mortality: A Systematic Review of Evidences on Mistreatment and Disrespect During Childbirth in Health Facilities in India. *Trauma, Violence & Abuse*, 22(4), 739-751. <https://doi.org/10.1177/1524838019881719>
- (22) Arias Fuentes, F. F., Arteaga, E., & San Sebastián, M. (2022). Social inequalities in women exposed to obstetric and gyneco-obstetric violence in Ecuador: a cross-sectional study. *BMC Women's Health*, 22(1), 419. <https://doi.org/10.1186/s12905-022-01998-2>
- (23) Mihret, M. S. (2019). Obstetric violence and its associated factors among postnatal women in a Specialized Comprehensive Hospital, Amhara Region, Northwest Ethiopia. *BMC Research Notes*, 12, 600. <https://doi.org/10.1186/s13104-019-4614-4>
- (24) Scandurra, C., Zapparella, R., Policastro, M., Continisio, G. I., Ammendola, A., Bochicchio, V., Maldonato, N. M., & Locci, M. (2022). Obstetric violence in a group of Italian women:

socio-demographic predictors and effects on mental health. *Culture, Health & Sexuality*, 24(11), 1466-1480. <https://doi.org/10.1080/13691058.2021.1970812>

- (25) Yalley, A. A., Abioye, D., Appiah, S. C. Y., & Hoeffler, A. (2023). Abuse and humiliation in the delivery room: Prevalence and associated factors of obstetric violence in Ghana. *Frontiers in Public Health*, 11, 988961. <https://doi.org/10.3389%2Ffpubh.2023.988961>
- (26) Aşçı, Ö, & Bal, M. D. (2023). The prevalence of obstetric violence experienced by women during childbirth care and its associated factors in Türkiye: A cross-sectional study. *Midwifery*, 124, 103766. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2023.103766>
- (27) Cárdenas Castro, M., & Salinero Rates, S. (2022). Violencia obstétrica en Chile: percepción de las mujeres y diferencias entre centros de salud. *Revista Panamericana De Salud Pública*, 46, e24. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.24>
- (28) Larsson, B., Rubbertsson, C., & Hildingsson, I. (2023). Previous negative experiences of healthcare reported by Swedish pregnant women with fear of birth - A mixed method study. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 36 (100859) <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2023.100859>
- (29) Gray, T., Mohan, S., Lindow, S., Pandey, U., & Farrell, T. (2021). Obstetric violence: Comparing medical student perceptions in India and the UK. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 261, 98-102. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2021.04.013>
- (30) Saraiva, V. C. d. S., & Campos, D. d. S. (2023). A carne mais barata do mercado é a carne negra: notas sobre o racismo e a violência obstétrica contra mulheres negras. *Ciência & Saúde Coletiva*, 28, 2511-2517. <https://doi.org/10.1590/1413-81232023289.05182023EN>
- (31) Leite, T. H., Marques, E. S., Mesenburg, M. A., Freitas da Silveira, M., & Leal, M. d. C. (2023). The effect of obstetric violence during childbirth on breastfeeding: findings from a perinatal cohort "Birth in Brazil". *Lancet Regional Health. Americas*, 19, 100438. <https://doi.org/10.1016/j.lana.2023.100438>
- (32) Silva-Fernandez, C. S., de la Calle, M., Arribas, S. M., Garrosa, E., & Ramiro-Cortijo, D. (2023). Factors Associated with Obstetric Violence Implicated in the Development of Postpartum Depression and Post-Traumatic Stress Disorder: A Systematic Review.

Nursing Reports (Pavia, Italy), 13(4), 1553-1576.

<https://doi.org/10.3390/nursrep13040130>

(33) Levis, B., Negeri, Z., Sun, Y., Benedetti, A., & Thombs, B. D. (2020). Accuracy of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) for screening to detect major depression among pregnant and postpartum women: systematic review and meta-analysis of individual participant data. *BMJ* (Clinical Research Ed.), 371, m4022.

<https://doi.org/10.1136/bmj.m4022>

(34) Blasco, C. (2014, Test de violencia obstétrica | El Parto es Nuestro. El Parto es Nuestro. Retrieved Mar20, 2024, from <https://www.elpartoesnuestro.es/blog/2014/08/18/test-de-violencia-obstetrica>

(35) Pinkola Estés, C. (1992). Mujeres que corren con los lobos (ES ed.). Ballantine Books.

ANEXOS

ANEXO I: Infografía sobre la violencia obstétrica

VIOLENCIA OBSTÉTRICA

Concepto

Son prácticas, actitudes y procedimientos violentos o abusivos que el equipo sanitario ejerce en la mujer durante el periodo del embarazo, parto y postparto

Elementos

- Supone la patologización de los procesos naturales reproductivos
- Puede ser física, psicológica, verbal, sexual, institucional o simbólica
- Conlleva actitudes sexistas, raciales, elitistas, homófobas y colonialistas

Abuso de técnicas y procedimientos

- Realización de cesáreas o inducción al parto por conveniencia de tiempo
- Maniobra de Kristeller, no recomendada por alto número de riesgos
- Abuso de la utilización de medicación
- Realización de episiotomías de manera rutinaria

Colectivos más expuestos

- Pueblos indígenas
- Etnias de piel negra
- Colectivo LGTBIQ+
- Mujeres con discapacidad
- Nivel educativo y económico bajo

La discriminación de género y racial invisibilizada en el ámbito sanitario

Supone la violación de los derechos fundamentales de la mujer en su salud sexual y reproductiva

Si reconoce alguna de estas prácticas en algún, conocido familiar o lo ha sufrido por sí misma no dude en buscar a asesoría legal y denunciarlo
Más información en: www.vobsenpartoymaternidad.com

ANEXO II: Folleto Informativo sobre las sesiones educacionales

PRÁCTICAS DISCRIMINATORIAS Y AGRESIVAS
DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO,
QUE PUEDEN SER EXPERIMENTADAS COMO
VIOLENTAS O INTRUSIVAS POR LAS MUJERES.

¡Inscríbete!



www.vobsenpartoymaternidad.com

LA INCIDENCIA DE
VO EN ESPAÑA ES
DEL 67,4%

SESIONES INFORMATIVAS SOBRE LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA

PROGRAMACIÓN

- **DÍAS:** 9, 16 y 23 de Abril
- **LUGAR:** Sala familiar en Hospital de la Paz de Madrid
- **HORARIO:**
11:00 I 11:40 Mañana
17:00 I 17:40 Tarde

ANEXO III: Folleto tríptico educativo con información básica sobre VO dirigido a la población

QUÉ ES

- Patologización de procesos naturales reproductivos
- Discriminación de género
- Violación de los derechos reproductivos y sexuales de las mujeres

Son las **prácticas** y conductas realizadas por profesionales de la salud a las mujeres durante el **embarazo, el parto y el puerperio**, en el ámbito público o privado, que por acción u omisión son **violentas** o pueden ser percibidas como violentas

Si se encuentra en contacto con algún tipo de estas prácticas no dude en ponerse en contacto con la institución correspondiente y apoyo legal

NO ESTÁ SOLA
NADIE ES DUEÑO DE TU MATERNIDAD

PARA MÁS, INFORMACIÓN

www.vobsenpartoymaternidad.com

¿CONOCES EL TÉRMINO DE LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA?

SE DISTINGUE POR:

Tener una mayor incidencia en **colectivos** más expuestos por las desigualdades de la sociedad así como pueblos indígenas, etnias de piel oscura, colectivo LGTBIQ+, mujeres discapacitadas, personas con menor nivel educativo y mayor inestabilidad económica.

Supone el **sobreuso de prácticas y procedimientos** con la justificación de su uso rutinario, sobre pasando porcentajes de incidencia recomendados por la OMS

Se trata de un fenómeno invisibilizado que lleva haciendo estragos a lo largo del tiempo. Supone la subordinación de la mujer, la falta de autonomía corporal y el desprendimiento de sus libertades.



Las consecuencias pueden ser tanto físicas como psicológicas comprometiendo severamente la salud tanto de la madre como la del bebé.

Afecta al vínculo materno-infantil, comprometiendo el desarrollo cognitivo del recién nacido. El estrés provocado puede llegar a afectar a la lactancia materna.

Puede provocar depresión postparto o trastorno de estrés postraumático.

AFRONTAMIENTO

La ejecución de la violencia obstétrica sigue perdurando todavía como consecuencia de la manipulación de la información y coacción que someten a las mujeres para no dar voz a las injusticias las que son sometidas.

El primer paso es informarse al respecto y manifestarse ante la violación de sus derechos como mujer.

INFÓRMATE Y DA VOZ A LAS INJUSTICIAS



Anexo IV: Folleto tríptico educativo con información sobre VO dirigido al ámbito profesional

¿HAS SIDO ALGUNA VEZ TESTIGO DE ESTE TIPO DE VIOLENCIA?

A pesar de que la mayoría de profesionales conozcan o hayan escuchado el término, no poseen la educación suficiente para reconocerlo, evaluarlo o diferenciarlo de la mala praxis.

De hecho, se estima que en España casi el **75% no reconocían este fenómeno** como una forma de negligencia o era justificado como una manera de proporcionar los cuidados médicos adecuados

Para poder intervenir en situaciones que consideramos formas de violencia obstétrica debemos ser responsables y actuar de forma:

ACTITUDES DEL PROFESIONAL



- *Assertiva*
- *Responsable*
- *Colaborativo*
- *Empática*
- *Comprendiva*
- *Pacífica*

CÓMO ACTUAR

- Proponer diferentes iniciativas en nuestro ámbito profesional para sea un concepto cada vez más **conocido** y aumente la **sensibilización**.
- Realización de **cursos, talleres y charlas** colectivas para **otorgar habilidades y herramientas asertivas**.
- **Hablar** con responsables/s de dichas actuaciones y **mediar** ante cualquier postura u omisión que considere la violación de los derechos de la mujer.
- Si no podemos hacer nada al respecto ponerse en contacto con un **supervisor o solicitar apoyo legal y denunciar**.

Anexo V: Cuestionario de conocimientos previos y posteriores a las sesiones educacionales recibidas.

¿Ha escuchado alguna vez término de violencia obstétrica?		Sí	No
Si es así, ¿sería capaz de definirlo?			
¿Ha experimentado alguna vez alguna forma de violencia obstétrica?	Considero que sí pero no puedo afirmarlo con certeza	Sí	No
¿Se encuentra capaz de reconocer algún tipo de violencia obstétrica?	Considero que sí pero no puedo afirmarlo con certeza	Sí	No
Considera que ha sido testigo alguna vez de algún acto de violencia obstétrica	Considero que sí pero no puedo afirmarlo con certeza	Sí	No
Sí la respuesta es afirmativa, ¿cómo actúo en la situación?	Manifesté la injusticia y le expresé mi inconformidad ante la situación al sujeto	Reconocí lo que estaba sucediendo pero no supe cómo actuar	
	No considero haber presenciado ningún acto de violencia obstétrica	Puede que haya presenciado algún acto de violencia obstétrica pero no he sido consciente de ello	
Ponga un ejemplo de lo que se considera que sería un acto de violencia obstétrica			
¿Es capaz de identificar qué sujetos de la población se encuentran más expuestos a este tipo de prácticas discriminatorias?	Considero que sí pero no puedo afirmarlo con certeza	Sí	No
Si es así, ¿sería capaz de definirlos?			
Si se encontrará ahora mismo en una situación donde se representa este tipo de violencia, ¿qué estrategias como profesional o como ciudadano pondría en su mano para afrontar la situación?			

ANEXO VI: Cuestionario de satisfacción respecto a las sesiones informativas recibidas.

<p>Responda respecto al grado de acuerdo o desacuerdo en el que se encuentra en las siguientes preguntas</p>				
<p>¿Considera que estas sesiones informativas le han ayudado a conocer mejor los aspectos relacionados con la violencia obstétrica?</p>				
<p>Totalmente de acuerdo</p>	<p>De acuerdo</p>	<p>En desacuerdo</p>	<p>Totalmente en desacuerdo</p>	
<p>¿Le han resultado dinámico y ameno los talleres?</p>				
<p>Totalmente de acuerdo</p>	<p>De acuerdo</p>	<p>En desacuerdo</p>	<p>Totalmente en desacuerdo</p>	
<p>¿Considera que el programa podría realizar mejoras para fomentar una mayor calidad?</p>				
<p>Totalmente de acuerdo</p>	<p>De acuerdo</p>	<p>En desacuerdo</p>	<p>Totalmente en desacuerdo</p>	
<p>¿Se ha sentido cómodo y satisfecho en los talleres para expresar sus sentimientos y verbalizar sus dudas?</p>				
<p>Totalmente de acuerdo</p>	<p>De acuerdo</p>	<p>En desacuerdo</p>	<p>Totalmente en desacuerdo</p>	
<p>¿Recomendaría a otros compañeros la asistencia a estas sesiones?</p>				
<p>Totalmente de acuerdo</p>	<p>De acuerdo</p>	<p>En desacuerdo</p>	<p>Totalmente en desacuerdo</p>	
<p>Respecto al grado de satisfacción que puntuaje daría al taller siendo el 5 la nota más alta</p>				
<p>1</p>	<p>2</p>	<p>3</p>	<p>4</p>	
<p>¿Hubo suficientes oportunidades para participar activamente durante la sesión?</p>				
			<p>Sí</p>	<p>No</p>
<p>¿Qué propuestas a mejorar expondría respecto a los talleres?</p>				

<p>¿Ha considerado flexible los horarios de realización de las sesiones?</p>		
<p>¿Ha considerado adecuada, segura y accesible la sala donde tenían lugar las reuniones?</p>		
<p>¿Cree que la duración de la sesión fue adecuada?</p>		
<p>¿Considera que se han dispuesto todas las técnicas, herramientas y dispositivos materiales prescindibles para la realización de las charlas?</p>		
<p>Respecto a la evaluación de los docentes o facilitadores de las sesiones educativas</p>		
<p>¿Se encuentra satisfecho con el trato empático recibido?</p>		
<p>¿Considera que la experiencia práctica del docente en el campo de la obstetricia fue útil para la sesión?</p>		
<p>¿Opina que las habilidades de enseñanza del docente para transmitir la información de manera clara y comprensible son adecuadas?</p>		
<p>¿Cómo evaluaría el conocimiento del docente sobre el tema de la violencia obstétrica?</p>		
Muy Bueno	Satisfecho	Regular
<p>Escaso</p>		
<p>¿Tendría alguna otra propuesta o crítica que añadir sobre sus habilidades de enseñanza o amplitud de conocimiento sobre el tema?</p>		

ANEXO VII: Escala de Depresión Postparto de Edimburgo (EDPS)

Nombre: _____

Dirección: _____ Su fecha de Nacimiento: _____

Fecha de Nacimiento del Bebé: _____ Teléfono: _____

Queremos saber cómo se siente si está embarazada o ha tenido un bebé recientemente. Por favor marque la respuesta que más se acerque a cómo se ha sentido en LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS, no solamente cómo se sienta hoy. Esto significaría: Me he sentido feliz la mayor parte del tiempo durante la pasada semana. Por favor complete las otras preguntas de la misma manera.

- | | |
|----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| 1. He sido capaz de reír y ver el lado bueno de las cosas | 6. Las cosas me oprimen o agobian |
| Tanto como siempre | Sí, la mayor parte de las veces |
| No tanto ahora | Sí, a veces |
| Mucho menos | No, casi nunca |
| No, no he podido | No, nada |
| 2. He mirado el futuro con placer | 7. Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultad para dormir |
| Tanto como siempre | Sí, la mayoría de las veces |
| Algo menos de lo que solía hacer | Sí, a veces |
| Definitivamente menos | No muy a menudo |
| No, nada | No, nada |
| 3. Me he culpado sin necesidad cuando las cosas no salían bien | 8. Me he sentido triste y desgraciada |
| Sí, la mayoría de las veces | Sí, casi siempre |
| Sí, algunas veces | Sí, bastante a menudo |
| No muy a menudo | No muy a menudo |
| No, nunca | No, nada |
| 4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo | 9. He sido tan infeliz que he estado llorando |
| No, para nada | Sí, casi siempre |
| Casi nada | Sí, bastante a menudo |
| Sí, a veces | Sólo en ocasiones |
| Sí, a menudo | No, nunca |
| 5. He sentido miedo y pánico sin motivo alguno | 10. He pensado en hacerme daño a mí misma |
| Sí, bastante | Sí, bastante a menudo |
| Sí, a veces | A veces |
| No, no mucho | Casi nunca |
| No, nada | No, nunca |

ANEXO VIII: Test de Violencia Obstétrica respecto la población

1	¿El personal de salud hacia comentarios irónicos, descalificadores o en tono de chiste acerca de tu comportamiento?			Sí	No
2	¿Te trataron con sobrenombres o diminutivos como si fueras una niña incapaz de comprender los procesos por los cuáles estabas atravesando?			Sí	No
3	¿Fuiste criticada por gritar o llorar de dolor, emoción, alegría, durante el trabajo de parto y/o el parto?			Sí	No
4	¿Te fue difícil o imposible preguntar o manifestar tus miedos o inquietudes porque no te respondían o lo hacían de mala manera?			Sí	No
¿Se realizaron alguno o varios de los siguientes procedimientos médicos sin pedirte consentimiento o explicarte porqué eran necesarios?					
5	Rasurado de genitales	Indicación de permanecer acostada todo el tiempo	Ruptura artificial de bolsa	Episiotomía	
	Enema	Toques vaginales reiterados y realizados por diferentes personas	Raspaje del útero sin anestesia	Cesárea	
	Compresión (empujar) el abdomen en el momento de los pujos		Administración de medicación o goteo para “apurar” el parto		
6	¿En el momento del parto, te obligaron a permanecer acostada boca arriba aunque manifestaras tu incomodidad en esa posición?			Sí	No
7	¿Fuiste obligada a quedarte en cama impidiéndote caminar o buscar posiciones según tus necesidades?			Sí	No
8	¿Se te impidió estar acompañada por alguien de tu confianza?			Sí	No
9	¿Se te impidió el contacto inmediato con tu hijo/a recién nacido antes de que se lo llevara el neonatólogo para control? (acariciarlo, tenerlo en brazos, hablarle, darle el pecho, etc.)			Sí	No
10	¿Podrías decir que la experiencia de la atención en el parto, te hizo sentir vulnerable, culpable o insegura?			Sí	No

Tabla 6: Test de Violencia Obstétrica. Elaboración a partir de publicación por la asociación *El Parto es Nuestro*, 2014

ANEXO IX: Test de Violencia Obstétrica como profesional sanitario

1	¿Has observado algún compañero de trabajo actuar con un actitud degradante, discriminatoria, racista u homófoba hacia una mujer en proceso de embarazo o durante el parto y/o postparto especialmente en una postura social vulnerable como adolescentes, mujeres de bajos recursos o de etnias minoritarias?				Sí	No
2	¿Has presenciado falta de privacidad o confidencialidad durante el parto o la atención posparto?				Sí	No
3	¿Has escuchado comentarios despectivos o burlas hacia las pacientes durante el trabajo de parto o el postparto?				Sí	No
4	¿Has visto a colegas ignorar las peticiones de las pacientes como necesidad de analgesia o medicación durante el parto o postparto?				Sí	No
¿Has sido testigo o participe en la realización alguno o varios de los siguientes procedimientos médicos sin tener consentimiento de la gestante y/o sin comprender del todo por qué eran necesarios?						
5	Rasurado de genitales	Indicación de permanecer acostada todo el tiempo	Ruptura artificial de bolsa	Episiotomía		
	Enema	Toques vaginales reiterados y realizados por diferentes personas	Raspaje del útero sin anestesia	Cesárea		
	Compresión (empujar) el abdomen en el momento de los pujos		Administración de medicación o goteo para “apurar” el parto			
6	¿Has visto a colegas criticar o desestimar las preocupaciones o dudas de las mujeres sobre la lactancia materna o el cuidado del RN?				Sí	No
7	¿Has notado que se ignoran los síntomas de depresión posparto o se minimizan las necesidades emocionales de las mujeres en el puerperio?				Sí	No
8	¿Has presenciado que se presiona a las mujeres para que abandonen la lactancia materna o para que den biberón sin una justificación médica válida? ¿Y para que la continúen?				Sí	No
9	¿Te han enseñado o has aprendido la realización de prácticas relacionadas con ciertas formas de violencia obstétrica mostradas?				Sí	No
10	¿Te ha mostrado algún profesional o docente del ámbito sanitario el término de violencia obstétrica y las consecuencias que supone?				Sí	No