

Trabajo Fin de Grado

Título:

***Rol de enfermería en mujeres víctimas
de violencia obstétrica.***

Alumno: Sofía Sayuri Lago Suzuki

Director: Jade Magdaleno García

Madrid, marzo de 2024

ÍNDICE

<i>RESUMEN</i>	3
<i>ABSTRACT</i>	4
<i>AGRADECIMIENTOS</i>	5
1 PRESENTACIÓN	6
2 INTRODUCCIÓN	7
2.1 Estrategia de búsqueda bibliográfica.	7
3 ESTADO DE LA CUESTIÓN	9
3.1 Fundamentación.	9
3.2 Contextualización del parto y definición de la violencia obstétrica.	9
3.3 La violencia obstétrica en el mundo sanitario	11
3.4 La violencia obstétrica y sus consecuencias.	12
3.5 El método de parto.	13
3.6 El vínculo materno – infantil y experiencias de mujeres multíparas ante la violencia obstétrica.	15
3.7 Conocimiento y nivel de conciencia sobre la violencia obstétrica.	17
3.8 Conclusión.....	19
4 JUSTIFICACIÓN	20
5 METODOLOGÍA	21
5.1 Población y captación.	21
5.1.1 Población diana.	21
5.2 Captación.....	22
6 OBJETIVOS	23
6.1 Objetivo general.	23
6.2 Objetivos específicos.	23
6.2.1 Objetivos de conocimiento.	23
6.2.2 Objetivos de habilidad.	24
6.2.3 Objetivos de actitud – emociones.	24
6.3 Contenidos	24
6.4 Planificación.....	26
6.5 Evaluación	31
6.5.1 Evaluación de asistencia y evaluación inicial.....	31
6.5.2 Evaluación final y encuesta de satisfacción.	31
6.5.3 Evaluación a largo plazo.....	31
Bibliografía	33

ANEXOS	37
Anexo 1: Folleto Violencia Obstétrica.	37
Anexo 2: Lista de participantes.	38
Anexo 3: Cuestionario Pre – post evaluación.....	39
Anexo 4: Encuesta de satisfacción.....	40
Anexo 5: Cuestionario a largo plazo.	41

RESUMEN

Introducción: La violencia obstétrica es una problemática a la cual se le está llegando a dar más importancia en los últimos años. Debido al surgimiento de movimientos feministas y humanistas en apoyo a las mujeres que, sobre todo, está llegando a producir un gran impacto en la asistencia sanitaria hacia las mujeres y la atención durante el embarazo y parto. Estas nuevas propuestas implican que la mujer adquiera un rol más autónomo en la toma de decisiones para que tenga un rol principal, en donde pueda expresar sin miedo ni represión sus preferencias, pensamientos y sentimientos. A pesar de que se estén llevando a cabo estas iniciativas todavía falta la sensibilización e iniciativa de los propios sanitarios para que se den estos cambios tan necesarios.

Objetivo general: Prevención de la violencia obstétrica para la mejora de la atención sanitaria por parte de los profesionales sanitarios.

Metodología: Primeramente, se ha realizado una revisión bibliográfica con unos buscadores y las palabras clave. Tras la búsqueda, con la aplicación de los criterios de inclusión se obtuvieron 36 artículos. La lectura y análisis de estos ha permitido el desarrollo de un proyecto educativo dirigido principalmente a las enfermeras y matronas sumado al resto de profesionales sanitarios que pertenecen al área de ginecología y obstetricia. El proyecto se realizará de manera presencial en las aulas de docencia del Hospital Materno Infantil La Paz.

Implicación para la práctica enfermera: mejoría de la calidad de la atención asistencial materna y disminuir los casos de violencia obstétrica asimismo como conseguir la sensibilización de los profesionales para crear un ambiente más seguro y cómodo para las futuras madres.

Palabras clave: Violencia obstétrica, cuidados de enfermería, prevención, enfermería, salud mental, factores de riesgo.

ABSTRACT

Introduction: Obstetric violence is a problem that has become more important in recent years. Due to the emergence of feminist and humanist movements in support of women that, above all, is having a great impact on women's health care and care during pregnancy and childbirth. These new proposals imply that women acquire a more autonomous role in decision – making so that they have a leading role, where they can express their preferences, thoughts and feelings without fear or repression. Despite the fact that these initiatives are being carried out, there is still a lack of awareness and initiative from the health workers themselves to make these much – needed changes.

General Objective: Prevention of obstetric violence for the improvement of healthcare by health professionals.

Methodology: A literature review was carried out with search engines and keywords. After the search, 36 articles were obtained with the application of the inclusion criteria. The reading and analysis of these has allowed the development of an educational project aimed mainly at nurses and midwives in addition to the rest of the health professionals who belong to the area of gynecology and obstetrics. The project will be carried out in person in the classroom of The la Paz Maternal and Child Hospital.

Implication of nursing practice: Improving the quality of maternal care and reducing cases of obstetric violence, as well as raising awareness among professionals to create safer and more comfortable environment for future mothers.

Key words: Obstetric violence, nursing care, prevention, nursing, mental health, risk factors.

AGRADECIMIENTOS

Me gustaría darle mi agradecimiento a mis padres, por estar siempre apoyándome durante todos estos años, tanto en mis buenos momentos como en los malos. Por haberme enseñado tanto sobre la vida y los valores de esta, lo cual me impulsó a seguir esta carrera tan humana y valiosa.

Doy las gracias también a mi mejor amigo, por haberme brindado siempre alegría y motivación y por tener siempre una confianza a ciegas en mi persona además de ser uno de los pilares más importantes de mi vida.

Le quiero dar las gracias a mis amigas por haber estado todos estos años dándome alegrías y risas y por regalarme buenos recuerdos durante los días de la universidad.

Me gustaría agradecer también a la Universidad Comillas San Juan de Dios, por darme la oportunidad de seguir mi camino y poder ser una enfermera cuyos valores representen la humanidad y humildad que me han sido inculcados en estos últimos 4 años.

Y, por último, pero no menos importante me gustaría agradecer a mi tutora y profesora Jade Magdaleno por su constante dedicación en la enseñanza no sólo a mi sino a todos los alumnos. Por ser tan inspiradora y un rol a seguir no sólo como enfermera sino como persona.

1 PRESENTACIÓN

Empecé a interesarme en este tema desde el año pasado, cuando en una clase fue mencionado y me pico la curiosidad. Sentí la necesidad de querer saber y explorar más detalladamente este tema tan importante y novedoso en cuanto a la concienciación por parte del personal sanitario. Obviamente este tipo de violencia siempre ha existido, pero es solamente en estos últimos tiempos que se ha tomado conciencia de que puede representar un problema de salud neonatal, mental y materna en las mujeres embarazadas. Y también un problema para el personal sanitario por la falta de protocolización de todo el proceso y los cuidados a generar, en este caso en el rol de enfermería. Por lo tanto, hay lugar a una investigación y un desarrollo de la problemática y las medidas que se pueden generar, para entender y poner freno a este fenómeno.

Nuestro trabajo como enfermeras y como parte de la profesión sanitaria siempre deber ser para y con los pacientes, sobre cómo proteger y cuidarlos en sus momentos más vulnerables. Por tanto, es imprescindible en un tema tan descuidado y en algunos casos invisibilizado como puede ser la violencia obstétrica, el concienciarlos de la necesidad de un protocolo establecido de actuación con este tipo de usuarias, a fin de minimizar en la medida de lo posible lo negativo que puede resultar estas situaciones en la vida de nuestras pacientes.

Por último, me gustaría añadir que he enfocado este tema al rol de enfermería ya que siento que tienen un papel más central sobre las pacientes y en el desarrollo general de los cuidados y el proceso. La enfermera debe explicar a su paciente que existen pautas de actuación protocolizadas y donde ella podrá hacer sus aportaciones y sugerencias. Se le animará a ser proactiva y tener un rol de colaboradora en un momento único en su vida. Por ende, creo en la importancia de buscar que la experiencia sea satisfactoria tanto para el personal como sobre todo para la mujer, y donde en ningún momento se sienta agredida, humillada, desatendida o vulnerada en su derecho a una atención humana y de respeto por su individualidad. Además, es relevante la necesidad de poder visibilizar la violencia obstétrica como un paso esencial para la concienciación de las enfermeras y el resto de los sanitarios sobre esta problemática que afecta a la atención materna. La falta de reconocimiento de este tipo de violencia sumado al continuo uso de técnicas y cuidados que son violentos para las madres o que carece de su consentimiento afecta a un momento tan crucial para todas las mujeres que lo experimentan. Por ello, como punto principal, la visibilización y concienciación de este problema promoverá unos mejores cuidados y un entorno saludable para la atención a las madres.

2 INTRODUCCIÓN

2.1 Estrategia de búsqueda bibliográfica.

Tras realizar la búsqueda para llevar a cabo la obtención de la información de artículos para mi TFG, cabe a destacar que la gran mayoría de los artículos encontrados han sido realizados y publicados fuera de España.

El tema centrado del TFG es el Rol de enfermería en la violencia obstétrica durante el embarazo y postparto. Para la búsqueda bibliográfica me he centrado en los factores y prevención de la violencia obstétrica, efectos negativos en a salud mental de las gestantes y las enfermeras, educación de enfermería y medidas y cuidados adecuado para abordar este tipo de situaciones.

La bibliografía encontrada ha sido mayormente en inglés, español y portugués. Y las bases de datos utilizadas han sido: Pubmed, Scielo, Dialnet y Google Scholar.

Los descriptores para la búsqueda han sido los siguientes:

- DeCS: Violencia obstétrica, cuidados de enfermería, prevención, enfermería, salud mental, factores de riesgo.
- MESH: Obstetric violence, nursing care, prevention, nursing, mental health, risk factors.

Filtros aplicados: fecha de publicación (2018-2023). También se emplearon los booleanos para realizar la búsqueda ‘AND’, ‘OR’ y ‘NOT’.

Búsqueda en Pubmed

Obstetric violence	2.694 resultados
Obstetric Violence AND nursing	404 resultados
Obstetric Violence AND nursing AND prevention	128 resultados
Obstetric Violence AND Risk Factor's	758 resultados
Obstetric Violence AND Nursing Care	363 resultados

Búsqueda en Scielo

Violencia Obstétrica	31 resultados
Violencia Obstétrica AND enfermería	20 resultados
Violencia Obstétrica AND prevención	1 resultado
Violencia Obstétrica AND Cuidados de enfermería	5 resultados

Búsqueda en Google Scholar

Violencia Obstétrica	16.000 resultados
Violencia Obstétrica y enfermería	8.460 resultados
Violencia Obstétrica y prevención	14.900 resultados

Violencia Obstétrica y Cuidados de enfermería	7.620 resultados
Violencia Obstétrica y Factores de riesgo	9.860 resultados

Tabla 1: Búsqueda bibliográfica. Realizado por elaboración propia.

Dentro de la búsqueda total de los artículos bibliográficos los criterios de inclusión para realizar la selección de entre todos los artículos fue la siguiente:

- Principalmente que los artículos se centraran en la violencia obstétrica y los cuidados de enfermería.
- Que los artículos estuviesen en español, inglés o portugués.
- Que la mayoría de los artículos estuviesen publicados dentro de los últimos 5 años.
- Que los térmicos DeCS y/o MeSH se encontrasen incluidos dentro de los artículos.

A continuación, se encuentra reflejada en la *Figura 1*, un diagrama dónde se muestra la selección de los artículos en la búsqueda bibliográfica.

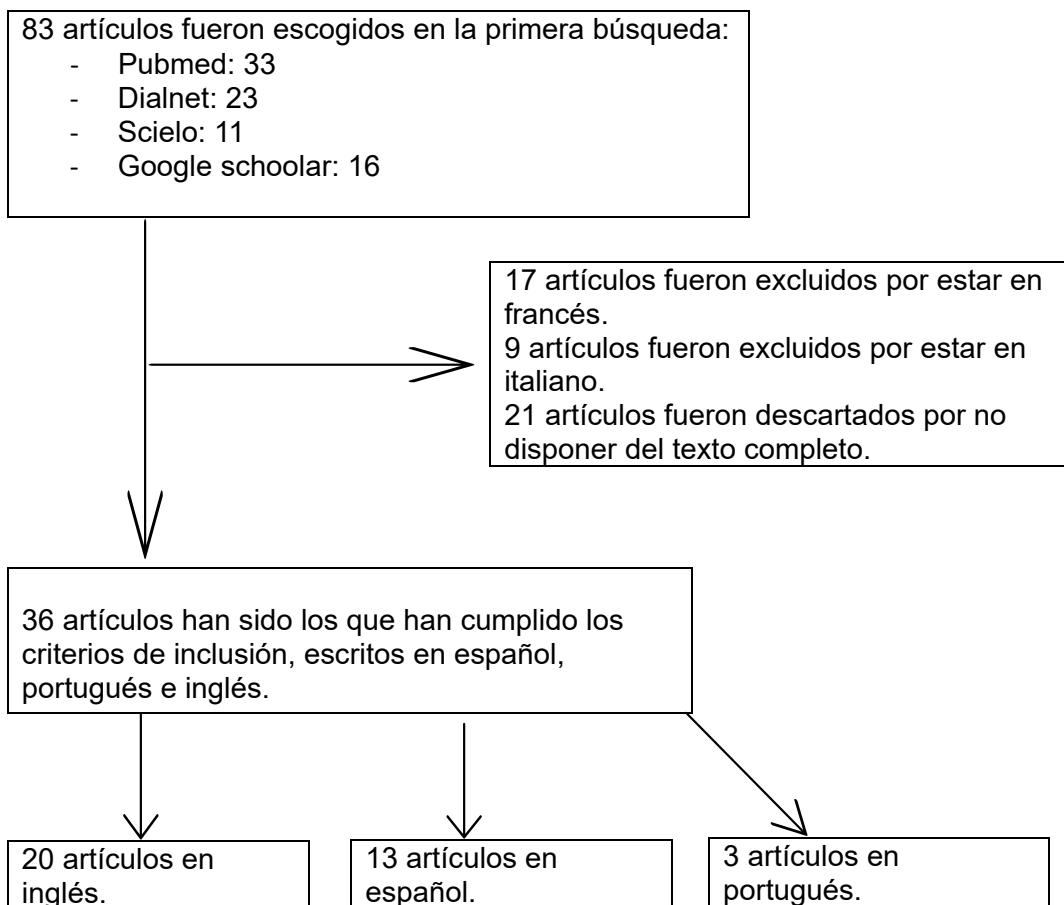


Figura 1: Diagrama de estrategia de búsqueda bibliográfica.

3 ESTADO DE LA CUESTIÓN

3.1 Fundamentación.

El ciclo que procesa todo el complejo mundo que rodea el concepto de la gestación, parto y el puerperio se reconoce que supone un acto significativo y que conlleva mucha intensidad, no sólo para la madre sino también para el bebé y la futura conexión que tendrán el uno con el otro. A pesar de ello, el concepto general que se tiene de este proceso se suele centrar más en la patologización del mismo, posiblemente por la antigua idea que se ha tenido sobre que el embarazo y sobretodo el parto pueden llegar a ser peligrosos; en lugar de dedicarse a las necesidades de la madre tanto a nivel psicológico como físico y la del bebé, teniendo también en cuenta toda la serie de cambios que experimenta el cuerpo de la mujer donde se producen alteraciones hormonales, físicas y emocionales (1). Teniendo en cuenta esto, durante todo este proceso, se puede llegar a llevar a cabo de manera accidental o deliberada el exceso de autoridad por parte de los profesionales sanitarios (médicos u enfermeras principalmente), actividades que vulneran más el estado de la mujer, tratos u actos que llevan al paternalismo o infantilismo de la mujer embarazada vulnerando así los derechos fundamentales de ésta (2,9).

3.2 Contextualización del parto y definición de la violencia obstétrica.

El parto, es un proceso natural en la vida de las mujeres que suele estar asociado al dolor y sufrimiento olvidando por otro lado que representa en sí una nueva etapa en sus vidas. El trabajo del parto es fisiológico, pero este puede ser influenciado por numerosos factores tales como los culturales, mentales, el estado emocional, las experiencias previas que haya tenido la parturienta y todas las circunstancias que rodean a la mujer en ese momento. Incluso teniendo en cuenta todos estos datos, en España se han tratado los partos como si fuesen una patología para así mejor prevenir unas posibles complicaciones. Por lo tanto, el modelo de parto existente en el país pone primordialmente el énfasis en la importancia del obstetra y resto de profesionales y en donde se relega a la mujer a un rol meramente colaborativo en el cual se le lleva a seguir las órdenes que le den los sanitarios (3).

Todos estos tratos negativos que reciben tanto la mujer como el bebé se denominan violencia obstétrica. La violencia obstétrica se define como los actos, palabras o prácticas por parte de los profesionales de la salud a las mujeres durante su embarazo, parto y el puerperio que por acción u omisión son actos violentos o se perciben como violentos. Este concepto no ha sido en sí muy aceptado por la comunidad de las ciencias de la salud, teniendo en cuenta de que en muchos países ni siquiera se reconoce en sí

el concepto de violencia obstétrica y fue tan sólo en 2020 cuando la Organización Mundial de la Salud reconoció el término como un problema. Aun así, no existe un consenso global sobre la definición de este tipo de violencia, recalando lo invisibilizado y normalizado que está este tipo de trato a nivel social.

La violencia obstétrica constituye un problema de ámbito global que lleva existiendo desde siempre. Aún así prácticamente todos los estudios y conceptos que se han desarrollado sobre esta temática son muy recientes y por lo tanto el público, a nivel general, carece de información sobre esta cuestión. Obviamente existe una falta de concienciación acerca de la violencia que se puede ejercer sobre la mujer embarazada desde el ámbito profesional sanitario (4,6).

Dentro de las formas de violencia obstétrica más observadas se destacan el paternalismo por parte de los sanitarios, la ridiculización, las prácticas innecesarias y sin consentimiento, la humillación, el abuso verbal o la falta de autonomía de las mujeres. Desde la primera etapa del embarazo hasta el puerperio se superponen una serie de complejos procesos por los cuales las mujeres llegan a sufrir un gran impacto tanto físico como psicológico. También es un proceso íntimo y familiar que con el paso del tiempo se ha convertido en una intervención médica más, en donde la mujer ha adquirido un rol más secundario y pasivo y donde los sanitarios son los que dominan y en muchas ocasiones toman las decisiones en nombre de la futura madre (4). Dentro de las prácticas realizadas a las mujeres embarazadas podemos encontrar procedimientos iatrogénicos o actos que ya han sido considerados como inadecuados. Citaremos por ejemplo la maniobra de Kristeller o la práctica de cesáreas innecesarias y en dónde, según unos estudios realizados en España entre el año 2018 y 2019, se señaló la asociación del nivel de intervencionismo por parte de los profesionales con una clara situación representativa de violencia obstétrica (5,6).

A pesar de la nueva popularización y mayor interés por el hecho de la violencia obstétrica hoy en día, se demuestra a nivel global las evidentes carencias sobre la prevención o utilización de escalas y herramientas con las cuales se puede llegar a medir y evaluar las experiencias de las mujeres en lo relativo a este tipo de violencia. Y aunque existieran dichas herramientas posiblemente su uso se vería muy limitado. A pesar de todo esto se proponen métodos o acciones tales como la clarificación y la adherencia del proceso informado o la capacitación de las mujeres para rechazar las intervenciones médicas a fin de llegar a reducir actividades y acciones innecesarias. Muchas mujeres no llegan a ser conscientes de sufrir dicha violencia, principalmente por la falta de un conocimiento sobre la misma y por el exceso de confianza hacia el personal sanitario.

Esto puede conducir a la pérdida de su autonomía en cuanto a la toma de decisiones libres y adecuadas para su correcta atención médica (6). Es importante abordar la violencia obstétrica a nivel económico, legislativo, educativo e investigativo con un enfoque multidisciplinario para la participación activa de las mujeres en las decisiones de atención materna.

3.3 La violencia obstétrica en el mundo sanitario

Dentro del mundo socio – hospitalario, las enfermeras forman parte de este gran colectivo de profesionales, siendo igualmente partícipes en la atención y cuidado a la mujer embarazada. En su trabajo de enfermería, pudieron muchas veces llegar a ser partícipes o haber observado alguna forma de violencia obstétrica. Siendo esta clasificada en 5 tipos diferentes: institucional, física, psicológica, estructural y sexual. Las enfermeras acompañan a las mujeres embarazadas durante todo su proceso y deberían poder ser capaces de identificar los factores clave de este tipo de violencia y saber cómo abordarlos, para así disponer de una mayor capacitación y concienciación con vistas a la eliminación de las incidencias en todo el proceso (prenatal, parto y el puerperio) (7). A continuación, en la *Tabla 2* se puede observar la diferente tipología del maltrato y violencia obstétrica a las mujeres.

Maltrato físico <ul style="list-style-type: none"> - Uso de la fuerza. - Restricciones innecesarias. - Golpes o cualquier acción que cause dolor o daño a la mujer. 	Maltrato verbal <ul style="list-style-type: none"> - Culpabilidad y maltrato psicológico. - Palabras y tonos de voz agresivos. - Insultos y amenazas.
Discriminación y estigma <ul style="list-style-type: none"> - Basado en las características sociodemográficas y las condiciones de vida de la persona. 	Incumplimiento del estándar de atención sanitaria <ul style="list-style-type: none"> - Falta de consentimiento y confidencialidad. - Falta de dignidad. - Negligencia en la práctica.
Maltrato de los profesionales <ul style="list-style-type: none"> - Pérdida de la autonomía. 	Estructura y políticas del sistema sanitario

<ul style="list-style-type: none"> - Realización de prácticas innecesarias. - Falta de apoyo y comunicación en el cuidado. 	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de recursos. - Falta de protocolos. - Evasión de la responsabilidad.
--	--

Tabla 2. Tabla de la Tipología del maltrato. Realizado a partir de elaboración propia a partir de los datos obtenidos en: <https://www.kractivist.org/first-time-cedaw-committee-gives-a-decision-on-obstetric-violence/>

A nivel legislativo fue Venezuela el primer país en aprobar el término de violencia obstétrica (VO) y legislar sobre ello. Más tarde países como México y Argentina aprobaron de igual manera alguna normativa al respecto. En contrapartida España recientemente (desde 2020) menciona la VO en sus leyes e incluso no se termina por dar una aprobación del término de violencia obstétrica. Un estudio realizado en Venezuela mostró que este tipo de violencia sigue persistiendo tanto en la sanidad pública como en la privada a pesar de la existencia cada vez más generalizada de leyes que protegen a las mujeres en este tipo de situación. Este estudio recalcó la importancia de implementar medidas más eficaces en la prevención de la violencia obstétrica (7,8).

3.4 La violencia obstétrica y sus consecuencias.

La violencia obstétrica llega a desencadenar una serie de consecuencias en las mujeres embarazadas durante e incluso después del parto. Existe el riesgo que las mujeres puedan llegar a desarrollar depresión postparto o incluso trastorno del estrés postraumático. Demostrando así la implicación y las secuelas que pueden dejar las prácticas médicas deshumanizantes, invasivas y faltas de respeto a estas mujeres por un trato desconsiderado. Se puede incluso llegar a repercusiones más graves como la hipoxia neonatal o hemorragias.

Se ha comprobado que un pequeño pero importante porcentaje de mujeres desarrollaron trastorno de estrés postraumático o algún grado de éste en función de sus propias experiencias de parto traumático, ocasionado por las acciones u omisiones de los sanitarios, esto llega a impactar gravemente en la vida de estas mujeres. En este caso no sólo se destaca la aparición de este tipo de trastornos en las parturientas sino también entre el personal sanitario. Este trato deshumanizado y de generalización del abuso ha llegado a afectar a los profesionales, refiriendo culpa por no haber podido ayudar a sus pacientes en sus momentos más íntimos y vulnerables como puede ser todo el proceso del embarazo (9).

Es importante que estos mismos profesionales entiendan y observen la profundidad del concepto de la violencia obstétrica y las secuelas que pueden dejar tanto en las mujeres como en los sanitarios. Siendo esto la causa, en muchas ocasiones, del porqué estos mismo sanitarios siguen ejerciendo este tipo de violencia. La falta de habilidades, de formación e información y una ausencia de introspección, implican dificultades para discernir todos los aspectos emocionales del parto, el trauma que pueden albergar tanto las pacientes como los sanitarios. Igualmente, se tendrá en cuenta el síndrome de burnout como elemento contributivo a la repetición de actos constitutivos de violencia obstétrica (9,5).

Una exposición realizada en Brasil llamada ``Sentidos del nacimiento'' sirvió como iniciativa para que las mujeres embarazadas adquiriesen un mayor conocimiento sobre la violencia obstétrica, considerada también como una rama de la violencia de género (10). Para que así sepan reconocer las prácticas sanitarias dañinas para ellas y donde se necesita con urgencia modificar este tipo de prácticas, cuidados y modelos. Ya que la violencia obstétrica no solo afecta a las mujeres, sino que también tiene consecuencias en el aumento de la mortalidad infantil. Por ende, se debe concienciar de manera simple y respetuosa con el objetivo de mejorar la salud materno – infantil (9 - 11).

Según otro estudio realizado en Brasil, por lo menos 1 de cada 4 mujeres ha sufrido de violencia obstétrica en el parto (en España un 38,3% de las mujeres afirmaron haber sufrido de violencia obstétrica). Se determinó que la integridad física y bienestar emocional no son prioridades y no existe apenas investigación sobre la satisfacción y emociones de las mujeres en el proceso de dar a luz. Todos estos malos tratos y abusos son respaldados por un test sobre violencia obstétrica, donde se observa que al menos la mitad de las mujeres expresaron malestar e insatisfacción en los cuidados por parte de los profesionales y el hospital. Para poder hacer frente a esta realidad cada vez más conocida, la enfermera obstétrica desempeña un papel muy importante y debe respetar los derechos básicos de las mujeres y preservar la dignidad, preferencias, elecciones y emociones de dichas mujeres contribuyendo así a la reducción de estas prácticas violentas (11).

3.5 El método de parto.

El modo de parto se encuentra muy asociado con la salud mental materna tras el alumbramiento. Nombraré principalmente los 3 métodos de parto más comunes que son el parto vaginal, la cesárea y el parto instrumentado. De todos ellos el parto vaginal, si no existe complicaciones graves, suele tener mejores resultados en cuenta a la salud

mental de la madre durante el postparto ya que se asocia a un proceso natural (12). Este parto induce algunos cambios fisiológicos y hormonales beneficiosos para la mujer. Por otro lado, algunas investigaciones sugieren, en el caso de la cesárea, que en esta forma de parto existe un mayor riesgo de que la mujer sufra de depresión postparto en comparación con las mujeres que tienen partos vaginales (13 -15). Esto se debe a que el proceso de recuperación es diferente, siendo la cesárea más desafiante para la mujer tanto física como psicológicamente. En cuanto al parto instrumentado, se suelen obtener diferentes respuestas a nivel psicológico en las madres, que pueden interpretar el proceso como traumático o no tanto y por consiguiente los resultados en la salud psicológica de la madre pueden ser variados (14).

Los tres métodos de parto arrojan un nivel de impacto emocional en la mujer. La cesárea y el parto instrumental suelen exhibir un nivel de estrés psicológico mayor. Si a todo esto le sumamos cualquier tipo de violencia obstétrica, la carga emocional negativa se incrementa y puede llegar a dañar la salud mental de la madre (15). La violencia obstétrica y el modo de parto están interrelacionados en lo relativo a la atención materna. Esta última puede experimentarse negativamente por parte de la mujer creando así un trauma con consecuencias de corto y largo alcance. En el parto vaginal se puede llegar a presentar la violencia obstétrica con actos como falta de consentimiento informado, intervenciones médicas innecesarias, comportamientos o abusos verbales (como puede ser el punto para el marido), incluso episiotomías forzosas o realizadas sin consentimiento (16,17). A continuación, en la *Tabla 3* se muestra el porcentaje de desgarros de un estudio de un grupo de mujeres de E.E.U.U que les realizaron una episiotomía y otras que no se la realizaron.

	Total partos	Casos de desgarros de grados III o IV.	% de desgarros de grado III o IV sobre el total de las mujeres.
Total mujeres	87.267	2.521	2,9%
Con episiotomía	22.114	1.575	7,1%
Sin episiotomía	65.153	966	1,5%

Tabla 3. Estudio de casos por desgarros en partos con o sin episiotomía. Elaboración propia a partir de los datos obtenidos de: La episiotomía sistemática, una forma de violencia hacia la mujer | El Parto es Nuestro [Internet]. 2013. Disponible en: <https://www.elpartoesnuestro.es/blog/2013/09/13/la-episiotomia-sistematica-una-forma-de-violencia-hacia-la-mujer>

En la cesárea, la violencia obstétrica puede manifestarse con la cesárea en sí, siendo esta innecesaria ya que no tiene una justificación adecuada o en sí por la falta de apoyo e información de este proceso quirúrgico. Este maltrato que pueden llegar a sufrir las

mujeres durante el parto impactará negativamente en su vivencia y experiencia del parto y en el vínculo que tendrá con el recién nacido (18). Por ello, es de gran importancia hacer partícipe a la mujer en la toma de decisiones y ajustar lo mejor posible el modo de parto e incorporar cualquier sugerencia o idea proveniente de la mujer para hacer de este momento una vivencia ni violenta ni traumática.

3.6 El vínculo materno – infantil y experiencias de mujeres multíparas ante la violencia obstétrica.

Otra de las consecuencias importantes de la violencia obstétrica es el riesgo producido a la hora de la formación del vínculo materno – infantil. El concepto de este vínculo es referente a la conexión afectiva y emocional que desarrolla la madre con su bebé desde el momento del crecimiento del feto. Este vínculo es de gran importancia y esencial para todo la formación saludable del bebé, impactando significativamente en su bienestar a lo largo del tiempo. Este vínculo tiene comienzo en el embarazo, cuando la madre empieza a experimentar la conexión que tiene con su hijo que está creciendo en su interior (19,20). Este vínculo va fortaleciéndose progresivamente tras el parto a través del contacto físico entre el recién nacido y su madre.

Este vínculo proporciona al bebé una seguridad base para que pueda moverse y explorar lo que le rodea y poder así llegar a relacionarse con su entorno y los demás de manera saludable en sus futuras relaciones. Dependiendo de la calidad del vínculo, éste podría tener efectos duraderos en el futuro de su salud emocional y el bienestar del niño. Este es un proceso que crece junto al niño de manera dinámica (21).

Dicho esto, la violencia obstétrica puede llegar a afectar dicho vínculo debido a experiencias negativas durante el alumbramiento que afectarán a la conexión de la madre con su bebé tras el parto y los siguientes meses. Esta violencia puede con el tiempo dejar una serie de consecuencias físicas y psicológicas tanto para la madre como para el bebé. Este vínculo se establece desde el embarazo hasta los 12 primeros meses tras el parto, donde se iniciará un tipo de apego, el apego seguro, el cual supondrá que la calidad y el desarrollo de este vínculo se implique en la vida del infante directamente durante su crecimiento. En estudios revisados de los últimos 10 años de la literatura científica se ha indicado que los procedimientos de este tipo de violencia afectan al vínculo materno – fetal al igual que al materno – infantil y al apego y que han llegado a provocar a la madre problemas como síntomas depresivos o de estrés y al infante dificultades durante su crecimiento incluidos cambios de comportamiento, etc. Este tipo de evidencias demuestran una vez más la necesidad de formar y concienciar al personal sanitario y a la sociedad sobre esta violencia para así llegar a reducir su incidencia (22).

A continuación, en la siguiente *Tabla 4* aparecen una serie de recomendaciones para la vinculación materno – infantil.

<i>Recomendaciones para el vínculo materno – infantil.</i>
<ul style="list-style-type: none">- El contacto piel con piel. Favorece al crecimiento y desarrollo saludable del bebé.- Durante el parto y alumbramiento, si es posible poner al bebé con la madre y darle la primera toma.- El contacto ocular.- Conversar y hacer escuchar al bebé la voz de los cuidadores.- Imitar los movimientos y las vocalizaciones o gorgojeos del bebé.- El método canguro (la madre o el padre).- A través de la lactancia.- En bebés prematuros la realización de pequeños masajes para lactantes con técnicas adecuadas.

Tabla 4. Recomendaciones para la formación del vínculo materno – infantil. Tabla de elaboración propia a partir de los datos de: Vinculación con su bebé. (s/f). Kidshealth.org. Recuperado el 18 de marzo de 2024, de <https://kidshealth.org/es/parents/bonding.html>

La violencia obstétrica como cualquier otro tipo de violencia se puede vivir más de una vez y esto lo experimentan mujeres que son multíparas. Al haber pasado por el proceso del embarazo varias veces les habilita para tener una visión más global de que tipos de tratos y cómo funcionan las actuaciones médicas presentes durante el embarazo. Las mujeres que son multíparas pueden haber sufrido en alguna o todas sus gestaciones algún tipo de violencia obstétrica lo que les puede haber provocado alguna incomodidad, miedo o trauma en sus siguientes embarazos convirtiéndolos en experiencias traumáticas internalizadas (23).

Un estudio realizado en 2019 por mujeres multíparas se centró en la percepción de éstas en sus propias experiencias de violencia obstétrica. El estudio se basó en una serie de entrevistas, en las cuales analizaron sus diferentes vivencias. En los resultados se comprobó que al menos el 40% había sufrido alguna forma de violencia obstétrica. Los resultados dividieron los sujetos en dos grupos significativos: la violencia obstétrica en mujeres primerizas y en mujeres multíparas. Las primerizas destacaron la falta de

respeto por parte de los profesionales, la trivialización de su dolor y sumando la violencia psicológica con comentarios despectivos afectando así su toma de decisiones durante el proceso del parto (23,24). Por otro lado, las mujeres multíparas describieron una mayor violencia obstétrica relacionada con un alto número de hijos. En donde se pone de manifiesto las faltas a su dignidad y ciertas intervenciones innecesarias, generando así más traumas a estas mujeres. Esta comparación entre los dos grupos sigue evidenciando este tipo de violación contra el derecho reproductivo y sexual de las mujeres, siendo las mujeres tratadas diferentemente según la cantidad de hijos que tengan (24). Se destaca el hecho de que muchas de estas mujeres no se describieron como víctimas de la violencia obstétrica principalmente por la falta de concienciación sobre este tema, no sólo a nivel sanitario sino a nivel social, afectando a su capacidad de detectar esta violencia y actuar en consecuencia.

3.7 Conocimiento y nivel de conciencia sobre la violencia obstétrica.

Las percepciones de los profesionales sobre la violencia obstétrica son muy diversas y varían ampliamente en todo el mundo. Estas están influenciadas por factores culturales, individuales y según la formación que dispongan los sanitarios. Principalmente los factores por los que los profesionales pueden llegar a realizar prácticas de violencia obstétrica suelen ser básicamente por la falta de conciencia sobre el asunto (25). Algunos profesionales no están plenamente conscientes de la existencia en sí de la violencia obstétrica o de las repercusiones de esta. Muchos profesionales consideran estas prácticas como normales y comunes y las realizan de manera mecánica, automática y rutinaria. Ciertas intervenciones o cuidados podrían considerarse como violencia obstétrica por ser ya obsoletas o por la falta de información o consentimiento al realizarlas (26). En ciertas culturas, algunas prácticas pueden considerarse aceptables al estar influenciadas por tradiciones o creencias y estos actos pueden realizarse sin tener plena conciencia de ello y sin tener en cuenta el impacto negativo que puede sufrir la mujer. Existen prácticas tradicionales y que siempre se han mantenido inalterables, por lo que puede haber profesionales que opongan resistencia a adoptar nuevas y modernas técnicas o intervenciones menos violentas que demuestren ser más respetuosas y centradas en el bienestar de la mujer (26 – 28). Se deberían tomar medidas para que futuros cambios incidan positivamente en la atención materna.

El nivel de conciencia sobre cuestiones de violencia obstétrica está cada vez más elevado. Esta problemática es un tema ahora mejor conocido y abordado entre las comunidades sanitarias y la sociedad (29). Se están observando y analizando, cada vez

más, los patrones relativos a la atención indigna y abusiva hacia las mujeres embarazadas. Diversos estudios realizados evaluaron el nivel de concienciación entre los profesionales en diferentes hospitales mostrando que al menos la mitad de dichos profesionales habían oído hablar sobre la violencia obstétrica y en un caso, al menos un 63% ha estado en presencia de comportamientos violentos obstétricamente (30). Todos los profesionales supieron reconocer las deficiencias en la atención a la mujer. Entre las enfermeras/matronas y médicos, éstos últimos fueron menos propensos a cambiar la percepción que tenían sobre cómo debería ser la atención a estas mujeres.

Es importante que no sólo los profesionales sino los estudiantes tengan alguna noción sobre la temática de la violencia obstétrica. Esta última puede llegar a conocerse por vivencias propias, es decir, por haber presenciado este tipo de violencia y por haberse informado sobre el tema por cuenta propia o por un aprendizaje más formal (cursos, másteres, charlas, etc.) (31,32). Los estudiantes de enfermería pueden sentirse algo desorientados o incluso desinformados al no ser conscientes de este tipo de violencia si no realizan rotaciones en unas prácticas relacionadas con obstetricia y ginecología o si no abordan el tema en clase (32).

En España como ya he comentado previamente, el término de violencia obstétrica no está ampliamente aceptado y dada su naturaleza estructural provoca entre los profesionales principalmente una falta de conciencia ante su presencia (33,34). Es un fenómeno considerado tabú, encubierto y escondido por los profesionales. Un estudio realizado en España con estudiantes y profesionales sirvió como exploración sobre las experiencias de violencia obstétrica. El estudio reveló tres puntos importantes: los factores contribuyentes, las experiencias ante la VO y las consecuencias. La teoría que desarrollaron propone una definición de la violencia obstétrica y el ofrecimiento de un marco estructurado basado en el género para controlar el impacto en la salud de las mujeres (35). Si bien al artículo propone una comprensión del término y del fenómeno de la VO al igual que una contribución continua sobre las investigaciones y el desarrollo de proposiciones de cambio para erradicar el problema en España y a nivel mundial.

Es importante que los estudiantes de la rama de la salud como pueden ser enfermeras, médicos o fisioterapeutas sepan y tengan conciencia sobre este problema ya que en el futuro pueden llegar a ser partícipes de esta violencia a la hora de atender a las mujeres embarazadas. Es necesario que durante sus años de estudio puedan acceder a información, charlas o incluso a prácticas donde puedan observar en primera persona que tipos de intervenciones se realizan en la atención maternal y cómo hacerlo de manera correcta. Si bien es cierto que gracias a las redes sociales y al papel que hoy

en día existe sobre la promoción de los derechos de las mujeres, éste es un tema en auge. Los estudiantes tienen mayor posibilidad de conocer este asunto, tomar conciencia e intentar realizar cambios. Por supuesto y a pesar del aumento de conocimientos e información sobre este problema, existen todavía muchas lagunas debido a una falta de definición clara, precisa y concisa y a una legislación adecuada que permita una actuación de los actores comprometidos y las víctimas de este tipo de violencia (36).

3.8 Conclusión

Para concluir, la violencia obstétrica es una problemática global que llega a afectar negativamente a la experiencia de parto para la madre en donde se compromete su bienestar físico y mental además del fetal. La necesidad de una legislación para llegar a proteger a las mujeres es absolutamente necesaria. La implementación de leyes o la regulación de normas que sean efectivas puede contribuir a que la atención maternal sea respetada y centrada en la madre y su bebé de forma autónoma. Estas leyes pueden fomentar la sensibilización y ayudar a la continua formación de los profesionales sanitarios, así como de proteger a las mujeres en un momento vulnerable como es el parto y postparto al aplicar unas intervenciones éticas y respetuosas donde se garantice una atención digna. El fomento de una mayor legislación sobre esta violencia obstétrica contribuirá también a un descenso de las consecuencias indeseadas de ésta tanto a nivel del paciente como a nivel del sanitario, promoviendo una práctica sana y efectiva para todos.

También es de gran importancia que las enfermeras sepan detectar y manejar la violencia obstétrica. Esto es debido a la gran proximidad que tienen con sus pacientes, no sólo a nivel sanitario sino por las interacciones y la relevancia que tienen en el apoyo de estas mujeres durante sus embarazos, partos y puerperios. Esto permite tener un ambiente de confianza con ellas en donde podrán observar signos tempranos de violencia obstétrica y tener una comunicación abierta y de confianza con la que puedan comentar sus experiencias traumáticas.

Las enfermeras, deben tener una formación continua al igual que otros sanitarios, por ende, deben conocer las mejores opciones posibles para asesorar y promocionar la autonomía de las futuras madres además de ofrecer los cuidados más actuales y aquellos que se consideren menos recomendables y violentos. Por ello, la contribución de la formación de las enfermeras para prevenir y manejar la violencia obstétrica podrá mejorar significativamente la calidad de la atención además de promover un ambiente más seguro y respetuoso a las mujeres durante el embarazo y parto.

4 JUSTIFICACIÓN

La violencia obstétrica es un tema de relevancia hoy en día dada la constante importancia que están adquiriendo los derechos de las mujeres, y especialmente aquellos centrados en la atención materna y del bebé. Como estudiante de enfermería me parece que este asunto es de interés para poder así mejorar en la calidad de los cuidados sanitarios, en particular los de enfermería. Si bien esta problemática lleva existiendo desde los inicios, actualmente no cuenta con demasiadas investigaciones previas o estudios longitudinales en los que se puede detallar la prevalencia y las consecuencias que la violencia obstétrica pueden llegar a causar (26).

Teniendo en cuenta lo relevante y única que puede ser toda la etapa del embarazo, parto y puerperio, es significativo destacar, sobretodo en estos días de empoderamiento de la mujer, la necesidad que ésta ocupe el rol principal en este proceso. Los diversos estudios realizados anteriormente no son suficientes teniendo en cuenta la gravedad del problema a nivel mundial y de las escasas actuaciones establecidas en contra de la violencia obstétrica. Este trabajo, está enfocado principalmente en el rol de enfermería en cuanto al abordaje de este tipo de violencia. La enfermera debido a sus competencias y funciones forma el cuerpo sanitario de primera línea, puesto que en el día a día la atención prestada a las pacientes es principalmente realizada por este colectivo. Por consiguiente, es de vital importancia la capacitación de dichos profesionales para reconocer y así poder evitar este tipo de agresión a sus pacientes (27). Este estudio, puede servir de base al igual que los otros anteriores, no solamente para una mayor concienciación a nivel social y sanitario; pero también en un futuro desarrollo de legislación pertinente que elabore una serie de medidas, protocolos y normas relativas a este fenómeno.

Este trabajo pretende también enfocar la atención hacia el aspecto emocional y psicológico experimentado por las mujeres. Y aunque sea difícilmente medible y en parte subjetivo, el estado emocional puede incidir negativamente no solamente en la propia salud física y mental de la mujer, pero también en la del recién nacido. Hoy en día el cariz psicológico – emocional de la experiencia humana, es cada vez más tenido en cuenta por su gran implicación en el bienestar, felicidad y equilibrio de las futuras madres (30). Por lo tanto, el objetivo de este estudio no solamente es de intentar recalcar la importancia de un reconocimiento y subsanación de ciertas actitudes agresivas hacia la mujer y su infravalorización durante una vivencia única, pero también insistir en la obligación de atender a sus emociones y su necesidad de sentirse partícipe en un momento tan singular de su vida.

5 METODOLOGÍA

5.1 Población y captación.

5.1.1 Población diana.

El objetivo de población accesible de este proyecto educativo se centra en los profesionales sanitarios, en concreto, el equipo de enfermería que desarrolla su actividad en los servicios de ginecología y obstetricia. Con el propósito de humanizar la atención hacia la parturienta, evitando prácticas a veces habituales pero negligentes hacia las pacientes.

En este proyecto también podrán formar parte las alumnas y alumnos universitarios que estén de prácticas en estos servicios incluyendo asimismo a enfermeras que hayan realizado el EIR para ser matronas. La población elegible será todos aquellos profesionales o estudiantes interesados en participar en este proyecto. Aunque este estudio esté centrado en el personal de enfermería sería muy deseable la participación de otros equipos sanitarios, como pueden ser los facultativos especializados en ginecología y obstetricia formen parte de este proyecto para que tengan conciencia sobre la violencia obstétrica que pueden llegar a ejercer contra las mujeres y que repercuten en las actuaciones del personal de enfermería.

El proyecto educativo se desarrollará en el Hospital Materno Infantil La Paz. Este hospital ha sido catalogado a nivel mundial como uno de los mejores en cuanto al servicio de ginecología y obstetricia, además de ser en España uno de los hospitales más grandes a nivel asistencial en este servicio. Aún así, según una comparativa de varios centros hospitalarios realizada entre los años 2010 a 2020 se señala que La Paz tiene una tasa de cesáreas superior a otros hospitales como por ejemplo el Gregorio Marañón aún teniendo casi el mismo número de partos.

Aunque esta gráfica no mencione exclusivamente si son cesáreas por complicaciones o si son innecesarias, el porcentaje es muy superior a la recomendación de la OMS, que apunta a unas tasas recomendadas de entre el 10 – 15%. Si bien las cesáreas sin indicación pueden llegar a constituir una parte de la violencia obstétrica, este proyecto también se centrará en las otras formas existentes de este tipo de violencia, desde verbales como puede ser tratos infantiles, vejatorios o paternalistas, así como prácticas físicas tales como una episiotomía o una cesárea innecesaria como ya se ha mencionado.



Gráfico 1. Fuente: https://www.eldiario.es/sociedad/busador-consulta-tasa-partos-cesarea-hospital-espana_1_9622470.html

Los criterios de inclusión en este proyecto serán los siguientes:

- Formar parte del servicio de los profesionales sanitarios, en formación o titulados del servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Materno Infantil La Paz.
- Para los estudiantes (de enfermería, medicina, matrona o residentes), estar realizando prácticas en dichos servicios.
- Carácter voluntario en la participación del propio proyecto.

5.2 Captación.

Se usará un método de captación activa. Se contactará con el Hospital Materno Infantil La Paz para organizar y establecer un acuerdo para la realización del proyecto en los servicios de ginecología y obstetricia. Se concertará una reunión con la dirección del hospital y de dichos servicios para la explicación y aprobación del proyecto. Una vez obtenidos los permisos del hospital, se realizará varios métodos de captación de la población previamente acordada para que puedan acceder al curso. Los diferentes métodos serían:

- **Carteles y folletos:** se repartirán por los servicios a todos aquellos que cumplen los criterios de inclusión, es decir, matronas, alumnos, enfermeras... además de colocar en puntos estratégicos carteles con contenido del curso (Anexo 1).
- **Charla informativa:** se acudirá directamente a los servicios de ginecología y obstetricia (servicios de reproducción asistida, planta de preparto, consultas externas de obstetricia, paritorio, urgencias de maternidad, planta de embarazo patológico y servicio de ecografía y registros, hablar con el personal (matronas, enfermeras generalistas, médicos y TCAEs) para comentarles sobre el curso y las diferentes sesiones sobre el proyecto para captar a todos los interesados.

- **Reunión con las supervisoras:** se concertará una reunión con las supervisoras de las unidades para que puedan comentarle al resto del equipo sobre el proyecto, además de poder ayudar a organizar según los horarios y turnos de las enfermeras y los estudiantes.
- **Vía email:** se enviarán correos con la información del curso a los miembros del equipo sanitario y los estudiantes para que puedan leer los contenidos del proyecto, duración, horarios y objetivos, además de poder aceptar la participación en él mismo.

6 OBJETIVOS

6.1 Objetivo general.

Prevención de la violencia obstétrica para la mejora de la atención sanitaria por parte de los profesionales sanitarios.

6.2 Objetivos específicos.

6.2.1 Objetivos de conocimiento.

- Conocer el concepto de violencia obstétrica.
- Discriminar entre los diferentes tipos de violencia obstétrica dentro de cada etapa del embarazo de la mujer.
- Detección de las técnicas más desaconsejadas o violentas que se realizan a las mujeres embarazadas.
- Tener conocimiento sobre la visión sanitaria y social que se tiene sobre la violencia obstétrica.
- Identificar los recursos y medios existentes en el hospital para que las mujeres que hayan sufrido algún tipo de violencia obstétrica puedan dar voz a su problema y denunciar.
- Conocer estrategias que se puedan utilizar para remediar los problemas de violencia obstétrica.
- Identificar cuáles son los cuidados y técnicas que pueden producir más violencia obstétrica a las pacientes.
- Enseñar la existencia de los diferentes planes y tipos de parto que se pueden sugerir a las pacientes para que puedan elegir.

6.2.2 Objetivos de habilidad.

- Aplicar la enseñanza de las diferentes posturas durante el parto (en cucillitas, de pie, en el agua, de manos y rodillas...).
- Reaccionar y saber actuar ante la violencia obstétrica tras haber realizado talleres en donde se haga rol – play con casos de violencia obstétrica.
- Tener una mejor habilidad para poder comunicarse con las embarazadas para evitar tratos paternalistas o infantilistas.
- Realizar apuntes por parte del personal de enfermería de cualquier trato estimado violento para su posterior debate y tratamiento del asunto.
- Tener habilidades para realizar pruebas o exámenes rutinarios a las mujeres para que no puedan sentirse violentadas.

6.2.3 Objetivos de actitud – emociones.

- Tener una actitud tolerante y comprensiva para reconocer y apoyar la autonomía de las madres donde tengan el rol principal.
- Mostrar una actitud abierta y de escucha activa en donde se tenga un ambiente de confianza con la paciente para que pueda expresar sus pensamientos, emociones y dudas que le surjan en cualquier momento.
- Apoyo entre las compañeras en casos de síndrome de burn – out o de estrés post – traumático por violencia obstétrica, para que no teman hablar y abrirse entre ellas.
- Fomentar el diálogo abierto y sin tapujos ni prejuicios sobre la violencia obstétrica.
- Apoyar a la mujer para que tenga autoconfianza en la elección de la postura en el parto.
- Mostrar una actitud de interés por conocer las diferentes expectativas de las futuras madres.

6.3 Contenidos

En la introducción:

- Se realizará la presentación de los miembros que forman parte del proyecto.
- Se realizará un sondeo para comprobar los conocimientos previos de los participantes sobre la violencia obstétrica.
- Se presentará de forma breve los contenidos que se darán en el curso.

Contenidos:

Tema 1: ¿Qué es la violencia obstétrica?

- Concepto de violencia obstétrica.
- Cuidados y prácticas que puedan generar más violencia obstétrica.
- Violencia obstétrica y su estigmatización en la actualidad.
- Técnicas de enfermería que eviten la violencia obstétrica a las parturientas.

Tema 2: Partos humanizados.

- Abordar los principios fundamentales del parto humanizado y cómo saber aconsejar y respetar a las parturientas en su toma de decisiones.
- Elaboración y flexibilidad en el plan de parto para la adaptación de las proposiciones de las futuras madres.
- Alternativas médicas durante el parto (no uso de fármacos para el dolor, posición durante el parto y apoyo emocional para reducir el estrés de las embarazadas).
- Estrategias para minimizar el uso de las episiotomías y como prevenir complicaciones.

Tema 3: Cesáreas.

- Manejo de posible estrés postraumático tras una cesárea.
- Estrategias para mejorar el vínculo madre – hijo.
- Revisión de prácticas que puedan contribuir a cesáreas innecesarias y cuidado + monitorización para prevenir futuras complicaciones.

Tema 4: Salud mental en las embarazadas y los profesionales.

- Saber reconocer los signos de trauma o depresión y saber los recursos existentes para ofrecer apoyo emocional.
- Síndrome de burn – out entre las enfermeras debido al estrés y trauma de la violencia obstétrica.
- Concienciación del estigma de la violencia obstétrica y cómo repercute en la atención a la mujer.

Tema 5: Colaboración interdisciplinaria.

- Apoyo y comunicación entre los profesionales (enfermería, facultativos, TCAEs...)
- Promoción del enfoque multidisciplinar para confrontar la violencia obstétrica.
- Desarrollo de propuestas y protocolos para prevenir la violencia obstétrica.

Tema 6: Ética y los derechos humanos y reproductivos de las mujeres.

- Diferenciación entre intervenciones necesarias y no necesarias/abusivas durante el parto.
- Observación y revisión sobre las prácticas obstétricas con evidencia científica.
- Abordar los marcos legales sobre la violencia obstétrica y las medidas prevenirla (ley del consentimiento informado y la autonomía del paciente).

En la conclusión:

- Se hará una revisión de los conocimientos adquiridos por parte de los participantes además de que se resolverán las dudas o preguntas que tengan.

6.4 Planificación

El proyecto se dividirá en tres sesiones, con una duración de 2h cada una de las mismas. Tendrán lugar los lunes, miércoles y viernes en septiembre de 2024, divididos en 4 grupos a lo largo del mes. Se realizarán tanto por las mañanas de 10:00h – 12:00h como por las tardes de 16:00h – 18:00h. las sesiones estarán conformadas por un grupo de entre 15 – 20 personas por sesión. Las sesiones se realizarán en el propio hospital en las aulas de docencia que estarían equipadas con los materiales básicos como asientos, mesas, pizarra y proyector.

1º Sesión: durante la primera sesión, se realizará una introducción de los docentes y los temas que se darán en las sesiones. A continuación, se procederá a dar un mini test de contenidos previos a las sesiones anteriores para ver el nivel de conocimientos que tienen. Tras esto, dará lugar a la presentación de los temas a lo largo de las 2h de la sesión, en este caso en la primera sesión se darán los temas 1: ¿qué es la violencia obstétrica? y 2: Partos humanizados.

2º Sesión: en la segunda sesión se realizará un breve recordatorio de la anterior sesión y se procederá a dar los siguientes temas correspondientes a la sesión que serían el 3: Cesáreas y 4: La salud mental en las embarazadas y trabajadores. En esta sesión como en la anterior se realizarán técnicas tanto expositivas como de dinámicas de grupos. Además, se comprobará durante la sesión si los oyentes han llegado a retener la información de la anterior sesión ya que posteriormente se realizarán test para realizar un baremo.

3º Sesión: finalmente en la última sesión, tras hacer un pequeño resumen sobre la sesión anterior se procederá a dar los dos últimos temas que serían 5: Colaboración multidisciplinaria y 6: Ética y derechos humanos y reproductivos de las mujeres. Una

vez terminados los temas, se procederá a repartir un test de evaluación final para observar los conocimientos adquiridos y se dejará un periodo de tiempo por si hay dudas o preguntas. Terminada la sesión, se avisará de que podrán realizar de nuevo un test en 3 meses para que tanto los oyentes como los docentes tengan conocimiento de si el proyecto y la información tratada ha sido interiorizada y puesta en práctica.

PRIMERA SESIÓN	DURACIÓN	OBJETIVOS	CONTENIDOS	TÉCNICA	RECURSOS
INTRODUCCIÓN	10'	Que los participantes conozcan a los docentes y el curso.	Presentación del proyecto y los temas y conocer a los docentes.	Dinámica de grupo + presentación de Power Point	Sentados en sillas en un círculo para presentarse. Proyector + Power Point.
INTRODUCCIÓN	10'	Que los participantes muestren sus conocimientos previos al taller.	Realización de cuestionario de contenidos previos al taller.	Test de evaluación pre y post al taller.	Papel y bolígrafo o a través de código QR.
TEMA 1	25'	Que los participantes conozcan el concepto de violencia Obstétrica y las prácticas de esta.	<ul style="list-style-type: none"> - Definición. - Técnicas que generan más violencia obstétrica. - Cuidados necesarios. 	Técnica expositiva: charla	Exposición de Power Point.
TEMA 1	30'	Que conozcan los estigmas actuales en el mundo social – sanitario sobre la VO.	<ul style="list-style-type: none"> - Estigmas actuales del a VO. - Porqué se considera tabú. - Técnicas aconsejadas para reducir la VO a las parturientas. 	Técnica expositiva + debate	Proyecto de Power Point y 2 subgrupos para el debate.
TEMA 2	25'	Que conozcan los participantes el parto humanizado, y saber elaborar un plan de parto.	<ul style="list-style-type: none"> - Concepto del parto humanizado. - Formular un plan de parto flexible. - Saber adaptar los planes de parto de las parturientas. 	Técnica expositiva	Presentación de Power Point.
TEMA 2	20'	Que conozcan alternativas médicas para el parto y técnicas para evitar complicaciones tras una episiotomía	<ul style="list-style-type: none"> - Indicaciones para las episiotomías y las posibles complicaciones. - Alternativas médicas como no usar medicación para el dolor o las diferentes posiciones para el parto. 	Técnica de dinámica de grupo (rol – play) + exposición	Presentación de Power point y

SEGUNDA SESIÓN	DURACIÓN	OBJETIVOS	CONTENIDOS	TÉCNICA	RECURSOS
TEMA 3	20'	Que los participantes conozcan los principales manejos para el estrés postraumático generado en el parto.	- Componentes que generen el trauma tras el parto. - Habilidades comunicativas y de apoyo a las mujeres. - Prevención.	Dinámica de grupo: rol – play Lluvia de ideas.	Se realizará una dinámica de roles con los participantes.
TEMA 3	20'	Que los participantes conozcan técnicas para mejorar el vínculo afectivo madre – hijo.	- Recomendaciones tras el parto. - Técnica "piel con piel".	Técnica expositiva.	Presentación de Power Point.
TEMA 3	25'	Que los participantes realicen una revisión de prácticas que contribuyan a cesáreas innecesarias.	- Concienciación del estrés y trauma de las mujeres a las cesáreas. - Educación sobre el parto natural. - Parto natural vs cesárea	Técnica de análisis de casos y estudios.	Exposición de los casos y debate.
TEMA 4	20	Que los participantes sepan reconocer la depresión o el TEPT en las madres.	- Saber proporcionar un apoyo emocional adecuado y tener los recursos necesarios. - Saber reconocer los signos de estrés o trauma en las mujeres.	Técnica de tormenta de ideas + exposición.	Presentación de Power Point. Papel + bolígrafo.
TEMA 4	20'	Que los participantes conozcan el trauma que genera la VO entre el personal.	- Saber reconocer el síndrome de burn – out. - Que sepan comunicarse entre ellas y tener recursos a mano.	Técnica de dinámica de grupo	Debate en subgrupos.
TEMA 4	15'	Que conozcan el estigma de la VO en las embarazadas.	- Concienciación del problema en la actualidad. - Atención sanitaria adecuada a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio.	Técnica expositiva y lluvia de ideas.	Presentación de Power Point.

SEGUNDA SESIÓN	DURACIÓN	OBJETIVOS	CONTENIDOS	TÉCNICA	RECURSOS
TEMA 5	15'	Que los participantes sepan estrategias para comunicarse multidisciplinariamente.	<ul style="list-style-type: none"> - Apoyo y comunicación entre los diferentes grupos de profesionales. - Concepto del trabajo en equipo. 	Dinámica de grupo	Se realizará un debate con los participantes.
TEMA 5	20'	Que conozcan los participantes sobre los diferentes enfoques multidisciplinares en la atención a la embarazada	<ul style="list-style-type: none"> - Diferentes enfoques de enfermería, médicos y TCAEs. - La VO en la atención a la mujer en los diferentes equipos. 	Técnica expositiva.	Presentación de Power Point.
TEMA 5	25'	Que los participantes propongan propuestas o ideas de cuidados o protocolos para combatir la VO	<ul style="list-style-type: none"> - Discusión de los protocolos y actividades actuales sobre la VO. - Proposición de nuevos protocolos. 	Técnica de análisis + debate	Exposición de los protocolos y debate.
TEMA 6	25'	Que los participantes conozcan las intervenciones más usadas en el parto	<ul style="list-style-type: none"> - Discusión entre las intervenciones necesarias y las innecesarias. - Estrategias para minimizar aquellas menos requeridas o dañinas. 	Técnica de tormenta de ideas + exposición.	Presentación de Power Point. Papel + bolígrafo.
TEMA 6	15'	Que los participantes conozcan prácticas obstétricas actuales.	<ul style="list-style-type: none"> - Revisión de prácticas obstétricas actuales basadas en la evidencia científica. 	Técnica de dinámica de grupo	Debate en subgrupos.
TEMA 6	20'	Que los participantes conozcan los marcos legales de la VO y del CI y la autonomía de la mujer.	<ul style="list-style-type: none"> - Conocer los marcos legales y las medidas de prevención de la violencia obstétrica. - La importancia del consentimiento informado y la autonomía de la mujer. - Conclusión. 	Técnica expositiva y discusión final	Presentación de Power Point. Test de evaluación final.

6.5 Evaluación

La evaluación, en este proyecto ayudará a conocer y comprobar la importancia y efectividad que ha tenido el proyecto. Con las evaluaciones que hay durante las sesiones se observará si ha habido algún cambio significativo en los conocimientos de los participantes y si existen puntos para mejorar o cambiar para posibles futuras sesiones, además de poder valorar si se han cumplido todos los objetivos. En la evaluación, se tendrá en cuenta muchos factores como los contenidos que han sido más efectivos y los que menos, el número de participantes, el tiempo de las sesiones y las técnicas aplicadas.

6.5.1 Evaluación de asistencia y evaluación inicial.

En este apartado, se comprobará la asistencia que hay en cada sesión con una lista de asistencia (Anexo 2). Con esta lista podremos comprobar el número de personas que se han llegado a captar en cada sesión y además de que también se podrá comprobar de todas las personas que han acudido su profesión y especialidad.

Asimismo, en la primera sesión se repartirá entre los participantes una hoja con un cuestionario de evaluación pre – post para que realicen antes de iniciar con el taller. En esta evaluación se medirá en nivel de conocimientos, habilidades y actitudes sobre la violencia obstétrica (Anexo 3). Tras realizar esta evaluación, se entregará a los docentes que se encargarán de observar a nivel global los resultados y más tarde en la última sesión se repetirá la encuesta para comprobar si se han cumplido los objetivos.

6.5.2 Evaluación final y encuesta de satisfacción.

Al final de la tercera sesión, se realizará a los participantes otra encuesta para comprobar si las sesiones han sido efectivas. Al igual que en la primera encuesta, en esta se verificará de igual forma los conocimientos, actitudes y habilidades que hayan adquirido los participantes para que los docentes y personas que hayan formado parte del diseño del taller puedan valorar el cumplimiento de los objetivos propuestos (Anexo 3). Además de la encuesta final se realizará una encuesta de satisfacción para observar el grado de satisfacción con las sesiones, la organización, la duración, los contenidos dados, la explicación de los docentes y una evaluación de estos (Anexo 4).

6.5.3 Evaluación a largo plazo

Esta evaluación, a diferencia de las anteriores, no se realizará durante las sesiones sino 3 meses después para valorar si los participantes han llegado a retener en gran parte los contenidos aportados en las sesiones. La evaluación se realizará mediante una encuesta online que se le mandará por correo a todos los participantes para que puedan

hacerlo cuando puedan. Con esta última evaluación se verificará y valorará si los contenidos han sido efectivos en el tiempo (Anexo 5).

Bibliografía

1. Nascimento, G. S. D., Santos, V. R. D., De Castro Marcolino, E., De Araújo, G. K. N., Dantas, A. M. N., & Santos-Rodrigues, R. C. D. (2022). Obstetric Violence: A Conceptual analysis in the nursing context. *Aquichan*, 22(4), 1-25. <https://doi.org/10.5294/aqui.2022.22.4.8>
2. Badia, J. M., Obregón-Gutiérrez, N., & Tricas, J. G. (2021). Obstetric violence as an infringement on basic bioethical principles. Reflections inspired by focus groups with midwives. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(23), 12553. <https://doi.org/10.3390/ijerph182312553>
3. Ferrão, A. C., Sim-Sim, M., Almeida, V. S., & Zangão, M. O. B. (2022). Analysis of the concept of Obstetric Violence: Scoping Review Protocol. *Journal of Personalized Medicine*, 12(7), 1090. <https://doi.org/10.3390/jpm12071090>
4. Jardim, D. M. B. (2018, 29 noviembre). *La violencia obstétrica en el cotidiano asistencial y sus características*. <https://www.scielo.br/j/rvae/a/rMwtPwWKQbVSszWSjHh45Vq/abstract/?lang=es>
5. Cuauro, J. C. A. (2019). Obstetric violence: a hidden dehumanizing practice, exercised by medical care personnel: Is it a public health and human rights problem? *REVISTA MEXICANA DE MEDICINA FORENSE Y CIENCIAS DE LA SALUD*, 4(2), 1-11. <https://doi.org/10.25009/revmedforense.v4i2.2661>
6. Da Silva, M. G., Marcelino, M. C., Rodrigues, L. S. P., Toro, R. C., & Shimo, A. K. K. (2014). Violência obstétrica na visão de enfermeiras obstetras. *DOAJ (DOAJ: Directory of Open Access Journals)*. <https://doaj.org/article/f2812eface844fa9ad515a75653d3a39>
7. Mena-Tudela, D., Iglesias-Casás, S., Chordá, V. M. G., Valero-Chillerón, M. J., Andreu-Pejó, L., & 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>
8. BOE-A-2021-464 Ley 17/2020, de 22 de diciembre, de modificación de la Ley 5/2008, del derecho de las mujeres a erradicar la violencia machista. (s/f). Boe.es. Recuperado el 17 de marzo de 2024, de <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2021-464>
9. Battisti, A. (2022). *The need to legislate and regulate obstetric violence to ensure women a real legal protection*. Dialnet. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8393870>
10. Ramos, T. M., Tanaka, E., Carmona, E. V., & De Oliveira Sanfelice, C. F. (2022). Conhecimento de acadêmicos de enfermagem sobre a violência obstétrica. *ABCS Health Sciences*. <https://doi.org/10.7322/abcsrhs.2020163.1606>

11. Lansky, S., De Souza, K. V., De Moraes Peixoto, E. R., De Oliveira, B. J., Diniz, C. S. G., Vieira, N. F., De Oliveira Cunha, R., & De Lima Friche, A. A. (2019). Violência obstétrica: influência da exposição Sentidos do nascer na vivência das gestantes. *Ciencia & Saude Coletiva*, 24(8), 2811-2824. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018248.30102017>
12. Mena-Tudela, D., Román, P., González-Chordá, V. M., Rodríguez-Arrastia, M., Gutiérrez-Cascajares, L., & Ropero-Padilla, C. (2023). Experiences with obstetric violence among healthcare professionals and students in Spain: A Constructivist Grounded Theory study. *Women and Birth*, 36(2), e219-e226. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2022.07.169>
13. Dekel, S., Ein-Dor, T., Berman, Z., Barsoumian, I. S., Agarwal, S., & Pitman, R. K. (2019). Delivery mode is associated with maternal mental health following childbirth. *Archives of Women's Mental Health*, 22(6), 817-824. <https://doi.org/10.1007/s00737-019-00968-2>
14. López, A. J. (2021). *La violencia obstétrica como factor de riesgo para la formación del vínculo y el apego materno-infantil: una revisión sistemática*. Dialnet. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8346867>
15. De Oliveira Ribeiro, D. (2020, 20 noviembre). *Violencia obstétrica en la percepción de las mujeres multiparas*. <https://www.scielo.br/j/rqenf/a/Csn8Pcq3BV6HHkK3wYpDRKR/abstract/?lang=es&format=html>
16. De La Torre, H. G., González-Artero, P. N., De León-Ortega, D. M., Cruz, M. A., & Soriano, J. V. (2023). Cultural adaptation, validation and evaluation of the psychometric properties of an obstetric violence scale in the Spanish context. *Nursing reports*, 13(4), 1368-1387. <https://doi.org/10.3390/nursrep13040115>
17. Sadler, M., Santos, M. J., Ruiz-Berdún, D., Rojas, G. L., Skoko, E., Gillen, P., & 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>
18. Fernández, I. O. (2014). *Estrés postraumático secundario en profesionales de la atención al parto. Aproximación al concepto de violencia obstétrica*. Dialnet. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4906961>
19. Mena-Tudela, D., Iglesias-Casás, S., Chordá, V. M. G., Cervera-Gasch, Á., Andreu-Pejó, L., & Valero-Chillerón, M. J. (2020). 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>

20. Gray, T., Mohan, S., Lindow, S. W., & Farrell, T. (2019). Obstetric Violence: Clinical staff perceptions from a video of simulated practice. *European Journal Of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*: X, 1, 100007. <https://doi.org/10.1016/j.eurox.2019.100007>
21. Villegas Poljak, Asia. (2009). La violencia obstétrica y la esterilización forzada frente al discurso médico. *Revista Venezolana de Estudios de la Mujer*, 14(32), 125-146. Recuperado en 17 de marzo de 2024, de: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1316-37012009000100010&lng=es&tlng=es.
22. Savage, V., & Castro, A. (2017). Measuring mistreatment of women during childbirth: a review of terminology and methodological approaches. *Reproductive health*, 14(1), 138. <https://doi.org/10.1186/s12978-017-0403-5>
23. Antonio, L.-M. (2003). «Diferencias en la probabilidad de una cesárea asociadas con la dependencia del hospital, el volumen de casos y el riesgo obstétrico» en Atención Primaria.
24. de intentar alcanzar una tasa determinada., D. H. T. lo P. P. R. C. a. T. las M. Q. lo N. en L. (s/f). *Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea*. Who.int. Recuperado el 17 de marzo de 2024, de https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/161444/WHO_RHR_15.02_spa.pdf;jsessionid=9E29EE69784755A7F7315596611AD009?sequence=1
25. Heidari, Z., & Kohan, S. (2015). The Comparison of Knowledge and Attitude of Midwifery and Nursing Students towards Natural Childbirth and Cesarean Section. *Journal of Midwifery and Reproductive Health*, 3(4), 437–443.
26. Iglesias, S., Conde, M., González, S., & Parada, M. E. (2019). ¿Violencia obstétrica en España, realidad o mito? 17.000 mujeres opinan. *Musas*, 4, 77–97.
27. Recio, A. (2015). La atención al parto en España: Cifras para reflexionar sobre un problema. *DILEMATA*, 18, 13–26.
28. Silva, D., Da Silva, B. T., Batista, T. F., & Rodrigues, Q. P. (2018). Humanization practices with pregnant women in the hospital environment: Integrative review. *Rev Baiana Enferm*, 32.
29. Silva, Ú., Fernandes, B. M., Paes, M., & Duque, D. (2016). Nursing care experienced by women during the childbirth in the humanization perspective. *Rev Enferm UFPE*, 10(4), 1273–1279.
30. Adib Mendiri, A., Bernáldez, I., Blanco, C., & Redondo, S. (2017). *Revisión bibliográfica la violencia obstétrica: un fenómeno vinculado a la violación de los derechos elementales de la mujer*. 34, 104–111.
31. Sanidad, D. (2010). Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal. *Política Social Y*.

32. De Jesus, M., Sullivan, N., Hopman, W., Martinez, A., Glenn, P. D., 2nd, Msopa, S., Milligan, B., Doney, N., Howell, W., Sellers, K., & Jackson, M. C. (2023). Examining the Role of Quality of Institutionalized Healthcare on Maternal Mortality in the Dominican Republic. *International journal of environmental research and public health*, 20(14), 6413. <https://doi.org/10.3390/ijerph20146413>
33. Betron, M. L., McClair, T. L., Currie, S., & Banerjee, J. (2018). Expanding the agenda for addressing mistreatment in maternity care: a mapping review and gender analysis. *Reproductive health*, 15(1), 143. <https://doi.org/10.1186/s12978-018-0584-6>
34. Martínez-Galiano, J. M., Martínez-Vazquez, S., Rodríguez-Almagro, J., & Hernández-Martínez, A. (2021). The magnitude of the problem of obstetric violence and its associated factors: A cross-sectional study. *Women and Birth: Journal of the Australian College of Midwives*, 34(5), e526–e536. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.10.002>
35. Jewkes R, Penn-Kekana L. Mistreatment of Women in Childbirth: Time for Action on This Important Dimension of Violence against Women. *PLoS Med*. 2015 Jun 30;12(6):e1001849. doi: 10.1371/journal.pmed.1001849. PMID: 26126175; PMCID: PMC4488340.
36. Cárdenas Castro, M., & Salinero Rates, S. (2022). Violencia obstétrica en Chile: percepción de las mujeres y diferencias entre centros de salud [Obstetric violence in Chile: women's perceptions and differences among health centersViolência obstétrica no Chile: percepção das mulheres e diferenças entre os serviços de saúde]. *Revista panamericana de salud publica = Pan American journal of public health*, 46, e24. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.24>

ANEXOS

Anexo 1: Folleto Violencia Obstétrica.

**TALLER DE
PREVENCIÓN DE
LA VIOLENCIA
OBSTÉTRICA**

LUGAR: Hospital Materno - Infantil La Paz.

FECHA: Lunes, miércoles y viernes de Septiembre 2024.

HORARIOS:

Mañana: 11:00 - 13:00 h.

Tarde: 16:00 - 18:00h.

- Con contenidos actualizados y basados en la evidencia científica.
- Muy interactivo y versátil.
- Vivir una experiencia positiva para vosotr@s y para las pacientes.

¡Inscríbete al taller en las listas repartidas por las unidades o a través de el QR!

Anexo 2: Lista de participantes.

Anexo 3: Cuestionario Pre – post evaluación.

PREGUNTA	RESPUESTA
1. ¿Cómo definirías la violencia obstétrica?	
2. Enumera alguna técnica o cuidado que sea más susceptible a la VO	
3. ¿Cuál es el % de cesáreas ideal según la OMS y cuál es el % en España?	
4. Nombra algún factor que dañe el vínculo materno – infantil causado por la VO.	
5. ¿Existe una ley en España en contra de la violencia obstétrica?	
6. ¿Cuáles son algunos de los síntomas de estrés postraumático tras el parto?	
7. Enumera 3 prácticas recomendadas que eviten la VO en el puerperio.	
8. ¿Qué efectos puede provocar el estrés durante el parto a la madre y al bebé?	
9. ¿Qué impacto puede tener la VO en la atención a la mujer?	
10. Enumera 3 actividades para la prevención de la VO.	
11. ¿Qué intervenciones hoy en día se consideran innecesarias o que son violentas para las embarazadas?	
12. ¿Qué prácticas pueden contribuir a las cesáreas innecesarias?	
13. Nombra cuáles son los principios fundamentales del parto humanizado.	
14. Nombra alguna alternativa médica durante el parto (no farmacológicas, diferentes posturas...)	
15. Nombra algún efecto que tenga el parto natural vs la cesárea en el vínculo materno - infantil.	
16. ¿Cuáles son las posibles complicaciones de una episiotomía?	
17. ¿Cuál podría ser una de las circunstancias por la que la VO se considera tabú o estigmatizada en el mundo sanitario?	
18. Nombra algún método (comunicación) de apoyo a la mujer y a la autonomía en su toma de decisiones.	
19. ¿Está recomendado el rasuramiento del vello púbico para el parto?	
20. ¿Cuándo está recomendada realizar la episiotomía?	

Anexo 4: Encuesta de satisfacción.

	GRADO DE SATISFACCIÓN				
PREGUNTA	1	2	3	4	5
Organización del taller					
Horarios de las sesiones.					
Facilidad para inscribirse.					
Duración del taller.					
Lugar e instalaciones.					
Contenidos del taller.					
Comunicación y explicación de los docentes.					
Nivel de conocimiento de los docentes.					
Técnicas didácticas utilizadas.					
Dudas y preguntas.					
Evaluación global del taller y docentes.					

Anexo 5: Cuestionario a largo plazo.

PREGUNTA	SÍ	NO
1. ¿Ha recomendado alternativas posturales a las pacientes?		
2. ¿Se han desarrollado protocolos para la prevención y el tratamiento de la VO?		
3. ¿Ha utilizado las prácticas recomendadas del taller en los últimos 3 meses?		
4. Sobre la violencia obstétrica: ¿se ha llegado a reducir en su unidad esta violencia?		
5. ¿Ha disminuido el número de cesáreas innecesarias realizadas en el hospital?		
6. ¿Ha podido expresar sus opiniones o temores a sus compañeras sobre experiencias con la VO?		
7. ¿Ha disminuido el número de complicaciones por episiotomías?		
8. ¿Ha presenciado partos naturales con otros tipos de postura a la habitual?		
9. ¿Ha recomendado otros planes de parto o ha ayudado a la paciente a realizar uno?		
10. ¿Ha realizado tras el taller técnicas no recomendadas (por ejemplo: maniobra de Kristeller)?		
11. ¿Ha recomendado y apoyado a la mujer en su toma de decisiones durante el: embarazo, parto, puerperio?		
12. Existe una mejoría de trauma o estrés – postraumático en las pacientes que hayan sufrido durante el embarazo, parto o puerperio?		
13. ¿Se realizan charlas para la concienciación de la VO?		
14. ¿Ha dado recomendaciones que fomenten el vínculo materno – infantil?		
15. ¿Siente que ha mejorado el cuidado y la atención materna?		