



COMILLAS
UNIVERSIDAD PONTIFICIA

ICAI

ICADE

CIHS

FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES

**El impacto de la violencia obstétrica en el desarrollo de estrés
postraumático a los 6 meses posparto: un estudio longitudinal**

Autor: Victoria Mercedes Plaza Valverde

Tutores académicos: María Vega Sanz y Pablo Fernández Cáncer

Madrid

Curso 2025/2026

Resumen

El parto es un evento estresante que si es percibido como traumático debido a la vivencia de violencia obstétrica (VO), puede comprometer seriamente la salud mental de las madres y el vínculo con el bebé. El objetivo del presente trabajo era evaluar el impacto de la violencia obstétrica en el desarrollo de síntomas de estrés postraumático posparto (TEPT-P) a los 6 meses. Además, se analiza esta misma relación en cuanto a la calidad del vínculo materno-infantil y síntomas de depresión posparto. Se toman en consideración otras variables relevantes como el contacto piel con piel, la percepción de apoyo social, el temperamento del bebé y la autoeficacia materna. Los resultados mostraron que aunque la sintomatología aguda de las primeras semanas posparto se tiende a normalizar, la percepción de haber sufrido violencia obstétrica continúa teniendo un impacto negativo a nivel indirecto en diferentes aspectos de la salud mental materna. El apoyo social se observa como principal factor protector.

Palabras clave: violencia obstétrica, estrés postraumático, vínculo materno-infantil, apoyo social, depresión posparto

Abstract

Childbirth is a stressful event that, if perceived as traumatic due to the experience of obstetric violence (OV), can seriously compromise mothers' mental health and mother-infant bonding. The aim of this study was to evaluate the impact of obstetric violence on the development of postpartum posttraumatic stress disorder (PTSD) symptoms at 6 months. This same relationship was also analyzed in terms of the quality of the mother-infant bond and symptoms of postpartum depression. Other relevant variables were considered, such as skin-to-skin contact, perceived social support, infant temperament, and maternal self-efficacy. The results showed that although the acute symptoms of the first few weeks postpartum tend to normalize, the perception of obstetric violence continues to have a negative indirect impact on different aspects of maternal mental health. Social support was observed as the main protective factor.

Key words: obstetric violence, posttraumatic stress, mother-infant bonding, social support, postpartum depression

Índice

Introducción.....	4
1. Concepto de violencia obstétrica	4
Factores de riesgo y protección.....	5
2. Consecuencias de la violencia obstétrica.....	6
Trastorno de estrés postraumático posparto	6
Depresión posparto.....	7
Vinculación materno-infantil.....	8
Autoeficacia materna.....	9
3. El temperamento del bebé.....	10
4. El apoyo social como factor protector	10
5. Violencia obstétrica y trastorno de estrés postraumático a los 6 meses posparto	11
Objetivos.....	12
Hipótesis	13
Metodología.....	13
1. Participantes y recogida de muestra.....	13
2. Instrumentos.....	14
3. Análisis de resultados.....	16
Resultados.....	19
Discusión	28
1. Limitaciones.....	32
2. Implicaciones prácticas.....	33
3. Futuras líneas de investigación	33
4. Conclusiones.....	34
Referencias	35
Anexos.....	42

Introducción

El momento del parto es uno de los eventos más significativos en la vida de una mujer. En muchas ocasiones, se vive con ilusión, excitación y felicidad (Margarita et al., 2018; Olza, 2017). No obstante, la forma en la que se lleva a cabo, así como la atención y los cuidados que se brindan durante el proceso (Ortiz-Esquinas et al., 2025), pueden determinar que esa mujer perciba su parto como positivo o como una experiencia negativa, incluso traumática. La creencia de que un parto es un momento uniformemente feliz puede ser la responsable de la falta de estudios sobre las consecuencias negativas de un mal trato durante este y, hasta tiempos recientes, la ausencia de protocolos y recomendaciones para evitar unas malas prácticas (Dekel et al., 2017). La Organización Mundial de la Salud (OMS), estableció en 2018 las “*Recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva*”. Que una entidad con presencia internacional publique este documento sienta unas bases más que necesarias para lograr un trato humano y respetuoso hacia las mujeres en un momento crítico como es el parto. Este documento menciona que “una experiencia de parto positiva” implica aquella que incluye dar a luz a un bebé sano en un ambiente seguro desde el punto de vista clínico y psicológico, y contar con apoyo práctico y emocional continuo (OMS, 2018). Cada vez es mayor la evidencia de que el estado emocional de la mujer durante todo el proceso perinatal tiene repercusiones a corto y largo plazo, y no solo para ella, también para su bebé, familia y engloba la salud física y mental (Olza, 2021). A su vez, cada vez son más los profesionales que buscan esta atención integral, respetuosa y cercana con las parturientas. Sin embargo, en otras ocasiones, el trato recibido por parte de los profesionales no es adecuado y esto puede llevar a la vivencia de violencia obstétrica.

1. Concepto de violencia obstétrica

La violencia obstétrica (VO) se refiere a 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 (Rodríguez y Martínez, 2021). Este tipo de violencia se ejerce además en

un momento de vulnerabilidad física y psíquica para la mujer, donde el entorno es desconocido y hay una clara relación de poder entre los profesionales que la atienden y ella. Es por ello por lo que la violencia obstétrica se puede considerar como un tipo de violencia de género (Rodríguez-Ramos y Aguilera-Ávila, 2017). Muchas mujeres ni siquiera son conscientes de que han sufrido violencia obstétrica, debido a la poca información y la gran dificultad que existe para llegar a un consenso en la definición de este concepto, sin embargo, muchas sí relatan un trato no adecuado durante el proceso de parto. La violencia obstétrica adopta diferentes formas dentro de las dimensiones física y psicoafectiva. Entre estas prácticas se encuentran realizar procedimientos sin consentimiento, faltas de respeto, llevar a cabo prácticas clínicas no recomendadas durante el parto, abuso físico, insultos, discriminación, violación del derecho a la privacidad, infantilización de las mujeres y prestación de poca atención y cuidados, entre otras (Martínez-Galiano et al., 2021).

La prevalencia de violencia obstétrica en España según el estudio de Martínez-Galiano et al. (2021), es del 67,4%, es decir, 2 de cada 3 mujeres refieren haber sufrido algún tipo de violencia obstétrica durante el parto.

Un metaanálisis dirigido por Hakimi et al. (2025), mostró una prevalencia global del 60% de violencia obstétrica, lo que sugiere un problema generalizado y de gran relevancia para los países y los sistemas de atención médica. Además, se observa que los procedimientos médicos sin consentimiento ni información explícita a la mujer son el tipo de violencia obstétrica más común (37%).

Factores de riesgo y protección

Se han observado numerosos factores de riesgo que aumentan la probabilidad de las mujeres de sufrir violencia obstétrica. Una revisión paraguas publicada por Gabiati Niedo et al. (2025) destacó varios factores intrínsecos, relacionados con las características de las mujeres. Estos factores de riesgo son: haber sufrido complicaciones obstétricas, bajo estatus socioeconómico, nivel educativo limitado, baja exposición a medios de comunicación, ser madre primípara, menor edad de la mujer, pertenencia a minorías étnicas o religiosas como la comunidad musulmana, tener discapacidad o residir en áreas rurales. En cuanto a los factores de riesgo extrínsecos, es decir, relacionados con la

atención sanitaria, personal e instituciones se observaron: partos en sistemas de salud públicos, parto instrumental, personal no cualificado, parto vaginal, políticas sanitarias no responsables, prácticas rutinarias no recomendadas o dañinas, falta de apoyo social y discriminación sistémica e institucional (Gabiati Nieto et al., 2025).

Por otro lado, encontramos algunos factores protectores. Entre ellos, la presencia de una partera como personal cualificado junto a la mujer durante el parto y niveles de ingresos medios y altos (Hakimi et al., 2025). En otro estudio se mencionan la presentación de un plan de parto, el contacto piel con piel con el recién nacido y sentirse respetada como factores protectores (Martínez-Galiano et al., 2021).

2. Consecuencias de la violencia obstétrica

Especial atención merecen las numerosas consecuencias que se observan tras haber sufrido violencia obstétrica durante el parto. La violencia obstétrica puede actuar como factor de riesgo frente al desarrollo de diferentes trastornos psicológicos y dificultades en el posparto.

Trastorno de estrés postraumático posparto

Existe una manifestación considerable del trastorno de estrés postraumático posparto (TEPT-P) en mujeres víctimas de violencia obstétrica, a menudo infraestimada. Se identificaron síntomas de TEPT-P clínicamente significativos hasta en un 16,8% de mujeres (Dekel et al., 2017). La sintomatología del TEPT-P es equivalente a la descrita en los manuales diagnósticos para el trastorno de estrés postraumático convencional, pero en este caso relacionado con el contexto del embarazo, parto y puerperio. Incluye pensamientos persistentes y recuerdos del momento del parto mediante flashbacks y pesadillas, desconexión con el bebé, expresión repetitiva de lo que sucedió durante el parto, sentimientos de ira hacia los profesionales, la familia y hacia uno mismo y una experiencia negativa de la maternidad (El Founti Khsim et al., 2022). El TEPT-P es el resultado de la interacción entre los factores de vulnerabilidad prenatal, factores de riesgo en el parto y factores posteriores al parto. No obstante, el evento del parto y la percepción

subjetiva negativa de este se consideraría como el evento primario de la exposición traumática (Dekel et al., 2017).

Algunos de los factores de riesgo que se han encontrado relacionando el haber sufrido violencia obstétrica y el posterior desarrollo de TEPT-P son el tipo de parto (ya sea cesárea o instrumental), desgarros perineales, la maniobra de Kristeller y la inducción del trabajo de parto, además de la sensación de pérdida de autonomía y la coerción por parte de profesionales. Por otro lado, el respeto al plan de parto establecido, el contacto piel con piel, el apoyo social durante el parto y una comunicación efectiva entre madre y profesionales, se consideraron factores protectores frente al TEPT-P (Silva-Fernández et al., 2023).

Depresión posparto

La percepción subjetiva de que el parto haya sido traumático o amenazante para la madre puede no solo desarrollar posteriores síntomas de trauma, si no que puede incitar también emociones desagradables como por ejemplo tristeza, sentimientos de inutilidad o desesperanza, que están altamente asociados con el desarrollo de depresión posparto (Vega-Sanz et al., 2025b). La depresión posparto es uno de los trastornos mentales más comunes durante esta etapa, teniendo importantes consecuencias no solo en la madre, sino también en el bebé y en la familia (Paiz et al., 2022). La prevalencia global de la depresión posparto parece alcanzar un 17,7%, con ciertas diferencias entre países (Hahn-Holbrook et al., 2018). A pesar de las diferencias, se ha observado una prevalencia de entre un 15,6% y un 19,8% en vías de desarrollo (Paiz et al., 2022).

En cuanto a los factores de riesgo sociodemográficos y relacionados con el país de origen, se observa que países con más desigualdad de ingresos, mayor mortalidad materna e infantil, además de madres que trabajan más de 40 horas semanales son los factores que mayormente explican las diferencias entre países respecto al desarrollo de depresión posparto (Hahn-Holbrook et al., 2018).

Además de estos factores contextuales, algunos eventos ocurridos durante el parto y asociados a la presencia de violencia obstétrica también aumentan la probabilidad de sufrir depresión posparto. Entre ellos se encuentran el incumplimiento del plan de parto, el trato irrespetuoso y discriminatorio, la comunicación coercitiva o la insuficiente

información sobre los procesos, la negación del contacto piel con piel y el parto instrumental y/o cesárea (Silva-Fernández et al., 2023). Cabe mencionar, no obstante, que haber sufrido depresión perinatal o previa al embarazo es el predictor más importante para sufrir depresión posparto, siendo un 50% de las mujeres las que la desarrollan (Vega-Sanz et al., 2025b).

Por el contrario, algunos factores protectores identificados son permitir el apoyo de la pareja durante el parto y una alta satisfacción con la atención médica ofrecida por los profesionales (Silva-Fernández et al., 2023).

Estos datos son lo suficientemente significativos para entender las repercusiones que puede tener la depresión posparto en la madre durante el puerperio y en la vinculación con el bebé, especialmente si se tiene en cuenta que sus síntomas pueden alargarse hasta tres años después del parto (Putnick et al., 2020).

Vinculación materno-infantil

El vínculo materno-infantil es una conexión que la madre desarrolla hacia su hijo, siendo una respuesta mayormente unidireccional en sus etapas más iniciales (Brockington et al., 2001; López et al., 2021). La principal característica de la vinculación materno-infantil es la respuesta emocional materna hacia el bebé durante el primer año de vida de este (Palacios-Hernández, 2016).

Una de las consecuencias más destacadas de haber sufrido violencia obstétrica es la alteración de este vínculo. Una revisión integrativa de 2025 arrojó resultados que mostraban que la violencia obstétrica perjudicaba el vínculo materno-infantil, comprometiendo la sensibilidad materna y la capacidad de respuesta ante las interacciones, dificultando la lactancia materna y la formación de un apego seguro, siendo todos estos aspectos esenciales para el desarrollo emocional y cognitivo del bebé (Ferreira y Costa, 2025).

En adición a esto, diferentes tipos de sintomatología durante el posparto tienen un efecto significativo sobre la calidad del vínculo madre-bebé. Se evidenció que, entre otros factores previos al parto, la presencia de complicaciones médicas en la madre, y una experiencia de parto negativa eran factores de riesgo para sufrir TEPT posparto, que, a su

vez, provocaba dificultades en la vinculación materno-infantil (Vega-Sanz, 2024). En general, la presencia de psicopatología materna se observa como un factor de riesgo para desarrollar una alteración del vínculo (Palacios-Hernández, 2016).

Encontramos numerosas consecuencias en la salud mental del niño en relación con la dificultad de vinculación. Se ha evidenciado una mayor probabilidad de problemas en el desarrollo físico, cognitivo y emocional, así como en su comportamiento y en el posterior establecimiento de un vínculo de apego seguro (López et al., 2021).

Autoeficacia materna

La autoeficacia materna se define como las percepciones y creencias de las madres respecto a su habilidad para desempeñarse en su rol materno. (Navarro, et al., 2011). Este concepto define la combinación entre el propio conocimiento de habilidades de cuidado adecuadas y la creencia de poder llevarlas a cabo de una manera satisfactoria. La percepción de autoeficacia durante el posparto, sobre todo en madres primíparas, puede estar influenciada por pensamientos, emociones, habilidades de afrontamiento, persistencia en las tareas y acciones que ocurren durante este periodo (Fulton et al., 2012).

Tener una autoeficacia materna baja constituye un factor de riesgo frente al desarrollo de depresión posparto e insatisfacción general con la parentalidad (Fulton et al., 2012; Azmoude et al., 2015). Además, se ha comprobado una correlación negativa entre las percepciones de un parto traumático y la autoeficacia materna (Görgün y Taşğın, 2025). Por el contrario, las mujeres que han percibido su parto como satisfactorio tienden a presentar una mayor autoeficacia materna (Azmoude et al., 2015).

Varios estudios han evidenciado la influencia significativa del apoyo social al incremento de la autoeficacia materna, así como en la reducción de los síntomas de depresión posparto (Cutrona and Troutman, 1986; Haslam et al., 2006; Leahy-Warren et al., 2011; Azmoude et al., 2015).

Con todo esto, se pretende seguir ahondando en este estudio en la relación entre la autoeficacia materna, la vivencia de violencia obstétrica y síntomas de estrés postraumático, relacionándolas con las diferentes variables de interés recogidas en este estudio.

3. El temperamento del bebé

En el marco de la salud mental materna, el bebé constituye una variable fundamental y con gran capacidad de influencia en las reacciones de la madre. Durante la interacción madre-bebé, ciertos factores adicionales al propio estrés del posparto y a las características y aptitudes de la madre pueden influir. Uno de esos factores asociados al bebé es que presente un temperamento difícil (Palacios-Hernández, 2016; Feldman et al., 1997).

El temperamento de un bebé, junto con las propias representaciones mentales que traen consigo los padres, provocan una percepción específica de cómo es el bebé, y, sobre todo, una predisposición hacia el afecto, el cuidado y la sensibilidad materna (Jones y Prinz, 2005; Leerkes y Crockenberg, 2002; Fulton et al., 2012; Cyrulnik, 2001). Se ha evidenciado una menor autoeficacia materna en las madres con bebés percibidos como más irritables y de temperamento más difícil (Porter y Hsu, 2003; Cutrona y Troutman, 1986; Leahy-Warren et al., 2011).

El estudio realizado por Rode y Kiel (2016) mostró una relación de mediación entre madres con depresión posparto, el temperamento del bebé y el rol maternal. Los resultados mostraron el impacto significativo que puede tener que el bebé presente un temperamento más fácil o difícil. Esto puede explicarse porque las mujeres con sintomatología depresiva tienden a tener una presencia emocional limitada, expresar menos afecto o mostrar menor contacto visual con su bebé, lo que afecta negativamente al vínculo y a las actitudes del infante (Rode y Kiel, 2016).

Hay escasa literatura que analice el efecto del temperamento del bebé sobre diferentes variables psicológicas comparando las mujeres que hayan sufrido violencia obstétrica y las que no. Con todo esto, el presente estudio ve oportuno analizar si esta variable puede estar influyendo en el desarrollo de dificultades durante el puerperio que afecten directamente a la salud mental de la madre y del bebé.

4. El apoyo social como factor protector

En numerosos estudios se ha mencionado el apoyo social percibido, ya sea de la familia, de la pareja, amigos u otros, como un factor protector frente al desarrollo de diferentes

trastornos. Es por lo que consideramos pertinente incluir esta variable en nuestro estudio. Ya son varias las investigaciones que respaldan estas afirmaciones.

La evidencia científica reciente destaca el papel determinante del apoyo social. Silva-Fernández et al. (2023), identificaron el apoyo social durante el parto, entre otros factores como protector frente al trastorno de estrés postraumático. En una muestra española, Martínez-Vázquez et al. (2022), hallaron que la percepción de haberse sentido acompañada durante todo el proceso de parto y posparto ejerce un efecto protector, resultados que están alineados con los de Ortiz-Esquinas et al. (2025), quienes observaron una relación inversamente proporcional entre el apoyo social y el riesgo de TEPT-P. Con todo esto sí podemos afirmar que esta variable merece ser tomada en cuenta y que determina en muchas ocasiones el desarrollo, mantenimiento y recuperación y/o empeoramiento de la sintomatología en el puerperio.

5. Violencia obstétrica y trastorno de estrés postraumático a los 6 meses posparto

El presente trabajo parte de la evidencia previa que relaciona la vivencia de violencia obstétrica durante el parto con el desarrollo de sintomatología postraumática en el posparto. En esta línea, el estudio de Vega-Sanz et al. (2025a), corresponde a la primera fase del presente proyecto longitudinal, en el que se observó una asociación entre la exposición a indicadores de violencia obstétrica y una mayor presencia de síntomas de TEPT-P a las 4-6 semanas posparto. Concretamente, esta relación se encontró principalmente ante la presencia de comentarios irónicos por parte del personal sanitario, la aplicación de procedimientos médicos sin información previa y los comentarios culpabilizadores. Por otro lado, se identificaron el contacto piel con piel y el apoyo social como factores protectores.

Sin embargo, aunque estos resultados permiten comprender el impacto temprano de la violencia obstétrica, resulta esencial analizar si dicho impacto se mantiene a más largo plazo. El criterio temporal del trastorno de estrés postraumático recogido en el DSM-5 es de un mes; antes de ese momento, la sintomatología se calificaría como un trastorno de estrés agudo. Además, el DSM-5 incluye un apartado donde se especifica que puede existir un diagnóstico de TEPT retardado, ya que los criterios diagnósticos pueden

no cumplirse hasta 6 meses después del acontecimiento traumático (American Psychiatric Association [APA], 2013).

A pesar de la visibilidad que se está comenzando a dar al problema de la violencia obstétrica, muchos estudios se limitan a la identificación de sintomatología a corto plazo, generalmente durante los 3 primeros meses posparto. Esto puede generar una infraestimación del impacto a largo plazo que una experiencia negativa y un trato durante el parto pueden tener en las mujeres (Ortiz-Esquinas et al., 2025). Por ello, el presente estudio plantea un seguimiento a los 6 meses posparto, con el fin de analizar si la violencia obstétrica continúa asociándose con sintomatología postraumática y con otras variables relevantes para la salud mental materna y la vinculación con el bebé.

Objetivos

El objetivo general del presente estudio es *comprobar si la violencia obstétrica presenta un carácter predictor para el desarrollo y mantenimiento de los síntomas de estrés postraumático a los 6 meses posparto*. Los objetivos específicos son:

- i. Comprobar si la violencia obstétrica presenta un carácter predictor para el desarrollo y mantenimiento de los síntomas de depresión y de dificultades en la calidad del vínculo materno-infantil a los 6 meses posparto.
- ii. Comprobar si existen diferencias en la evolución de la sintomatología postraumática y en la calidad del vínculo materno-infantil entre ambos momentos temporales en función de haber sufrido violencia obstétrica o no.
- iii. Observar cuáles son las variables sociodemográficas, relacionadas con el proceso de parto, y psicológicas que en mayor medida explican el desarrollo de sintomatología postraumática y de dificultades en el vínculo materno-infantil a los 6 meses.
- iv. Explorar la relación entre la violencia obstétrica y variables como el apoyo social, la autoeficacia materna, el temperamento del bebé en el desarrollo de síntomas postraumáticos, depresivos y la calidad del vínculo materno-infantil.

Hipótesis

La principal hipótesis que se plantea para este estudio es que haber sufrido violencia obstétrica sigue prediciendo el desarrollo de sintomatología postraumática en las mujeres que la sufrieron a los 6 meses posparto.

Por otro lado, se plantea que la vivencia de violencia obstétrica sigue prediciendo el desarrollo de dificultades en la vinculación materno-infantil y síntomas de depresión posparto en las mujeres que la sufrieron a los 6 meses posparto.

Otra hipótesis a probar es que el grupo que ha sufrido violencia obstétrica ha mantenido la sintomatología postraumática a lo largo del tiempo en mayor medida que el grupo de mujeres que no la ha sufrido. Con el mismo enfoque, se espera que el grupo que ha sufrido violencia obstétrica presente mayores dificultades en la vinculación materno-infantil a lo largo del tiempo en comparación al grupo que no la ha sufrido.

Se hipotetiza que ciertas variables psicológicas previas y sociodemográficas explicarán una varianza significativa de los síntomas postraumáticos a los 6 meses, más allá del efecto del propio parto.

Por último, se espera una influencia significativa del apoyo social y del temperamento en el curso de la sintomatología postraumática, depresiva, dificultades en la vinculación materno-infantil y autoeficacia materna a los 6 meses.

Metodología

1. Participantes y recogida de muestra

El estudio contó con la aprobación ética otorgada por la dirección del Máster en Psicología General Sanitaria de la Universidad Pontificia Comillas.

Se realizó un seguimiento de la muestra inicial del estudio de Vega-Sanz, Goñi-Dengra, Pitillas y Berástegui (2025a) con medidas a las 4-6 semanas posparto (primera fase, F1). Este estudio corresponde a la segunda fase del estudio, con medidas a los 6 meses posparto (F2). Se les envió a las participantes un correo electrónico explicando el

objetivo de esta segunda fase del estudio y destacando la relevancia de su participación. Los datos se recogieron mediante formularios on-line.

Respondieron a los cuestionarios un total de 41 mujeres (N=41). Se terminó excluyendo a un sujeto por no haber participado en la F1, por lo que la muestra final fue de N=40. La media de edad de las mujeres que participaron en la segunda fase del estudio fue de 33,25 años (DT = 4.28).

2. Instrumentos

Las variables que se midieron fueron las siguientes: sintomatología de depresión posparto, sintomatología de estrés postraumático, calidad del vínculo materno-infantil, temperamento del bebé, autoeficacia percibida y apoyo social percibido. Los instrumentos que se utilizaron para la medición de las variables se indican a continuación.

Cuestionario sobre Condiciones del Parto (Rodríguez-Ramos y Aguilera-Ávila, 2017). Se utilizó en la primera fase del estudio para medir la presencia de violencia obstétrica. Es un cuestionario de 13 ítems en total de respuesta dicotómica (sí/no). Si a tan solo uno de ellos se responde afirmativamente, se asume que ha habido violencia obstétrica durante el parto.

Listado de Síntomas de Estrés Postraumático (PCL-5, Blevins et al., 2013). Es una medida de autoinforme con un total de 20 ítems. Consiste en una escala tipo Likert con cinco opciones de respuesta (nada – extremadamente, codificadas desde 0 hasta 4). Los ítems de esta escala están basados en los criterios diagnósticos para el TEPT. Por ello, para considerarse que se ha alcanzado el nivel clínico para TEPT, se requiere que se cumpla con al menos uno de los criterios diagnósticos de cada dimensión: reexperimentación, embotamiento emocional, evitación e hiperarousal. No obstante, en el artículo de Arora, Woscoboinik, Mokhtar et al. (2024), se observa que un punto de corte de 28 maximiza la sensibilidad y especificidad (0,81 y 0,90 respectivamente). La consistencia interna a los 6 meses fue de $\alpha = .94$. Se mantiene desde las 4-6 semanas, que fue de $\alpha = .95$.

Escala de depresión postnatal de Edimburgo (EDPS, Murray y Cox, 1990, validación española de Alvarado et al., 2015). Está compuesta por una escala tipo Likert de cuatro puntos codificados desde 0 hasta 3. Puntuaciones más altas en la escala indican

una mayor sintomatología de depresión posparto. El punto de corte usado es una puntuación igual o mayor que 13, que sería indicador de un alto riesgo de depresión perinatal. La consistencia interna de la escala a los 6 meses fue de $\alpha = .86$.

Test del Vínculo en el Posparto (PBQ, Brockington et al., 2001, validación española de García Esteve et al., 2016). Esta prueba mide alteraciones en el vínculo madre-bebé. Es una medida de autoinforme compuesta por 25 ítems, divididos en cuatro subescalas: alteración en el vínculo, rechazo e ira, ansiedad en las madres y probabilidad o riesgo de abuso. No obstante, en el presente estudio no se hicieron uso de estas subescalas, solo se tomó en consideración la puntuación total. Se puntúa con una escala tipo Likert de (nunca – siempre, codificados desde 0 hasta 5). Tras la recodificación de los ítems positivos y negativos, se concluye que a mayor puntuación total, mayor alteración y dificultades en el vínculo. Los resultados >26 pueden significar la existencia de un trastorno de la vinculación, mientras que puntuaciones >40 significan trastorno severo de vinculación. La consistencia interna a los 6 meses fue de $\alpha = .88$.

PMP S-E – Autoeficacia. La autoeficacia maternal percibida (PMP S-E, Barnes et al., 2007, validación española de Vargas-Porras, 2020). Esta escala se utiliza para determinar la autoeficacia materna durante el periodo neonatal. Se compone de 20 ítems medidos con una escala tipo Likert codificados de 1 (totalmente en desacuerdo) a 4 (totalmente de acuerdo). Los ítems están divididos en cuatro subescalas: comportamiento evocador, procedimientos de cuidado, lectura y manejo de las señales emocionales y lectura y manejo de las señales corporales. La consistencia interna para la escala total fue de $\alpha = .89$. Para las subescalas fue para comportamiento evocador $\alpha = .87$, procedimientos de cuidado $\alpha = .68$, lectura y manejo de las señales emocionales $\alpha = .54$ y lectura y manejo de las señales corporales $\alpha = .69$.

Cuestionario Conductual infantil-versión muy breve (IBQ-VSF, Putnam et al., 2014). Este cuestionario mide aspectos del temperamento en bebés de entre 3 y 12 meses de edad. Se escogió la versión muy breve de esta prueba que está compuesta por 37 ítems puntuados con una escala tipo Likert (nunca – siempre, codificados desde 1 hasta 7). Está dividida en tres subescalas: afectividad positiva o surgencia ($\alpha = .66$), afectividad negativa ($\alpha = .78$) y capacidad de orientación/regulación ($\alpha = .50$).

Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (EMAS, Zimet et al, 1988, validación española de Landeta y Calvete, 2002). Este instrumento mide el apoyo social

que perciben los sujetos que tienen en su vida. Está conformada por 12 ítems medidos con una escala tipo Likert (casi nunca – siempre/casi siempre, codificados desde 1 hasta 4). Están divididos en 3 subescalas en referencia al apoyo percibido de la familia, amigos y pareja o terceras personas significativas. La consistencia interna para el total de la escala a los 6 meses fue de $\alpha = .94$. Para la subescala de familia fue $\alpha = .88$, para la de amigos $\alpha = .88$ y la de pareja/terceros significativos $\alpha = .85$.

3. Análisis de resultados

Los datos fueron analizados con el programa informático IBM SPSS Statistics versión 29 y Jamovi. Las figuras fueron realizadas con el software R.

Comprobación de supuestos

Se llevó a cabo una prueba de normalidad y homogeneidad de varianzas para el total de las escalas y subescalas. Se realizaron con la prueba Shapiro-Wilk y la prueba de Levene, respectivamente. En la mayoría de las variables se obtuvo una significación $p < .05$. Se concluyó que el supuesto de normalidad no se cumple, por lo que se hizo uso de la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney para muestras independientes (*ver Tablas A1 y A2*). Para las que sí cumplieron ambos supuestos, se utilizó la prueba t de Student.

Análisis de pérdida muestral

Se realizó un análisis de pérdida muestral con el objetivo de comprobar si existían diferencias relevantes entre las mujeres que participaron en ambas fases del estudio y aquellas que solo participaron en la primera fase. Para ello, se creó una variable de agrupación que distinguía entre las participantes que completaron tanto la F1 como la F2 y las que abandonaron el estudio antes de la segunda fase.

En el caso de las variables cuantitativas sociodemográficas y psicológicas disponibles en ambas fases, se utilizó la prueba t para muestras independientes. Para las

variables categóricas, como el tipo de parto o la condición de madre primeriza, se utilizó la prueba Chi-cuadrado.

Análisis descriptivos

Para las variables sociodemográficas se realizaron análisis descriptivos, concretamente análisis de frecuencias para las variables categóricas y para las variables cuantitativas se obtuvo la media, desviación típica, máximo y mínimo, e índice de fiabilidad mediante el Alfa de Cronbach. Además, se añadieron los estadísticos descriptivos de las variables cuantitativas de interés de la F1.

Comparación entre grupos VO/no-VO

Se propuso realizar una comparación de medias entre grupos, concretamente entre las mujeres que habían sufrido violencia obstétrica durante el parto y las que no, en las variables sociodemográficas de interés, síntomas de TEPT-P, síntomas de depresión posparto, calidad del vínculo a los 6 meses y autoeficacia materna. Al igual que para el análisis de pérdida muestral, se atendió previamente a las pruebas de normalidad y homogeneidad de varianzas.

Modelo lineal mixto

Se planteó un modelo lineal mixto para comprobar el efecto de la interacción entre F1 y F2 y haber sufrido violencia obstétrica o no. El análisis se repitió para las variables de síntomas de TEPT-P y calidad del vínculo materno-infantil.

Análisis de regresiones

Para observar cuáles eran las variables que se asociaban con mayores síntomas de TEPT-P y una peor calidad del vínculo a los 6 meses, se realizaron varios análisis de regresión múltiple por pasos. Para la regresión sobre los síntomas de TEPT-P, los predictores fueron algunas variables sociodemográficas como la edad y la semana de gestación, variables relacionadas con el parto, concretamente, el contacto piel con piel, y variables psicológicas como la calidad del vínculo en la F1, apoyo social percibido en la F1 y autoeficacia materna en la F2. Para la regresión sobre el vínculo materno-infantil, los predictores fueron las mismas variables que para el anterior, intercambiando únicamente la variable psicológica de calidad del vínculo en la F1 por la sintomatología de TEPT-P en la F2.

Análisis de moderación

Se planteó un modelo de moderación para comprobar si haber sufrido violencia obstétrica actuaba como variable moderadora entre el apoyo social percibido y las variables psicológicas a los 6 meses: sintomatología postraumática, vínculo materno-infantil, depresión y autoeficacia materna.

Se planteó un segundo modelo de moderación para comprobar si la violencia obstétrica actuaba como variable moderadora entre la autoeficacia materna y las variables psicológicas a los 6 meses: sintomatología postraumática, vínculo materno-infantil y depresión.

Por último, se llevó a cabo un último análisis de moderación para comprobar si la violencia obstétrica actuaba como variable moderadora entre el temperamento del bebé (concretamente la afectividad negativa) y las variables psicológicas a los 6 meses: sintomatología postraumática, vínculo materno-infantil, depresión y autoeficacia materna.

Resultados

1. Comprobación de supuestos

Se observó que el supuesto de homogeneidad de varianzas sí se cumplía para todas las escalas y subescalas ($p > .05$), mientras que el supuesto de normalidad se cumplió únicamente en dos de las variables. La única que cumplió con ambos supuestos es la escala EDPS y las subescalas del IBQ (ver Tablas A1 y A2).

Dados estos resultados, se usó la prueba no paramétrica de U Mann-Whitney en las variables que no cumplían normalidad y la prueba t de Student en aquellas que sí cumplían los supuestos.

2. Análisis de pérdida muestral

En las variables cuantitativas, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas. En cuanto a las variables categóricas, no se observaron diferencias estadísticamente significativas salvo en la variable “tipo de parto” ($\chi^2 = 6.631$; $p = .036$). Esto sugiere que la continuidad en el estudio pudo variar en función del tipo de parto, observándose una mayor proporción de mujeres con cesárea de urgencia entre quienes participaron en la segunda fase.

3. Análisis descriptivos

La Tabla 1 recoge las características sociodemográficas y obstétricas de la muestra. La Tabla 2 recoge los estadísticos descriptivos y coeficientes de fiabilidad de las escalas y subescalas utilizadas para los análisis de la F1 y F2.

Atendiendo al criterio establecido para identificar violencia obstétrica, es decir, haber respondido afirmativamente a al menos un ítem del Cuestionario sobre Condiciones del Parto, el 80% de la muestra refirió haber percibido violencia obstétrica durante el parto.

En cuanto a la sintomatología postraumática, la media obtenida en el PCL-5 fue de 15,10 (DT = 13,75). Siendo el punto de corte para considerar un posible trastorno de estrés postraumático de >28, se observó que el 15% de la muestra lo superó. Dentro del grupo de mujeres que no sufrió violencia obstétrica, el 25% supera el punto de corte para un posible TEPT-P. En el grupo que sí sufrió violencia obstétrica, un 12% de los sujetos lo superó. En la escala PBQ, la media fue de 13.52 (DT = 9.13) y el 7,5% de la muestra superó el punto de corte >26, indicador de posibles dificultades de vinculación. Por último, en la escala EDPS, la media obtenida fue de 9.5 (DT = 4.91) y el 25% de la muestra obtuvo puntuaciones iguales o superiores a 13, indicativas de alto riesgo de depresión posparto.

Tabla 1

Datos sociodemográficos de la muestra

Muestra total (N=40)		
Variable	N	%
Edad		
25-30	10	25.5%
31-36	21	52.5%
37-42	8	20.0%
Nacionalidad		
Española	39	97.5%
Otra	1	2.5%
Tipo de parto		
Vaginal	25	62.5%
Cesárea programada	2	5.0%
Cesárea de urgencia	13	32.5%
Complicaciones durante el parto		
Sí	11	27.5%
No	29	72.5%
Semana de gestación		
A término	38	95.0%

Prematuro moderado	2	5.0%
Ingreso UCIN		
Sí	7	17.5%
No	33	82.5%
Eventos vitales estresantes posparto		
Sí	9	22.5%
No	31	77.5%

Tabla 2

Estadísticos descriptivos y Coeficientes Alfa de los instrumentos utilizados durante las distintas fases del estudio

Instrumento	Fase del estudio	Media (DT)	Mínimo	Máximo	Coeficiente Alfa (α)
PCL-5	F1	15.28 (16.56)	0	80	.95
PCL-5	F2	15.10 (13.75)	0	46	.94
PBQ	F1	14.40 (12.57)	0	97	.90
PBQ	F2	13.52 (9.13)	1	38	.88
EMAS	F1	60.77 (12.83)	12	72	.94
EMAS	F2	38.22 (8.41)	19	48	.94
EDPS	F2	9.5 (4.91)	0	19	.86
PMP	F2	72.83 (5.66)	62	80	.89
Afectividad positiva (IBQ)	F2	64.22 (10.29)	40	87	.66
Afectividad negativa (IBQ)	F2	48.58 (12.02)	25	69	.78
Orientación/Regulación (IBQ)	F2	61.68 (6.61)	48	75	.50

4. Comparación entre grupos VO/no-VO

En la Tabla 3 se muestran los resultados de la prueba t de Student para muestras independientes para cada variable de interés.

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos en sintomatología postraumática, depresión posparto, ni calidad del vínculo materno-infantil.

Tabla 3

Comparación entre grupos VO vs no-VO del PCL-5, EDPS y PBQ a los 6 meses

	Estadístico	p	Diferencia de medias	EE de la diferencia	Intervalo de Confianza 95%		Tamaño del efecto
					Inferior	Superior	
PCL-5	U = 90.0	.137	5.00				-.33
EDPS	T = .35	.723	.65	1.84	-3.07	4.38	.13
PBQ	U = 112.5	.462	2.00				-.16

5. Modelo lineal mixto

Se realizaron dos modelos lineales mixtos para analizar si la evolución entre la F1 y la F2 difería en función de haber sufrido violencia obstétrica o no. El primer modelo se realizó con la sintomatología de TEPT-P como variable dependiente y el segundo con la calidad del vínculo materno-infantil. Las Tablas 4 y 5 muestran los resultados obtenidos

En el caso del TEPT-P, la interacción VO x tiempo no fue significativa ($t = -1.270$; $p > .05$), lo que indica que el cambio en la sintomatología postraumática entre F1 y F2 no difirió entre ambos grupos. Del mismo modo, en el modelo referido a la calidad del vínculo materno-infantil, la interacción VO x tiempo tampoco fue significativa ($t = -.30$; $p > .05$), por lo que no se observaron diferencias en la evolución del vínculo entre F1 y

F2 en función de haber sufrido violencia obstétrica. La Figura 1 representa gráficamente la evolución de ambas variables en función del grupo.

Figura 1

Efecto de la interacción VO x tiempo para el PCL-5 y PBQ

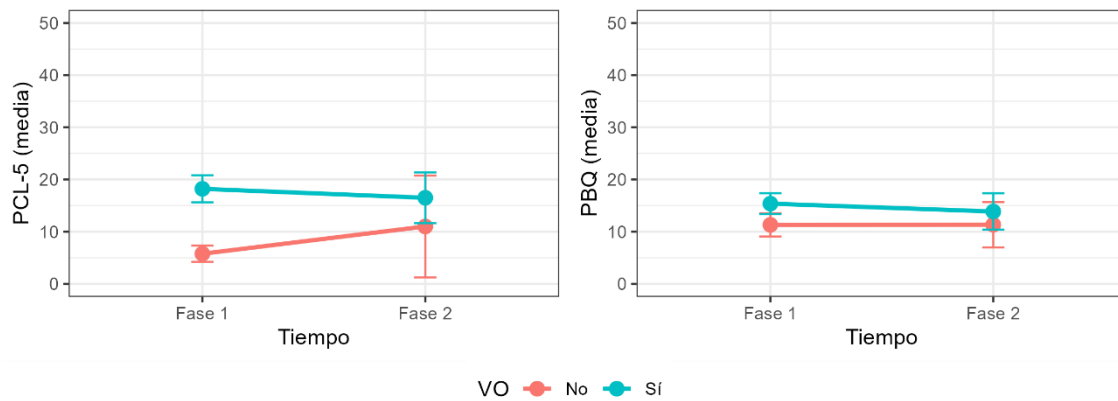


Tabla 4

Resultados del modelo lineal mixto para el PCL-5

	Coefficiente	Error estándar	t	gl	p
Constante	5.77	1.95	2.95	244.91	-.003
Tiempo	5.22	3.62	1.44	48.35	.155
VO	12.44	2.26	5.48	244.91	<.001
Tiempo x VO	-5.24	4.12	-1.27	48.24	.210

Tabla 5

Resultados del modelo lineal mixto para el PBQ

	Coefficiente	Error estándar	t	gl	p
Constante	11.31	1.54	7.32	269.13	<.001
Tiempo	-.39	4.18	-.09	145.42	.924

VO	4.06	1.79	2.26	269.13	.024
Tiempo x VO	-1.43	4.78	-.30	143.47	.764

6. Análisis de regresiones

Se realizó un análisis de regresión lineal múltiple por pasos para identificar qué variables se asociaban con mayores síntomas de TEPT-P y con mayores dificultades en la calidad del vínculo materno-infantil a los 6 meses posparto.

En el primer modelo, con la sintomatología de TEPT-P a los 6 meses como variable dependiente, se identificaron dos predictores significativos: el apoyo social percibido en la F1 y la autoeficacia materna en la F2. El apoyo social percibido explicó un 20.6% de la variabilidad de los síntomas de TEPT-P a los 6 meses (R^2 ajustado = .206; $p = .002$). Al añadir la autoeficacia materna, el modelo aumentó su capacidad explicativa hasta un 32.9% (R^2 ajustado = .329; $p = .008$).

En el segundo modelo, con la calidad del vínculo materno-infantil a los 6 meses como variable dependiente, la autoeficacia materna en la F2 fue el único predictor significativo. Esta variable explicó un 37.5% de la variabilidad de la calidad del vínculo (R^2 ajustado = .375; $p < .001$). En ambos modelos, el resto de las variables fueron excluidas. Los resultados de ambos modelos de regresión pueden observarse en la Tabla 6.

Tabla 6

Resultados de los modelos de regresión lineal múltiple del PCL-5 y PBQ a los 6 meses

PCL-5					
	B	Desv. Error	Beta	t	p
Constante	60.39	13.84		4.36	<.001
EMAS (4-6 semanas)	-.80	.19	-.54	-4.03	<.001

PMP (6 meses)	-93	.33	-.37	-2.79	.008
PBQ					
	B	Desv. Error	Beta	t	p
Constante	87.20	15.18		5.74	<.001
PMP (6 meses)	-1.01	.20	-.62	-4.88	<.001

7. Análisis de moderación

Se plantearon varios modelos de moderación para analizar si la violencia obstétrica modificaba la relación entre el apoyo social percibido en la F1 y distintas variables psicológicas a los 6 meses: sintomatología de TEPT-P, depresión posparto, calidad del vínculo materno-infantil y autoeficacia materna en la F2. La Tabla 7 reúne los resultados de estos cuatro modelos de moderación. La figura A1 muestra los gráficos de dispersión de estos cuatro modelos de moderación (*ver anexos*).

En el modelo con sintomatología de TEPT-P como variable dependiente, la interacción entre apoyo social percibido y violencia obstétrica fue significativa ($b = 1.92$; $p < .001$). Esto nos indica que la relación entre apoyo social temprano y sintomatología postraumática a los 6 meses varía en función de haber sufrido violencia obstétrica. En concreto, el apoyo social percibido parece asociarse con menor sintomatología postraumática, pero este efecto protector es menor para las personas que han sufrido violencia obstétrica.

En el caso de la calidad del vínculo materno-infantil, la interacción no fue significativa ($p = .211$), por lo que no se observó un efecto moderador de la violencia obstétrica en la relación entre el apoyo social y la calidad del vínculo a los 6 meses.

Para los síntomas de depresión posparto, la interacción entre apoyo social y violencia obstétrica fue significativa ($b = .757$; $p < .001$), lo que indica que la relación entre apoyo social temprano y sintomatología depresiva a los 6 meses también varía en función de haber sufrido violencia obstétrica. Concretamente, el efecto protector del apoyo social sólo era visible en las personas que no sufrieron violencia obstétrica.

Por último, en el modelo con la autoeficacia materna como variable dependiente, la interacción fue significativa ($b = -0.785$; $p < .001$). Esto sugiere que la violencia obstétrica modifica la relación entre el apoyo social percibido en la F1 y la autoeficacia materna a los 6 meses. Concretamente, se observó que la relación entre estas dos variables es positiva para las personas que no han sufrido violencia obstétrica, mientras que se observó una tendencia negativa para quienes sí la han sufrido.

Tabla 7

Estimaciones de los modelos de moderación de la VO con apoyo social como variable predictora y PCL-5, PBQ, EDPS y PMP a los 6 meses

PCL-5				
	Estimate	SE	Z	p
EMAS (4-6 semanas)	-1.12	.20	-5.40	<.001
VO	-15.36	4.42	-3.47	<.001
EMAS x VO	1.92	.49	3.88	<.001
PBQ				
EMAS (4-6 semanas)	.03	.15	.20	.835
VO	-.49	3.35	-.14	.883
EMAS x VO	.46	.37	1.25	.211
EDPS				
EMAS (4-6 semanas)	-.08	.079	-1.02	.308
VO	-5.13	1.70	-3.02	.003
EMAS x VO	.75	.190	3.98	<.001
PMP				
EMAS (4-6 semanas)	.05	.09	.57	.565

VO	5.76	2.00	2.87	.004
EMAS x VO	-.78	.22	-3.50	<.001

Por otro lado, se plantearon otros modelos de moderación siendo la variable predictora la autoeficacia materna en la F2, la violencia obstétrica como moderadora y las mismas variables dependientes: sintomatología postraumática, depresiva y calidad del vínculo materno infantil en la F2. No se encontraron interacciones significativas en ninguno de los tres modelos, por lo que podemos concluir que en nuestra muestra la violencia obstétrica no influyó en la relación entre la autoeficacia materna y las variables psicológicas señaladas a los 6 meses posparto. En la figura A2 aparecen los gráficos de dispersión de estos tres modelos de moderación (*ver anexos*).

Por último, se analizaron modelos de moderación con la afectividad negativa del bebé como variable predictora y la violencia obstétrica como moderadora. Los resultados mostraron interacciones significativas para los síntomas depresivos ($b = .336$; $p = .037$) y la calidad del vínculo materno-infantil ($b = .642$; $p = .03$). Estos hallazgos indican que la relación entre la afectividad negativa del bebé y estas variables psicológicas varía en función de haber sufrido violencia obstétrica. Concretamente, haber sufrido violencia obstétrica parece ejercer como factor de riesgo, al encontrarse que bebés con mayores niveles de afectividad negativa se asocian con mayores niveles de sintomatología depresiva en las madres y con mayores alteraciones o dificultades en el vínculo, cosa que no ocurre en las madres que no han sufrido violencia obstétrica. En la Tabla 8 se muestran todos los resultados de los modelos de moderación de la afectividad negativa. La figura A3 muestra los gráficos de dispersión para estos cuatro modelos de moderación.

Tabla 8

Estimaciones de los modelos de moderación de la afectividad negativa (IBQ) con la VO como variable predictora y PCL-5, PBQ, EDPS y PMP a los 6 meses.

PCL-5				
	Estimate	SE	Z	p

Afectividad negativa	-.04	.18	-.26	.791
VO	6.13	4.99	1.22	.220
Afectividad negativa x VO	.71	.47	1.51	.130
PBQ				
Afectividad negativa	.12	.11	1.10	.268
VO	2.97	3.11	.95	.339
Afectividad negativa x VO	.64	.29	2.17	.030
EDPS				
Afectividad negativa	-.03	.06	-.62	.533
VO	.96	1.69	.56	.570
Afectividad negativa x VO	.33	.16	2.08	.037
PMP				
Afectividad negativa	.01	.07	.18	.850
VO	-.28	2.04	-.13	.891
Afectividad negativa x VO	-.28	.19	-1.46	.143

Discusión

El presente estudio tenía como objetivo principal observar el carácter predictivo de la violencia obstétrica en el desarrollo de TEPT-P a largo plazo, concretamente a los 6 meses posparto. Se analizó esta misma predicción para la calidad del vínculo y síntomas de depresión a los 6 meses posparto. Por otro lado, se buscaba analizar las diferencias entre grupos VO/no-VO en la evolución de los síntomas entre la primera fase del estudio y la segunda. Además, se pretendía identificar las variables tanto sociodemográficas como obstétricas y referidas a la salud mental materna, que en mayor medida influyesen en el desarrollo de sintomatología postraumática y en dificultades en el vínculo materno-

infantil. Por último, se quiso analizar el carácter moderador de la violencia obstétrica entre diferentes variables de interés, como eran el apoyo social percibido, la autoeficacia materna y la afectividad negativa, y la diferente sintomatología.

Se observó un gran porcentaje de mujeres en esta segunda fase que refirieron haber sufrido violencia obstétrica. Concretamente, un 80% de la muestra respondió afirmativamente a al menos uno de los ítems del *Cuestionario sobre Condiciones del Parto* elaborado por Rodríguez-Ramos y Aguilera-Ávila (2017). Este porcentaje se sitúa por encima de los obtenidos en otros estudios con muestra española, como el de Martínez-Galiano et al. (2021), que arrojó una prevalencia del 67,4%.

No se encontraron diferencias entre las mujeres que habían sufrido violencia obstétrica y las que no en el desarrollo de síntomas de TEPT-P a los 6 meses posparto. Tampoco se encontraron diferencias en cuanto a las dificultades del vínculo materno-infantil ni en los síntomas de depresión posparto. Por tanto, los resultados no permiten confirmar la hipótesis principal del estudio, ya que no se puede afirmar que la violencia obstétrica prediga los síntomas postraumáticos, depresivos o las dificultades en la calidad del vínculo a los 6 meses en esta muestra. Además, se ha observado que en el transcurso del tiempo entre las 4-6 semanas y los 6 meses posparto, la sintomatología postraumática en ambos grupos ha ido asemejándose. Concretamente, las mujeres del grupo que sí había sufrido violencia obstétrica redujeron su sintomatología y las que no la habían sufrido la mantuvieron relativamente estable (ver figura 1).

A partir de los análisis de moderación con el apoyo social percibido como variable predictora se puede concluir que, a pesar de no haberse evidenciado el poder pronóstico de la violencia obstétrica en la sintomatología postraumática a largo plazo, los resultados sugieren un posible papel indirecto de la violencia obstétrica sobre diferentes variables que en una primera instancia permiten una mejor adaptación al posparto, como es el apoyo social percibido.

El apoyo social percibido es la variable que en mayor medida explica las diferencias en la sintomatología de estrés postraumático, concretamente un 20,6% del modelo. Esto nos indica el gran impacto que ofrece el sentirse apoyado durante un momento de elevada vulnerabilidad, y como este apoyo mantiene su impacto en la salud mental materna más a largo plazo. Estos resultados coinciden con la literatura, que destacan este factor como determinante frente al desarrollo de sintomatología

postraumática y de otra índole (Vega-Sanz et al., 2025a; Silva-Fernández et al., 2023; Martínez-Vázquez et al., 2022; Ortiz-Esquinas et al., 2025).

Por otro lado, encontramos resultados interesantes en cuanto al efecto de la autoeficacia materna. Los resultados en los análisis de regresión nos indican que percibirse como más competente en las habilidades maternas explica el 37.5% de la varianza del modelo, siendo esta relación inversamente proporcional. Esto quiere decir que a mayor autoeficacia materna, se observan menores dificultades en el vínculo materno-infantil. Estos hallazgos van de la mano con lo encontrado en la literatura científica. Bergmann et al. (2025), encontraron que una menor autoeficacia prenatal se relacionaba con dificultades en el vínculo materno-infantil en el posparto, además de mayores síntomas de depresión posparto. Estos resultados enfatizan la necesidad de que los programas de atención a la salud mental materna incorporen algún tipo de evaluación respecto a la autoeficacia en el rol maternal, ya que se observa su efecto protector de cara al desarrollo de un buen vínculo en la díada.

Se tuvo en consideración la variable del contacto piel con piel para los análisis ya que en la F1 se observó un efecto protector frente al desarrollo de TEPT-P. En la F2 no apareció como predictor significativo. No obstante, la literatura lo resalta como clave de cara al desarrollo de psicopatología, ya sea TEPT-P o depresión posparto (Vega-Sanz et al., 2025a; Silva-Fernández et al., 2023; Martínez-Galiano et al., 2021), además de la importancia de cara a la vinculación madre-bebé, ya que se observa como elemento esencial para la formación de un apego seguro y favorecer la lactancia materna (Ferreira y Costa, 2025).

Otro factor a destacar es el impacto del temperamento. En nuestros resultados se encontraron efectos significativos de la violencia obstétrica como moderadora de la relación entre la afectividad negativa del bebé y la calidad del vínculo y síntomas depresivos, pero no para síntomas de TEPT-P y autoeficacia materna. Parte de los hallazgos que se observaron en estos análisis confirman la relación positiva anteriormente comprobada por otros estudios entre un temperamento irritable o difícil y una mayor dificultad para vincular con el bebé (Palacios-Hernández, 2016). Estos resultados sugieren que la vivencia de violencia obstétrica durante el parto podría intensificar esta relación ya de por sí algo dificultosa. El presente estudio se ha centrado en la subescala de afectividad negativa, que suele ser la que mayor malestar genera a las madres, pero

animamos a futuras investigaciones a analizar esta misma relación con el resto de las dimensiones del temperamento del bebé.

Con todo esto, podemos afirmar que hay numerosas áreas de la salud mental materna que pueden verse afectadas por la vivencia de violencia obstétrica, un evento altamente estresante en un contexto de alta vulnerabilidad. Hay muchas variables que influyen en esa expresión de sintomatología, ya sea la propia violencia obstétrica, otras relacionadas directamente con la salud mental de la madre y otras más relacionadas con el bebé.

Todo esto nos da una información muy valiosa. El concepto de violencia obstétrica hasta hace poco era algo desconocido, incluso rechazado por algunos profesionales de la salud. Muchas mujeres perciben un trato inadecuado durante el parto pero no había un nombre ni un sistema que las amparara. En la actualidad se pueden encontrar un número considerable de investigaciones que empiezan a poner de manifiesto la realidad de las parturientas y las consecuencias que puede tener la vivencia de violencia obstétrica en su salud mental y en la relación con sus hijos. Se comienzan a validar esas experiencias que hasta hace muy poco estaban completamente normalizadas e invisibilizadas.

A pesar de los avances, se observa una interiorización de la violencia en el ámbito sanitario y una falta de conciencia o justificación de esta por profesionales de la salud. Se tiende a justificar los procedimientos coercitivos, dolorosos o invasivos como “médicamente necesarios” o “realizados por el bien de la paciente” (Guzmán-Guevara et al., 2026). Esto genera una desconexión y una dificultad aún mayor para reconocer el perjuicio de estas prácticas que solo generan malestar en las mujeres. Aún con esta realidad, merece mostrarse la perspectiva alternativa, que es la de aquellos profesionales que refieren sentimientos de desmotivación, culpa, impotencia o profunda tristeza o agresividad, ante la presencia de semejante violencia que se escapa de su control (Olza, 2017).

Todo esto nos sugiere que el problema de la violencia obstétrica no es solo un problema del sistema sanitario, sino también institucional, social, de género; es decir, un problema sistémico. Estos hallazgos refuerzan la necesidad de conceptualizar la violencia obstétrica como un fenómeno arraigado en la cultura, la socialización profesional y las limitaciones estructurales, en lugar de considerarlos únicamente producto de las actuaciones individuales (Guzmán-Guevara et al., 2026).

1. Limitaciones

La primera limitación del presente estudio es el reducido tamaño de la muestra final ($N = 40$). La pérdida muestral entre la primera y la segunda fase del estudio limita la potencia estadística y dificulta la generalización de los resultados. En la variable “tipo de parto” se mostraron diferencias significativas entre las mujeres que habían participado en ambas fases y las que no, lo que puede introducir cierto sesgo en los resultados. Se observó una mayor proporción de mujeres que tuvieron una cesárea de urgencia en la segunda fase frente a las que solo participaron en la primera. En la literatura científica se ha identificado el parto vaginal como un factor de riesgo que incrementa la probabilidad de sufrir violencia obstétrica (Gabiati Nieto et al., 2025). Sin embargo, de cara al desarrollo de síntomas de TEPT-P inducido por el parto o por la vivencia de violencia obstétrica, se identifican la cesárea planificada y de urgencia como factores de riesgo (Dekel et al., 2017; Martínez-Vázquez et al., 2022; El Founti Khsim et al., 2022). A pesar de esto, a través de los criterios de Cohen, en nuestro estudio podemos concluir que el tamaño del efecto de esta diferencia no es grande, por lo que el diseño longitudinal es factible aún con la reducción de sujetos y la diferencia en la variable referida al tipo de parto.

Otra limitación a considerar es que la medición de la violencia obstétrica en este estudio está basada en un cuestionario que pregunta por la percepción subjetiva de haber sufrido violencia obstétrica, no la que necesariamente se ha ejercido. Además, es importante destacar que no se diferencian entre mujeres que han respondido afirmativamente a, por ejemplo, un solo indicador de violencia obstétrica, frente a las que han contestado afirmativamente a varios, infiriendo una mayor gravedad de la violencia percibida. Esto implica que se ha tomado en consideración un único grupo de mujeres que han percibido violencia obstétrica sin tomar en consideración este factor.

Por otro lado, cabe mencionar que todas las escalas utilizadas para el estudio son medidas autoinforme, lo que puede provocar sesgos en las respuestas de los sujetos. Por ejemplo, en las medidas de vínculo y temperamento, se podrían complementar los autoinformes con medidas observacionales del bebé y de la díada madre-bebé para reducir el componente de subjetividad.

Por último, el número de instrumentos administrados en la segunda fase pudo haber generado fatiga en las participantes. La extensión de la evaluación puede haber

afectado a la concentración o precisión de las respuestas, especialmente en un período vital física y mentalmente exigente como es el posparto.

2. Implicaciones prácticas

Los hallazgos de este estudio ponen de manifiesto la importancia de establecer un seguimiento a la salud mental materna más allá del posparto inmediato. Aunque no se haya confirmado un efecto predictivo directo de la violencia obstétrica sobre el TEPT-P a los 6 meses, sí se observaron relaciones relevantes con variables como el apoyo social, la sintomatología depresiva y la calidad del vínculo. Esto señala la necesidad de ofrecer una atención continuada durante los primeros meses tras el parto, especialmente en mujeres que han vivido experiencias obstétricas negativas.

Por otro lado, que el 80% las participantes hayan identificado al menos un indicador de violencia obstétrica subraya la necesidad de una mayor sensibilización profesional ante este problema. Es necesario revisar aquellas prácticas que pueden generar malestar, indefensión o percepción de trato irrespetuoso durante el parto, así como favorecer una atención basada en la información, el consentimiento y el respeto a la autonomía de la mujer.

Se ha observado como la percepción de apoyo social ofrece un efecto protector sobre la sintomatología. Además, se ha observado la influencia de la autoeficacia materna como predictor clave para el TEPT-P y en la calidad del vínculo. Estos datos muestran la importancia de fortalecer la red de apoyo de las madres en el periodo posparto para que se sientan acompañadas y apoyadas, además de reforzar su percepción de competencia en el cuidado del bebé.

3. Futuras líneas de investigación

Futuras investigaciones deberían seguir indagando en la evolución temporal de las consecuencias psicológicas asociadas a la violencia obstétrica. Sería interesante observar si esta sintomatología resurge en momentos posteriores, como por ejemplo, un segundo embarazo.

También sería pertinente profundizar en el papel del temperamento del bebé. En esta investigación se analizó específicamente la afectividad negativa para ver su potencial efecto perjudicial sobre diferentes variables, pero sería interesante incluir otras dimensiones del temperamento del bebé para comprender mejor su relación con la salud mental materna, la autoeficacia y la calidad del vínculo. Esta línea de investigación puede ir en relación con, por ejemplo, si vivir un evento vital estresante como un parto traumático o con presencia de violencia obstétrica influye en la percepción del niño, calificándolo como más difícil o con afectividad negativa. Por otro lado, sería interesante indagar en sí un bebé con una alta afectividad positiva puede paliar la sintomatología de TEPT-P tras la vivencia de violencia obstétrica. Se podría observar además, si esta variable actúa como modulador entre la violencia obstétrica y el vínculo materno-infantil.

Por último, es importante entender que, previo a los 6 meses, lo que se observa entre madre y bebé es un vínculo maternal, unidireccional de la madre hacia su hijo. A partir de los 7 hasta los 24 meses, se comienza a consolidar con más claridad el sistema de apego (López et al., 2021; Bowlby, 1972). Por ello, una línea de investigación potencialmente relevante sería explorar si haber sufrido violencia obstétrica influye en la formación del estilo de apego del bebé más a largo plazo. Aunque en este estudio no se han observado diferencias significativas en la calidad del vínculo a los 6 meses, se observa que la violencia obstétrica puede llegar a disminuir el efecto protector de variables como apoyo social o autoeficacia materna, lo que nos sugiere una dificultad para sintonizar con el bebé, que tendría el potencial de afectar negativamente a su desarrollo socioemocional.

4. Conclusiones

El presente estudio analizó el posible impacto de la violencia obstétrica en diferentes variables psicológicas a los 6 meses posparto, incluyendo la sintomatología postraumática, la depresión, la calidad del vínculo materno-infantil y la autoeficacia materna. Aunque no se encontró un efecto predictivo directo de la violencia obstétrica en el TEPT-P a los 6 meses, los modelos de moderación sugieren que esta experiencia puede desempeñar un papel relevante en la relación entre el apoyo social y distintas variables de salud mental materna.

Asimismo, los resultados destacan la importancia del apoyo social y de la autoeficacia materna como factores asociados a una mejor adaptación durante el posparto. Estos hallazgos refuerzan la necesidad de atender no solo a la presencia de sintomatología, sino también a los recursos personales y contextuales que pueden favorecer la recuperación y el bienestar de la madre.

En definitiva, este estudio contribuye a dar visibilidad al impacto que una experiencia de parto percibida como negativa o irrespetuosa puede tener en la salud mental materna y en la relación madre-bebé, así como la importancia de seguir validando experiencias que históricamente han sido invisibilizadas o normalizadas en el ámbito sanitario.

Referencias

- American Psychiatric Association (2013). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (5ª ed.).
- Alvarado, R., Jadresic, E., Guajardo, V., y Rojas, G. (2015). First validation of a Spanish-translated version of the Edinburgh postnatal depression scale (EPDS) for use in pregnant women. A Chilean study. *Archives of women's mental health*, 18(4), 607-612. <https://doi.org/10.1007/s00737-014-0466-z>
- Arora, I. H., Woscoboinik, G. G., Mokhtar, S., Quagliarini, B., Bartal, A., Jagodnik, K. M., ... y Dekel, S. (2024). A diagnostic questionnaire for childbirth related posttraumatic stress disorder: a validation study. *American journal of obstetrics and gynecology*, 231(1), 134-e1. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2023.11.1229>
- Azmoude, E., Jafarnejade, F., & Mazloum, S. R. (2015). The predictors for maternal self-efficacy in early parenthood. *Journal of Midwifery and Reproductive Health*, 3(2), 368-376. [10.22038/jmrh.2015.4050](https://doi.org/10.22038/jmrh.2015.4050)
- Barnes, C. R., y Adamson-Macedo, E. N. (2007). Perceived maternal parenting self-efficacy (PMP S-E) tool: Development and validation with mothers of hospitalized preterm neonates. *Journal of advanced nursing*, 60(5), 550-560. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04445.x>

- Bergmann, R., Märthesheimer, S., Hagenbeck, C., Balan, P., Fehm, T., y Schaal, N. K. (2025). Effects of maternal depression and self-efficacy during pregnancy on postpartum bonding. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 1-17. <https://doi.org/10.1080/02646838.2025.2541078>
- Blevins, C. A., Weathers, F. W., Davis, M. T., Witte, T. K., y Domino, J. L. (2015). The posttraumatic stress disorder checklist for DSM-5 (PCL-5): Development and initial psychometric evaluation. *Journal of traumatic stress*, 28(6), 489-498. <https://doi.org/10.1002/jts.22059>
- Bowlby, J. (1972). *Attachment: Attachment and loss. vol: 1*. Penguin Books.
- Brockington, I. F., Oates, J., George, S., Turner, D., Vostanis, P., Sullivan, M., ... y Murdoch, C. (2001). A screening questionnaire for mother-infant bonding disorders. *Archives of women's mental health*, 3(4), 133-140. <https://doi.org/10.1007/s007370170010>
- Cutrona, C. E., y Troutman, B. R. (1986). Social support, infant temperament, and parenting self-efficacy: A mediational model of postpartum depression. *Child development*, 1507-1518. <https://doi.org/10.2307/1130428>
- Cyrułnik, B. (2001). *Los patitos feos: La resiliencia. Una infancia infeliz no determina la vida*.
- Dekel, S., Stuebe, C., y Dishy, G. (2017). Childbirth induced posttraumatic stress syndrome: a systematic review of prevalence and risk factors. *Frontiers in psychology*, 8, 560. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00560>
- El Founti Khsim, I., Martínez Rodríguez, M., Riquelme Gallego, B., Caparros-González, R. A., y Amezcua-Prieto, C. (2022). Risk factors for post-traumatic stress disorder after childbirth: a systematic review. *Diagnostics*, 12(11), 2598. <https://doi.org/10.3390/diagnostics12112598>
- Feldman, R., Greenbaum, C. W., Mayes, L. C., y Erlich, S. H. (1997). Change in mother-infant interactive behavior: Relations to change in the mother, the infant, and the social context. *Infant Behavior and Development*, 20(2), 151-163. [https://doi.org/10.1016/S0163-6383\(97\)90018-7](https://doi.org/10.1016/S0163-6383(97)90018-7)

- Ferreira, R. D. S. C., y Costa, D. E. S. (2025). Impactos da violência obstétrica na saúde da mulher e relação mãe-filho: revisão integrativa. *Revista JRG de Estudos Acadêmicos*, 8(19), e082606-e082606. <https://doi.org/10.55892/jrg.v8i19.2606>
- Fulton, J. M., Mastergeorge, A. M., Steele, J. S., y Hansen, R. L. (2012). Maternal perceptions of the infant: Relationship to maternal self-efficacy during the first six weeks' postpartum. *Infant Mental Health Journal*, 33(4), 329-338. <https://doi.org/10.1002/imhj.21323>
- Gabiati Niedo, V. R., Lahoz Molina, L. G., Cano-Ibáñez, N., Waltrich, N., Khan, K. S., y Amezcu-Prieto, C. (2025). Obstetric violence prevalence and risk factors: an umbrella review. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 45(1), 2566204. <https://doi.org/10.1080/01443615.2025.2566204>
- García-Esteve, L., Torres, A., Lasheras, G., Palacios-Hernández, B., Farré-Sender, B., Subirà, S., y Brockington, I. F. (2016). Assessment of psychometric properties of the Postpartum Bonding Questionnaire (PBQ) in Spanish mothers. *Archives of Women's Mental Health*, 19(2), 385-394. <https://doi.org/10.1007/s00737-015-0589-x>
- Görgün, Ş., y Taşğın, Z. D. Ü. (2025). Evaluation of the relationship between pregnant women's self-efficacy and perceptions of traumatic childbirth: a cross-sectional study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 25(1), 1150. <https://doi.org/10.1186/s12884-025-08260-1>
- Guzmán-Guevara, F. M., Manjarres-Posada, N. I., y Vega-Fregoso, G. (2026). Obstetric violence from the perspective of healthcare personnel: a qualitative systematic review. *Frontiers in Global Women's Health*, 7, 1773729. <https://doi.org/10.3389/fgwh.2026.1773729>
- Hakimi, S., Allahqoli, L., Alizadeh, M., Ozdemir, M., Soori, H., Turfan, E. C., ... y Alkatout, I. (2025). Global prevalence and risk factors of obstetric violence: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 169(3), 1012-1024. <https://doi.org/10.1002/ijgo.16145>
- Hahn-Holbrook, J., Cornwell-Hinrichs, T., y Anaya, I. (2018). Economic and health predictors of national postpartum depression prevalence: a systematic review,

- meta-analysis, and meta-regression of 291 studies from 56 countries. *Frontiers in psychiatry*, 8, 248. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2017.00248>
- Haslam, D. M., Pakenham, K. I., y Smith, A. (2006). Social support and postpartum depressive symptomatology: The mediating role of maternal self-efficacy. *Infant mental health journal*, 27(3), 276-291. <https://doi.org/10.1002/imhj.20092>
- López, A. J., Fernández-Velasco, R., y 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). <https://doi.org/10.34810/PsicosomPsiquiatnum1804>
- Jones, T. L., y Prinz, R. J. (2005). Potential roles of parental self-efficacy in parent and child adjustment: A review. *Clinical psychology review*, 25(3), 341-363. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2004.12.004>
- Landeta, O., y Calvete, E. (2002). Adaptación y validación de la escala multidimensional de apoyo social percibido. *Ansiedad y estrés*, 173-182.
- Leahy-Warren, P., y McCarthy, G. (2011). Maternal parental self-efficacy in the postpartum period. *Midwifery*, 27(6), 802-810. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2010.07.008>
- Leerkes, E. M., y Crockenberg, S. C. (2002). The development of maternal self-efficacy and its impact on maternal behavior. *Infancy*, 3(2), 227-247. https://doi.org/10.1207/S15327078IN0302_7
- Margarita A.M, Jiménez Y.Y.T y Ávila J.F.P. (2018). El proceso de parto cultural, una necesidad. *Cultura del Cuidado Enfermería*. 2018; 15(1):23–37.
- Martínez-Galiano, J. M., Martínez-Vázquez, S., Rodríguez-Almagro, J., y Hernández-Martínez, A. (2021). The magnitude of the problem of obstetric violence and its associated factors: A cross-sectional study. *Women and Birth*, 34(5), e526-e536. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.10.002>
- Martínez-Vázquez, S., Hernández-Martínez, A., Rodríguez-Almagro, J., Delgado-Rodríguez, M., y Martínez-Galiano, J. M. (2022). Relationship between perceived obstetric violence and the risk of postpartum depression: An observational study. *Midwifery*, 108, 103297. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2022.103297>

- Murray, D., y Cox, J. L. (1990). Screening for depression during pregnancy with the edinburgh depression scale (EDDS). *Journal of Reproductive & Infant Psychology*, 8(2), 99–107. <https://doi.org/10.1080/02646839008403615>
- Navarro, C., Navarrete, L., y Lara, M. A. (2011). Factores asociados a la percepción de eficacia materna durante el posparto. *Salud mental*, 34(1), 37-43.
- Olza, I. (2017). *Parir. El poder del parto*. Ediciones B.
- Olza, I., Fernández Lorenzo, P., González Uriarte, A., Herrero Azorín, F., Carmona Cañabate, S., Gil Sánchez, A., Amado Gómez, E. y Dip, M. E. (2021). Propuesta de un modelo ecosistémico para la atención integral a la salud mental perinatal. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 41(139), 23-35. <https://dx.doi.org/10.4321/s0211-57352021000100003>
- Organización Mundial de la Salud. (2018). Recomendaciones de la OMS: cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva. <https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-RHR-18.12>
- Ortiz-Esquinas, I., Mazoterías-Pardo, V., Martínez-Galiano, J. M., Ballesta-Castillejos, A., Martínez-Rodríguez, S., y Hernández-Martínez, A. (2025). Perception of obstetric violence and risk of post-traumatic stress disorder at 6 months postpartum: an observational study. *Frontiers in Psychology*, 16, 1712911. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2025.1712911>
- Palacios-Hernández, B. (2016). Alteraciones en el vínculo materno-infantil: prevalencia, factores de riesgo, criterios diagnósticos y estrategias de evaluación. *Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud*, 48(2), 164-176. <http://dx.doi.org/10.18273/revsal.v48n2-2016001>
- Paiz, J. C., de Jesús Castro, S. M., Giugliani, E. R. J., dos Santos Ahne, S. M., Aqua, C. B. D., y Giugliani, C. (2022). Association between mistreatment of women during childbirth and symptoms suggestive of postpartum depression. *BMC pregnancy and childbirth*, 22(1), 664. <https://doi.org/10.1186/s12884-022-04978-4>
- Porter, C. L., y Hsu, H. C. (2003). First-time mothers' perceptions of efficacy during the transition to motherhood: links to infant temperament. *Journal of family psychology*, 17(1), 54. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.17.1.54>

- Putnam, S. P., Helbig, A. L., Gartstein, M. A., Rothbart, M. K., y Leerkes, E. (2014). Development and assessment of short and very short forms of the Infant Behavior Questionnaire–Revised. *Journal of personality assessment*, 96(4), 445-458.
- Putnick, D. L., Sundaram, R., Bell, E. M., Ghassabian, A., Goldstein, R. B., Robinson, S. L., ... y Yeung, E. (2020). Trajectories of maternal postpartum depressive symptoms. *Pediatrics*, 146(5), e20200857. <https://doi.org/10.1542/peds.2020-0857>
- Rode, J. L., y Kiel, E. J. (2016). The mediated effects of maternal depression and infant temperament on maternal role. *Archives of women's mental health*, 19(1), 133-140.
- Rodríguez Mir, J., y Martínez Gandolfi, A. (2021). La violencia obstétrica: una práctica invisibilizada en la atención médica en España. *Gaceta sanitaria*, 35, 211-212. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.06.019>
- Rodríguez Ramos, P. A, y Aguilera Ávila, L. A. (2017). La violencia obstétrica, otra forma de violencia contra la mujer. El caso de Tenerife. *MUSAS. Revista de Investigación en Mujer, Salud y Sociedad*, 2(2), 56-74. <https://doi.org/10.1344/musas2017.vol2.num2.4>
- Silva-Fernández, C. S., de la Calle, M., Arribas, S. M., Garrosa, E., y 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*, 13(4), 1553-1576. <https://doi.org/10.3390/nursrep13040130>
- Vargas-Porras, C., Roa-Díaz, Z. M., Barnes, C., Adamson-Macedo, E. N., Ferré-Grau, C., y De Molina-Fernández, M. I. (2020). Psychometric properties of the Spanish version of the Perceived Maternal Parenting Self-efficacy (PMP SE) tool for primiparous women. *Maternal and child health Journal*, 24(5), 537-545. <https://doi.org/10.1007/s10995-019-02860-y>
- Vega-Sanz, M., Berastegui, A., y Sanchez-Lopez, A. (2024). Perinatal posttraumatic stress disorder as a predictor of mother-child bonding quality 8 months after childbirth: a longitudinal study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 24(1), 389. <https://doi.org/10.1186/s12884-024-06570-4>

- Vega-Sanz, M., Halty, A., Goñi-Dengra, S., Pitillas, C., y Berástegui, A. (2025a). Exploring traumatic childbirth: Associations between obstetric violence indicators and perinatal posttraumatic stress. *Plos one*, 20(6), e0324461. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0324461>
- Vega-Sanz, M., Berastegui, A., y Sanchez-Lopez, A. (2025b). Longitudinal influences on maternal–infant bonding at 18 months postpartum: the predictive role of perinatal and postpartum depression and childbirth trauma. *Journal of Clinical Medicine*, 14(10), 3424. <https://doi.org/10.3390/jcm14103424>
- Zimet, G., Dahlem, N. Zimet, S. y Farley, G. (1988). La Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido. *Journal of Personality Assessment*. 52(1), 30-41

Anexos

Tabla A1

Prueba de normalidad Shapiro-Wilk

	W	p
EDPS	.982	.769
PCL-5	.885	<.001
PBQ	.935	.026
EMAS	.896	.002
PMP	.926	.013
Afectividad positiva (IBQ)	.986	.888
Afectividad negativa (IBQ)	.954	.111
Orientación/Regulación (IBQ)	.981	.753

Tabla A2

Prueba de Levene para homogeneidad de varianzas

	F	p
EDPS	.768	.386
PCL-5	.009	.927
PBQ	1.941	.172
EMAS	1.561	.219
PMP	0.149	.702
Afectividad positiva (IBQ)	1.446	.237

Afectividad negativa (IBQ)	.393	.535
Orientación/Regulación (IBQ)	.585	.449

Figura A1

Gráficos de dispersión de los modelos de moderación con el apoyo social percibido como variable predictora

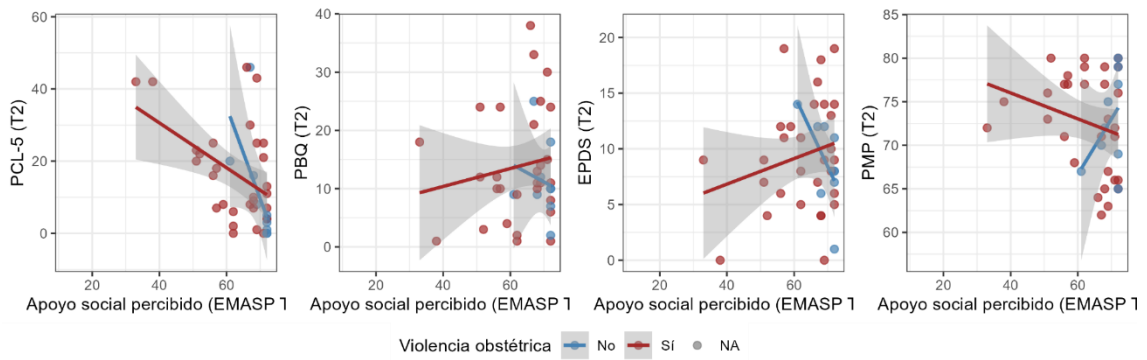


Figura A2

Gráficos de dispersión de los modelos de moderación con la autoeficacia materna como variable predictora

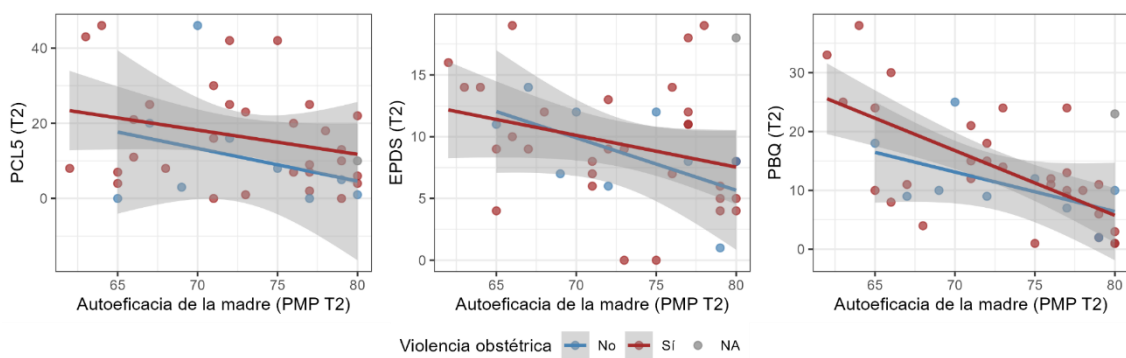
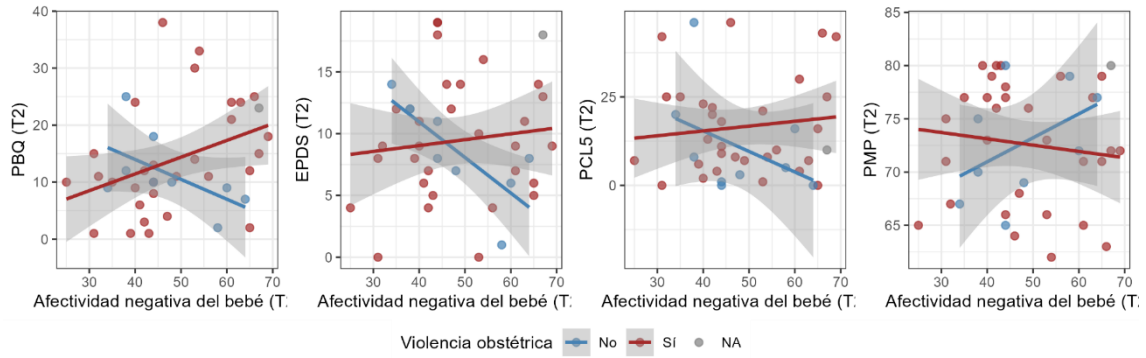


Figura A3

Gráficos de dispersión de los modelos de moderación con la afectividad negativa (IBQ) como variable predictora



PCL-5

Instrucciones: A continuación hay una lista de problemas que a veces tienen las personas en respuesta a una experiencia muy estresante. Por favor, lea cada problema cuidadosamente y luego circule uno de los números a la derecha para indicar cuánto le molestó ese problema durante el pasado mes.

<i>Durante el pasado mes, ¿cuánta molestia ha sentido por:</i>	<i>Nada</i>	<i>Un poco</i>	<i>Moderadamente</i>	<i>Bastante</i>	<i>Extremadamente</i>
1. recuerdos repetidos, perturbadores e indeseados sobre la experiencia estresante?	0	1	2	3	4
2. sueños repetidos y perturbadores sobre la experiencia estresante?	0	1	2	3	4
3. sentir o actuar repentinamente como si la experiencia estresante estuviera sucediendo nuevamente (como si estuviera reviviéndola)?	0	1	2	3	4
4. sentirse muy angustiado cuando algo le hizo recordar la experiencia estresante?	0	1	2	3	4
5. tener reacciones físicas intensas cuando algo le hizo recordar la experiencia estresante (por ejemplo, latidos cardiacos muy fuertes, problemas para respirar, sudoración)?	0	1	2	3	4
6. evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos relacionados con la experiencia estresante?	0	1	2	3	4
7. evitar claves o recordatorios externos de la experiencia estresante (por ejemplo, personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos o situaciones)?	0	1	2	3	4
8. dificultad para recordar partes importantes de la experiencia estresante?	0	1	2	3	4
9. tener creencias negativas fuertes acerca de sí mismo, de otras personas o del mundo (por ejemplo, tener pensamientos como: soy malo, hay algo en mí que está muy mal, no se puede confiar en nadie, el mundo es completamente peligroso)?	0	1	2	3	4
10. culparse a sí mismo o a otros por la experiencia estresante, o por lo que sucedió después de ésta?	0	1	2	3	4
11. tener sentimientos negativos intensos, como miedo, terror, ira, culpa o vergüenza?	0	1	2	3	4
12. pérdida de interés en actividades que antes disfrutaba?	0	1	2	3	4
13. sentirse distante o enajenado de otras personas?	0	1	2	3	4
14. dificultad para sentir emociones positivas (por ejemplo, ser incapaz de sentir alegría o sentimientos de amor por las personas cercanas a usted)?	0	1	2	3	4
15. irritabilidad, explosiones de rabia o actuar agresivamente?	0	1	2	3	4
16. tomar demasiados riesgos o hacer cosas que pudieron haberle causado daño?	0	1	2	3	4
17. estar "extremadamente alerta", o vigilante, o en guardia?	0	1	2	3	4
18. sentirse muy nervioso o sobresaltarse fácilmente?	0	1	2	3	4
19. tener dificultad para concentrarse?	0	1	2	3	4
20. tener dificultad para dormirse o mantener el sueño?	0	1	2	3	4

The Spanish version of the Postpartum Bonding Questionnaire - PBQ (Brockington et al., 2001)

Por favor indique con qué frecuencia le ocurre lo que se detalla a continuación. No hay respuestas "buenas" o "malas", escoja la respuesta más adecuada a su experiencia reciente.

¿CÓMO SE SIENTE RESPECTO A SU BEBÉ?	SIEMPRE	MUY A MENUDO	BASTANTE A MENUDO	A VECES	RARAMENTE	NUNCA
1. <i>Me siento cercana</i>						
2. <i>Desearía que volvieran los días en los que no lo/a tenía</i>						
3. <i>Me siento distante</i>						
4. <i>Me encanta abrazarlo/a</i>						
5. <i>Lamento haberlo/a tenido</i>						
6. <i>Siento como si no fuera mío</i>						
7. <i>Siento que me toma el pelo</i>						
8. <i>Lo/a quiero con locura</i>						
9. <i>Me siento feliz cuando ríe</i>						
10. <i>Me irrita</i>						
11. <i>Disfruto jugando con él/ella</i>						
12. <i>Llora demasiado</i>						
13. <i>Me siento atrapada como madre</i>						
14. <i>Me siento enfadada con mi bebé</i>						
15. <i>Siento resentimiento hacia él/ella</i>						
16. <i>Es el/la más guapo/a del mundo</i>						
17. <i>Desearía que de alguna manera desapareciera</i>						
18. <i>He hecho cosas que son perjudiciales para él/ella</i>						
19. <i>Me pone nerviosa</i>						
20. <i>Me asusta</i>						
21. <i>Me fastidia</i>						
22. <i>Me siento segura cuando lo/a estoy cuidando</i>						
23. <i>Siento que la única solución es que otra persona lo cuide</i>						
24. <i>Tengo ganas de hacerle daño</i>						
25. <i>Se consuela fácilmente</i>						

Cuestionario Sobre Depresión Postnatal Edimburgo (EPDS)

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.

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

CUESTIONARIO CONDUCTA INFANTIL (ROTHBART Y GARSTEIN, 2000)

En cada descripción de la conducta del bebé que usted leerá a continuación, indique por favor con qué frecuencia veces el bebé mostró esa conducta durante la SEMANA PASADA (los siete últimos días).

3

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(X)
Nunca	Muy raramente	Pocas veces	Mitad de las veces	Muchas veces	Casi Siempre	Siempre	No sucedió

11. Durante la semana pasada, cuando le cogió en sus brazos para darle de comer, ¿cuántas veces el bebé parecía desear apartarse tan pronto como terminó de comer?

1 2 3 4 5 6 7 No Sucedió

12. Cuando le cantó o le habló al bebé ¿Cuántas veces se calmó inmediatamente?

1 2 3 4 5 6 7 No Sucedió

13. Cuando estaba acostado boca arriba ¿Cuántas veces el bebé se revolvió y/o giró su cuerpo?

1 2 3 4 5 6 7 No Sucedió

14. Jugando al cu-cu-tras-tras, ¿Cuántas veces el bebé se rió?

1 2 3 4 5 6 7 No Sucedió

15. ¿Cuántas veces el bebé volvió la mirada cuando el teléfono sonó?

1 2 3 4 5 6 7 No Sucedió

16. ¿Cuántas veces se mostró enfadado (protestando o llorando) cuando lo dejó en la cuna?

1 2 3 4 5 6 7 No Sucedió

17. ¿Cuántas veces se asustó ante un cambio repentino de posición (por ejemplo, cuando se le movió de repente)?

1 2 3 4 5 6 7 No Sucedió

18. ¿Cuántas veces disfrutó al oír sonidos de palabras, como en una canción infantil?

1 2 3 4 5 6 7 No Sucedió

19. ¿Durante la semana pasada, cuántas veces miró los dibujos de libros y/o fotografías de las revistas durante 5 minutos o más?

1 2 3 4 5 6 7 No Sucedió

20. Cuando visitaban un lugar nuevo, ¿Cuántas veces el bebé se animó por estar explorando lugares nuevos?

1 2 3 4 5 6 7 No Sucedió

(1) Nunca	(2) Muy raramente	(3) Pocas veces	(4) Mitad de las veces	(5) Muchas veces	(6) Casi Siempre	(7) Siempre	(X) No sucedió
--------------	-------------------------	-----------------------	------------------------------	------------------------	------------------------	----------------	----------------------

21. ¿ Durante la semana pasada cuántas veces sonrió o rio cuando le dieron un juguete?

1 2 3 4 5 6 7 No Sucedió

22. Al final de un día agitado, ¿Cuántas veces su bebé. se puso a llorar?

1 2 3 4 5 6 7 No Sucedió

23. ¿Cuántas veces protestó por ponerle en un lugar que limitaba sus movimientos (la trona, el parquecito, la sillita del coche)

1 2 3 4 5 6 7 No Sucedió

24. Cuando lo tuvo en sus brazos durante la semana pasada, ¿Cuántas veces el bebé. pareció disfrutar?

1 2 3 4 5 6 7 No Sucedió

25. Cuando le enseñó algo para que mirara, ¿Cuántas veces se calmó inmediatamente?

1 2 3 4 5 6 7 No Sucedió

26. Cuando se le lavó el pelo, ¿Cuántas veces el bebé vocalizó?

1 2 3 4 5 6 7 No Sucedió

27. ¿Cuántas veces se dio cuenta del sonido de un avión que pasaba por encima?

1 2 3 4 5 6 7 No Sucedió

28. Cuando le presentaron a un adulto desconocido, ¿Cuántas veces el bebé.se negó a irse con el desconocido?

1 2 3 4 5 6 7 No Sucedió

29. Cuando usted estuvo ocupado en otra actividad y su bebé fue incapaz de conseguir su atención, ¿Cuántas veces lloró?

1 2 3 4 5 6 7 No Sucedió

30. ¿ Durante la semana pasada cuántas veces disfrutó con actividades rítmicas suaves, como mecerle o balancearle?

1 2 3 4 5 6 7 No Sucedió

(1) Nunca	(2) Muy raramente	(3) Pocas veces	(4) Mitad de las veces	(5) Muchas veces	(6) Casi Siempre	(7) Siempre	(X) No sucedió
--------------	-------------------------	-----------------------	------------------------------	------------------------	------------------------	----------------	----------------------

31. ¿ Durante la semana pasada cuántas veces miró a un juguete colgado en la cuna, al protector acolchado de la cuna o a algún cuadro colgado en la pared al menos durante 5 minutos?

1 2 3 4 5 6 7 No Sucedió

32. Cuando el bebé quería algo, ¿Cuántas veces se enfadó cuando no pudo conseguir lo que quería?

1 2 3 4 5 6 7 No Sucedió

33. En presencia de algunos adultos desconocidos, ¿Cuántas veces el bebé. se abrazó a uno de los padres?

1 2 3 4 5 6 7 No Sucedió

34. Cuando le acunó o le abrazó ¿Cuántas veces el bebé en la última semana pareció disfrutar?

1 2 3 4 5 6 7 No Sucedió

35. Cuando le acarició suavemente en alguna parte de su cuerpo, ¿Cuántas veces se calmó inmediatamente?

1 2 3 4 5 6 7 No Sucedió

36. ¿Cuántas veces vocalizó su bebé como si hablara mientras iba en el coche con usted?

1 2 3 4 5 6 7 No Sucedió

37. Cuando estaba en la sillita de paseo o en la sillita del coche, ¿Cuántas veces el bebé. se revolvió y giró su cuerpo?

1 2 3 4 5 6 7 No Sucedió

Auto-eficacia. The Perceived Maternal Parenting Self-Efficacy (PMP S-E) (Barnes et al., 2007)

Indica por favor el grado de acuerdo con las siguientes afirmaciones:

	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1 Creo que puedo saber cuándo mi bebé está cansado y necesita dormir				
2 Creo que puedo controlar a mi bebé.				
3 Me doy cuenta cuando mi bebé está enfermo				
4.Puedo entender las señales que da mi bebé				
5.Puedo hacer feliz a mi bebé.				
6.Creo que mi bebé responde bien a mí				
7.Creo que mi bebé y yo tenemos una buena interacción				
8.Puedo hacer que mi bebé se calme cuando está llorando				
9.Soy buena tranquilizando a mi bebé cuando está molesto				
10.Soy buena tranquilizando a mi bebé cuando está irritable				
11.Soy buena tranquilizando a mi bebé cuando está llorando sin parar				
12.Soy buena tranquilizando a mi bebé cuando se pone más inquieto				
13.Soy buena para entender lo que quiere mi bebé				
14.Soy buena haciendo que mi bebé me ponga atención				
15.Soy buena para saber las actividades que no le gustan a mi bebé				
16.Soy buena manteniendo a mi bebé ocupado				
17.Soy buena alimentando a mi bebé				
18.Soy buena cambiando a mi bebé				
19.Soy buena bañando a mi bebé				
20.Puedo demostrar afecto hacia mi bebé				

Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido

Por favor, indica la frecuencia que asocias a cada afirmación.

AFIRMACIONES	CASI NUNCA	A VECES	CON FRECUENCIA	SIEMPRE O CASI SIEMPRE
1. Cuando necesito algo, sé que hay alguien que me puede ayudar				
2. Cuando tengo penas o alegrías, hay alguien que me puede ayudar				
3. Tengo la seguridad que mi familia trata de ayudarme				
4. Mi familia me da la ayuda y apoyo emocional que requiero				
5. Hay una persona que me ofrece consuelo cuando lo necesito				
6. Tengo la seguridad de que mis amigos tratan de ayudarme				
7. Puedo contar con mis amigos cuando tengo problemas				
8. Puedo conversar de mis problemas con mi familia				
9. Cuando tengo alegrías o penas puedo compartirlas con mis amigos				
10. Hay una persona que se interesa por lo que yo siento				
11. Mi familia me ayuda a tomar decisiones				
12. Puedo conversar de mis problemas con mis amigos				

DECLARACIÓN USO DE HERRAMIENTAS DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL GENERATIVA

Título del trabajo: El impacto de la violencia obstétrica en el desarrollo de estrés postraumático a los 6 meses posparto: un estudio longitudinal

Autor/a: Victoria Plaza Valverde

DNI/Alumno/a: 54480164H

Nombre del Director/a de TFM: María Vega Sanz y Pablo Fernández Cáncer

Nombre del Máster: Máster en Psicología General Sanitaria

Coordinador/a de TFM: Pablo Fernández Cáncer

Mediante la presente, declaro que en la elaboración del trabajo arriba indicado he utilizado herramientas de Inteligencia Artificial Generativa en las siguientes fases (**marcar y describir**):

Búsqueda y localización de bibliografía: [Elicit; “búscame artículos científicos sobre X tema”].

Resumen/ayuda para comprensión de textos:

Organización/estructura del trabajo: [*Gemini*; El objetivo fue que me ayudase a estructurar el contenido de la introducción del trabajo, comparándolo con un índice previamente hecho por mí. Por otro lado, hice uso de la IA para que me ayudase con los pasos a seguir de cara a los análisis estadísticos. “Según mi tema del trabajo, tomando estas variables en consideración y de cara a la información relevante que tiene que aparecer en la introducción, realiza un índice”; “Cómo realizar un análisis de pérdida muestral con dos bases de datos separadas de SPSS”; “Cómo realizar un análisis de regresión múltiple por pasos con esta variable dependiente y estas variables predictoras en SPSS”; “Cómo obtener el estadístico X y el gráfico Y en Jamovi”].

Revisión ortográfica/estilo: [*Gemini*].

Generación de texto (fragmentos):

Otros (especificar): [_____]

-Explica qué hiciste para comprobar y garantizar que la información proporcionada por la IA era correcta.

En el caso de los análisis estadísticos, comparaba la información con otras fuentes, apuntes de la carrera o vídeos de YouTube.

Para el formato APA y estilo, iba directamente a la página de la APA si había algo que no entendía o me resultaba extraño. También hice uso de las normas y recomendaciones establecidas por la Universidad Pontificia de Comillas.

Para la búsqueda de artículos científicos, a pesar del resumen que incluía la propia herramienta, descargaba el estudio y lo leía por mi cuenta para ver si realmente era pertinente y útil de cara al trabajo.

Declaración de veracidad:

Firmo y certifico que la información procedente de herramientas de IA ha sido verificada por mí mediante consulta de fuentes académicas primarias y que el texto final incorpora un trabajo de redacción, síntesis y reflexión personal.

Firma del/a alumno/a:

A handwritten signature in black ink, consisting of a stylized 'V' shape with a vertical line through it and a horizontal line across the top.

Fecha: 12/05/2026