



COMILLAS
UNIVERSIDAD PONTIFICIA
ICAI ICADE CIHS

**Consecuencias Psicológicas en el Periodo Postparto
Derivadas de la Violencia Obstétrica Intraparto: Una
Revisión Sistemática**

Autor: María Ramírez Burguillos

Tutor: Carmen Domingo Peña

Facultad de Ciencias Humanas y Sociales

Madrid

Mayo de 2026

Resumen

El objetivo de esta revisión sistemática es sintetizar la evidencia científica sobre las consecuencias psicológicas derivadas de la violencia obstétrica (VO) intraparto, identificar sus manifestaciones principales y analizar los factores de riesgo y protección asociados. La revisión sistemática se llevó a cabo conforme a las directrices de la Declaración PRISA 2020. La búsqueda bibliográfica se realizó en las bases de datos PUBMED, Cochrane Library, PsyINFO, y Psychological & Behavioral Science Collection. Finalmente se seleccionaron los 13 artículos que conforman la revisión. Los hallazgos informaron de una prevalencia de VO entre 30.7 y 78.4%, manifestada principalmente mediante la medicalización rutinaria, la atención no consentida y la violencia verbal. Los resultados confirman que la VO es un predictor significativo para el Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT), con una prevalencia de hasta 54.3% en algunos contextos; y la Depresión Postparto (DPP), que afecta entre el 19 y 35.4% de las mujeres expuestas a VO intraparto. Asimismo se observó un deterioro general del bienestar psicológico y funcional de las mujeres durante el periodo postparto. Factores como el apoyo social, la amabilidad y el respeto a la autonomía, actuaron como factores protectores clave. Los resultados subrayan la urgencia hacia un cambio en el modelo asistencial, que ofrezca un trato humanizado durante el proceso de parto.

Palabras clave: Violencia Obstétrica, Consecuencias Psicológicas Postparto, Trastorno de Estrés Postraumático, Depresión Postparto, Parto Humanizado.

Abstract

The aim of this systematic review is to synthesize the scientific evidence on the psychological consequences of intrapartum obstetric violence (OV), identify its main manifestations, and analyze the associated risk and protective factors. The systematic review was carried out in accordance with the guidelines of the PRISA 2020 Declaration. The literature search was conducted in the databases PUBMED, Cochrane Library, PsyINFO, and Psychological & Behavioral Science Collection. Finally, the 13 articles that make up the review were selected. The findings reported a prevalence of OV between 30.7 and 78.4%, manifested mainly by routine medicalization, non-consensual care, and verbal violence. The results confirm that PO is a significant predictor for Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD), with a prevalence of up to 54.3% in some contexts; and Postpartum Depression (PPD), which affects between 19 and 35.4% of women exposed to intrapartum PO. A general deterioration of the psychological and functional well-being of women was also observed during the postpartum period. Factors such as social support, kindness and respect for autonomy acted as key protective factors. The results underline the urgency towards a change in the care model, which offers humanized treatment during the birth process.

Keywords: Obstetric Violence, Postpartum Psychological Consequences, Post-Traumatic Stress Disorder, Postpartum Depression, Humanized Childbirth.

Índice

Introducción	6
El Parto como Proceso Natural y Psicosocial. El Parto Respetado	6
Medicalización del Parto	8
La Violencia Obstétrica	10
La Violencia Obstétrica como Forma de Violencia de Género	13
Marco Legislativo y Decisiones Legales sobre Violencia Obstétrica	14
Consecuencias Psicológicas en el Postparto Derivadas de la Violencia Obstétrica....	15
Estado de la Cuestión y Fundamentación de la Revisión Sistemática	18
Objetivos e Hipótesis	18
Método.....	19
Diseño de Búsqueda	19
Criterios de Elegibilidad.....	19
Proceso de Extracción	22
Análisis de Datos	23
Resultados	24
Variables de Resultados.....	24
Variables Metodológicas	26
Características de la Muestra	26
Características Metodológicas	27
Evaluación del Sesgo.....	29
Síntesis de los Resultados.....	32

VO y consecuencias psicológicas postparto	5
Violencia Obstétrica	32
Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) y Crecimiento Postraumático	35
Depresión Postparto (DPP) y Riesgo de Suicidio	37
Complicaciones y Bienestar Psicológico	39
Distrés Psicológico	39
Discusión	40
Violencia Obstétrica	40
Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT)	42
Depresión Postparto (DPP) y Riesgo de Suicidio	45
Complicaciones, Distrés y Bienestar Psicológico	46
Limitaciones del Estudio	47
Futuras Líneas de Investigación	48
Conclusión	49
Referencias	51
Anexo 1	70
Anexo 2	75
Anexo 3	82
Anexo 4	89

Introducción

El Parto como Proceso Natural y Psicosocial. El Parto Respetado

Reflexionar sobre la Violencia Obstétrica (VO), obliga a empezar por el principio, el nacimiento. El acto de nacer, el parto, no es solo un proceso fisiológico, es también una experiencia atravesada por el cuerpo, las emociones, el vínculo y la cultura (Gaskin, 2020). En él se refleja cómo la sociedad concibe la vida, el cuidado y en última instancia, el poder que ejerce sobre los cuerpos femeninos.

Odent (2021) nos recuerda que debemos cambiar la forma de nacer para cambiar el mundo; este proceso primitivo e involuntario que está liderado por las partes más antiguas de nuestro cerebro y que compartimos con el resto de mamíferos (Odent, 2005). Para que este proceso fluya, las mujeres buscan instintivamente intimidad, calma, confianza y privacidad (Gaskin, 2020; Odent, 2005). Cualquier control externo (miradas, luces, interrupciones) puede perturbar el equilibrio hormonal que permite el nacimiento (Odent, 2005). El libro *El bebé es un mamífero*, recuerda que no se puede enseñar a parir, sino que la función del personal médico es acompañar sin interferir (Odent, 2005).

Desde una perspectiva complementaria, Ina May Gaskin, fundadora de la comunidad “La Granja”, reivindica la confianza en el cuerpo de la mujer y en su capacidad para dar a luz de forma innata; además demuestra que parir debe ser seguro y gozoso, si sucede en contexto de amor, autonomía y apoyo emocional (Gaskin, 2020).

Considerar el parto como un evento vital, relacional y emocional concuerda con la postura de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2019), que reconoce la atención respetuosa al parto como un derecho humano. Este organismo, recuerda, que las intervenciones clínicas deben realizarse solo si aportan beneficios y preservan el derecho de la mujer a ser informada, acompañada y escuchada (OMS, 2019).

Siguiendo la misma línea, el Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, sugiere un enfoque de salud materna basado en los derechos humanos y entiende el nacimiento como un reflejo de igualdad y justicia social (United Nations Human Rights Council, 2012). Asimismo, la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO, enfatiza en la importancia de atender, no solo los aspectos científicos y tecnológicos, sino las variables culturales y psicosociales que determinan y moldean cómo es y cómo se cuida el nacimiento (UNESCO, 2006).

Esta idea está respaldada por investigaciones recientes que señalan el trato recibido y la calidad de la comunicación, como elementos que mejor predicen la satisfacción con la experiencia de parto (Dietta, 2025; Mena-Tudela et al., 2021). En esta misma línea Annborn y Finnbogadóttir (2022), informan que el bienestar emocional de la mamá y el recién nacido mejora con el apoyo continuo y la comunicación empática.

Desde una perspectiva histórica, este enfoque respetuoso nace de movimientos feministas y sociales que defendieron el derecho de las mujeres a decidir sobre sus cuerpos y su maternidad desde la década de 1960 (Sánchez, 2015). En este marco surgieron hitos como el documento *Appropriate Technology for Birth* (1985) que promovió desmedicalizar el parto y garantizar el acceso a una atención basada en la evidencia y en información clara y transparente (Sánchez, 2015). Jardim Barbosa y Modena (2018), señalaron que asegurar derechos como el consentimiento informado, el acompañamiento continuo y la libertad de posición, son requisitos básicos para una atención digna. De esta forma, el paradigma del parto respetado recupera el significado esencial del nacimiento; un acto de confianza y humanidad.

Medicalización del Parto

La obstetricia comenzó a transformarse desde la segunda mitad del siglo XX. Fue un cambio casi imperceptible en sus inicios, impulsado por el avance de la tecnología. En primer lugar, llegó la conocida *Revolución del plástico*, que incorporó catéteres, tubos y jeringas desechables; posteriormente la *Revolución informática*, con la introducción de monitores, pantallas y alarmas que prometían control y seguridad (Odent, 2021). Pero como exponen Jardim Barbosa y Modena (2018), de forma imperceptible, aquellas iniciativas de modernización condujeron a una institucionalización que terminó por desdibujar la dimensión humana del nacimiento. El cuerpo de la mujer, antes centro de atención en el proceso del parto, se transformó en un objeto de estudio y en un territorio a intervenir, fue fragmentado y regulado (Jardim Barbosa y Modena, 2018).

Históricamente, este cambio comenzó mucho antes. A lo largo del siglo XX en gran parte de Europa y América del norte, el cuidado del parto pasó de las manos de las matronas a los médicos obstetras (Sánchez, 2015). Las casas (espacios íntimos, llenos de cercanía y voces femeninas) se empezaron a considerar como espacios atrasados y peligrosos, por ello fueron sustituidas por hospitales que prometían una mayor seguridad (Belli, 2013; Sánchez, 2015).

Con esta tecnificación, el saber y el poder pasaron al profesional sanitario, que contaba con la aprobación del Estado y el prestigio social necesario para imponer su criterio (Belli, 2013). Como consecuencia, los conocimientos tradicionales (mujeres, parteras y madres) fueron deslegitimados y tachados como primitivos y erróneos (Sánchez, 2015). De acuerdo con la OMS, en numerosos centros de salud, el modelo de atención más común permite a los profesionales sanitarios el control completo del

proceso de parto, lo que puede propiciar intervenciones rutinarias e innecesarias a mujeres sanas (OMS, 2019).

El exceso de control convirtió el proceso de parto en una experiencia intervenida y pasiva para muchas mujeres (Odent, 2005). Apenas al terminar de parir, las mujeres son tratadas como un cuerpo que ha completado un trámite médico, y no como personas que acaban de atravesar una experiencia de gran importancia e intensidad emocional (Mena-Tudela et al., 2021).

Las cifras lo corroboran. De acuerdo con la OMS (2019) un porcentaje significativo de embarazos sanos son intervenidos clínicamente (inducciones, cesáreas, episiotomías, etc.) sin justificación médica. Asimismo, este organismo nos recuerda que las tasas de cesáreas superiores al 10%, no generan beneficios en términos de salud materna o neonatal (OMS, 2019). Sin embargo, las tasas de cesáreas han crecido de forma preocupante en países desarrollados, superando el 40% en algunos contextos (Sadler et al., 2016). En España, la media de cesáreas se encuentra dentro de la media europea (25%), pero por encima de la global (21%) y muy lejos de las recomendaciones de la OMS (Betran et al., 2021).

Este tipo de prácticas, como informan Jardim Barbosa y Modena (2018), no afectan a todas las mujeres por igual; aquellas que tienen un nivel socioeconómico más bajo o pertenecen a minorías étnicas, las sufren en mayor medida. Como vemos, el poder institucional se impone con más fuerza en aquellas circunstancias donde hay menor margen de elección por parte de las mujeres.

Para avanzar, es importante comprender cómo la pérdida del equilibrio entre la ciencia y la humanidad ha permitido prácticas de maltrato, abuso, humillación y desposesión del cuerpo femenino.

La Violencia Obstétrica

Llegados a este punto, es necesario abordar de forma directa la VO. Como refieren Jardim Barbosa y Modena (2018), este fenómeno penetra la experiencia de parto y la transforma en una vivencia de despojo, pérdida de control y humillación. Es una forma estructural de violencia que la OMS (2014) reconoce como violación de los derechos humanos y un asunto de salud pública (Basurto Mendoza y Alcivar Medranda, 2020; Jardim Barbosa y Modena, 2018; Sánchez, 2015). La dificultad de la VO reside en su carácter multifacético, la ausencia de definiciones estandarizadas y la dificultad en la detección de sus formas menos evidentes (Yildirim y Mert-Karadas, 2025).

En 2007, Venezuela fue el primer país del mundo en reconocer la VO y tipificarla como delito (Belli, 2013; Mena-Tudela et al., 2021; Sánchez, 2015). Esta ley define la VO como:

La apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad para decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres (*Ley N° 38.668 del 23 de abril de 2007 - Ley Orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia*, 2007. p.9).

Otros autores, incorporan a esta definición el acto intencional de ignorar las emociones, necesidades y deseos expresados (Dietta, 2025; Jardim Barbosa y Modena, 2018; Martínez-Galiano et al., 2021), pudiendo darse tanto en el embarazo, en el parto o puerperio. Asimismo, la realización abusiva e innecesaria de intervenciones médicas que fragmentan el curso natural del parto, como pueden ser episiotomías, inducciones, rasurados, tactos vaginales repetidos, etc. (Annborn y Finnbogadóttir, 2022; Martínez-

Galiano et al., 2021). La OMS, define cinco formas de VO que facilitan su identificación: realización de prácticas por parte de los profesionales sanitarios sin el permiso de la madre; abuso, agresión física o verbal y humillación; instalaciones inapropiadas y falta de recursos.; excesiva medicalización e intervenciones o procedimientos innecesarios; y discriminación por cuestiones éticas, religiosas, económicas y/o culturales (Castrillo, 2016).

Jardim Barbosa y Modena (2018) aclaran la tipología de la VO en la siguiente tabla, incorporando muchos de los aspectos mencionados:

Tabla 1

Tipología y ejemplificación de la VO

Tipología	Ejemplos
Violencia verbal	Uso de comentarios groseros, irónicos, negativos, humillantes, moralistas y discriminatorios, que exacerban la inferioridad de la mujer. Como, por ejemplo; “¿Por qué estas llorando?”; ¡pero si no duele tanto! o “cállese la boca y empuje al bebe”. Incluso expresiones acusatorias hacia mujeres en procesos de aborto.
Violencia física	Realización de episiotomías rutinarias, cesáreas innecesarias, toques vaginales frecuentes y agresivos, manejo inadecuado del dolor, procedimientos sin la dosis de analgésicos necesaria, entre otros.
Violencia psicológica	Intimidaciones sobre el comportamiento de la mujer, discursos acusatorios y hostiles, chantajes, culpabilización de la mujer frente a situaciones de sufrimiento fetal, amenazas y gritos.
Violencia sexual	Toques vaginales sin guantes, manipulación hostil y agresiva de los genitales sin consentimiento.
Discriminación social	Trato diferencial por motivo de raza o etnia, color de piel, orientación sexual y de género, estatus socioeconómico, religión o nivel educativo.

Negligencia en el sistema de asistencia	Rechazo, abandono o asistencia indiferente a atender a mujeres que consideran “poco colaborativas”, “cuestionadoras” o “quejasas”.
Uso inadecuado de procedimientos y tecnologías	Realización de procedimientos innecesarios e iatrogénicos para la mujer como la inmovilidad en la cama durante el parto, ayuno sin indicación, no permitir el contacto piel con piel entre la madre y el recién nacido, uso exagerado de oxitocina, entre otros.

Nota. Adaptado de "Obstetric violence in the daily routine of care and its characteristics", por D. M. Jardim Barbosa y C. M. Modena, 2018, Revista Latino-Americana de Enfermagem, 26, p. 7.

Dietta (2025), nos plantea que la violencia obstétrica debe entenderse como un espectro que va desde conductas concretas e individuales (microsistema) a estructuras institucionales que las sostienen y legitiman (macrosistema).

Tabla 2

Niveles del fenómeno sistémico de la VO

Nivel	Tipología de VO	Ejemplos de VO
Microsistema	<ul style="list-style-type: none"> - Abuso sexual. - Abuso físico. - Abuso verbal. - Mala relación entre las mujeres y los profesionales sanitarios. - Incumplimiento de estándares profesionales. 	<ul style="list-style-type: none"> - Abuso de la fuerza o restricción física. - Comentarios agresivos, acusatorios o invalidantes. - Realización de prácticas sin consentimiento. - Falta de información. - Mala comunicación. - No tener en cuenta las preferencias de la mujer.
Mesosistema	<ul style="list-style-type: none"> - Mala relación entre la pareja y los profesionales sanitarios. 	<ul style="list-style-type: none"> - No permitir el acompañamiento de la pareja. - Negación de prácticas tradicionales o culturales seguras.

Exosistema	- Condiciones y limitaciones del sistema de salud.	- Falta de recursos. - Falta de políticas. - Poca privacidad. - Ausencia de infraestructura.
Macrosistema	- Estigma y discriminación.	- Discriminación según edad, estatus socioeconómico, raza o grupo étnico.

Nota. De “Violencia Obstétrica en Contextos de Muerte Perinatal”, por P. Dietta, 2025, Instituto Europeo de Salud Mental Perinatal, pp.10-11.

Estos actos, se sostienen en gran medida por la autoridad del saber médico, el que definimos como seguro, incuestionable y capaz de garantizar la salud del paciente (Jardim Barbosa y Modena, 2018; Sadler et al., 2016; Sánchez, 2015). Desde este modelo biomédico, el conocimiento de la mujer ocupa una posición subordinada y se ve obligada a obedecer a los expertos, aun cuando sus deseos o necesidades entran en conflicto con estos (Jardim Barbosa y Modena, 2018; Sánchez, 2015). Romero Guzmán et al. (2019) señalan que esta ciega legitimación conduce a la “destitución del instinto materno” (p.171). Como señala Basurto Mendoza y Alcivar Medranda (2020), esta relación de poder desigual en el ejercicio de la medicina, explica el carácter estructural de la VO.

Con todo, Martínez-Galiano et al. (2021) estimaron que la tasa de VO en España es de 67.7% y el 38.3% lo identificaron claramente (Yildirim y Mert-Karadas, 2025).

Violencia Obstétrica como Forma de Violencia de Género

Tratar de entender la VO, nos obliga mirar el sufrimiento, la dignidad y la voz de las mujeres; es una forma de expresión del sistema patriarcal (Yildirim y Mert-Karadas, 2025). Jardim Barbosa y Modena (2018), nos señalan la relación intrínseca entre la VO y la cuestión de género; históricamente el patriarcado ha moldeado la imagen de la mujer como un ser reproductor y la maternidad como su tarea principal, el eje de la feminidad (Sánchez, 2015).

En este escenario, la mujer se vuelve un objeto reproductivo, un útero, una *máquina de hacer bebés* y se le trata como tal (Jardim Barbosa y Modena, 2018). Esto se alinea con la idea de mercantilización de la que nos habla Yildirim y Mert-Karadas (2025), que argumentan cómo la mujer en el momento de dar a luz se convierte en una mercancía, y es tratada como objeto bajo el control de otra persona. Basurto Mendoza y Alcivar Medranda (2020), añaden que, bajo el prisma de la VO, se propicia la patologización de las mujeres, una exacerbada medicalización y deshumanización del proceso de traer vida, olvidando los deseos de las madres. Esta es la manifestación del control institucional patriarcal sobre los cuerpos reproductivos (Romero Guzmán et al., 2019).

De esta forma, la VO atenta contra la autonomía e integridad de las mujeres impidiendo su derecho al autogobierno y rompiendo su sentido de dignidad (Annborn y Finnbogadóttir, 2022). Es por esto por lo que la VO es una cuestión puramente feminista y una manifestación de la desigualdad estructural de género (Sadler et al., 2016).

Marco Legislativo y Decisiones Legales sobre VO

Como se ha visto hasta ahora, la VO se reconoce como violación de los derechos humanos y una forma de violencia de género (Pickles, 2025). A nivel internacional, la VO fue reconocida por Venezuela en 2007 (Sánchez, 2015). Posteriormente países como México o Argentina se sumaron, incorporando la VO como forma de violencia de género (Pickles, 2025). La OMS, se posiciona al respecto en 1985, instando a proteger y preservar la autonomía de las mujeres gestantes mediante un uso adecuado y transparente de la tecnología y de los procedimientos sanitarios (Sadler et al., 2016).

Sin embargo, en España la legislación específica y las decisiones institucionales al respecto son un reto y asignatura pendiente (Brigidi et al., 2024; Mena-Tudela et al., 2020a; Pickles, 2025).

La Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women, CEDAW) solicita a España a abordar la VO explícitamente, reconociendo prácticas como separación madre-bebé sin justificación médica, trato degradante o intervenciones médicas sin consentimiento como VO (Pickles, 2025). Estas reclamaciones han presionado al Estado Español, a establecer mecanismos de reparación e implementar medidas que ayuden a prevenir y sancionar las prácticas de VO (Pickles, 2025; Silva-Fernández et al., 2023).

A nivel nacional, la descentralización del sistema sanitario supone formas diversas de percibir y abordar la VO entre las distintas comunidades autónomas (Pickles, 2025). Igualmente, la falta de protocolos homogéneos y la formación insuficiente en derechos humanos para el personal sanitario sostienen la problemática (Mena-Tudela et al., 2020a; Mena-Tudela et al., 2022).

Consecuencias Psicológicas en el Postparto derivadas de la VO

El embarazo, parto y postparto son etapas de una vulnerabilidad mayor a sufrir algún tipo de desajuste psicológico (Martínez-Vázquez et al., 2022; Robles y Jódar, 2024). Pero cuando además se es víctima de VO durante el parto, esta experiencia queda marcada por la deshumanización y el maltrato, desencadenando heridas emocionales con un profundo impacto psicológico (Mena-Tudela et al., 2021; Dietta, 2025). Estas heridas se traducen en desajustes en la salud física y psicológica de la mujer y en la forma de vincular con el bebé, puede incluso transformarse en una experiencia

traumática (Hernández-Martínez et al., 2020; Mena-Tudela et al., 2021; Martínez-Vázquez et al., 2021).

Estas consecuencias se desarrollan en el periodo postparto o puerperio que se define como “el momento posterior a la expulsión de la placenta hasta las ocho semanas siguientes” (p.73), aunque existen autores que amplían su duración (Rosa y Jódar, 2024). Es importante recalcar que, pese a que las consecuencias pueden comenzar durante el periodo de postparto, éstas pueden mantenerse a corto y a largo plazo (Mena-Tudela et al., 2021; Robles y Jódar, 2024). Por ejemplo, Martínez-Vázquez et al. (2021) exponen que una de las consecuencias de sufrir VO es el desarrollo de Trastorno de Estrés Postraumático, cuya sintomatología puede durar meses y manifestarse en posteriores embarazos o incluso cronificarse.

Entre las consecuencias psicológicas más documentadas, destacan la depresión postparto (DPP), el trastorno de estrés postraumático (TEPT) y las dificultades en la vinculación afectiva con el recién nacido; también son frecuentes problemas de ansiedad y de lactancia (Hernández-Martínez et al., 2020; Mena-Tudela et al., 2021; Martínez-Vázquez et al., 2022; Silvia-Fernández et al., 2023; Yildirim y Mert-Karadas, 2025).

A continuación, se muestra una tabla con las distintas consecuencias y los factores de riesgo identificados en la literatura existente:

Tabla 3

Factores de riesgo y prevalencia de las consecuencias psicológicas en el postparto derivadas de la VO

Consecuencia	Prevalencia	Factores de riesgo
Depresión postparto (DPP)	Entre el 17 y el 47% de las mujeres (Silvia-	- Experiencia de maltrato, trato irrespetuoso o coercitivo durante el parto.

	Fernández et al., 2023).	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de apoyo emocional y comunicación deficiente con el personal de salud. - Intervenciones obstétricas innecesarias o injustificadas. - Ausencia de consentimiento informado. - Privación del contacto mamá-bebé o separación injustificada. - Negligencia o despersonalización en la atención a la mujer. <p>(Mena-Tudela et al., 2020a; Silvia-Fernández et al., 2023; Souza et al., 2017).</p>
Trastorno de estrés postraumático postparto (TEPT-P)	Entre el 4.7 y el 15.7% de las mujeres (Silvia-Fernández et al., 2023).	<ul style="list-style-type: none"> - Partos percibidos como traumáticos o deshumanizados. - Intervenciones invasivas (partos instrumentales o cesáreas no consentidas). - Violencia verbal, humillación o trato degradante. - Privación del contacto mamá-bebé o separación injustificada. - Falta de consentimiento informado y sensación de pérdida de autonomía. - Privación del acompañamiento. <p>(Hernández-Martínez et al., 2020; Mena-Tudela et al., 2022; Martínez-Vázquez et al., 2021; Martínez-Vázquez et al., 2022; Silvia-Fernández et al., 2023).</p>
Dificultades en el vínculo mamá-bebé.	No hay estimaciones específicas.	<ul style="list-style-type: none"> - Parto vivido como experiencia de humillación, falta de control y miedo. - Separación temprana mamá-bebé. - Desconfianza en el propio cuerpo o sentimientos de fracaso.

(Hernández-Martínez et al., 2020; Mena-Tudela et al., 2022; Martínez-Vázquez et al., 2021).

Nota. Elaboración propia

En conjunto, la VO no solo compromete los derechos humanos, sino que, además, atraviesa la salud mental (y física) de las mujeres, su capacidad de vincular, su bienestar y calidad de vida (Hernández-Martínez et al., 2020; Mena-Tudela et al., 2021; Martínez-Vázquez et al., 2022; Yildirim y Mert-Karadas, 2025).

Estado de la Cuestión y Fundamentación de la Revisión Sistemática

Después de este recorrido teórico, es posible afirmar que la VO no se presenta como un hecho aislado e individual, o incluso una mera anomalía del sistema de salud (Jardim Barbosa y Modena, 2018). Se trata más bien de la manifestación de una red de poder compleja que recorre cuerpos e instituciones (Annborn y Finnbogadóttir, 2022). No obstante, y a pesar de la evidencia, la literatura científica sigue sesgada, prestando atención a las variables clínicas y relegando a un segundo plano la perspectiva subjetiva y psicológica de la VO (Robles y Jódar, 2024).

Por este motivo, es importante aportar al diálogo científico una visión más amplia y transparente sobre cómo se atiende a las mujeres durante el parto y cómo la VO impacta sobre su salud mental. Conocer las consecuencias psicológicas será el primer paso hacia un camino de recuperación y reconstrucción del modelo obstétrico. La presente revisión, más allá de aportar al saber científico, plantea una reflexión ética y social importante ¿cómo la sociedad concibe la vida si se permite que ésta se abra paso en un contexto de violencia?

Objetivos e Hipótesis

El objetivo general de la presente revisión sistemática es identificar, sintetizar y analizar la evidencia disponible sobre las consecuencias psicológicas en el periodo postparto en mujeres que han sufrido VO intraparto.

Los objetivos específicos desarrollados son:

- Describir el concepto y las distintas manifestaciones de la VO.
- Identificar las consecuencias psicológicas en el periodo postparto derivadas de la VO intraparto.
- Conocer los tipos, frecuencia, gravedad y duración de estas consecuencias.
- Explorar los factores de riesgo y de protección que se relacionan con las consecuencias y cómo influyen en su desarrollo.

La hipótesis que se plantea es que la exposición a la VO intraparto se asocia con un mayor riesgo de desarrollar consecuencias psicológicas para la mujer en el periodo posparto.

Método

Diseño de Búsqueda

La presente revisión sistemática se ha desarrollado conforme a las recomendaciones de la Declaración PRISMA 2020, que establece un conjunto de ítems para la elaboración y comunicación de las revisiones sistemáticas (Page et al., 2021).

La búsqueda bibliográfica se realizó desde el 14 de diciembre de 2025 hasta el 10 de enero de 2026 en las bases de datos PUBMED, Cochrane Library, PsyINFO y Psychological & Behavioral Science Collection. En el Anexo 1 se muestran los términos de lenguaje libre y documental, y las ecuaciones de búsqueda aplicadas.

Criterios de Elegibilidad

Para la selección de los resultados derivados de la búsqueda, se establecieron criterios de elegibilidad, derivados de la pregunta de investigación (PECOS).

Tabla 4

Estrategia PECOS

Acrónimo	Definición	Descripción
P	Participantes	Mujeres que han dado a luz.
E	Exposición	Exposición a violencia obstétrica durante el parto.
C	Comparación	No exposición a violencia obstétrica durante el parto.
O	Resultados	Consecuencias psicológicas en el periodo postparto.
S	Tipo de estudio	Estudios observacionales y cualitativos.

Nota. Elaboración propia

Antes de la exportación de los resultados, se aplicaron filtros automáticos en cada una de las bases de datos para delimitar aquellos resultados que estuviesen disponibles con texto completo, publicados en inglés y/o castellano, dentro del rango temporal establecido (2020-2026), y exclusivamente estudios observacionales (cohortes, estudios de casos y controles, estudios transversales) y cualitativos. El total de registros fue de 137. Posteriormente, se aplicaron los criterios de elegibilidad que marcan el cribado por título y resumen de los resultados obtenidos fueron:

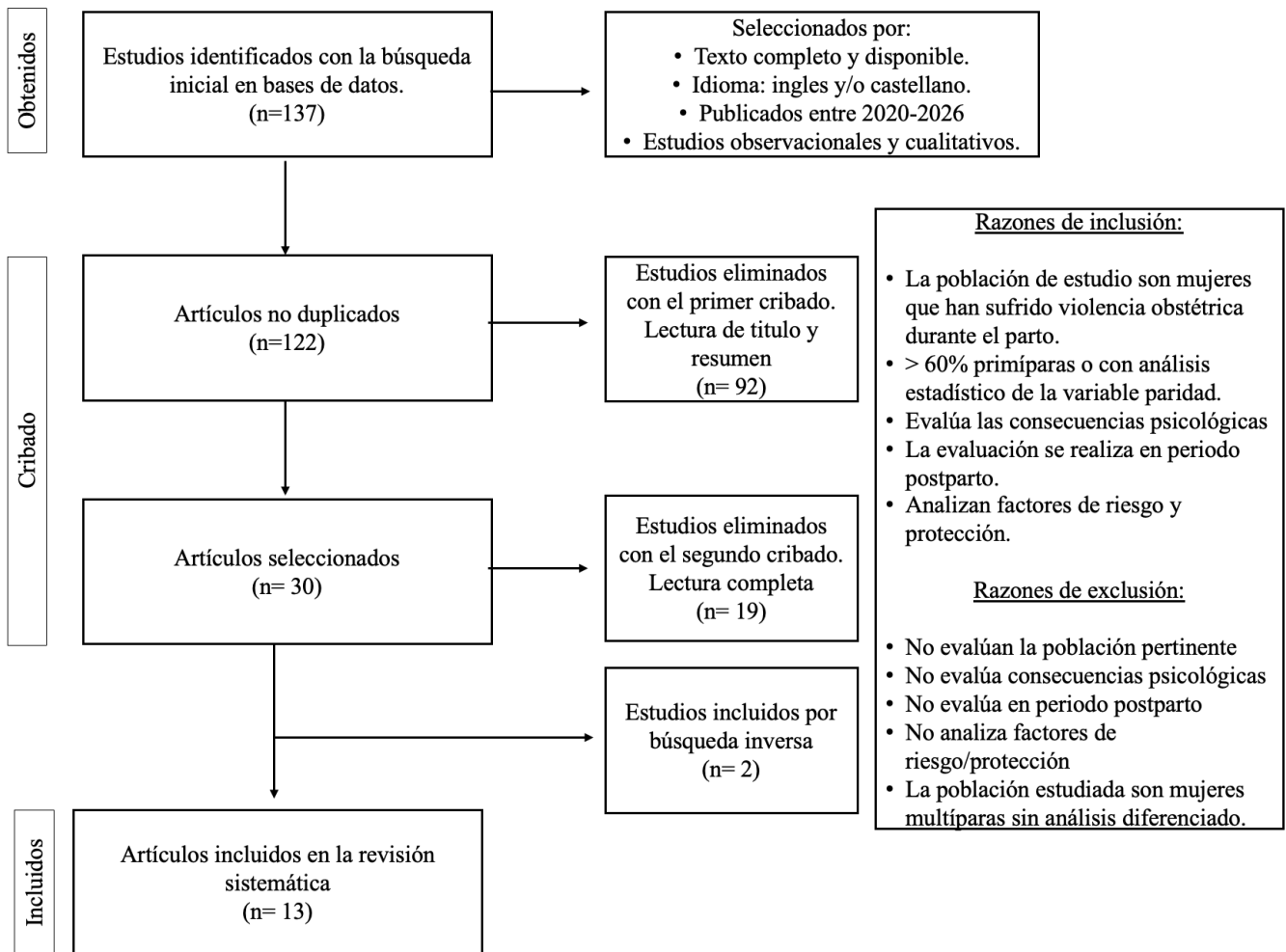
- Mujeres que han sufrido VO durante el parto.
- Muestra exclusiva de primíparas (100%) o muestras mixtas que cumplan al menos:
 - Que las primíparas representen la mayoría de la muestra (proporción \geq 60-70%).

- Que el estudio realice un análisis estadístico específico para la variable “paridad”, permitiendo aislar el efecto de las consecuencias psicológicas en mujeres sin experiencia previa.
- Que evaluara las consecuencias psicológicas.
- La evaluación se realiza en el periodo postparto (inmediato < 6 meses; tardío 6-12 meses; largo plazo > 1 año).
- Que analizaran factores de riesgo y protección.

Consecuentemente, se excluyeron aquellos resultados que:

- Atendiesen a otra población de estudio (profesionales sanitarios, parejas, neonatos, etc.).
- Estudios exclusivamente con multíparas.
- El evento central no estuviera presente (abortos, cesáreas, embarazo sin parto).
- Que evaluaran exclusivamente resultados físicos u obstétricos.
- Que realizaran una evaluación intraparto sin seguimiento psicológico en periodo postparto.
- Estudios no empíricos.

El total de resultados seleccionados tras el cribado por título y resumen, fueron un total de 30. Finalmente, se realizó una lectura completa de los artículos seleccionados y se incluyeron dos artículos obtenidos por búsqueda inversa. Se seleccionaron para la revisión un total de 13 artículos.

Figura 1*Diagrama de flujo*

Nota. Elaboración propia.

Proceso de Extracción

Una vez seleccionados los textos que conformaron la revisión, se procedió a una extracción sistemática de la información mediante una matriz de registro de elaboración propia. La secuencia consistió en codificar cada estudio atendiendo a un protocolo estandarizado para asegurar la homogeneidad del análisis. En esta fase metodológica se extrajeron los datos relativos a la autoría, año, edad y país de publicación, el diseño metodológico empleado y las características sociodemográficas y clínicas de los participantes. Se prestó especial atención a variables críticas como la paridad, la vía de parto y que las consecuencias se evaluarán en periodo postparto.

Durante este proceso de extracción, se prestó atención a la calidad metodológica de cada artículo para garantizar el soporte científico. Específicamente se verificó la fiabilidad y validez de constructo de los instrumentos de medida empleados por los autores. Se comprobó que las escalas que utilizaban para medir la variable independiente (VO) y dependientes estuviesen validadas y reportaran altos índices de consistencia interna (alfa de Cronbach). Se estableció el mínimo aceptable de 0.70, aunque solo hay una escala con este índice, el resto se encuentran por encima de 0.88.

Finalmente, con respecto a las variables dependientes de resultado, se registraron detalladamente las puntuaciones clínicas, las frecuencias y los tamaños del efecto. Las variables de resultado reportadas en los textos fueron principalmente el TEPT, la DPP (riesgo de suicidio), el impacto en el estrés y bienestar psicológico y el crecimiento postraumático.

Análisis de Datos

Debido a la heterogeneidad de los diseños metodológicos de los artículos que componen la presente revisión (diez estudios observacionales transversales, un estudio prospectivo longitudinal, un estudio cualitativo fenomenológico y un estudio mixto) y la variabilidad de los instrumentos de medida, el análisis de los datos fue variado.

Para aquellos estudios cuantitativos correlacionales transversales, se realizó un análisis descriptivo y de frecuencias para determinar la prevalencia de las consecuencias psicológicas (medias (M) y desviaciones típicas (DS)) y un análisis correlacional mediante los coeficientes de asociación (correlación de Pearson (r)) para conocer la fuerza y dirección de la relación entre las variables predictoras. También se prestó atención a las pruebas de contraste (F de ANOVA o t de Student) para comprender la comparación entre grupos y la magnitud de las diferencias mediante los tamaños del efecto (d de Cohen).

Además, para aquellos que emplearon modelos multivariantes, se aislaron los Odds Ratios ajustadas (ORa), para conocer cuánto aumenta o disminuye el riesgo ante la exposición a las distintas dimensiones de la VO y la varianza explicada (R^2) que determina qué porcentaje de determinada consecuencia es predicho por la VO o el coeficiente Beta (β) que informa del peso concreto de cada variable.

Para el estudio prospectivo longitudinal, se puso el foco en conocer si los cambios en el tiempo son estadísticamente significativos ($p < 0.05$), comparando la medias y desviaciones típicas.

Por último, para aquellos estudios que utilizaban mediciones cualitativas (análisis fenomenológico interpretativo y entrevistas semiestructuradas), se realizó una integración narrativa de los hallazgos y se agruparon temáticamente las categorías reportadas.

Resultados

Variables de Resultados

Las variables de resultado se agrupan en distintas categorías de salud mental y continuación se muestran junto con sus respectivos instrumentos de medida.

Tabla 5*Variables de resultado e instrumentos de medida.*

Variable	Instrumento de medida	Fiabilidad	Referencia	Estudio de la revisión
Trastorno de estrés posttraumático (TEPT) y trauma de parto	IES-R (Impact of Event Scale-Revised) (PSS-I) PTSD Symptom Scale City Birth Trauma Scale (City BiTS) Posttraumatic Stress Disorder Checklist- Civilian Version (PCL-C) Posttraumatic Stress Disorder Symptom Scale-Self-Report (PSS-SR) The Birth Trauma Scale (BTS) Perinatal Post-traumatic Stress Disorder Questionnaire (PPQ)	Alfa de Cronbach 0.96 Alfa de Cronbach 0.88 Alfa de Cronbach 0.91 Alfa de Cronbach 0.90 Alfa de Cronbach 0.88 Alfa de Cronbach 0.904 Alfa de Cronbach 0.896	(Echeburúa et al., 2016) (Foa y Tolin, 2000) (Ayers et al., 2019) (Conybeare et al., 2012) (Foa et al., 2012) (Zhang et al., 2023) (Hernández-Martínez et al., 2021)	(Scandurra et al., 2022) (Hajizadeh y Mirghafourvand, 2021) (El-Salahi et al., 2024; Lathan et al., 2023; Li et al., 2025) (Wei et al., 2024) (Qin et al., 2025) (Ju et al., 2024) (Martínez-Vázquez et al., 2021)
Depresión postparto (DPP) y riesgo de suicidio	Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS).	Alfa de Cronbach 0.704	(Vega-Dienstmaier et al., 2002)	(El-Salahi et al., 2024; Martínez-Galiano et al., 2025; Martínez-Vázquez et al., 2022)
Distrés psicológico	DASS – 21 (Depression Anxiety Stress Scale)	Alfa de Cronbach 0.96	(Bottesi et al., 2015)	(Scandurra et al., 2022)
Bienestar psicológico	WEMWBS (Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale)	Alfa de Cronbach 0.94	(Tennant et al., 2007)	(El-Salahi et al., 2024)

Nota. Elaboración propia

Algunas variables como las complicaciones psicológicas en el puerperio (Robles y Jódar, 2024) y el crecimiento postraumático (CPT) (Ketley et al., 2024) se han medido a través de entrevistas semiestructuradas.

Variables Metodológicas

Características de la Muestra

La presente revisión cuenta con estudios con una polarización geográfica a mencionar. El 46.15% de los estudios pertenecen al contexto mediterráneo/occidental (España, Italia y Reino Unido) (El-Salahi et al., 2024; Ketley et al., 2024; Martínez-Galiano et al., 2025; Martínez-Vázquez et al., 2021; Martínez-Vázquez et al., 2022; Robles y Jódar, 2024; Scandurra et al., 2022), el 30.76% al contexto asiático (China) (Ju et al., 2024; Li et al., 2025; Qin et al., 2025; Wei et al., 2024) y otros contextos como Irán (Hajizadeh y Mirghafourvand, 2021) y EE.UU (Lathan et al., 2023)

En términos de paridad, el 71.41% de la muestra fue primípara (3914 mujeres). La muestra total estaba compuesta por población clínica no psiquiátrica. Las mujeres tuvieron embarazos a término y los recién nacidos estaban sanos. En cuanto a la diversidad étnica, los estudios europeos presentaban muestras homogéneas mayoritariamente caucásicas (El-Salahi et al., 2024; Ketley et al., 2024; Martínez-Galiano et al., 2025; Martínez-Vázquez et al., 2021; Martínez-Vázquez et al., 2022; Robles y Jódar, 2024; Scandurra et al., 2022), mientras que los estudios asiáticos se enfocaban en población local (Ju et al., 2024; Li et al., 2025; Qin et al., 2025; Wei et al., 2024). Es interesante comentar el caso de Lathan et al. (2023) cuya muestra fue exclusiva de mujeres racializadas.

La edad media de las mujeres de la muestra se situaba entre los 28 y 37 años. Específicamente, la media de edad fue de 28.4 años (Hajizadeh y Mirghafourvand, 2021; Ju et al., 2024; Lathan et al., 2023), de 30.5 años (Qin et al., 2025; Robles y

Jódar, 2024; Wei et al., 2024) y 33.2 años (Martínez-Galiano et al., 2025; Martínez-Vázquez et al., 2021; Martínez-Vázquez et al., 2022; Scandurra et al., 2022).

De los seis estudios que especifican el tipo de centro sanitario, el 83.3% fueron hospitales de la red pública (Lathan et al., 2023; Martínez-Galiano et al., 2025; Martínez-Vázquez et al., 2021; Robles y Jódar, 2024; Scandurra et al., 2022).

Con respecto al nivel educativo, cinco estudios reportaban información al respecto y cuatro de ellos mostraban que el 80% de la muestra tenía estudios universitarios (Ju et al., 2024; Li et al., 2025; Martínez-Vázquez et al., 2021; Scandurra et al., 2022).

Finalmente, con respecto al estatus socioeconómico, solo hubo dos estudios que mostraron una mayor vulnerabilidad, debido a que el 42.3% de la muestra en Lathan et al. (2023) informaban de un ingreso familiar mensual menor de 2.000 dólares y en Hajizadeh y Mirghafourvand (2021), el 95.8% de la muestra fueron amas de casa. El resto de los estudios mostraron perfiles mayoritariamente de clase media o media-alta.

Características Metodológicas

A continuación se muestran las características metodológicas de las investigaciones:

Tabla 6

Variables metodológicas

Referencia	Diseño	N	Cegamiento	Seguimiento
(Scandurra et al., 2022)	Cuantitativo observacional descriptivo transversal (<i>cross-sectional</i>)	282	No	No
(Hajizadeh y Mirghafourvand, 2021)	Cuantitativo observacional prospectivo longitudinal	8	No	Si (6-18h y 1 mes postparto)

(Ketley et al., 2024)	Cualitativo fenomenológico (IPA)	288	No	No
(Lathan et al., 2023)	Cuantitativo observacional descriptivo transversal (<i>cross-sectional</i>)	180	No	No
(Qin et al., 2025)	Cuantitativo observacional descriptivo transversal (<i>cross-sectional</i>)	308	No	Si (3 y 42 días postparto)
(Wei et al., 2024)	Cuantitativo observacional descriptivo transversal (<i>cross-sectional</i>)	308	No	No
(Ju et al., 2024)	Cuantitativo observacional descriptivo transversal (<i>cross-sectional</i>)	751	No	No
(Li et al., 2025)	Cuantitativo observacional descriptivo transversal (<i>cross-sectional</i>) multicéntrico.	230	No	No
(Martínez-Vázquez et al., 2022)	Cuantitativo observacional descriptivo transversal (<i>cross-sectional</i>)	782	No	No
(Martínez-Galiano et al., 2025)	Cuantitativo observacional descriptivo transversal (<i>cross-sectional</i>)	1579	No	No
(El-Salahi et al., 2024)	Cuantitativo observacional descriptivo transversal (<i>cross-sectional</i>)	123	No	No
(Robles y Jódar, 2024)	Estudio Mixto: Cualitativo y Cuantitativo	51	No	No

	observacional descriptivo transversal.			
(Martínez- Vázquez et al., 2021)	Cuantitativo observacional descriptivo transversal (<i>cross-sectional</i>)	899	No	No

Nota. Elaboración propia.

Como se puede observar en la tabla 6, el 79.9% de los estudios son cuantitativos observacionales transversales. El 7.7% es un estudio cualitativo en el que se realiza un análisis fenomenológico interpretativo (IPA), otro 7.7% el estudio mixto cualitativo-cuantitativo y un último 7.7% el estudio cuantitativo observacional, longitudinal y prospectivo. En su conjunto, el 92.3% de los estudios incluyeron un componente observacional transversal.

Ninguno de los textos revisados utiliza el cegamiento debido a la naturaleza observacional de los estudios. Únicamente el 15.4% los estudios contaron un seguimiento posterior, a diferencia del 84.6% restante.

Finalmente, los tamaños muestrales fueron heterogéneos, desde 8 a 1579 participantes, con un 30.8% de los estudios que incluyeron muestras amplias, superiores a 500 mujeres.

Evaluación del Sesgo

Para analizar el sesgo y, por ende, la calidad metodológica de los estudios que componen la revisión, se ha empleado la herramienta Quality Assessment for Diverse Studies (QuADS) (Harrison et al., 2021), ya que se adecúa a revisiones que integran estudios con distintos diseños metodológicos.

Esta herramienta se compone de 13 ítems que evalúan en una escala del 0 a 3 los siguientes componentes: (a) fundamento teórico o conceptual; (b) declaración de los objetivos; (c) descripción clara de la investigación, contexto y población objetivo; (d)

adecuación del diseño en función de los objetivos; (e) adecuación del muestreo; (f) justificación para la elección de herramientas de recopilación de datos; (g) formato y contenido de las herramientas de recopilación de datos; (h) descripción del procedimiento de recopilación de datos; (i) datos de reclutamiento proporcionados; (j) justificación del método de análisis seleccionado; (k) adecuación del método de análisis; (l) consideración de las partes interesadas de la investigación en el diseño y conducta de esta; (m) discusión crítica de fortalezas y debilidades (criterios desarrollados en el Anexo 1). Y los umbrales que se establecen para considerar la calidad metodológica son: <50% calidad baja y alto riesgo de sesgo, entre 50 y 74%, calidad moderada y <75% calidad alta y bajo riesgo de sesgo.

Tabla 7

Puntuaciones basadas en los criterios Quality Assessment for Diverse Studies (QuADS)

Referencia	a	b	c	d	e	f	g	h	i	j	k	l	m	TOTAL
Scandurra et al., 2022	3	3	3	2	2	3	3	3	2	3	3	1	2	84.61%
Ketley et al., 2024	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	2	3	94.87%
Hajizadeh et al., 2021	3	3	3	3	2	3	3	3	2	3	3	1	3	89.74%
Lathan et al., 2023	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	94.87%
Qin et al., 2025	3	3	3	2	2	3	3	3	2	3	3	1	2	84.62%
Ju et al., 2024	3	3	3	2	2	3	3	3	2	3	3	1	2	84.62%
Li et al., 2025	3	3	3	2	2	3	3	3	2	3	3	1	2	84.62%
Martínez-Vázquez et al., 2022.	3	3	2	2	2	3	3	2	1	3	3	1	2	76.92%
Martínez-Galiano et al., 2025	3	3	3	2	2	3	3	2	2	3	3	2	1	82.05%
El-Salahi et al., 2024	3	3	3	2	2	3	3	2	2	3	3	1	3	84.62%

Robles Rosa y Jódar, 2024	3	3	3	2	1	3	3	3	2	2	2	2	2	76.49%
Martínez-Vázquez et al., 2021	3	3	3	2	2	3	3	2	2	3	3	1	2	82.05%
Wei et al., 2025	3	3	3	3	2	3	3	3	2	3	3	1	2	87.18%

Nota. Elaboración propia

Como se puede observar, el análisis de la calidad metodológica revela un cuerpo de evidencia robusto y homogéneo. Las puntuaciones oscilan entre 76.49% y 94.87%, con una media de 85.17%, lo que indica que la literatura disponible posee un alto rigor metodológico.

Despuntan en alta calidad, los estudios de Ketley et al. (2024) y Lathan et al. (2023) con una puntuación de 94.87%. Ketley et al. (2024) utiliza un enfoque fenomenológico que permite una mayor profundidad en el reclutamiento y la discusión que los estudios cuantitativos masivos no alcanzan y Lathan et al. (2023) integran una perspectiva de autonomía y participación de minorías, que dota al estudio de una validez externa superior.

Por otro lado, Wei et al. (2024) y Hajizadeh y Mirghafourvand (2021) proponen estructuras que capturan mejor la temporalidad como por ejemplo, realizando mediciones en dos tiempos (inmediata y a los 4 meses).

En contraposición, en Robles y Jódar (2024) hay una penalización por tamaño muestral reducido, y, por tanto, limita la potencia de las pruebas estadísticas de comparación. Y en Martínez-Vázquez et al. (2022), la descripción de los procesos de reclutamiento inicial es más superficial, lo cual dificulta la evaluación de participación de manera exhaustiva.

De forma general, la mayoría de los estudios optan por un diseño transversal, y si bien es un enfoque adecuado y viable para explorar prevalencias y asociaciones,

limita la capacidad de establecer relaciones causales estrictas. Aun así, los estudios que conforman la revisión proporcionan una base de evidencia sólida y con rigor estadístico para responder a los objetivos planteados en la revisión.

Síntesis de los Resultados

En esta sección se presentan los resultados recogidos de los estudios que conforman la revisión. En primer lugar se expondrán los resultados relacionados con la VO como variable de exposición y posteriormente, se presentan las consecuencias psicológicas derivadas de esta VO.

Violencia Obstétrica

El análisis conjunto informó de una prevalencia de la VO entorno al 30.7 y 78.4% en las muestras. Los estudios que mostraron una mayor incidencia informaron de un 78.4% mediante el cuestionario de Castro y Frías (2020) (Scandurra et al., 2022) o un 74.7% mediante la Escala de D&A de Alzyoud (2025) (Hajizadeh y Mirghafourvand, 2021).

Martínez-Vázquez et al. (2021, 2022) documentaron en dos estudios diferentes un 67.4% y 66.1% de prevalencia de VO en el contexto español. En regiones específicas del sur de España se identifican cifras menores, en torno al 49% mediante la Escala de Violencia Obstétrica de Cárdenas y Salinero (2021) (Robles y Jódar, 2024). Estas variaciones en la prevalencia, responden principalmente a la naturaleza de la medición.

En Lathan et al. (2023) midieron la VO mediante tres instrumentos. Estos son el cuestionario Mistreatment by Care Providers in Childbirth (MCPC) (Liu et al., 2024), Mothers on Respect Index (MORi) y la escala Mother's Autonomy in Decision Making (MADM) (Vedam et al., 2017). Tras la investigación, identificaron que el 30.7% de su muestra, sufrió VO.

En Qin et al. (2025) encontraron que el nivel de VO percibido aumentaba con el tiempo, pasando del 55% (3 días postparto) al 61% (42 días postparto) medido a través de la Escala BTPS-WVD (Zhang et al., 2023).

Cuando se analizó la gravedad de la VO mediante rangos percentiles (Escala CARE-MQ) (Hernández-Martínez et al., 2024), se observó que un 51.8% percibe un trato inadecuado por encima del percentil 50, y un 9.2% encima del percentil 90 (maltrato extremo), el resto de las mujeres (42.6%) se situó entre ambos percentiles (Martínez-Galiano et al., 2025).

En cuanto a las formas y dimensiones de la VO, la integración de los datos dio lugar a tres categorías. En primer lugar, la violencia física y medicalización rutinaria fue la dimensión que más porcentajes de incidencia concentró, alcanzando un 63.2% (Hajizadeh y Mirghafourvand, 2021), 53.5% (Martínez-Vázquez et al., 2022) o 54.5% (Martínez-Vázquez et al., 2021). Entre las prácticas más frecuentes se encontraron la episiotomía (54.2%), la maniobra de Kristeller (48%), algunas intervenciones rutinarias como el monitoreo fetal continuo en partos de bajo riesgo (67.6%) o la alta frecuencia de tactos vaginales (\geq a 7 exámenes) (Scandurra et al., 2022; Wei et al., 2024).

En segundo lugar, en relación con la atención no consentida y la pérdida de autonomía, el 60.8% de las mujeres informaron de fallos en el derecho a la información y el consentimiento (Hajizadeh y Mirghafourvand, 2021) y un 55.7% experimentó “atención no consentida” (Scandurra et al., 2022).

En tercer lugar, la violencia verbal presentó una prevalencia estable entre el 24.4 y el 25.2% (Martínez-Vázquez et al., 2022; Robles y Jódar, 2024; Scandurra et al., 2022). Las manifestaciones más comunes incluyeron gritos y regaños (25.2%), coerción para adaptar posiciones incómodas (23.8%) y ser ignorada al solicitar ayuda (22.3%)

(Scandurra et al., 2022). La violencia psicoafectiva se registró entre el 35.3% (Martínez-Vázquez et al., 2022) y el 36.7% (Robles y Jódar, 2024).

En la Tabla 8 se recogen los factores de riesgo y protección de sufrir VO que encontraron los estudios revisados.

Tabla 8

Factores de riesgo y protección en la VO

Factor	Tipo	Datos estadísticos	Referencia
Edad joven (18-24 años)	Riesgo	Medias más altas de VO, $M=3.54$, frente a grupos de mayor edad (por ejemplo, 45-54 años, $M=1.34$) ($p<0.05$).	(Scandurra et al., 2022)
Bajo nivel educativo	Riesgo	Un nivel de educación secundaria o menos, se asocia con el factor de atención no consentida ($\beta=-0.17$, $p<0.01$).	(Scandurra et al., 2022)
Parto natural (vaginal)	Riesgo	Predictor significativo en comparación con cesáreas ($\beta=-0.17$, $p<0.01$).	(Scandurra et al., 2022)
No asistir a cursos prenatales	Riesgo	Mayores niveles de atención no consentida ($\beta=0.09$, $p<0.05$).	(Scandurra et al., 2022)
Primera etapa del parto prolongada	Riesgo	Una duración de ≥ 10 horas eleva la media de VO ($M=44.85$).	(Wei et al., 2024)
Frecuencia de tactos vaginales	Riesgo	≥ 7 exámenes incrementa la percepción de VO ($M=47.46$).	(Wei et al., 2024)
Inclusión en la toma de decisiones	Protección	El 89.7% de las mujeres del grupo control (no VO), se sintieron escuchadas e incluidas en la toma de decisiones vs 54.8% en el grupo experimental (si VO).	(Martínez-Vázquez et al., 2022)

Apoyo emocional del personal	Protección	El 74.4% de las mujeres del grupo control (no VO), se sintieron apoyadas emocionalmente vs 50% en el grupo experimental (si VO).	(Martínez-Vázquez et al., 2022)
Amabilidad y atención percibida	Protección	El 89.7% de las mujeres del grupo control (no VO), percibieron una atención amable vs 66.7% en el grupo experimental (si VO).	(Martínez-Vázquez et al., 2022)

Nota. Elaboración propia

Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) y Crecimiento Postraumático

A continuación se presentan los resultados referentes al TEPT como consecuencia de la VO intraparto, los instrumentos de medida que utilizaron los estudios se encuentran especificados en la Tabla 5.

Las mujeres expuestas a VO intraparto presentaron puntuaciones de TEPT significativamente superiores ($M=7.32$) a aquellas que no la sufrieron ($M=1.00$) ($p<0.001$) (Hajizadeh y Mirghafourvand, 2021). En esta misma línea, Lathan et al. (2023) informaron que las experiencias de VO se correlacionaban positivamente con la sintomatología de TEPT ($r=0.44$, $p<0.001$) o El-Salahi et al. (2024) vieron que la diferencia en la gravedad de los síntomas en el grupo de VO en comparación con el control fue altamente significativa ($p<0.001$), con un tamaño del efecto grande ($d=1.78$).

La prevalencia del TEPT varió en función de los instrumentos empleados y los criterios diagnósticos en los que se basaron. En España, Martínez-Vázquez et al. (2021) informaron de un riesgo de TEPT situado en 12.7%, otras investigaciones reportaron un 16.3% (Hajizadeh y Mirghafourvand, 2021) o un 1.9% de diagnóstico completo frente a un 34.6% de TEPT parcial según los criterios del DSM-V en Lathan et al. (2023). En Li et al. (2025) informaron de una prevalencia de 54.3% en el contexto específico de Shanghái.

Según Hajizadeh y Mirghafourvand, (2021) y Lathan et al. (2023), las tres dimensiones de TEPT en las que se manifestó una mayor gravedad fueron la evitación ($M=2.00$), reexperimentación ($M=1.90$) e hiperalerta ($M=1.80$).

En relación con las dimensiones de la VO que funcionaron como predictores de TEPT, se encontró que la violencia verbal multiplicaba por cinco las probabilidades de desarrollar este trastorno ($ORa=5.07$) y la violencia psicoafectiva aumentaba el riesgo 2.61 veces ($ORa=2.61$) (Martínez-Vázquez et al., 2021). En Scandurra et al. (2022), el factor de “abuso y violencia” (hace referencia a aspectos como coacción, gritos, comportamientos ofensivos o ser ignorada por el personal), se mostró como un predictor significativo y directo del TEPT ($\beta=0,57$, $p<0.001$). Por otro lado, la falta de autonomía referente el incumplimiento del plan de parto, multiplicaba así mismo el riesgo ($ORa=2.85$) (Martínez-Vázquez et al., 2021).

En cuanto a los factores de riesgo que incrementaron la vulnerabilidad al TEPT, se encontró que el uso de la oxitocina para inducir o acelerar el proceso de parto ($ORa=5.15$; $p<0.001$), la presencia de estudiantes en la sala de partos ($ORa=15.71$ $p<0.009$), que los partos sucedan durante el horario nocturno (20:00-8:00h) ($ORa: 0.40$; $p<0.027$) y la prematuridad (edad gestacional sea \leq a 37 semanas) ($ORa=2.27$; $p=0.050$) aumentaban el riesgo (Scandurra et al., 2022).

El no involucramiento de la pareja en el proceso de parto predijo un incremento de los síntomas de TEPT ($\beta=0.165$, $p=0.018$), además de algunos factores sociodemográficos como el bajo nivel educativo ($\beta=0.281$, $p<0.001$) y los bajos ingresos familiares ($\beta=0.180$, $p=0.01$) (Li et al., 2025). En Ju et al. (2024) apuntaron en la misma dirección, informando de que aquellas mujeres con ingresos \leq a 3000 dólares reportaban medias más altas ($M=30.19$) y añadió que aquellas que informaron tener un

sueño poco reparador durante el embarazo, mostraban también niveles de trauma más elevados ($M=37.31$ vs $M=26.06$).

En contraposición, existen algunas variables que atenuaron la aparición del TEPT, entre ellas, el apoyo social percibido ($r=-0.242$, $p<0.01$) y la preparación para el parto ($r=-0.351$, $p<0.01$) mostraron una relación negativa con la sintomatología de trauma (Ju et al., 2024). Igualmente, la percepción de sentirse respetada mostró una correlación negativa ($r=-0.40$, $p<0.01$) y actuó como moderador entre la falta de autonomía y el TEPT ($B=0.05$, $p<0.01$) (Lathan et al., 2023).

Para terminar, El-Salahi et al. (2024) mostraron cómo la sintomatología de TEPT correlaciona negativamente con otras variables como el bienestar psicológico ($r=-0.69$, $p<0.001$) o la identidad materna (mujer identificada y segura y su rol de madre) ($r=-0.51$, $p<0.001$).

Para finalizar esta sección, es interesante como Ketley et al. (2024) en su IPA, exponen el crecimiento postraumático (CPT) como variable que resulta del proceso de reconceptualización y validación de la experiencia traumática. A raíz de este proceso de validación y elaboración, las mujeres experimentaban un cambio positivo en su funcionamiento, que se vio reflejado en un fortalecimiento de la relación de pareja y un vínculo más estrecho con el bebé. Algunos factores que posibilitaron este proceso fueron la oportunidad de contar su historia de parto traumático y que esta fuese reconocida por los profesionales sanitarios (Ketley et al., 2024).

Depresión Postparto (DPP) y Riesgo de Suicidio

En relación con la DPP y el riesgo de suicidio, se encontró uniformidad con respecto a su medición a través de la escala EDPS (El-Salahi et al., 2024; Martínez-Galiano et al., 2025; Martínez-Vázquez et al., 2022).

La prevalencia de DPP osciló entre el 19% (Martínez-Galiano et al., 2025) y el 25.4% (Martínez-Vázquez et al., 2022). Asimismo, aislando el ítem 10 de la EPDS, el 7.3% de las participantes mostraron riesgo de conductas autolíticas (Martínez-Galiano et al., 2025).

El-Salahi et al. (2024) mostraron que las mujeres expuestas a VO, presentaban una severidad de la DPP significativamente mayor que el grupo normativo, con un tamaño del efecto medio-alto ($t(121) = -3.12, p = 0.002, d = 0.62$). Y en esta misma línea, Martínez-Galiano et al. (2025), informaron que el maltrato extremo (puntuaciones en el cuestionario CARE-MQ < percentil 90) multiplicaba la probabilidad de DPP ($ORa = 3.17$) y la ideación suicida ($ORa = 2.89$).

En relación con las dimensiones de la VO, la violencia psicoafectiva fue el predictor más potente, multiplicando casi por tres el riesgo de DPP ($ORa = 2.65$), seguida de la violencia verbal que duplicó el riesgo ($ORa = 2.02$) (Martínez-Vázquez et al., 2022).

Atendiendo a los factores que influyen en el desarrollo de DPP, se encontraron algunos factores de riesgo como la pérdida de autonomía, reflejada en el incumplimiento del plan de parto ($ORa = 2.24$) (Martínez-Galiano et al., 2025) o la separación de la madre-bebé, debido por ejemplo, a un ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) ($ORa = 1.93$) (Martínez-Vázquez et al., 2022). A su vez, Martínez-Galiano et al. (2025), mostraron que el ingreso tanto del recién nacido ($ORa = 1.64$), como de la madre ($ORa = 2.24$), incrementaba el riesgo de ideación suicida.

Para finalizar, entre los factores de protección identificados, se encontró que la percepción de apoyo de la pareja reducía el riesgo de DPP casi a la mitad ($ORa = 0.41$) en Martínez-Galiano et al. (2025), y un 87% ($ORa = 0.13$) en Martínez-Vázquez et al.

(2022). Tras la revisión se encontró que la educación prenatal parental, asistir a programas de preparación, reducía tanto el riesgo de DPP ($ORa = 0.54$), como de suicidio ($ORa = 0.50$) y un estatus socioeconómico elevado (ingresos superiores a 4000€) actuaba como escudo frente al estrés (Martínez-Galiano et al., 2025).

Complicaciones y Bienestar Psicológico

El impacto de la VO se manifestó también en el deterioro generalizado del bienestar psicológico percibido. El trabajo de Robles y Jódar (2024), expusieron cómo la VO es un predictor de incapacidad funcional y sintomatología clínica, y lograron mapear un total de 21 complicaciones psicológicas presentes en el postparto a través del software ATLAS.ti 22. Encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p < 0.05$) en tres dimensiones, el miedo a volver a parir ($p = 0.022$), alteraciones en sueño ($p = 0.022$) y dificultades para retomar tareas laborales/hogar ($p = 0.036$).

En esta misma línea, El-Salahi et al. (2024), demostraron que la exposición a la VO reducía el bienestar psicológico general en el postparto a niveles significativamente inferiores ($d = 0.72$) a través de la escala WEMWBS. El grupo expuesto a VO reportó un bienestar psicológico por debajo del promedio ($M = 42.03$), en comparación con el grupo control ($M = 47.37$) y a través del análisis de regresión, encontraron que la exposición a la VO redujo 3.969 unidades en la escala mencionada (El-Salahi et al., 2024).

Distrés Psicológico

El distrés psicológico hace referencia al grado de malestar emocional inespecífico de la madre tras el parto (síntomas de ansiedad, estrés y depresión), esta consecuencia solo ha sido reportada por Scandurra et al. (2022) y se midió mediante la escala DASS-21.

Con respecto a las dimensiones de VO, encontraron una relación significativa con el componente de abuso y violencia ($r = 0.44$, $p < 0.001$) y atención no consentida

($r=0.12$, $p<0.04$). Además, la capacidad explicativa del modelo alcanzó un 25% de la varianza ($R^2 = 0.25$).

La edad de entre 18 y 24 años, se mostró un predictor significativo ($p<0.05$), presentando medias más altas de distrés ($M=25.00$ vs 10.29 en mujeres de entre 45 y 54 años) (Scandurra et al., 2022).

Discusión

El objetivo de la presente revisión fue identificar, sintetizar y analizar la evidencia disponible sobre las consecuencias psicológicas en el periodo postparto en mujeres que han sufrido VO intraparto. Los resultados obtenidos permitieron determinar una relación y conexión significativa entre la VO y las diferentes consecuencias planteadas.

Violencia Obstétrica

Los hallazgos de esta revisión sostuvieron que la VO es un fenómeno de alta prevalencia y de carácter multicausal y multidimensional (Hajizadeh y Mirghafourvand, 2021; Martínez-Galiano et al., 2025; Martínez-Vázquez et al., 2021; Martínez-Vázquez et al., 2022; Scandurra et al., 2022), como bien se definía en Jardim Barbosa y Modena (2018) y Dietta (2025), entre otros estudios (Ferrão et al., 2025; Perrotte et al., 2020; Quattrocchi y Magnone, 2020; Yildirim y Mert-Karadas, 2025).

La dimensión física y medicalización rutinaria excesiva se mostraron como una de las formas más comunes de VO (Hajizadeh y Mirghafourvand, 2021; Martínez-Galiano et al., 2025; Martínez-Vázquez et al., 2021; Martínez-Vázquez et al., 2022). Siendo más frecuente la episiotomía y la maniobra de Kristeller (Scandurra et al., 2022; Wei et al., 2024). Esto va en consonancia con lo encontrado en la literatura existente, en la cual se describe la medicalización excesiva y la realización de prácticas sin clara justificación, como la maniobra de Kristeller o la episiotomía, sin clara justificación

médica (Annborn y Finnbogadóttir, 2022; Martínez-Galiano et al., 2021; OMS, 2019; Ulloa Martínez et al., 2022).

Otros estudios incluso reportan que esta “pequeña ayuda”, refiriéndose a la maniobra de Kristeller se utiliza en el 25% de los partos vaginales y no se registra con frecuencia en las historias clínicas, además de estar más generalizado de lo que aparece en canales oficiales (Malvasi et al., 2019; Rubashkin et al., 2019).

En relación con la pérdida de autonomía, los resultados mostraron una falta del cumplimiento del derecho a la información y el consentimiento informado (Hajizadeh y Mirghafourvand, 2021; Martínez-Galiano et al., 2025; Scandurra et al., 2022). Lo cual refuerza los hallazgos de Mena-Tudela et al. (2020) en el que se informa de que un 44.4% de mujeres son sometidas a procedimientos innecesarios, de los cuales un 83.4% fueron realizados sin el consentimiento informado de la paciente. Estos resultados dan consistencia a la idea de que las mujeres no son consideradas personas con completa capacidad racional durante el parto (Busquets Gallego, 2019).

Con respecto a las dimensiones de la VO, la violencia verbal y psicoafectiva fueron una barrera significativa para tener una experiencia de parto positiva. Las prácticas más reportadas fueron los gritos y engaños, la coerción e ignorar a la mujer (Martínez-Galiano et al., 2025; Martínez-Vázquez et al., 2022; Robles y Jódar, 2024; Scandurra et al., 2022). Esta información es similar a la encontrada en Bohren et al. (2019), donde el 38% de las mujeres sufrió maltrato verbal durante el parto, destacando los regaños, las burlas y los gritos.

En los resultados se encontró que las mujeres de menor edad, con un menor nivel educativo y sin preparación prenatal, presentaban más factores de riesgo de sufrir VO (Scandurra et al., 2022). Algunos autores confirman que un menor nivel de escolaridad (Guzmán et al., 2024; Nawab et al., 2019) y falta de preparación prenatal

aumentan la vulnerabilidad (Guzmán et al., 2024). Nawab et al. (2019) reportaron que, en mujeres de baja condición socioeconómica, el maltrato es 3.6 veces mayor y; diversos autores, añaden que la pertenencia a grupos culturales y etnias minoritarias agrava la situación de VO (Belli, 2013; Castrillo, 2016; Jardim Barbosa y Modena, 2018).

A pesar de la falta de estudios que informaron de cómo evolucionaba la percepción de la VO con el paso del tiempo, los pocos datos apuntaban a que ésta no es estática y tiende a aumentar con el transcurso del tiempo (Qin et al., 2025). Esto sugiere que el procesamiento de la experiencia permite a la mujer identificar prácticas de VO, que debido a su normalización e invisibilización, se torna difícil su identificación inmediata (Rodríguez y Martínez, 2021; Yildirim y Mert-Karadas, 2025).

Lo más relevante para la aplicación práctica de acuerdo con los hallazgos encontrados en los estudios fue que la amabilidad, el apoyo emocional y la inclusión de la mujer en la toma de decisiones funcionaron como factores protectores frente a la VO (Martínez-Vázquez et al., 2022). Lo cual coincide con lo encontrado en la literatura, que detecta como factores protectores, la comunicación clara (Dietta, 2025; Mena-Tudela et al., 2021; Reyes-Amargant et al., 2025; Yalley et al., 2024), el apoyo emocional y cuidado humanizado (Chiluisa Tapia et al., 2025; Gaskin, 2020; Odent, 2005), y la participación de la mujer en la toma de decisiones a través de su consentimiento (Restrepo-Sánchez, 2025). Otros autores añaden el respeto al plan de parto (Silva-Fernández et al., 2023) y la presencia de un acompañante (Huang et al., 2025; Yalley et al., 2024).

Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT)

Atendiendo al TEPT, se confirmó que las mujeres expuestas a VO presentan una mayor sintomatología asociada a dicho trastorno, manifestándose principalmente

mediante la evitación, la reexperimentación y el estado de hiperalerta (El-Salahi et al., 2024; Hajizadeh y Mirghafourvand, 2021; Lathan et al., 2023; Li et al., 2025; Martínez-Vázquez et al., 2021). Esta misma relación entre TEPT y VO fue reportada en diversos estudios (Ahmadpour et al., 2023; Hernández-Martínez et al., 2020; Horsch et al., 2024; Kohan et al., 2025; Mena-Tudela et al., 2021; Ortiz-Esquinas et al., 2025; Silva-Fernández et al., 2023; Vega-Sanz et al., 2025).

El impacto de las distintas dimensiones de VO en el TEPT fue diverso. Por un lado, los resultados informaron del impacto significativo de la violencia verbal y psicoafectiva, por encima de la violencia física; y por otro, la falta de autonomía se presentó como un predictor directo de TEPT (Martínez-Vázquez et al., 2021; Scandurra et al., 2022). Autores como Suttora et al. (2025) o Ortiz-Esquinas et al. (2025), están de acuerdo en que la violencia verbal y psicoafectiva son los predictores más relacionados con el surgimiento de síntomas de TEPT en el parto. Y asimismo, la pérdida de autonomía modula la sintomatología según Silva-Fernández et al. (2023) y Vega-Sanz et al. (2025).

Entre los factores de riesgo, los hallazgos mostraron el uso de oxitocina, la presencia de estudiantes, la prematuridad y el horario nocturno, como factores que aumentan la vulnerabilidad al TEPT (Martínez-Vázquez et al., 2021; Scandurra et al., 2022).

Con respecto al uso de oxitocina, la literatura existente encuentra un mayor riesgo cuando esta es administrada sin consentimiento. Tenne et al. (2024) encontraron que las mujeres que la recibieron para acelerar el parto aumentaron 3.29 veces la probabilidad de presentar síntomas de TEPT, y 3.2 veces si se usaba para inducirlo. Aun así, hay pocos estudios directos que permitan confirmar una relación causal.

Sobre la presencia de estudiantes en la sala de partos, no se encontraron estudios que analicen esta relación de riesgo. Sin embargo, sí hay estudios que corroboran la prematuridad como factor de riesgo; por ejemplo, en Sommerlad et al. (2021) encontraron que en mujeres con un parto pretérmino, la prevalencia de síntomas de TEPT fue de un 11.6% frente a un 1.1% del grupo control. Igualmente, otros estudios longitudinales confirman que el parto pretérmino se asocia con trayectorias de TEPT de inicio tardío o crónico (Barthel et al., 2020; Brunson et al., 2021; Dikmen-Yildiz et al., 2018).

Con respecto a los partos nocturnos, la evidencia es limitada, pero sí se encuentran indicios de mayor riesgo en partos nocturnos de urgencia. En un estudio retrospectivo encontraron una incidencia de TEPT de 20.3% en mujeres ingresadas de urgencia para dar a luz, y sugiere estar relacionado con una mayor sensación de urgencia, miedo y desorganización del entorno hospitalario (Du et al., 2024).

En la presente revisión también se mostraban como factores de riesgo el no involucramiento de la pareja, bajo nivel educativo y bajos ingresos familiares (Ju et al., 2024; Li et al., 2025). Con respecto al involucramiento de la pareja y el apoyo social existen varios estudios que lo corroboran (Ayers et al., 2016; El Founti Khsim et al., 2022; Hernández-Martínez et al., 2020; Mena-Tudela et al., 2022; Silvia-Fernández et al., 2023; Van Heumen et al., 2018).

Asimismo, al igual que se mostraba en la VO, la literatura apunta los ingresos insuficientes y la privación socioeconómica como factores que aumentan la vulnerabilidad al TEPT (Anbi et al., 2024; El Founti Khsim et al., 2022; Silva-Fernández et al., 2023).

De nuevo se encuentra el apoyo social, la preparación prenatal y la percepción de sentirse respetada como factores protectores para desarrollo de TEPT (Ju et al., 2024;

Lathan et al., 2023), lo cual va en la misma línea que lo hallado en la literatura (Chen et al., 2024; Yakupova y Suarez, 2022; Silva-Fernández et al., 2023). Igualmente, autores como Hernández-Martínez et al. (2019, 2020) remarcan la importancia de una buena preparación psicológica para reducir las probabilidades de desarrollar sintomatología de TEPT entre 1 y 5 años postparto.

Depresión Postparto (DPP) y Riesgo de Suicidio

Atendiendo a la DPP y el riesgo de suicidio, la revisión puso de manifiesto el impacto de la VO en el desarrollo de su sintomatología y en la severidad de esta (El-Salahi et al., 2024; Martínez-Galiano et al., 2025; Martínez-Vázquez et al., 2022). Esto tiene sentido con lo reportado en Silva-Fernández et al. (2023) y otros estudios que informaron de un aumento de 2-6 veces en el riesgo de DPP (Leite et al., 2020; Silveira et al., 2019; Souza et al., 2017).

Con respecto a las dimensiones de la VO, los resultados informaron de cómo la violencia psicoafectiva era el predictor más fuerte, seguida de la violencia verbal (Martínez-Vázquez et al., 2022). Los estudios existentes al respecto no demuestran un impacto superior de la violencia psicoafectiva sobre la verbal, simplemente reportan que ambas variables se asocian con una mayor sintomatología de DPP y riesgo de suicidio (Ankerstjerne et al., 2022; Paiz et al., 2021; Silva-Fernández et al., 2023; Souza et al., 2017; Zhang et al., 2019).

Se muestra de nuevo que el incumplimiento del plan de parto y las separaciones madre-bebé, actúan como estresores que aumentan el riesgo de DPP (Martínez-Galiano et al., 2025; Martínez-Vázquez et al., 2022). Sobre esto, se encuentra evidencia que corrobora que la falta de cumplimiento del plan de parto y con ello, la ruptura de expectativas, así como la separación madre-bebe, son estresores relevantes (Ahmadpour et al., 2023; Eitenmüller et al., 2022; Amer et al., 2024; Huang et al., 2025; Mena-

Tudela et al., 2020a; Silvia-Fernández et al., 2023; Souza et al., 2017; Tătaru et al., 2024).

De la misma forma, el apoyo social, la educación prenatal y los recursos socioeconómicos funcionaron como mecanismos de protección para el desarrollo de DPP (Martínez-Galiano et al., 2025; Martínez-Vázquez et al., 2022). Lo cual es consistente con lo hallado en la literatura. En Tessema et al. (2024) encuentran una reducción significativa de la incidencia de DPP en mujeres que habían formado parte de un grupo de psicoeducación prenatal impartido en atención primaria. Con respecto al apoyo social hay diversidad de estudios que lo avalan como factor protector a la DPP (Hernández-Martínez et al., 2020; Mena-Tudela et al., 2022; Milgrom et al., 2019; Qi et al., 2021; Seman M.Y et al., 2025). Otros estudios confirman que una mejor posición socioeconómica se asocia con menor incidencia de DPP, lo cual se explica por la facilidad para acceder a apoyo social y cubrir necesidades materiales (Chen et al., 2025; Nakamura et al., 2020).

Complicaciones, Distrés y Bienestar Psicológico

De forma más genérica, con respecto a las complicaciones psicológicas la presente revisión puso de manifiesto cómo la VO reduce el bienestar psicológico general y predice sintomatología clínica y deterioro funcional durante el periodo postparto (El-Salahi et al., 2024; Robles y Jódar, 2024), como también mencionaban otros autores (Dietta, 2025; Mena-Tudela et al., 2021). Entre las complicaciones más significativas, se encuentra el miedo a volver a parir, las alteraciones del sueño y las dificultades para retomar tareas laborales o del hogar (Robles y Jódar, 2024).

La investigación reciente coincide con esta idea, en Kohan et al. (2025) señalan el impacto directo de la VO sobre la autoestima y la salud mental general de la madre, su funcionamiento materno y su calidad de vida en el postparto (Abdoli Najmi y

Mirghafourvand, 2024; Hernández-Martínez et al., 2020; Mena-Tudela et al., 2021; Taira et al., 2024; Yildirim y Mert-Karadas, 2025). En relación con el miedo a futuros partos, algunos estudios cualitativos confirman esta idea, describiendo pensamientos negativos sobre el parto y sensación de indefensión (Marcos Garces et al., 2025; Özer y Sevimli Güler, 2025). Sin embargo, los estudios sobre VO y sueño son muy escasos, algunos de los estudios, aunque no se mide de forma específica, confirman alteraciones del sueño (insomnio, pesadillas o despertades) en el postparto, pero como consecuencia de la DPP, el TEPT, o la ansiedad (Kohan et al., 2025; Silva-Fernández et al., 2023).

Limitaciones del Estudio

A pesar de los hallazgos significativos de la revisión, se encuentran algunas limitaciones metodológicas y conceptuales a mencionar.

En primer lugar, la amplia heterogeneidad de los instrumentos de medida de la VO dificultó la comparación directa y la integración de los resultados. De igual forma ocurrió con la variable de TEPT, donde la variabilidad de los instrumentos y de los puntos de corte clínicos establecidos por cada uno de ellos generaron discrepancia.

Con respecto al plano diagnóstico, el uso de criterios clínicos rígidos, como por ejemplo los criterios del DSM-V, pudieron estar infravalorando la magnitud de algunas consecuencias psicológicas, ya que solo se tuvieron en cuenta mujeres que cumplieran con todos los criterios formales, dejando fuera aquellas que lo cumplieran parcialmente, lo cual puede tener también una relevancia clínica significativa.

Por otro lado, la evaluación del riesgo de suicidio se apoyó únicamente en un único ítem de la escala EDPS, lo cual resultó restrictivo a la hora de captar la complejidad clínica de esta problemática.

Asimismo se considera que la validez externa de los resultados se pudo ver restringida, ya que las investigaciones se concentran en regiones geográficas

específicas, con determinados perfiles socioeconómicos, medio-alto en su mayoría y no hubo representación suficiente de grupos socioeconómicos más vulnerables.

Igualmente, existió un sesgo de diseño que tuvo un impacto en la generalización y profundidad de los resultados. Solo se encontró un estudio observacional, longitudinal y prospectivo, lo cual dificultó determinar una evolución temporal de las consecuencias a largo plazo de sufrir VO. Los estudios transversales solo permiten obtener una captura de determinada consecuencia en un momento dado.

Debido a la infrarrepresentación de diseños cualitativos pudo darse el riesgo de no recoger algunas dimensiones subjetivas, manifestaciones emocionales atípicas o culturales, que no están recogidas en escalas psicométricas cerradas o cuestionarios estandarizados, lo cual pudo suponer una limitación en la riqueza de los resultados.

Por último, es importante mencionar que dado que la mayoría de los estudios fueron retrospectivos, los resultados pudieron ser susceptibles al sesgo de recuerdo, pudiendo dar lugar a una posible sobreestimación o subestimación de lo reportado.

Las mencionadas limitaciones suponen una oportunidad para plantear futuras líneas de investigación.

Futuras Líneas de Investigación

Resulta prioritario desarrollar y validar un instrumento de medida unificado internacionalmente, que permita evaluar la VO y distinguir las distintas formas de violencia física, verbal y psicoafectiva, así como unificar criterios diagnósticos. Esto facilitaría la comparabilidad de los resultados y el análisis de estos, como por ejemplo su análisis en función de los contextos socioculturales. De igual forma, es importante promover investigación de largo alcance temporal mediante estudios longitudinales, para analizar la posible reversibilidad del daño.

Dada la evidencia encontrada, se requiere evaluar de forma exhaustiva la implementación de protocolos que reduzcan intervenciones médicas rutinarias, para avanzar hacia la desmedicalización del parto e identificar e intervenir sobre aquellas barreras institucionales que lo impiden. En esta línea, sería de vital importancia formar a los profesionales sanitarios en comunicación asertiva, apoyo emocional y preservación de la autonomía de la mujer durante el parto para que pueda traducirse en una reducción efectiva de la VO.

Además, se propone investigar acerca de la validación profesional (pedir disculpas y reconocer el trauma) como una herramienta terapéutica para prevenir el TEPT y promover del crecimiento postraumático.

Con respecto a las consecuencias psicológicas, sería interesante incorporar una evaluación dimensional (vs categórica) que permita recoger con mayor precisión su complejidad.

Por último, atendiendo al perfil identificado de alto riesgo (bajo nivel educativo, bajos ingresos y edad joven) se propone el diseño de protocolos de atención específicos para estos grupos de mayor vulnerabilidad a la VO. Además de integrar a la pareja o acompañante de la mujer en los protocolos de educación prenatal para poder actuar como escudo defensor de la autonomía y respeto durante el parto.

Conclusión

La presente investigación ha permitido identificar una conexión importante entre la VO y las consecuencias psicológicas, comprendiendo así, cómo este proceso de dar vida se convierte en un escenario de trauma para muchas mujeres, vulnerando su integridad psíquica.

No es posible entender este fenómeno bajo otro marco que no sea el de la perspectiva de género. Se ha mostrado como la VO es una manifestación de poder, que

expropia a la mujer de su capacidad racional y es tratada con un ser pasivo en su propio proceso de parto. Es del todo revelador cómo de nuevo la desigualdad social actúa como multiplicador del daño, mostrando como colectivos vulnerables, las mujeres de menor edad, con bajo nivel educativo y socioeconómico.

No obstante, este trabajo esclarece el camino, mostrando como la amabilidad, el apoyo social y el respeto a la autonomía de las mujeres son claros factores protectores y vías de prevención para que vivan un proceso de parto digno. Conociendo esto, es imprescindible un cambio en el paradigma asistencial y es imperativo formar a los sanitarios en el cuidado humanizado.

Solo cuando esto suceda, dar vida no supondrá renunciar a la propia salud mental.

Referencias

- Abdoli Najmi, L., y Mirghafourvand, M. (2024). The relationship between spousal violence, maternal functioning, depression, and anxiety among Iranian postpartum mothers: A prospective study. *BMC Psychology*, *12*(1), 516. <https://doi.org/10.1186/s40359-024-02036-6>
- Ahmadpour, P., Faroughi, F., y Mirghafourvand, M. (2023). The relationship of childbirth experience with postpartum depression and anxiety: A cross-sectional study. *BMC Psychology*, *11*(1), 58. <https://doi.org/10.1186/s40359-023-01105-6>
- Alzyoud, F. (2025). Psychometric Analysis of Disrespect and Abuse Scale. *Nursing Research*, *74*(3), 213-217. <https://doi.org/10.1097/NNR.0000000000000809>
- Amer, S. A., Zaitoun, N. A., Abdelsalam, H. A., Abbas, A., Ramadan, M. S., Ayal, H. M., Ba-Gais, S. E. A., Basha, N. M., Allahham, A., Agyenim, E. B., y Al-Shroby, W. A. (2024). Exploring predictors and prevalence of postpartum depression among mothers: Multinational study. *BMC Public Health*, *24*(1), 1308. <https://doi.org/10.1186/s12889-024-18502-0>
- Anbi, A. A., Jahdi, N. S., Ranjbar, F., y Hakimi, S. (2024). Postpartum depression, and post-traumatic stress disorder and resultant risk factors among teenage mothers: A community-based study. *Discover Public Health*, *21*(1), 149. <https://doi.org/10.1186/s12982-024-00282-y>
- Ankerstjerne, L. B. S., Laizer, S. N., Andreasen, K., Normann, A. K., Wu, C., Linde, D. S., y Rasch, V. (2022). Landscaping the evidence of intimate partner violence and postpartum depression: A systematic review. *BMJ Open*, *12*(5), e051426. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-051426>
- Annborn, A., y Finnbogadóttir, H. R. (2022). Obstetric violence a qualitative interview study. *Midwifery*, *105*, 103212. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2021.103212>
- Appropriate technology for birth. (1985). *Lancet (London, England)*, *2*(8452), 436-437.

Ayers, S., Bond, R., Bertullies, S., y Wijma, K. (2016). The aetiology of post-traumatic stress following childbirth: A meta-analysis and theoretical framework.

Psychological Medicine, 46(6), 1121-1134.

<https://doi.org/10.1017/S0033291715002706>

Ayers, S., Wright, D. B., y Thornton, A. (2019). *City Birth Trauma Scale* [Dataset].

<https://doi.org/10.1037/t70354-000>

Barthel, D., Göbel, A., Barkmann, C., Helle, N., y Bindt, C. (2020). Does Birth-Related Trauma Last? Prevalence and Risk Factors for Posttraumatic Stress in Mothers and Fathers of VLBW Preterm and Term Born Children 5 Years After Birth.

Frontiers in Psychiatry, 11, 575429. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.575429>

Basurto Mendoza, G. P., y Alcivar Medranda, E. (2020). Violencia obstétrica en la etapa de embarazo, parto y puerperio, en el hospital regional Dr. Verdi Cevallos

Balda, período 2019 – 2020. *Socialium*, 4(2), 445-458.

<https://doi.org/10.26490/uncp.sl.2020.4.2.607>

Belli, L. F. (2013). *La violencia obstétrica: Otra forma de violación a los derechos humanos*. <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/12868>

Betran, A. P., Ye, J., Moller, A.-B., Souza, J. P., y Zhang, J. (2021). Trends and projections of caesarean section rates: Global and regional estimates. *BMJ Global Health*, 6(6), e005671. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2021-005671>

Bohren, M. A., Mehrtash, H., Fawole, B., Maung, T. M., Balde, M. D., Maya, E.,

Thwin, S. S., Aderoba, A. K., Vogel, J. P., Irinyenikan, T. A., Adeyanju, A. O.,

Mon, N. O., Adu-Bonsaffoh, K., Landoulsi, S., Guure, C., Adanu, R., Diallo, B.

A., Gülmezoglu, A. M., Soumah, A.-M., ... Tunçalp, Ö. (2019). How women

are treated during facility-based childbirth in four countries: A cross-sectional

- study with labour observations and community-based surveys. *The Lancet*, 394(10210), 1750-1763. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31992-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31992-0)
- Bottesi, G., Ghisi, M., Altoè, G., Conforti, E., Melli, G., y Sica, C. (2015). The Italian version of the Depression Anxiety Stress Scales-21: Factor structure and psychometric properties on community and clinical samples. *Comprehensive Psychiatry*, 60, 170-181. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2015.04.005>
- Brigidi, S., Battisti, A., Skoko, E., Santos, C., Morais, L., Sadler, M., Candia, M., Brocker, Á., Contreras, L., Trouvé, A., Bish, S., González, C., Rossel, J., Yáñez, F., Werner, L., Mena-Tudela, D., Villegas, A., Galliardo, R., y Fernandez, S. (2024). Joint response from Latin American, European Obstetric Violence Observatories and others organizations all over Europe to the Joint Position Statement on Substandard and Disrespectful Care in Labour – Because Words Matter. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 299, 329-330. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2024.05.008>
- Brunson, E., Thierry, A., Ligier, F., Vulliez-Coady, L., Novo, A., Rolland, A.-C., y Eutrope, J. (2021). Prevalences and predictive factors of maternal trauma through 18 months after premature birth: A longitudinal, observational and descriptive study. *PLOS ONE*, 16(2), e0246758. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0246758>
- Busquets Gallego, M. (2019). La violencia obstétrica en el embarazo y el parto desde la perspectiva de la vulneración de derechos: Autonomía y consentimiento informado = Obstetric violence as a violation of autonomy and informed consent rights in pregnancy and childbirth. *Cuestiones de género: de la igualdad y la diferencia*, (14), 241-251. <https://doi.org/10.18002/cg.v0i14.5803>

- Cárdenas Castro, M., y Salinero Rates, S. (2021). Validación de la escala de violencia obstétrica y pruebas de la invarianza factorial en una muestra de mujeres chilenas. *Interdisciplinaria Revista de Psicología y Ciencias Afines*, 38(2), 209-223. <https://doi.org/10.16888/interd.2021.38.2.14>
- Castrillo, B. (2016). Dime quién lo define y te diré si es violento. Reflexiones sobre la violencia obstétrica. *Sexualidad, Salud y Sociedad (Rio de Janeiro)*, (24), 43-68. <https://doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2016.24.03.a>
- Castro, R., y Frías, S. M. (2020). Obstetric Violence in Mexico: Results From a 2016 National Household Survey. *Violence Against Women*, 26(6-7), 555-572. <https://doi.org/10.1177/1077801219836732>
- Chen, J., Wang, S., Lai, X., Zou, L., Wen, S. W., Krewski, D., y Xie, R. (2024). The association between social support and postpartum post-traumatic stress disorder. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 24(1), 874. <https://doi.org/10.1186/s12884-024-07088-5>
- Chen, S.-M., Qiao, Y.-Y., y Zong, Y. (2025). The effect of socioeconomic status on postpartum depression: A parallel mediation model. *BMC Psychology*, 13(1), 476. <https://doi.org/10.1186/s40359-025-02756-3>
- Chiluisa Tapia, J. P., Jordan Zamora, A. A., Poaquiza Poaquiza, M. C., Ruiz Imbaquingo, F. M., y Hernandez Lovato, N. M. (2025). El rol del personal de enfermería en la atención de mujeres en trabajo de parto que sufren violencia obstétrica: Una perspectiva ética y de cuidado humanizado. *Revista Multidisciplinar Epistemología de las Ciencias*, 2(3), 1620-1642. <https://doi.org/10.71112/fjxkep46>
- Conybeare, D., Behar, E., Solomon, A., Newman, M. G., y Borkovec, T. D. (2012). The PTSD Checklist—Civilian Version: Reliability, Validity, and Factor Structure in

a Nonclinical Sample. *Journal of Clinical Psychology*, 68(6), 699-713.

<https://doi.org/10.1002/jclp.21845>

Dietta, P. (2025, octubre 15). Violencia Obstétrica en Contextos de Muerte Perinatal.

Instituto Europeo de Salud Mental Perinatal.

<https://saludmentalperinatal.es/violencia-obstetrica-estudio-cualitativo-paula-dietta/>

Dikmen-Yildiz, P., Ayers, S., y Phillips, L. (2018). Longitudinal trajectories of post-traumatic stress disorder (PTSD) after birth and associated risk factors. *Journal of Affective Disorders*, 229, 377-385. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.12.074>

Du, F., Zha, J., Li, Y., Fang, L., Xia, S., y Yu, Y. (2024). Risk factors for postpartum posttraumatic stress disorder after emergency admission. *World Journal of Emergency Medicine*, 15(2), 121. <https://doi.org/10.5847/wjem.j.1920-8642.2024.013>

Echeburúa, E., Amor, P. J., Sarasua, B., Zubizarreta, I., Holgado-Tello, F. P., y Muñoz, J. M. (2016). Escala de Gravedad de Síntomas Revisada (EGS-R) del Trastorno de Estrés Postraumático según el DSM-5: Propiedades psicométricas. *Terapia Psicológica*, 34(2), 111-128. <https://doi.org/10.4067/S0718-48082016000200004>

Eitenmüller, P., Köhler, S., Hirsch, O., y Christiansen, H. (2022). The Impact of Prepartum Depression and Birth Experience on Postpartum Mother-Infant Bonding: A Longitudinal Path Analysis. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 815822. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.815822>

El Founti Khsim, I., Martínez Rodríguez, M., Riquelme Gallego, B., Caparros-Gonzalez, 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>
- El-Salahi, S., Knowles Bevis, R., y Hogg, L. (2024). The relationship between traumatic childbirth and first-time mothers' social identity and wellbeing: A cross-sectional observational study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 24(1), 437. <https://doi.org/10.1186/s12884-024-06288-3>
- Ferrão, A. C. C., Sim-Sim, M., De Almeida, V. S. R., Bilro, P. C. V., y Zangão, M. O. B. (2025). Analysis of the Concept of Obstetric Violence: A Combination of Scoping Review and Rodgers Conceptual Analysis Methodologies. *Sci*, 7(3), 97. <https://doi.org/10.3390/sci7030097>
- Foa, E. B., Riggs, D. S., Dancu, C. V., y Rothbaum, B. O. (2012). *PTSD Symptom Scale-Interview Version* [Dataset]. <https://doi.org/10.1037/t05176-000>
- Foa, E. B., y Tolin, D. F. (2000). Comparison of the PTSD symptom scale–interview version and the clinician-administered PTSD scale. *Journal of Traumatic Stress*, 13(2), 181-191. <https://doi.org/10.1023/A:1007781909213>
- Gaskin, I. M. (2020). *Guía del nacimiento*. CAPITÁN SWING LIBROS.
- Guzmán, J. D., Hodwalker, G., Ropaín, S., & Otálora, E. (2024). *VIOLENCIA OBSTÉTRICA: POBLACIÓN EN RIESGO, IMPACTO EN SALUD MATERNA Y ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN*.
- Hajizadeh, K., y Mirghafourvand, M. (2021). Relationship of post-traumatic stress disorder with disrespect and abuse during childbirth in a group of Iranian postpartum women: A prospective study. *Annals of General Psychiatry*, 20(null), null-null.
- Harrison, R., Jones, B., Gardner, P., y Lawton, R. (2021). Quality assessment with diverse studies (QuADS): An appraisal tool for methodological and reporting

- quality in systematic reviews of mixed- or multimethod studies. *BMC Health Services Research*, 21(1), 231. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06261-2>
- Hernández-Martínez, A., Martínez-Vázquez, S., Rodríguez-Almagro, J., Khan, K. S., Delgado-Rodríguez, M., y Martínez-Galiano, J. M. (2021). Validation of perinatal post-traumatic stress disorder questionnaire for Spanish women during the postpartum period. *Scientific Reports*, 11(1), 5567. <https://doi.org/10.1038/s41598-021-85144-2>
- Hernández-Martínez, A., Rodríguez-Almagro, J., Donate Manzanares, M., Ortiz Esquinas, I., Rubio Álvarez, A., Ballesta Castillejos, A., Infante Torres, N., García De Mateos, S., González Trujillo, V., y Martínez-Galiano, J. M. (2024). Instrument to evaluate the perception of abuse and/or disrespectful treatment during childbirth: A validation study. *Midwifery*, 137, 104118. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2024.104118>
- Hernández-Martínez, A., Rodríguez-Almagro, J., Molina-Alarcón, M., Infante-Torres, N., Rubio-Álvarez, A., y Martínez-Galiano, J. M. (2020). Perinatal factors related to post-traumatic stress disorder symptoms 1–5 years following birth. *Women and Birth*, 33(2), e129-e135. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2019.03.008>
- Horsch, A., Garthus-Niegel, S., Ayers, S., Chandra, P., Hartmann, K., Vaisbuch, E., y Lalor, J. (2024). Childbirth-related posttraumatic stress disorder: Definition, risk factors, pathophysiology, diagnosis, prevention, and treatment. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 230(3), S1116-S1127. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2023.09.089>

- Huang, S., Li, M., Zhang, M., Zhang, W., Wang, X., Yang, W., Zhang, J., y Zhai, J. (2025). Status and influencing factors of obstetric violence: A mixed study. *BMC Public Health*, 25(1), 3586. <https://doi.org/10.1186/s12889-025-24169-y>
- Jardim Barbosa, D. M., y Modena, C. M. (2018). Obstetric violence in the daily routine of care and its characteristics. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 26(0). <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2450.3069>
- Ju, D., Zhang, K., Yuan, M., Li, B., y Zeng, T. (2024). Mediating role of childbirth readiness in the relationship between social support and psychological birth trauma in primiparous women: A nationwide cross-sectional study in China. *BMJ Open*, 14(9), e080481. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-080481>
- Ketley, R., Darwin, Z., Masterson, C., y McGowan, L. (2024). Women's experience of post-traumatic growth following a traumatic birth: An interpretive phenomenological analysis. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 42(1), 126-137.
- Kohan, S., Mena-Tudela, D., y Youseflu, S. (2025). The impact of obstetric violence on postpartum quality of life through psychological pathways. *Scientific Reports*, 15(1), 4799. <https://doi.org/10.1038/s41598-025-88708-8>
- Lathan, E. C., Britt, A., Ravi, M., Ash, M. J., McAfee, E., Wallace, S., Johnson, C. B., Woods-Jaeger, B., Powers, A., y Michopoulos, V. (2023). When reproduction is no longer autonomous: Feeling respected by maternity care providers moderates the association between autonomy in decision making and birth-related PTSD symptoms in a community sample of postpartum Black women. *Journal of Trauma & Dissociation*, 24(4), 520-537.
- Leite, T. H., Pereira, A. P. E., Leal, M. D. C., y Da Silva, A. A. M. (2020). Disrespect and abuse towards women during childbirth and postpartum depression:

- Findings from Birth in Brazil Study. *Journal of Affective Disorders*, 273, 391-401. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.04.052>
- Ley N° 38.668 del 23 de abril de 2007—Ley Orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia. (s. f.). Recuperado 10 de noviembre de 2025, de <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2008/6604.pdf>
- Li, L., Xiao, L., Yuan, X., Wu, J., Li, J., Chen, X., Zhai, X., y Wang, B. (2025). Partner involvement and emotional and informational support gaps as predictors of postpartum birth trauma symptoms: A multi-center cross-sectional study of 230 women at 42 days postpartum. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 25(1), 918. <https://doi.org/10.1186/s12884-025-08084-z>
- Liu, C., Underhill, K., Aubey, J. J., Samari, G., Allen, H. L., y Daw, J. R. (2024). Disparities in Mistreatment During Childbirth. *JAMA Network Open*, 7(4), e244873. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.4873>
- Malvasi, A., Zaami, S., Tinelli, A., Trojano, G., Montanari Vergallo, G., y Marinelli, E. (2019). Kristeller maneuvers or fundal pressure and maternal/neonatal morbidity: Obstetric and judicial literature review. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 32(15), 2598-2607. <https://doi.org/10.1080/14767058.2018.1441278>
- Marcos Garces, P. M., Moran-Ruiz, S. M., Santos-Rosales, Y. R., y Correa-Lopez, M. Y. (2025). Percepción y experiencia de violencia obstétrica en púerperas de un hospital público en Perú: Un estudio mixto. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 54-62. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2025.421.14281>
- Martínez-Galiano, J. M., Martínez-Vazquez, 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-Galiano, J. M., Rubio-Alvárez, A., Ballesta-Castillejos, A., Ortiz-Esquinas, I., Donate-Manzanares, M., y Hernández-Martínez, A. (2025). Risk of suicide and postpartum depression in women who feel they were treated inadequately during childbirth. *Women and Birth : Journal of the Australian College of Midwives*, 38(1), 101858. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2024.101858>

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>

Martínez-Vázquez, S., Rodríguez-Almagro, J., Hernández-Martínez, A., Delgado-Rodríguez, M., y Martínez-Galiano, J. M. (2021). Long-Term High Risk of Postpartum Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) and Associated Factors. *Journal of Clinical Medicine*, 10(3), 488. <https://doi.org/10.3390/jcm10030488>

Martínez-Vázquez, S., Rodríguez-Almagro, J., Hernández-Martínez, A., y Martínez-Galiano, J. M. (2021). Factors Associated with Postpartum Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) Following Obstetric Violence: A Cross-Sectional Study. *Journal of Personalized Medicine*, 11(5), 338.

<https://doi.org/10.3390/jpm11050338>

Mena-Tudela, D., Cervera-Gasch, Á., Andreu-Pejó, L., Alemany-Anchel, M. J., Valero-Chillerón, M. J., Peris-Ferrando, E., Mahiques-Llopis, J., y González-Chordá, V. M. (2022). Perception of obstetric violence in a sample of Spanish health

sciences students: A cross-sectional study. *Nurse Education Today*, 110, 105266. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2022.105266>

Mena-Tudela, D., Iglesias-Casás, S., González-Chordá, V. M., Cervera-Gasch, Á., Andreu-Pejó, L., y Valero-Chilleron, M. J. (2020a). Obstetric Violence in Spain (Part I): Women's Perception and Interterritorial Differences. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(21), 7726. <https://doi.org/10.3390/ijerph17217726>

Mena-Tudela, D., Iglesias-Casás, S., González-Chordá, V. M., Cervera-Gasch, Á., Andreu-Pejó, L., y Valero-Chilleron, M. J. (2020b). Obstetric Violence in Spain (Part II): Interventionism and Medicalization during Birth. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(1), 199. <https://doi.org/10.3390/ijerph18010199>

Mena-Tudela, D., Iglesias-Casás, S., González-Chordá, V. M., Valero-Chillerón, M. J., Andreu-Pejó, L., y Cervera-Gasch, Á. (2021). Obstetric Violence in Spain (Part III): Healthcare Professionals, Times, and Areas. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(7), 3359. <https://doi.org/10.3390/ijerph18073359>

Milgrom, J., Hirshler, Y., Reece, J., Holt, C., y Gemmill, A. W. (2019). Social Support—A Protective Factor for Depressed Perinatal Women? *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(8), 1426. <https://doi.org/10.3390/ijerph16081426>

Nakamura, A., El-Khoury Lesueur, F., Sutter-Dallay, A.-L., Franck, J.-ève, Thierry, X., Melchior, M., y Van Der Waerden, J. (2020). The role of prenatal social support in social inequalities with regard to maternal postpartum depression according to

migrant status. *Journal of Affective Disorders*, 272, 465-473.

<https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.04.024>

Nawab, T., Erum, U., Amir, A., Khalique, N., Ansari, M. A., y Chauhan, A. (2019).

Disrespect and abuse during facility-based childbirth and its sociodemographic determinants—A barrier to healthcare utilization in rural population. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 8(1), 239-245.

https://doi.org/10.4103/jfmpc.jfmpc_247_18

Odent, M. (2005). *El bebé es un mamífero*. Mandala.

Odent, M. (Director). (2021, junio 4). *El nacimiento en un contexto científico nuevo*.

[Video recording]. <https://www.youtube.com/watch?v=j7B8as70s1A>

Organización Mundial de la Salud. (2014). *The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth*.

<https://www.who.int/publications/i/item/WHO-RHR-14.23>

Organización Mundial de la Salud. (2019). *Recomendaciones de la OMS: Cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva*. Organización Panamericana de la Salud ; Organización Mundial de la Salud.

Ortiz-Esquinas, I., Rubio-Álvarez, A., Ballesta-Castillejos, A., Rodríguez-Almagro, J., Martínez-Galiano, J. M., y Hernández-Martínez, A. (2025). Relationship between the perception of disrespectful treatment and abuse during childbirth and the risk of postpartum post-traumatic stress disorder: A PPQ-based study. *Frontiers in Global Women's Health*, 6, 1568446.

<https://doi.org/10.3389/fgwh.2025.1568446>

Özer, E., y Sevimli Güler, D. (2025). “Invisible wounds of childbirth”; women’s experiences of obstetric violence: A phenomenological qualitative study.

Reproductive Health, 22(1), 148. <https://doi.org/10.1186/s12978-025-02109-8>

- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... Alonso-Fernández, S. (2021). Declaración PRISMA 2020: Una guía actualizada para la publicación de revisiones sistemáticas. *Revista Española de Cardiología*, 74(9), 790-799. <https://doi.org/10.1016/j.recesp.2021.06.016>
- Paiz, J. C., Castro, S. M. J., Giugliani, E. R. J., Ahne, S. M. S., Dall'Aqua, C. B., y Giugliani, C. (2021). *Association Between Obstetric Violence and Symptoms Suggestive of Postpartum Depression*. In Review. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-1034466/v1>
- Perrotte, V., Chaudhary, A., y Goodman, A. (2020). "At Least Your Baby Is Healthy" Obstetric Violence or Disrespect and Abuse in Childbirth Occurrence Worldwide: A Literature Review. *Open Journal of Obstetrics and Gynecology*, 10(11), 1544-1562. <https://doi.org/10.4236/ojog.2020.10110139>
- Pickles, C. (2025). Emerging human rights standards on obstetric violence and abuse during childbirth. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 170(1), 508-514. <https://doi.org/10.1002/ijgo.70174>
- Qi, W., Zhao, F., Liu, Y., Li, Q., y Hu, J. (2021). Psychosocial risk factors for postpartum depression in Chinese women: A meta-analysis. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 21(1), 174. <https://doi.org/10.1186/s12884-021-03657-0>
- Qin, H., Wei, W., Feng, X., y Yang, X. (2025). The current status of psychological birth trauma in women who had a vaginal delivery and associated factors: A questionnaire-based, cross-sectional study. *Frontiers in Public Health*, 13, 1539305. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1539305>

- Quattrocchi, P., y Magnone, N. (2020). *Violencia obstétrica en América Latina: Conceptualización, experiencias, medición y estrategias* (1.ª ed.). De la UNLa - Universidad Nacional de Lanús. <https://doi.org/10.18294/9789874937506>
- Restrepo-Sánchez, A. (2025). Autonomy, Violence, and Consent in the Obstetric Field. *Hypatia*, 40(3), 498-524. <https://doi.org/10.1017/hyp.2024.84>
- Reyes-Amargant, Z., Fuentes-Pumarola, C., Roqueta-Vall-Ilosera, M., Garre-Olmo, J., Ballester-Ferrando, D., y Rascón-Hernán, C. (2025). Obstetric violence: Perspectives from mothers, midwives, and obstetricians. *Frontiers in Global Women's Health*, 6, 1609632. <https://doi.org/10.3389/fgwh.2025.1609632>
- Robles Rosa, A. C., y Jódar Martínez, R. (2024a). Violencia obstétrica y su relación con las complicaciones psicológicas durante el puerperio. *Escritos de Psicología - Psychological Writings*, 17(2), 72-83. <https://doi.org/10.24310/escpsi.17.2.2024.20294>
- Rodríguez Mir, J., y Martínez Gandolfi, A. (2021). La violencia obstétrica: Una práctica invisibilizada en la atención médica en España. *Gaceta Sanitaria*, 35(3), 211-212. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.06.019>
- Romero Guzmán, M. L., Tapia Tovar, E., y Meza Márquez, C. (2019). Abanico de maternidades. Un estado del arte desde los aportes feministas. *Debate Feminista*, 59. <https://doi.org/10.22201/cieg.2594066xe.2020.59.07>
- Rubashkin, N., Torres, C., Escuriet, R., y Dolores Ruiz-Berdún, M. (2019). "Just a little help": A qualitative inquiry into the persistent use of uterine fundal pressure in the second stage of labor in Spain. *Birth*, 46(3), 517-522. <https://doi.org/10.1111/birt.12424>
- Sadler, M., Santos, M. J., Ruiz-Berdún, D., Rojas, G. L., Skoko, E., Gillen, P., y Clausen, J. A. (2016). Moving beyond disrespect and abuse: Addressing the

- structural dimensions of obstetric violence. *Reproductive Health Matters*, 24(47), 47-55. <https://doi.org/10.1016/j.rhm.2016.04.002>
- Sánchez, S. B. (2015). La violencia obstétrica desde los aportes de la crítica feminista y la biopolítica. *Dilemata*, (18), 93-111.
- Scandurra, C., Zapparella, R., Policastro, M., Continisio, G. I., Ammendola, A., Bochicchio, V., Maldonato, N. M., y Locci, M. (2022). Obstetric violence in a group of Italian women: Socio-demographic predictors and effects on mental health. *Culture, Health & Sexuality*, 24(11), 1466-1480.
- Seman M.Y, Y., Samsinar, S., y Intani, T. M. (2025). The Influence of Social Support on Postpartum Depression Risk Among Pregnant Women. *The Journal of Academic Science*, 2(2), 587-595. <https://doi.org/10.59613/qkhvsw65>
- Silva-Fernandez, 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>
- Silveira, M. F., Mesenburg, M. A., Bertoldi, A. D., De Mola, C. L., Bassani, D. G., Domingues, M. R., Stein, A., y Coll, C. V. N. (2019). The association between disrespect and abuse of women during childbirth and postpartum depression: Findings from the 2015 Pelotas birth cohort study. *Journal of Affective Disorders*, 256, 441-447. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.06.016>
- Sommerlad, S., Schermelleh-Engel, K., La Rosa, V. L., Louwen, F., y Oddo-Sommerfeld, S. (2021). Trait anxiety and unplanned delivery mode enhance the risk for childbirth-related post-traumatic stress disorder symptoms in women

- with and without risk of preterm birth: A multi sample path analysis. *PLOS ONE*, 16(8), e0256681. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0256681>
- Souza, K. J. D., Rattner, D., y Gubert, M. B. (2017a). Institutional violence and quality of service in obstetrics are associated with postpartum depression. *Revista de Saúde Pública*, 51(0). <https://doi.org/10.1590/s1518-8787.2017051006549>
- Suttora, C., Nardoza, O., Menabò, L., Preti, E., Passaquindici, I., Fasolo, M., y Spinelli, M. (2025). Development and validation of the Disrespect and Mistreatment during Childbirth Questionnaire: Risk factors and effects on parenting stress. *Frontiers in Psychology*, 16, 1562679. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2025.1562679>
- Taira, J. P. A. F., Ferreira, L. V. D. A., y Dias, M. C. G. (2024). O IMPACTO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NA SAÚDE MENTAL DAS MULHERES: UMA ANÁLISE DAS CONSEQUÊNCIAS PSICOLÓGICAS. *Revista ft*, 36-37. <https://doi.org/10.69849/revistaft/ar10202410212136>
- Tătaru, A., Dobrin, R. P., Andrese, E. P., Nechita, P., Mihoc, I. G., y Mihai, C. (2024). Postpartum depression associated with autolytic attempts and aggravated by newborn separation. *Bulletin of Integrative Psychiatry*, 100(1), 187-193. <https://doi.org/10.36219/BPI.2024.1.18>
- Tennant, R., Hiller, L., Fishwick, R., Platt, S., Joseph, S., Weich, S., Parkinson, J., Secker, J., y Stewart-Brown, S. (2007). The Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS): Development and UK validation. *Health and Quality of Life Outcomes*, 5, 63. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-5-63>
- Tenne, Y., Kahalon, R., Daari, L., Preis, H., Eisner, M., Chen, R., Mor, P., Grisaru Granovsky, S., Samueloff, A., y Benyamini, Y. (2024). Is Oxytocin Administration During Childbirth Associated With Increased Risk for

- Postpartum Posttraumatic Stress Symptoms?: A Preliminary Investigation. *Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 38(3), 315-325.
<https://doi.org/10.1097/JPN.0000000000000760>
- Tessema, M., Abera, M., y Birhanu, Z. (2024). Effectiveness of group-based psycho-education on preventing postpartum depression among pregnant women by primary healthcare provider in primary healthcare institution: A cluster-randomized controlled trial. *Frontiers in Psychiatry*, 15, 1433942.
<https://doi.org/10.3389/fpsyt.2024.1433942>
- Ulloa Martínez, J., Acosta, L., Sandoval, B., y Villar, J. (2022). Prácticas y experiencias de violencia obstétrica y gineco-obstétrica como violencia de género en Chile. *Revista de Salud Pública*, 24(2), 1-7. <https://doi.org/10.15446/rsap.v24n2.98604>
- UNESCO. (2006). *Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos*.
https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000146180_spa
- United Nations Human Rights Council. (2012). *Human rights-based approach to maternal health*. OHCHR. <https://www.ohchr.org/en/women/human-rights-based-approach-maternal-health>
- Van Heumen, M. A., Hollander, M. H., Van Pampus, M. G., Van Dillen, J., y Stramrood, C. A. I. (2018). Psychosocial Predictors of Postpartum Posttraumatic Stress Disorder in Women With a Traumatic Childbirth Experience. *Frontiers in Psychiatry*, 9, 348. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2018.00348>
- Vedam, S., Stoll, K., Rubashkin, N., Martin, K., Miller-Vedam, Z., Hayes-Klein, H., y Jolicoeur, G. (2017). The Mothers on Respect (MOR) index: Measuring quality, safety, and human rights in childbirth. *SSM - Population Health*, 3, 201-210.
<https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2017.01.005>

- Vega-Dienstmaier, J. M., Mazzotti Suárez, G., y Campos Sánchez, M. (2002). [Validation of a Spanish version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale]. *Actas Espanolas De Psiquiatria*, 30(2), 106-111.
- Vega-Sanz, M., Halty, A., Goñi-Dengra, S., Pitillas, C., y Berástegui, A. (2025). 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>
- Wei, W., Feng, X., Qin, H., y Yang, X. (2024). Perception of traumatic childbirth of women, influencing factors and its relationship with post-traumatic stress disorder. *Frontiers in Public Health*, 12, 1485766. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1485766>
- Yakupova, V., y Suarez, A. (2022). Postpartum PTSD and birth experience in Russian-speaking women. *Midwifery*, 112, 103385. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2022.103385>
- Yalley, A. A., Jarašiūnaitė-Fedosejeva, G., Kömürçü-Akik, B., y De Abreu, L. (2024). Addressing obstetric violence: A scoping review of interventions in healthcare and their impact on maternal care quality. *Frontiers in Public Health*, 12, 1388858. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1388858>
- Yildirim, S., y Mert-Karadas, M. (2025). The invisible wounds of women: Ethical aspects of obstetric violence. *Nursing Ethics*, 32(5), 1493-1509. <https://doi.org/10.1177/09697330241295370>
- Zhang, K., Wu, M., Zeng, T., Yuan, M., Chen, Y., y Yang, L. (2023a). Development and psychometric testing of a scale for assessing the psychological birth trauma. *Frontiers in Psychology*, 14, 1071336. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1071336>

Zhang, S., Wang, L., Yang, T., Chen, L., Qiu, X., Wang, T., Chen, L., Zhao, L., Ye, Z., Zheng, Z., y Qin, J. (2019). Maternal violence experiences and risk of postpartum depression: A meta-analysis of cohort studies. *European Psychiatry*, 55, 90-101. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2018.10.005>

Anexo 1. Términos de lenguaje libre y documental y ecuaciones de búsqueda.**Tabla 9***Términos de lenguaje documental y libre*

Término	Lenguaje documental	Lenguaje libre
Violencia obstetrica	"Obstetric Labor Complications"[Mesh]	"obstetric violence"
	"Obstetric Surgical Procedures"[Mesh]	"obstetric mistreatment"
	DE "Violence"	"mistreatment during childbirth" "disrespect and abuse"
	DE "Abuse"	"maltreatment during childbirth"
	DE "Patient abuse"	"traumatic childbirth"
	DE "Birth Trauma"	"birth trauma"
	DE "Obstetrical Procedures"	"negative birth experience"
	DE "Obstetrical Complications"	
	MH "Violence"	
	MH "Abuse"	
	MH "Patient abuse"	
	MH "Birth Trauma"	
	MH "Obstetrical Procedures"	
	MH "Obstetrical Complications"	
Parto	"Parturition"[Mesh]	"childbirth"
	"Delivery, Obstetric"[Mesh]	"birth"
	DE "Birth"	
	MH "Birth"	
Consecuencias psicologicas	"Mental Health"[Mesh]	"psychological consequences"
	"Mental Disorders"[Mesh]	"psychological distress"
	"Depression, Postpartum"[Mesh]	"emotional distress"
	"Psychological Distress"[Mesh]	"psychological impact"
	"Anxiety Disorders"[Mesh]	"psychological effects"
	"Stress Disorders, Post-Traumatic"[Mesh]	"psychosocial impact"
	"Adaptation, Psychological"[Mesh]	"postpartum depression" "postnatal depression"

	DE "Mental Health"	"postpartum anxiety"
	DE "Maternal Mental Health"	"perinatal anxiety"
	DE "Postpartum Depression"	"post-traumatic stress disorder"
	DE "Anxiety"	"PTSD"
	DE "Posttraumatic Stress Disorder"	
	DE "Psychological Distress"	
	MH "Mental Health"	
	MH "Maternal Mental Health"	
	MH "Postpartum Depression"	
	MH "Anxiety"	
	MH "Posttraumatic Stress Disorder"	
	MH "Psychological Distress"	
Periodo	"Postpartum Period"[Mesh]	"postpartum"
postparto	DE "Postpartum Period"	"postnatal"
	MH "Postpartum Period"	"postpartum women"
		"postnatal women"

Nota. Elaboración propia.

Tabla 10

Ecuaciones de búsqueda

PubMed	("obstetric violence"[tiab] OR "obstetric mistreatment"[tiab] OR "mistreatment during childbirth"[tiab] OR "disrespect and abuse"[tiab] OR "maltreatment during childbirth"[tiab] OR "traumatic childbirth"[tiab] OR "birth trauma"[tiab] OR "negative birth experience"[tiab]) AND ("Delivery, Obstetric"[Mesh] OR "Obstetric Labor Complications"[Mesh] OR "Obstetric Surgical Procedures"[Mesh] OR "Parturition"[Mesh] OR "childbirth"[tiab] OR "birth"[tiab]) AND ("Mental Health"[Mesh] OR "Mental Disorders"[Mesh] OR "Depression, Postpartum"[Mesh] OR "Psychological Distress"[Mesh] OR "Anxiety Disorders"[Mesh] OR "Stress	285
---------------	--	-----

Disorders, Post-Traumatic"[Mesh] OR "Adaptation, Psychological"[Mesh] OR "psychological consequences"[tiab] OR "psychological distress"[tiab] OR "emotional distress"[tiab] OR "psychological impact"[tiab] OR "psychological effects"[tiab] OR "psychosocial impact"[tiab] OR "postpartum depression"[tiab] OR "postnatal depression"[tiab] OR "postpartum anxiety"[tiab] OR "perinatal anxiety"[tiab] OR "post-traumatic stress disorder"[tiab] OR "PTSD"[tiab]) AND ("Postpartum Period"[Mesh] OR "postpartum"[tiab] OR "postnatal"[tiab] OR "postpartum women"[tiab] OR "postnatal women"[tiab])

Cochrane ("obstetric violence"[tiab] OR "obstetric mistreatment"[tiab] OR "mistreatment during childbirth"[tiab] OR "disrespect and abuse"[tiab] OR "maltreatment during childbirth"[tiab] OR "traumatic childbirth"[tiab] OR "birth trauma"[tiab] OR "negative birth experience"[tiab]) AND ("Delivery, Obstetric"[Mesh] OR "Obstetric Labor Complications"[Mesh] OR "Obstetric Surgical Procedures"[Mesh] OR "Parturition"[Mesh] OR "childbirth"[tiab] OR "birth"[tiab]) AND ("Mental Health"[Mesh] OR "Mental Disorders"[Mesh] OR "Depression, Postpartum"[Mesh] OR "Psychological Distress"[Mesh] OR "Anxiety Disorders"[Mesh] OR "Stress Disorders, Post-Traumatic"[Mesh] OR "Adaptation, Psychological"[Mesh] OR "psychological consequences"[tiab] OR "psychological distress"[tiab] OR "emotional distress"[tiab] OR "psychological impact"[tiab] OR "psychological effects"[tiab] OR "psychosocial impact"[tiab] OR "postpartum depression"[tiab] OR "postnatal depression"[tiab] OR "postpartum anxiety"[tiab] OR "perinatal anxiety"[tiab] OR "post-traumatic stress disorder"[tiab] OR "PTSD"[tiab]) AND ("Postpartum

566

Period"[Mesh] OR "postpartum"[tiab] OR "postnatal"[tiab]
OR "postpartum women"[tiab] OR "postnatal women"[tiab])

- PsyINFO** (DE "Violence" OR DE "Abuse" OR DE "Patient Abuse" OR DE "Birth Trauma" OR "obstetric violence" OR "obstetric mistreatment" OR "mistreatment during childbirth" OR "disrespect and abuse" OR "maltreatment during childbirth" OR "traumatic childbirth" OR "negative birth experience" OR "birth trauma") AND (DE "Birth" OR DE "Obstetrical Complications" OR DE "Obstetrical Procedures" OR "childbirth" OR "birth") AND (DE "Mental Health" OR DE "Maternal Mental Health" OR DE "Postpartum Depression" OR DE "Anxiety" OR DE "Posttraumatic Stress Disorder" OR DE "Psychological Distress" OR "psychological consequences" OR "psychological distress" OR "emotional distress" OR "psychological impact" OR "psychological effects" OR "psychosocial impact" OR "postpartum depression" OR "postnatal depression" OR "postpartum anxiety" OR "perinatal anxiety" OR "post-traumatic stress disorder" OR "PTSD") AND (DE "Postpartum Period" OR "postpartum" OR "postnatal" OR "postpartum women" OR "postnatal women") 202
- P&BSC** (DE "Violence" OR "abuse" OR DE "Patient abuse" OR "birth trauma" OR "obstetric violence" OR "obstetric mistreatment" OR "mistreatment during childbirth" OR "disrespect and abuse" OR "maltreatment during childbirth" OR "traumatic childbirth" OR "negative birth experience") AND ("birth" OR "obstetrical complications" OR "obstetrical procedures" OR DE "Childbirth" OR DE "Parturition") AND (DE "Mental Health" OR "maternal mental health" OR DE "Postpartum depression" OR DE "Anxiety" OR DE "Post-traumatic Stress Disorder" OR DE 45
-

"Psychological distress" OR "psychological consequences"
OR "emotional distress" OR "psychological impact" OR
"psychological effects" OR "psychosocial impact" OR DE
"Postpartum depression" OR "postnatal depression" OR DE
"Postpartum anxiety" OR "perinatal anxiety" OR "PTSD")
AND (DE "Puerperium" OR "postpartum period" OR
"postpartum" OR "postnatal" OR "postpartum women" OR
"postnatal women")

Nota. Elaboración propia

Anexo 2. Criterios Quality Assessment with Diverse Studies (QuADS).

- a. Fundamento teórico o conceptual de la investigación:
 0. No se menciona
 1. Referencia general a teorías amplias o conceptos que enmarcar el estudio. Por ejemplo, se identificaron conceptos clave en la sección de introducción.
 2. Identificación de teorías o teorías específicas, conceptos que enmarcan el estudio y cómo estos influyeron en el trabajo emprendido. Por ejemplo, los conceptos clave fueron identificados en la sección de introducción y se aplicó al estudio.
 3. Discusión explícita de las teorías de conceptos que fundamentan el estudio, con la aplicación de la teoría o concepto evidente a través del diseño, materiales y resultados explorados. Por ejemplo, se identificaron conceptos clave en la sección de introducción y la aplicación evidente en cada uno de los elementos del diseño del estudio.
- b. Declaración de los objetivos de la investigación.
 0. No se menciona en absoluto.
 1. Referencia a lo que se pretendía lograr integrado en el informe, pero sin una declaración explícita de objetivos.
 2. Declaración de objetivos, pero puede que solo aparezcan en el resumen o estar ausentes de detalle.
 3. Declaraciones explícita y detallada de los objetivos en el cuerpo principal del informe.
- c. Descripción clara de la investigación, entorno y población objetivo.
 0. No se menciona en absoluto.
 1. Descripción general del área de investigación, pero no del entorno específico de investigación por ejemplo “en atención primaria”.

2. Hacen una descripción del entorno de investigación, pero le falta detalle por ejemplo “en centros de atención primaria en la región x”.
 3. Descripción específica del entorno de la investigación y población objetivo de estudio por ejemplo “enfermeras y médicos de consultorios médicos en x parte de la ciudad de x país”.
- d. El diseño es apropiado para abordar lo declarado en los objetivos de investigación.
0. No se indica ningún objetivo de investigación y el diseño es totalmente adecuado. Por ejemplo, encuesta de ítems Y/N, para un estudio que busca emprender trabajos exploratorios de experiencias vividas.
 1. El diseño de estudios solo puede abordar algunos aspectos de lo que le declarado los objetivos de la intervención. Por ejemplo, el uso del enfoque grupal para capturar datos sobre la frecuencia y la experiencia de una enfermedad.
 2. El diseño del estudio puede abordar los objetivos de investigación declarados, pero hay una alternativa más adecuada que podría haberse utilizado o utilizado, además. Por ejemplo, añadir algún componente cualitativo o cuantitativo que pueda reforzar el estudio.
 3. El diseño del estudio seleccionado parece ser el enfoque más adecuado para intentar responder a las preguntas planteadas en los objetivos de investigación.
- e. Muestreo apropiado para abordar los objetivos de la investigación.
0. No se menciona el muestreo.
 1. Evidencia de consideración de la muestra requerida por ejemplo la muestra se describe las características y parecen apropiados para abordar los objetivos de la investigación.

2. Evidencia de consideración de muestra requerida para abordar el objetivo. Por ejemplo, las características de la muestra se describen con referencia a los objetivos.
 3. Evidencia detallada de consideración de la muestra requerida para abordar el objetivo de la investigación/muestra segmentada, cálculo del tamaño de discusión de un proceso de muestreo iterativo con referencia a los objetivos de la investigación o el caso seleccionado para el estudio.
- f. Justificación para la elección de las herramientas de recopilación de datos
0. no se menciona la justificación de la herramienta edad y recopilación de datos utilizada.
 1. Explicación muy limitada para la elección de herramientas de recopilación de datos, por ejemplo, basada en la disponibilidad de la herramienta.
 2. Exploración básica de la justificación para la elección de la herramienta de recopilación de datos, por ejemplo, basada en el uso en un estudio similar previo.
 3. Explicación detallada de la justificación para la elección de la herramienta de recopilación de datos, por ejemplo, relevancia para los objetivos del estudio, co diseñado con la población objetivo o evaluaciones de la calidad de la herramienta.
- g. El formato y el contenido de las herramientas de recopilación de datos son apropiados para abordar los objetivos de investigación establecidos.
0. Ningún objetivo de investigación indicado herramienta de recopilación de datos no detallada.
 1. Estructura y o contenido de las herramientas adecuadas para abordar algunos aspectos de los objetivos de la investigación o para abordar los objetivos

superficialmente, por ejemplo, respuesta de un solo elemento que es muy general o un elemento de respuesta abierta para capturar contenido que requiere sondeo.

2. La estructura y o el contenido de las herramientas permiten que los datos se recopilan ampliamente abordando los objetivos declarados, pero podrían beneficiarse del refinamiento. Por ejemplo, el encuadre de las preguntas de la encuesta o de la entrevista es demasiado amplio o se centra en un elemento de los objetivos de investigación.
 3. La estructura y el contenido de las herramientas permiten recopilar datos detallados en torno a todos los temas relevantes, necesarios para abordar los objetivos de investigación establecidos.
- h. Descripción del procedimiento de recopilación de datos.
0. No se menciona el procedimiento de recopilación de datos.
 1. Esquema básico y breve del procedimiento de recopilación de datos por ejemplo utilizando un cuestionario distribuido al personal.
 2. Establece cada etapa del procedimiento de recopilación de datos pero con un detalle limitado o establece algunas etapas en detalle, pero omite otras. Por ejemplo, se menciona el proceso de contratación pero carece de detalles importantes.
 3. Descripción detallada de cada etapa del procedimiento de recopilación de datos incluyendo cuándo, dónde y cómo los datos se recopilaron de tal manera que el procedimiento pudiera ser replicado.
- i. Datos de reclutamiento proporcionados.
0. No se mencionan los datos de reclutamiento.
 1. Datos de reclutamiento mínimos y básicos por ejemplo el número de personas invitadas que aceptaron participar.

2. Algunos datos de reclutamiento, pero no una cuenta completa. Por ejemplo, el número de personas que fueron invitadas y de acuerdo.
 3. Datos Completos que permiten una visión integral de los resultados de la contratación. Por ejemplo, número de personas contactadas, contratadas y que finalizaron el proceso con información sobre la deserción explicada cuando corresponda.
- j. Justificación Para el método de análisis seleccionado.
0. No se menciona la justificación del método analítico elegido.
 1. Justificación muy limitada para la elección del método analítico seleccionado. Por ejemplo, uso anterior por parte del equipo de investigación.
 2. Justificación básica para la elección de método analítico seleccionado, por ejemplo, método utilizado en investigaciones similares previas.
 3. Justificación detallada para la elección del método analítico seleccionado, por ejemplo, relevancia para los objetivos del estudio o comentarios sobre las fortalezas del método seleccionado.
- k. El método de análisis fue apropiado para responder a los objetivos de investigación.
0. No se menciona en absoluto.
 1. El método de análisis solo puede abordar los objetivos de la investigación de forma básica o amplia.
 2. El método de análisis puede abordar los objetivos de la investigación, pero hay una alternativa más adecuada que podría haber sido utilizada o utilizada además de ofrecer un análisis más fuerte.
 3. El método de análisis seleccionado es el enfoque más adecuado para intentar responder a los objetivos de la investigación en detalle, por ejemplo, para el análisis fenomenológico interpretativo cualitativo podría considerarse preferible

para las experiencias frente al análisis de contenido para provocar la frecuencia de ocurrencia de eventos.

1. Evidencia de que las partes interesadas de la investigación han sido consideradas en el diseño o la conducta de investigación.
 0. No se menciona en absoluto.
 1. Consideración de alguna de las partes interesadas de la investigación, por ejemplo, el uso de un estudio piloto con una muestra objetivo, pero no participación de las partes interesadas en las etapas de planificación y de diseño del estudio.
 2. Evidencia de la aportación de las partes interesadas que informan la investigación. Por ejemplo, uso del estudio piloto con retroalimentación que influye en el Grupo de referencia del estudio del proyecto establecido para guiar la investigación.
 3. Consulta sustancial con las partes interesadas identificables en la planificación de diseño de estudio y en trabajos preliminares. Por ejemplo, consultan en la conceptualización de la investigación, un grupo de asesores del proyecto o evidencia de la aportación de las partes Interesadas informando al trabajo.
- m. Discusión crítica de las fortalezas y limitaciones
 0. No se menciona en absoluto.
 1. Mención muy limitada de fortalezas y limitaciones con omisión de muchos temas clave. Por ejemplo 1 o 2 fortalezas o limitaciones mencionadas con detalle limitado.
 2. Discusión de algunas de las fortalezas y debilidades clave del estudio, pero no completa. Por ejemplo, varias fortalezas o limitaciones exploradas, pero con omisiones notables o falta de profundidad de explicación.

3. Disposiciones abusivas de las fortalezas y limitaciones de todos los aspectos del estudio incluido el diseño, los métodos, las herramientas de recopilación de datos, el muestreo y el enfoque analítico.

Cuestionario traducido de (Harrison et al., 2021)

Anexo 3. Desarrollo de las puntuaciones en QuADS

A continuación se muestra la explicación para aquellas puntuaciones que no alcanzaron su máximo, para cada uno de los estudios.

Tabla 11

Puntuaciones QuADS en Scandurra et al. (2022)

Item	Puntuación	Justificación
(d) Adecuación del diseño en función de los objetivos	2	Diseño transversal adecuado para responder a los objetivos de investigación, pero los autores plantean que un diseño longitudinal o mixto habría permitido establecer causalidad.
(e) Adecuación del muestreo	2	La muestra es adecuada para responder a los objetivos, aunque el muestro fue de conveniencia.
(i) Datos de reclutamiento proporcionados	2	Informa del número final pero no registra cuantas personas fueron contactadas al inicio (tasa de respuesta).
(l) Consideración de las partes interesadas de la investigación en el diseño y conducta de esta	1	No hay evidencia de que las mujeres participaran en el codiseño del estudio.
(m) Discusión crítica de fortalezas y debilidades	2	Discute limitaciones, pero podría profundizar en el impacto de la edad.

Nota. Elaboración propia

Tabla 12

Puntuaciones QuADS en Ketley et al. (2024)

Item	Puntuación	Justificación
(i) Datos de reclutamiento proporcionados	2	No detalla el proceso de captación inicial ni si hubo mujeres que rechazaron participar (tasa de deserción)

(l) Consideración de las partes interesadas de la investigación en el diseño y conducta de esta	2	Hicieron uso de un grupo de investigación por pares y supervisión para validar las interpretaciones (validación externa)
---	---	--

Nota. Elaboración propia

Tabla 13

Puntuaciones QuADS en Hajizadeh y Mirghafourvand (2021)

Item	Puntuación	Justificación
(e) Adecuación del muestreo	2	Al ser en centros hospitalarios específicos, podría darse un riesgo de sesgo del propio centro.
(i) Datos de reclutamiento proporcionados	2	Proporciona datos sobre la participación pero no describe detalladamente las pérdidas en el seguimiento del mes.
(l) Consideración de las partes interesadas de la investigación en el diseño y conducta de esta	2	No se menciona que las mujeres participaran en el diseño del estudio.

Nota. Elaboración propia

Tabla 14

Puntuaciones QuADS en Lathan et al. (2023)

Item	Puntuación	Justificación
(l) Consideración de las partes interesadas de la investigación en el diseño y conducta de esta	2	Sí se utilizan escalas que están diseñadas para y con la población objetivo, pero no se detalla una fase piloto propia con las mujeres.
(m) Discusión crítica de fortalezas y debilidades	2	La profundidad de autocrítica sobre el tamaño de la muestra es baja.

Nota. Elaboración propia

Tabla 15

Puntuaciones QuADS en Qin et al. (2025)

Item	Puntuación	Justificación
------	------------	---------------

(d) Adecuación del diseño en función de los objetivos	2	Hicieron un diseño transversal con dos puntos de medida, pero para establecer predictores de TEPT, habría sido preferible un diseño puramente longitudinal.
(e) Adecuación del muestreo	2	Se trata de un muestreo por conveniencia en un entorno hospitalario concreto.
(i) Datos de reclutamiento proporcionados	2	No detalla la tasa de respuesta inicial.
(l) Consideración de las partes interesadas de la investigación en el diseño y conducta de esta	1	No hay evidencia de participación de las participantes en el diseño concreto del estudio.
(m) Discusión crítica de fortalezas y debilidades	2	La profundidad de las limitaciones con respecto al diseño son escasas.

Nota. Elaboración propia

Tabla 16*Puntuaciones QuADS en Ju et al. (2024)*

Ítem	Puntuación	Justificación
(d) Adecuación del diseño en función de los objetivos	2	Habría sido preferible un diseño puramente longitudinal.
(e) Adecuación del muestreo	2	Se trata de un muestreo por conveniencia en un entorno hospitalario concreto.
(i) Datos de reclutamiento proporcionados	2	No detalla la tasa de respuesta inicial.
(l) Consideración de las partes interesadas de la investigación en el diseño y conducta de esta	1	No se menciona un piloto concreto o consulta previa a las partes interesadas para este diseño.
(m) Discusión crítica de fortalezas y debilidades	2	La profundidad de las limitaciones con respecto al diseño son escasas.

Nota. Elaboración propia

Tabla 17*Puntuaciones QuADS en Li et al. (2025)*

Item	Puntuación	Justificación
(d) Adecuación del diseño en función de los objetivos	2	Habría sido preferible un diseño puramente longitudinal.
(e) Adecuación del muestreo	2	Se trata de un muestreo por conveniencia en un entorno hospitalario concreto.
(i) Datos de reclutamiento proporcionados	2	No detalla la tasa de respuesta inicial.
(l) Consideración de las partes interesadas de la investigación en el diseño y conducta de esta	1	No se menciona un piloto concreto o consulta previa a las partes interesadas para este diseño.
(m) Discusión crítica de fortalezas y debilidades	2	No se discute en profundidad la subjetividad del autoinforme de la pareja como limitación.

Nota. Elaboración propia

Tabla 18

Puntuaciones QuADS en Martínez-Vázquez et al. (2022)

Item	Puntuación	Justificación
(c) Descripción clara de la investigación, contexto y población objetivo	2	Al ser un cuestionario en línea, no se recoge mucha información sobre el lugar geográfico.
(d) Adecuación del diseño en función de los objetivos	2	Habría sido preferible un diseño puramente longitudinal.
(e) Adecuación del muestreo	2	El muestreo por conveniencia en línea puede presentar sesgos de autoselección.
(h) Descripción del procedimiento de recopilación de datos	2	Falta detalle sobre los canales específicos de distribución para poder replicar los pasos.
(i) Datos de reclutamiento proporcionados	1	No detalla la tasa de respuesta inicial ni de deserción.
(l) Consideración de las partes interesadas de la investigación en el diseño y conducta de esta	1	No se menciona un piloto concreto o consulta previa a las partes interesadas para este diseño.

(m) Discusión crítica de fortalezas y debilidades	2	No se discute sobre el sesgo de memoria.
---	---	--

Nota. Elaboración propia

Tabla 19

Puntuaciones QuADS en Martínez-Galiano et al. (2025)

Item	Puntuación	Justificación
(d) Adecuación del diseño en función de los objetivos	2	Habría sido preferible un diseño puramente longitudinal.
(e) Adecuación del muestreo	2	El muestreo por conveniencia en línea puede presentar sesgos de autoselección.
(h) Descripción del procedimiento de recopilación de datos	2	No es posible controlar en qué condiciones responde la mujer a los cuestionarios.
(i) Datos de reclutamiento proporcionados	2	No se reporta cuantas personas accedieron al enlace y no participaron finalmente.
(l) Consideración de las partes interesadas de la investigación en el diseño y conducta de esta	1	No se menciona un piloto concreto o consulta previa a las partes interesadas para este diseño.
(m) Discusión crítica de fortalezas y debilidades	2	No se discute sobre el sesgo de muestreo como limitación.

Nota. Elaboración propia

Tabla 20

Puntuaciones QuADS en El-Salahi et al. (2024)

Item	Puntuación	Justificación
(d) Adecuación del diseño en función de los objetivos	2	Habría sido preferible un diseño puramente longitudinal.
(e) Adecuación del muestreo	2	Muestreo por autoselección y grupos desiguales en tamaño.
(h) Descripción del procedimiento de recopilación de datos	2	No es posible controlar en qué condiciones responde la mujer a los cuestionarios.

(i) Datos de reclutamiento proporcionados	2	No se reporta cuantas personas accedieron al enlace y no participaron finalmente (tasa de rechazo inicial).
(l) Consideración de las partes interesadas de la investigación en el diseño y conducta de esta	1	No se menciona un piloto concreto o consulta previa a las partes interesadas para este diseño.

Nota. Elaboración propia

Tabla 21

Puntuaciones QuADS en Rosa y Jódar (2024)

Item	Puntuación	Justificación
(d) Adecuación del diseño en función de los objetivos	2	El tamaño de la muestra limita la generalización.
(e) Adecuación del muestreo	1	Muestra pequeña, debilita la potencia estadística.
(i) Datos de reclutamiento proporcionados	2	Describe pero sin mucho detalle los criterios de inclusión y exclusión y procedencia de las madres.
(j) Justificación del método de análisis seleccionado	2	No siempre aplicaron la prueba exacta de Fisher cuando las frecuencias eran bajas.
(k) Adecuación del método de análisis	2	El análisis cuantitativo se ve limitado por el tamaño muestral.
(l) Consideración de las partes interesadas de la investigación en el diseño y conducta de esta	2	La entrevista no se preparó en una fase inicial en colaboración con las partes interesadas.
(m) Discusión crítica de fortalezas y debilidades	2	La discusión sobre la falta de significancia estadística debido al tamaño de la muestra es reducida.

Nota. Elaboración propia

Tabla 22

Puntuaciones QuADS en Martínez-Vázquez et al. (2021)

Item	Puntuación	Justificación
------	------------	---------------

(d) Adecuación del diseño en función de los objetivos	2	El tamaño de la muestra limita la generalización.
(e) Adecuación del muestreo	1	Sesgo de autoselección.
(h) Descripción del procedimiento de recopilación de datos	2	No es posible controlar en qué condiciones responde la mujer a los cuestionarios.
(i) Datos de reclutamiento proporcionados	2	No se reporta cuantas personas accedieron al enlace y no participaron finalmente.
(l) Consideración de las partes interesadas de la investigación en el diseño y conducta de esta	1	No se menciona la participación de las partes interesadas en la elaboración del diseño.
(m) Discusión crítica de fortalezas y debilidades	2	Se podría profundizar más en las variables sociales.

Nota. Elaboración propia

Tabla 23

Puntuaciones QuADS en Wei et al. (2024)

Item	Puntuación	Justificación
(e) Adecuación del muestreo	2	No se detalla si el muestreo fue aleatorio o por conveniencia.
(i) Datos de reclutamiento proporcionados	2	Faltan datos sobre la tasa de deserción de la primera y segunda medida.
(l) Consideración de las partes interesadas de la investigación en el diseño y conducta de esta	1	No se menciona la participación de las partes interesadas en la elaboración del diseño.
(m) Discusión crítica de fortalezas y debilidades	2	Se podría profundizar más en el sesgo cultural.

Nota. Elaboración propia

Anexo 4. Declaración uso de herramientas de inteligencia artificial generativa

Título del trabajo: Consecuencias Psicológicas en el Periodo Postparto Derivadas de la Violencia Obstétrica Intraparto: Una Revisión Sistemática

Autor/a: María Ramírez Burguillos

DNI/Alumno/a: 52017771M

Nombre del Director/a de TFM: Carmen Domingo Peña

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:

X Búsqueda y localización de bibliografía:

Las herramientas utilizadas fueron Consensus y Gemini. Se utilizaron al inicio de la redacción de la revisión para rastrear y mapear la literatura científica disponible con respecto a la temática. Se utilizó Gemini en particular para definir los criterios de búsqueda (pregunta PECOS) y aclarar posibles variaciones de los términos de búsqueda, para generar las ecuaciones aplicadas a las bases de datos académicas.

Los prompts utilizados fueron por ejemplo:

- “¿Qué evidencia científica existe con respecto a la relación entre la violencia obstétrica y las consecuencias psicológicas en el postparto?”
- “¿Existe consenso científico actual sobre la relación entre la violencia obstétrica percibida y el desarrollo de consecuencias psicológicas en los meses posteriores?”
- “Ayúdame a encontrar los términos MeSH correspondientes a la siguiente pregunta PECOS, para la base de datos (PUBMED, Cochrane Library, PsYINFO, y Psychological & Behavioral Science Collection)”.

- “A partir de estos términos, podrías organizar la ecuación de búsqueda utilizando operadores booleanos (AND, OR)”.

X Resumen/ayuda para comprensión de textos:

Las herramientas utilizadas fueron Gemini y Notebook LM. Una vez seleccionados y leídos los 13 artículos que componen la revisión sistemática, se cargaron en Notebook LM para extraer y contrastar las metodologías utilizadas y conclusiones de cada artículo. Además, se recurrió a Gemini de nuevo para profundizar en los datos estadísticos presentados en los resultados de cada artículo para comprenderlos e interpretarlos. Esto facilitó la comprensión de lo hallado en cada artículo, además de sintetizar los resultados sin perder información significativa.

Los prompts utilizados fueron por ejemplo:

- “¿Cuál es la metodología utilizada y cuáles son las herramientas de evaluación psicológica utilizadas para medir la depresión postparto en el artículo adjuntado?”
- “En el artículo adjunto, los autores informan de un Odds Ratio de 3.5, con un intervalo de confianza del 95% [1.8-5.2] para el desarrollo de TEPT, ¿cómo se interpreta clínicamente este dato?”
- “¿Podrías explicarme de forma muy simple en que consiste un diseño cuantitativo transversal y qué estadísticos tengo que tener en cuenta para resumir los resultados en este diseño?”

X Organización/estructura del trabajo:

La herramienta utilizada fue Gemini. Se utilizó como apoyo organizativo para estructurar la revisión de forma académica y lógica, principalmente en la fase de redacción de la síntesis de resultados de los 13 artículos. Asimismo ayudo a planificar cómo sería el flujo de la discusión.

Los prompts utilizados fueron por ejemplo:

- “He llegado a la síntesis de resultados de mi TFM. Basándote en la estructura de mis 13 artículos, en los que se encuentran las siguientes consecuencias psicológicas: TEPT, DPP, bienestar psicológico, distrés psicológico y complicaciones psicológicas generales; proponme una estructura de subtítulos para presentar la información de forma académica y fluida para el lector”.
- “¿Qué estructura me recomiendas para contrastar los resultados de los 13 artículos, teniendo en cuenta que tienen diferentes diseños metodológicos?”

Revisión ortográfica/estilo

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 Notebook LM, al tener la opción de “citación de fuentes”, cada vez que la herramienta extrae un dato, señala específicamente cuál es el lugar del artículo donde aparece dicho dato. Por lo que se pudieron ir verificando manualmente los párrafos donde aparecía la información y si la interpretación que hacía la IA coincidía con lo informado en el artículo.

Con respecto a Consensus, esta herramienta proporciona fragmentos concretos de los artículos que responden a la pregunta planteada. Para comprobar y garantizar la información, se comprobó la existencia real de cada artículo en bases de datos y se leyó el contexto del fragmento para comprobar que la interpretación de la información fuese correcta.

Para la comprensión de los datos estadísticos, la explicación de Gemini se contrastó con los apuntes académicos de las asignaturas de “Diseño y evaluación”,

“Investigación en enfoques específicos en psicología de la salud” y “Psicología basada en la evidencia”, para comprobar que la interpretación de los resultados era coherente con lo estudiado en el Máster de Psicología General Sanitaria. Además de comprobar las tablas de resultados de los artículos, y asegurar que la IA no sesgaba la dirección de la asociación entre las variables.

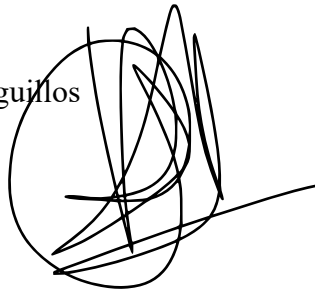
De forma transversal, se han realizado a lo largo de la redacción numerosas lecturas de la revisión para asegurar que ninguno de los datos se contradijera entre sí. Además de ser supervisado por la tutora del TFM, la cual iba realizando ajustes en la redacción para garantizar que el lenguaje fuera adecuado y eliminando cualquier imprecisión terminológica que la IA pudiera haber introducido.

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: Maria Ramirez Burguillos

Fecha: 04 / 05 / 2026

A handwritten signature in black ink, consisting of several overlapping loops and a long horizontal stroke extending to the right, enclosed within a faint circular outline.