



**ESCUELA
DE ENFERMERÍA
Y FISIOTERAPIA**



SAN JUAN DE DIOS

Trabajo Fin de Grado

***Diferencias en la incidencia de violencia obstétrica
entre los hospitales públicos y privados:
propuesta de estudio de casos y controles***

Alumno: Claudia Rodríguez Redondo

Directora: Jade Madaleno García

Madrid, abril de 2025

Índice

| | |
|---|-----|
| Agradecimientos..... | 3 |
| Glosario de abreviaturas..... | 4 |
| Resumen..... | 5 |
| Abstract..... | 6 |
| 1. Presentación..... | 7 |
| 2. Estado de la cuestión..... | 9 |
| 2.1. Fundamentación, antecedentes y estado actual del tema..... | 9 |
| 2.1.1. Definición de violencia obstétrica..... | 11 |
| 2.2. Justificación..... | 133 |
| 3. Objetivos e hipótesis..... | 16 |
| 4. Metodología..... | 17 |
| 4.1. Sujetos de estudio..... | 17 |
| 4.2. Definición de variables..... | 19 |
| 4.3. Interpretación de los datos..... | 20 |
| 5. Cronograma..... | 23 |
| Anexos..... | 24 |
| Fuentes documentales..... | 27 |

Agradecimientos

Agradezco a mi tutora, Jade, el apoyo incondicional que me ha brindado desde el día que la conocí. Gracias por tu manera de enseñar y por despertar en mí una curiosidad científica que, ahora sí, considero un complemento fundamental para la que va a ser mi profesión. Gracias por ser mi guía sin importarte el día ni la hora, por ser mi cobijo y por tus serenas palabras, pues ellas se convirtieron en mi medicina especial para superar el estrés. Los valores que inculcan personas como tú dan aún más sentido a una profesión vocacional como la nuestra. Sin duda, la mujer y la gran profesional que eres están a la misma altura. Te has convertido en el reflejo que quiero ver ante el espejo en el que me mire.

Gracias a los profesores y profesoras de la Universidad de Comillas comprometidos con la docencia por formarme a lo largo de estos años.

Gracias a mis compañeros y compañeras de clase y de prácticas. Me he sentido arropada por ellos durante esta etapa tan intensa de mi vida.

Gracias a mi familia.

Glosario de abreviaturas

- ONU: Organización de Naciones Unidas.
- EPN: El Parto es Nuestro.
- OMS: Organización Mundial de la Salud.
- SNS: Sistema Nacional de Salud.
- UNFPA Fondo de Población de Naciones Unidas.
- EAPN: Estrategia de Atención al Parto Normal.
- EIR: Enfermero Interno Residente.
- A.C.: Antes de Cristo.
- D.C.: Después de Cristo.
- OSM: Observatorio de Salud de las Mujeres.
- INE: Instituto Nacional de Estadística.
- TFG: Trabajo fin de grado.

Resumen

El presente trabajo de fin de grado (TFG) aborda la violencia obstétrica en España realizando una comparativa entre la sufrida por las mujeres que dan a luz en centros públicos y las que lo hacen en centros privados.

Este tipo de violencia se produce normalmente porque tanto profesionales como pacientes tienen interiorizadas prácticas tradicionales sobre las que no se ha puesto el foco de atención, motivo por el cual ni los unos ni los otros son conscientes de que existen protocolos alternativos que ayudan a paliar la violencia obstétrica. Es por este motivo por el que haremos un recorrido a través del tiempo para describir cómo se ha tratado a la mujer en esta situación y posteriormente lo actualizaremos en un marco teórico a partir de la literatura científica consultada.

El objetivo principal del TFG es comprobar si la prevalencia de la violencia obstétrica es diferente en centros públicos y privados. Con el fin de poder cuantificarla, usamos como variables las preguntas contenidas en el test de violencia obstétrica que se utiliza en la asociación El Parto es Nuestro y añadimos otras de propia creación que consideramos útiles para la interpretación de los datos del estudio estadístico que se hará.

Palabras clave: Violencia obstétrica, Embarazo, Parto humanizado, Salud reproductiva, Centro privado, Centro público, España.

Abstract

This Bachelor's Degree Final Project (TFG) focuses on obstetric violence in Spain by comparing women's experiences when giving birth both at public and private healthcare centers.

Usually, this kind of violence occurs given that both health professionals and patients have internalized traditional practices, which have been taken for granted under no discussion; so, neither of them has considered the existence of alternative protocols that may help mitigate obstetric violence. For this reason, a historical approach will be taken to describe how giving birth women have been treated so far. Then, the outcome will be updated within the theoretical framework based on the available scientific literature.

Thus, the main objective of this Bachelor's Degree Final Project is to determine whether the prevalence of obstetric violence practice differs from public to private health centers. To quantify the result, it has been used both the questions contained in the obstetric violence test used by 'El Parto es Nuestro' Association ('Giving birth is Ours Assoc.') and other questions specifically designed to interpret the data statistically in the study which will be conducted on such a target.

Keywords: Obstetric violence, Pregnancy, Humanized childbirth, Reproductive health, Private center, Public center, Spain.

1. Presentación

La violencia obstétrica es un problema que, a pesar de ser un tema relevante tratado desde distintos puntos de vista⁽¹⁻²⁾, sigue siendo invisibilizado a nivel global⁽³⁻⁴⁾. Sin embargo, es un tipo de violencia que afecta potencialmente a casi la mitad de la población mundial. Según un artículo publicado por la OMS (Organización Mundial de la Salud) en 2019⁽⁵⁾, cada día mueren alrededor de 830 mujeres por problemas relacionados con la maternidad, una cifra alarmante en pleno siglo XXI. Este dato pone de manifiesto la importancia de abordar cuestiones relacionadas con la atención obstétrica, incluidas sus posibles deficiencias y actos de violencia.

El término “violencia obstétrica” genera un considerable interés académico, reflejado en los más de 2.973 resultados en bases de datos como PubMed y más de 214.000 en Google Scholar. Sin embargo, cuando se circunscribe la búsqueda a España, los resultados disminuyen drásticamente, lo que sugiere que, aunque a nivel internacional existe una creciente preocupación por este tema, su reconocimiento y estudio en nuestro país parecen ser limitados⁽⁶⁻⁸⁾.

Son loables los estudios que ponen de manifiesto que existe violencia obstétrica en España⁽⁹⁾ y aquellos que incluso realizan comparativas entre distintas Comunidades Autónomas⁽¹⁰⁾, pero todos estos estudios parecen caer en saco roto al comprobar que no hay un protocolo que ayude a identificarla al igual que tampoco hay una serie de actuaciones para paliar sus consecuencias hasta poder erradicarla, que sería lo ideal en un país perteneciente al primer mundo en el que, además, aunque esto depende de la capacidad económica, se tiene acceso tanto a la sanidad pública como a la privada.

Este tema no debe caer en el olvido, seguir insistiendo en la denuncia vehemente con datos fidedignos y comprometerse⁽¹¹⁾ son el único camino para concienciar a hombres y mujeres de que, entre todos, somos capaces de revertir situaciones injustas.

Varios son los motivos que me han llevado a elegir como tema del presente TFG la violencia obstétrica comparándola entre centros públicos y privados:

- Existe la tendencia a invisibilizar un problema susceptible de afectar a prácticamente la mitad de la población mundial. Con ello no estoy afirmando que sea una violencia que se ejerce de manera consciente, sino que, en la mayoría de ocasiones, se origina de un protocolo asistencial que se ha interiorizado durante siglos, por lo que la mayoría de las mujeres y de los profesionales de la salud no son realmente conscientes de que la están

padeciendo o ejerciendo⁽¹²⁾. Por ello, para que la sociedad no lo eche en olvido, considero necesario seguir insistiendo en el tema desde distintos ámbitos.

- Echo en falta unos medidores comunes a toda la comunidad internacional. Mucho se ha escrito sobre violencia obstétrica, pero da la impresión de que en cada lugar el método de detección es diferente. Deberíamos usar una serie de indicadores y, una vez comprobada su validez, homogeneizarlos para que formen parte del protocolo de evaluación de la atención obstétrica antes, durante y después del parto.
- Hay una percepción generalizada de que en la asistencia privada se produce menos violencia de género, no obstante, y de comprobarse que es cierto, habría que incluir en el estudio distintos sesgos, como por ejemplo: si la asistencia privada tiene lugar por la masificación de la pública y las pacientes son derivadas por este motivo; si las pacientes recurrieron a la sanidad privada por problemas de fecundación y el seguimiento, previo pago, se le hace íntegramente en el centro privado; o, para ambos casos, si se trata de un embarazo de alto riesgo, bien por edad, por patologías previas o por las recién adquiridas, pues sería interesante medir la percepción de la violencia obstétrica en la futura madre en el cuidado recibido debido a esta dificultad.

2. Estado de la cuestión

2.1. Fundamentación, antecedentes y estado actual del tema

Introducción

El objetivo del presente TFG es poner de manifiesto la violencia obstétrica, ya que su relevancia social es innegable dado que más de la mitad de la población mundial son mujeres y, por tanto, susceptibles de padecerla. El SNS debería de tener en cuenta las repercusiones físicas y psicológicas que afectan a las mujeres que padecen violencia obstétrica y plantear un programa informativo y educativo para pacientes y profesionales cuya meta sea reducirla.

La información sobre la literatura científica del presente TFG se ha localizado en diferentes bases de datos: Medline/Pubmed, SciELO, Lilacs, Dialnet, Medes y Google Scholar. Las búsquedas han sido realizadas mediante la combinación de los términos que se exponen posteriormente y los diferentes operadores booleanos. En las tablas 1 y 2 se muestran los criterios que se han utilizado para encontrar la literatura científica:

TABLA 1. DeCS y MeSh utilizados para la búsqueda bibliográfica.

| DeCS | MeSH |
|----------------------|---------------------|
| Violencia obstétrica | Obstetric violence, |
| Embarazo | Pregnancy |
| Parto humanizado | Humanized birth |
| Parto normal | Normal birth |
| Centro privado | Private center |
| Centro público | Public center |
| Salud reproductiva | Reproductive health |
| Género | Gender |
| Legislación | Legislation |
| España | Spain |
| Matrona | Nurse midwives |
| Percepción | Perception |

TABLA 2. Criterios de inclusión y exclusión.

| Criterios de inclusión | Criterios de exclusión |
|--|---|
| Violencia obstétrica como tema principal | Publicaciones de más de cinco años * |
| Cualquier idioma | Documentos a los que no se puede tener acceso de forma gratuita en su totalidad |
| Textos gratuitos | Documentos que solo muestran el abstract |

*También se han usado unos más antiguos por su libre y fácil acceso y por considerar que

aportaban datos interesantes sobre la violencia obstétrica.

Antecedentes y estado actual del tema

El parto ha pasado de ser algo íntimo en el que la mujer poseía el dominio de su propio cuerpo a considerarse prácticamente una patología⁽¹³⁾ que la obvia en el sentido humano y que necesita de control y prescripción por parte del personal de la salud. La primera alusión al parto se encuentra en las pinturas rupestres del paleolítico, mujeres normalmente solas dibujadas en cuclillas muestran que dar a luz era un acto íntimo que, en pocos casos, era compartido por la asistencia de otra mujer, origen de la figura de la partera, cuyo conocimiento se basaba probablemente en la experiencia personal o se transmitía oralmente^(14,15). Debido a las dificultades acaecidas durante el parto que incluso podrían ser fatales para la madre o el neonato, apareció la figura del brujo y curandero que hacía danzas rituales o daba de beber pócimas y brebajes a la parturienta buscando un recurso que realmente funcionara⁽¹⁶⁾. Todavía encontramos en textos bíblicos del año 1800-1600 a.C. que la mujer, denominada en ellos como partera o comadrona, ofrecía estos cuidados a las mujeres que iban a dar a luz⁽¹⁴⁾. No es hasta la época griega cuando tenemos referencia documental de que la mujer queda relegada a un segundo plano en estos cuidados debido a la aparición del médico como principal autoridad durante los periodos de gestación y parto⁽¹⁴⁾. Este rol se revierte en la época romana, donde la comadrona es la que toma prestigio social en la asistencia a mujeres durante el parto y solo solicita la ayuda del médico (hombre) cuando se necesita retirar del vientre de la madre el feto sin vida^(14,15). Por otra parte, cabe destacar que el romano Sorano de Éfeso (siglo II d.C.), nombrado padre de la obstetricia escribe un libro explicando algunos procesos relacionados con la fisiología de la mujer, principalmente sobre el parto.

En la Edad Media primaba la superstición y cobró importancia la fecha de parto por su relación con la astrología. No obstante, existía distinción entre parturientas dependiendo de la clase social a la que se perteneciera: las mujeres de clase social humilde eran asistidas en casa por mujeres cuyos conocimientos se adquirían por la propia experiencia o por transmisión oral; mientras que las mujeres de la nobleza eran atendidas por comadronas con experiencia⁽¹⁴⁾. En España, en 1498, se promulgó una ley para regular la profesión de matrona. Era necesario aprobar un examen para obtener un título que permitiera ejercer la profesión. En el siglo XVIII se comenzó a usar el término “matrona” para referirse a las parteras cualificadas y en el siglo XIX la instrucción de esta profesión se reguló a través de un temario, profesores hombres (las matronas no pudieron dedicarse a la docencia hasta 1868), exámenes y un periodo de práctica de tres años⁽¹⁴⁾.

En la primera mitad del siglo XX, el parto se asistía por norma general en el domicilio. Avanzando el siglo, se afianzó la atención hospitalaria centrada en la medicalización. No fue hasta 1958 cuando se estableció la Especialidad Obstétrica o Matrona y en 1992 se aprobó el programa formativo de residencia EIR (Enfermero Interno Residente) en el que se puede elegir la especialidad en Enfermería Obstétrico-Ginecológica⁽¹⁴⁾.

En España se crea el OSM (Observatorio de Salud de las Mujeres) y se elabora la EAPN (Estrategia de Atención al Parto Normal)⁽¹⁷⁾ para el SNS (Sistema Nacional de Salud) con la que se pretende proporcionar una atención al parto basada en evidencias científicas eliminando cualesquiera otras consideradas innecesarias y, por tanto, causadoras de violencia obstétrica. La EAPN está sujeta a revisión constante (la última en 2015) y se han incluido preceptos novedosos encaminados a la humanización del parto como “la importancia de promover la participación informada de las mujeres en todo el proceso y en la toma de decisiones sobre las prácticas clínicas que se apliquen”. Con ello se inicia el camino hacia el empoderamiento de la mujer en lo que concierne a su cuerpo en el momento del parto, puesto que en ningún momento de nuestra historia reciente lo había tenido⁽¹⁸⁾.

Sin embargo, y a pesar de la evidente evolución que ha habido en cuanto a la asistencia al parto en las distintas culturas⁽¹⁹⁾, ello no ha redundado en la disminución de la violencia obstétrica, pues en la instrucción se han normalizado prácticas inapropiadas para preservar la salud física y mental de la mujer.

2.1.1. Definición de violencia obstétrica

Si hay más de una definición de violencia obstétrica es que no sabemos con certeza qué es la violencia obstétrica^(20,21).

Pioneros en definir la violencia obstétrica han sido países como Argentina, México o Venezuela. En una ley orgánica de este último (38668 de 23 de abril de 2007)⁽²⁰⁾, en el artículo 15 del Capítulo III, queda definida 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 de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad, impactando negativamente en la calidad de la vida de las mujeres”.

La OMS (Organización Mundial de la Salud), en 2014, la define como “aquella violencia ejercida por profesionales de la salud y personal de enfermería hacia las mujeres embarazadas, en labor de parto y durante el puerperio, constituye una violación a los derechos reproductivos y sexuales de las mujeres”. Y continúa “muchas mujeres en todo el mundo

sufren un trato irrespetuoso, ofensivo o negligente durante el parto en centros de salud. Esta es una violación de la confianza entre las mujeres y los profesionales de la salud que las atienden, y también puede ser un importante factor de desmotivación para las mujeres que buscan asistencia materna y utilizan estos servicios. Si bien es posible que, durante el embarazo, el parto y el puerperio, se trate a las mujeres de manera irrespetuosa y ofensiva, hay que tener presente que ellas son especialmente vulnerables durante el parto⁽¹⁵⁾. Identifica tratos irrespetuosos u ofensivos como el abuso físico, humillación profunda, abuso verbal, falta de confidencialidad, falta de consentimiento informado, negación de administrar analgésicos o violaciones de la privacidad.

Según Rodríguez y otros⁽²²⁾, “la violencia obstétrica se refiere a las prácticas y conductas realizadas por profesionales de la salud a las mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio, en el ámbito público o privado, que por acción u omisión son violentas o pueden ser percibidas como violentas”.

Otros autores extienden el alcance de la violencia obstétrica como un tipo de violencia de género, pues la padecen las mujeres, por cuanto se produce tanto en instituciones públicas como privadas y simbólica, ya que está tan extendida y normalizada que no se reconoce como tal. En conclusión, la violencia obstétrica puede entenderse como un concepto en el que intervienen, además, factores políticos y sociales^(23,24).

Por desgracia, también encontramos negacionistas con respecto a la violencia obstétrica. No damos crédito en el presente trabajo a estos expertos de la polémica, aunque nos vemos en la obligación de recomendarles que lean asegurándoles que leer no produce urticaria. A tal efecto, podría resultarles interesante el libro de Adrián, Ramos y Aguilera⁽²⁴⁾ o la cantidad de experiencias relatadas por mujeres que se recogen en múltiples informes y artículos⁽²⁵⁻²⁸⁾.

Actualmente, la definición que suscita mayor consenso es la de la OMS (Organización Mundial de la Salud), aunque la perspectiva feminista y biopolítica de Bellón⁽²⁹⁾ podría aportarles matices interesantes.

Formas de violencia obstétrica

Sin restar importancia a la violencia obstétrica institucional, que ya hemos comentado, la violencia obstétrica psicológica relacionada con la falta de información y la violencia obstétrica transcultural⁽³⁰⁾, pasamos a hacer un repaso somero sobre las formas de violencia obstétrica que se recogen de las principales denuncias realizadas por mujeres a través de varios colectivos⁽³¹⁾:

- Negativa a informar sobre procedimientos médicos durante el proceso del parto.

Estudios como el realizado por Lippke, analizan la efectividad de las intervenciones de comunicación en obstetricia, destacando su impacto en la calidad de la atención⁽³²⁾.

- Administración de sedantes sin consentimiento informado.
- Realización de episiotomía.
- Prácticas que humillan las necesidades de las mujeres atendidas como, por ejemplo, negación de comer o beber agua en momentos en los que no es compatible con la salud de la persona embarazada o aislamiento durante la espera del parto.
- Realización de cesáreas innecesarias.
- Realización de Maniobra de Kristeller.
- Posición de litotomía (en lugar de seguir la recomendación de la OMS, que anima a la mujer a la movilidad y a adoptar la posición que a ella le resulte más cómoda).
- La amniotomía (practicada para reducir el tiempo del trabajo en el parto⁽³³⁾).
- Aplicación de oxitotóxicos para inducir al parto con los problemas que suscita para la mujer, incluyendo los de movilidad^(34,35). A veces la violencia se ejerce no porque el profesional no informe a la mujer de la necesidad de administrar medicamentos y para qué se usan, sino que la violencia procede de la verdadera necesidad de usarlos⁽³⁶⁾, si la conveniencia es para la mujer o es para el personal sanitario en cuanto a la disminución del tiempo de trabajo.
- La depilación del vello púbico y aplicación de enemas (actuaciones para las que no hay evidencias que corroboren la prevención de infecciones, por lo que se consideran como prácticas que se usan rutinariamente para comodidad de los profesionales⁽³⁷⁾).

Cabe destacar el artículo de Abena Asefuaba, mediante el cual se examina a través de una revisión de alcance, cómo las intervenciones en el ámbito sanitario pueden mitigar la violencia obstétrica y mejorar la calidad de la atención materna⁽³⁸⁾.

2.2. Justificación

Consideramos necesario abordar el tema de la violencia obstétrica diferenciando la que se produce entre centros públicos y centros privados debido a que, aunque haya abundante literatura al respecto, y otras tantas que podamos citar⁽³⁹⁾, no parece haber medidores claros y objetivos para identificarla, así como se observa una gran falta de información a las gestantes, lo que nos hace plantearnos que poner el foco en este problema y no olvidarlo servirá para que cambien protocolos interiorizados y arraigados en la práctica obstétrica y se incentiven también programas educativos.

Hay aproximadamente un 38% de las mujeres encuestadas en España acerca de la percepción que han tenido, tanto física como mentalmente, de la violencia obstétrica. Ninguna comunidad está a salvo de la misma, tal y como bien queda demostrado en el estudio de Mena-Tudela⁽¹⁰⁾ y que podemos ver en el mapa que se muestra a continuación:



Sin embargo, los autores de este informe no usaron como sesgo inicial la diferenciación de las pacientes según hubieran sido tratadas en centros públicos o en privados, así como tampoco han extraído del mismo una propuesta para un corpus de preguntas que pueda generalizarse en un test que ayude a medir la violencia obstétrica.

Además, en la literatura al respecto se observan lagunas como escasa atención a la violencia obstétrica en la mayoría de los países de altos ingresos, la mayoría de datos proceden de disciplinas ajenas al sector sanitario y no son de carácter científico, hay inconsistencias en la terminología utilizada para describir la violencia obstétrica, predominancia de estudios centrados en mujeres que han dado a luz, hay poca investigación sobre la perceptiva de los proveedores de atención médica y se subestima de la asociación entre violencia obstétrica y partos traumáticos⁽¹²⁾.

Por ello, es conveniente realizar un estudio observacional que nos permita recopilar los datos que respalden la necesidad de cambiar los protocolos durante el parto. De esta manera, se podrá comprender mejor la realidad de la violencia obstétrica en España y permitirá a los investigadores centrar el foco de sus estudios en él y a los divulgadores educar a pacientes y profesionales.

Por último, si se logra hallar y consensuar una herramienta que se use de forma generalizada en todos los países para detectar la violencia obstétrica, estaremos en disposición de hacer

una comparativa entre centros públicos y centros privados aportando, si fuera necesario, los sesgos pertinentes para intentar encontrar situaciones subyacentes que influyan en el resultado pero que no hayan sido detectadas, como el nivel económico de las pacientes.

Para mayor claridad, en la siguiente tabla, se muestran además de los puntos a favor, las carencias por las cuales creo necesario plantear el tema del presente TFG.

TABLA 3. Resumen del estado de la cuestión. Fuente de elaboración propia.

| Disponemos | Se echa en falta |
|------------------------------------|--|
| Literatura científica abundante. | Literatura científica centrada en España. |
| Test de violencia obstétrica. | Un protocolo común (test) para detectar la violencia obstétrica. |
| Abundantes testimonios de mujeres. | Actividades educativas e informativas sobre violencia obstétrica dirigida a mujeres, familias y profesionales de la salud. |
| | Instrumentos de evaluación validados con buenas propiedades psicométricas al alcance de los profesionales de enfermería. |
| | Una medición temporalmente más amplia de la violencia obstétrica que incluya el periodo de gestación y el posparto. |

En conclusión, mi TFG pretende ser una herramienta para la reflexión y mejora de la práctica obstétrica, lo que considero que aportará tranquilidad a las pacientes y la modificación de los protocolos que los profesionales han interiorizado durante mucho tiempo, abriendo así camino a nuevas prácticas más satisfactorias para las partes implicadas. Igualmente, considero fundamental ampliar la atención a las mujeres a la gestación y al posparto para ahondar en el origen de la violencia obstétrica.

3. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

La mejor manera de afrontar un problema es visibilizarlo. Solo así podremos hacer propuestas de mejora enfocadas a ayudar tanto a las gestantes como a los equipos de profesionales de la salud encargado de las mismas. En consecuencia, la hipótesis es la siguiente:

Hipótesis

- Sufrir violencia obstétrica es más frecuente en mujeres que han parido en centros públicos que en centros privados.

Y el objetivo que se persigue con este TFG es el que sigue:

Objetivo general

- La prevalencia de la violencia obstétrica es diferente entre centros públicos y privados.

Para conseguir el objetivo general, han de cumplirse los siguientes **objetivos específicos**:

- Elaborar una contextualización teórica de la violencia obstétrica.
- Describir las conductas asociadas a la violencia obstétrica.
- Visibilizar la violencia obstétrica en España.
- Utilizar el corpus de preguntas que aparece en El parto es nuestro para detectar la presencia o ausencia de violencia obstétrica tanto en centros públicos como privados.
- Formular propuestas de mejora para crear un entorno más seguro y respetuoso en aquellos aspectos relacionados con la maternidad.

4. METODOLOGÍA

Se propone un estudio observacional analítico transversal porque pretendemos medir la prevalencia de la violencia obstétrica en una muestra poblacional en un momento determinado y analizar su posible asociación con el tipo de hospital en el que se ha dado a luz (público/privado). Dado que el evento de interés, que es la experiencia de violencia obstétrica, ya se ha producido y lo que deseamos es estimar la asociación con el posible factor relacionado (que el hospital sea público o privado), se diseñará un estudio de casos y controles. En el grupo de casos se incluirán las mujeres que refieren haber sufrido violencia obstétrica, respondiendo afirmativamente a la primera pregunta del test y, en el de controles, las que no. Para ello, usaremos las 11 preguntas del test sobre violencia obstétrica usado por la asociación *El parto es nuestro* a las que incluiremos otras cinco que reflejaremos en la definición de variables por parecernos pertinentes para interpretar los datos con mayor profundidad. Un estudio de este tipo permite hacer una instantánea de la situación actual para convertirse en el origen de futuras investigaciones y, si la cooperación obedece a las expectativas esperadas, la recopilación de datos, así como la interpretación de los mismos podría llevarnos tan sólo unos meses, siguiendo una serie de fases que se explicarán mediante un cronograma en el apartado indicado.

4.1. Sujetos de estudio

Este estudio se centra en España y está dirigido a las mujeres que han dado a luz en el último año de que se disponen datos. Se hará un tipo de muestreo probabilístico simple para que la muestra sea representativa de la población. Hay que tener en cuenta que una cosa es la población diana, es decir, las mujeres que han dado a luz en el último año, y otra la población accesible, porque no tenemos acceso a los datos de todas ellas (por poner dos ejemplos, por un lado, en la asociación EPEN no disponen de todos los datos y, por otro lado, quedan fuera aquellas mujeres que han dado a luz en casa). Gracias a la selección aleatoria del muestreo probabilístico de la población accesible, todos los miembros de la población femenina que estén en la circunstancia que se ha citado anteriormente tienen la misma probabilidad de ser elegidas y esto permite realizar sesgos en la muestra para profundizar en los datos, siendo más fiables que el muestreo no probabilístico.

Para acceder a la muestra solicitaremos ayuda a la asociación *El parto es nuestro*, debido a que están en contacto con un gran número de mujeres gestantes y tienen los datos de otras muchas que lo fueron. Mediante un correo electrónico explicaremos brevemente quiénes somos y cuál es en principio nuestro objetivo: medir la percepción de la violencia obstétrica y estudiar su posible relación con el tipo de hospital en el que se ha dado a luz (público o

privado). Pediremos amablemente la colaboración y pulsando sobre un *link* que aparecerá en el mismo correo, se redirigirá a un cuestionario con 11 preguntas (Anexo I), advirtiéndolo, por supuesto, del respeto riguroso de la ley en cuanto a la protección de datos de las participantes (Anexo II) y que el estudio está revisado por el comité de ética de la Universidad Pontificia de Comillas y autorizado por los centros donde se va a llevar a cabo la investigación. Además, se aclarará que no existe ningún riesgo potencial para las participantes más allá del derivado de la preservación del anonimato, recogido en el citado Anexo II.

Volviendo a las preguntas, han sido creadas por estudiantes e investigadoras argentinas y fueron mostradas precisamente en la asociación *El parto es nuestro*, sin embargo, nos parece pertinente incluir distintos sesgos previos a modo de preguntas que se incluirán en el test:

¿Consideras que has podido sufrir violencia obstétrica?

¿En qué tipo de centro has dado a luz?

Si has dado a luz en un centro privado, ¿fuiste derivada de la sanidad pública a la privada?

¿Tu embarazo ha sido considerado de alto riesgo?

¿Tu embarazo se produjo mediante un tratamiento de fertilidad?

Tipo de inicio de parto: programado o espontáneo.

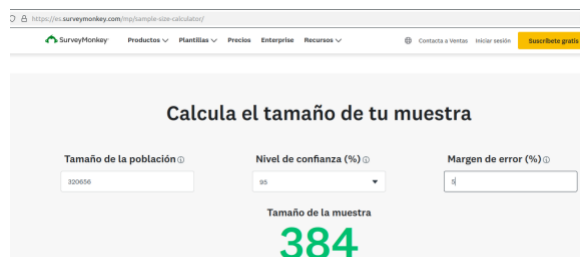
Vía de parto: vaginal o cesárea.

El tamaño de la muestra, aunque para el estudio realizado por Mena-Tudela y otros fue de más de 17.500 mujeres, estimamos que podría ser de unas 384. La cifra se ha calculado teniendo en cuenta el número de nacimientos en España en el año 2023 (Imagen 1), 320.656 (último dato recogido por el INE, publicado en noviembre de 2024), y usando posteriormente una calculadora del tamaño muestral disponible en la página <https://es.surveymonkey.com/mp/sample-size-calculator> (Imagen 2).

Imagen 1.



Imagen 2.



Los criterios de inclusión y exclusión que tendremos en cuenta son los siguientes:

a) Criterios de inclusión:

- Mujeres que hayan dado a luz por vía vaginal o cesárea en un hospital público o privado del territorio nacional.
- Que hayan dado a luz en el último año de que se dispongan datos: a fin de evitar sesgos de memoria.

b) Criterios de exclusión

- Mujeres que hayan dado a luz en el entorno extrahospitalario.
- Mujeres que no deseen participar en el estudio.
- Mujeres que abandonen el estudio.
- Mujeres con problemas para comprender el idioma castellano.

4.2. Definición de variables

a) Dicotómicas:

Inicio del parto: espontáneo/programado.

Vía de parto: vaginal/cesárea.

¿Consideras que has podido sufrir violencia obstétrica? (sí/no)

Si has dado a luz en un centro privado, ¿fuiste derivada de la sanidad pública a la privada? (sí/no)

¿Tu embarazo ha sido considerado de alto riesgo? (sí/no)

¿Tu embarazo se produjo mediante un tratamiento de fertilidad? (sí/no)

Mientras estabas internada en la clínica y hospital, con contracciones de trabajo de parto, ¿el personal de salud hacía comentarios irónicos, descalificadores o en tono de chiste acerca de tu comportamiento? (sí/no)

Mientras estabas internada en la clínica y hospital, con contracciones de trabajo de parto, ¿te trataron con sobrenombres (gorda) o diminutivos (gordita, mamita, hijita) como si fueras una niña incapaz de comprender los procesos por los cuales estás/estabas atravesando? (sí/no)

Mientras estabas internada en la clínica y hospital, con contracciones de trabajo de parto, ¿fuiste criticada por llorar o gritar de dolor, emoción, alegría..., durante el trabajo de parto y/o el parto? (sí/no)

Mientras estabas internada en la clínica y hospital, con contracciones de trabajo de parto, ¿te fue difícil o imposible preguntar o manifestar tus miedos o inquietudes porque no te respondían o lo hacían de mala manera? (sí/no)

Mientras estabas internada en la clínica y hospital, con contracciones de trabajo de parto, ¿se realizaron alguno o varios procedimientos médicos sin pedirte consentimiento o explicarte por qué eran necesarios? (sí/no)

En el momento del parto, ¿Te obligaron a permanecer acostada boca arriba aunque manifestaras tu incomodidad en esa posición? (sí/no)

Mientras estabas internada en la clínica y hospital, con contracciones de trabajo de parto, ¿fuiste obligada a quedarte en cama impidiéndote caminar o buscar posiciones según tus necesidades? (sí/no)

Mientras estabas internada en la clínica y hospital, con contracciones de trabajo de parto, ¿se te impidió estar acompañada por alguien de tu confianza? (sí/no)

Mientras estabas internada en la clínica y hospital, con contracciones de trabajo de parto, ¿se te impidió el contacto inmediato con tu hija/o recién nacido antes de que se lo llevara el neonatólogo para control? (Acariciarlo, tenerlo en brazos, verle el sexo, hablarle, darle el pecho, etc.). (sí/no)

Después del parto, ¿sentiste que no habías estado a la altura de lo que se esperaba de ti (que no habías “colaborado”)? (sí/no)

¿Podrías decir que la experiencia en el parto te hizo sentir vulnerable, culpable o insegura? (sí/no)

b) Nominales

¿En qué tipo de centro has dado a luz? (público/privado/público de gestión privada)

c) Cuantitativas:

Valora del 0 al 10 el grado de satisfacción en el trato recibido durante la gestación, siendo 0 totalmente insatisfecha y el 10 muy satisfecha.

Valora del 0 al 10 el grado de satisfacción en el trato recibido durante el trabajo de parto, siendo 0 totalmente insatisfecha y el 10 muy satisfecha.

4.3. Interpretación de los datos

Según los datos obtenidos (Anexo III), en primer lugar, realizaremos un análisis estadístico descriptivo ofreciendo el porcentaje de cada una de las respuestas de las variables dicotómicas y nominales. Este primer análisis permitirá conocer la frecuencia acumulada en cada uno de los grupos de estudio. Por otro lado, el análisis inicial, descriptivo univariante, de las variables cuantitativas incluirá medidas de posición, como la media y los rangos mínimos y máximos, así como medidas de dispersión, como la desviación típica, que nos informará del grado de dispersión respecto a la media. Se crearán tablas de contingencia donde se expongan las frecuencias de las respuestas de las variables cualitativas.

Posteriormente, se hará un análisis de los datos pregunta por pregunta con la intención de ver no solo la diferencia entre centros públicos y privados, sino aquellas actuaciones irregulares que tienen un mayor índice.

A continuación, compararemos los resultados del test con las preguntas que hemos incluido y que pueden servir como sesgo para los datos. Se trata de estas cinco preguntas:

¿Consideras que has podido sufrir violencia obstétrica?

¿En qué tipo de centro has dado a luz?

Si has dado a luz en un centro privado, ¿fuiste derivada de la sanidad pública a la privada?

¿Tu embarazo ha sido considerado de alto riesgo?

¿Tu embarazo se produjo mediante un tratamiento de fertilidad?

Por ejemplo, sería muy interesante comprobar el porcentaje de mujeres que ha respondido a la primera pregunta sí o no y, tras realizar las once preguntas del test, ver si coinciden los datos, pues si no coinciden, significaría que las mujeres no eran conscientes de haber sufrido violencia obstétrica hasta que no se les preguntó específicamente por lo que se considera como tal.

En cuanto a las preguntas cuantitativas, compararemos cada una de las preguntas del test con la puntuación que ofrecen éstas para extraer datos relacionados con la medida de la percepción de violencia obstétrica que cree haber sufrido la mujer, así estos datos complementarían los de la fase anterior o descubrirían resultados inesperados.

Los análisis estadísticos más apropiados para comparar preguntas con respuestas de variables dicotómicas o nominales con respuestas de escala Likert (de 0 a 10 en este caso) son los siguientes:

- Prueba T de Student: ya que el objetivo es comprobar si hay diferencias significativas en la respuesta promedio de la escala Likert (el promedio entre el grado de satisfacción o insatisfacción con el trato recibido).
- Análisis de varianza ANOVA de un solo factor: así verificaremos si existen diferencias significativas en las medias de la escala Likert entre los grupos dentro de la variable cualitativa dicotómica o tricotómica.
- Análisis de Chi cuadrado: lo que nos permitirá comparar variables dicotómicas estableciendo un intervalo de confianza del 95%.


Además, para medir la magnitud de las diferencias (es decir, si realmente condiciona mucho o poco en la violencia obstétrica el tipo de hospital en el que se da a luz) se usará la odds ratio y se usarán cálculos estadísticos mediante software específico que permite, mediante el test de Wad y el cociente de máxima verosimilitud, hallar el valor de riesgo de sufrir violencia obstétrica si vas de la pública a la privada o viceversa.


5. CRONOGRAMA


| Actividades | Tiempo de duración | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------|--------------------|--|--|---------|--|--|-----------|--|--|-----------|--|-------|--|---------|--|-------|--|-------|--|------|--|
| | Septiembre | | | Octubre | | | Noviembre | | | Diciembre | | Enero | | Febrero | | Marzo | | Abril | | Mayo | |
| Act1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Act2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Act3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Act4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Act5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Act6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Act7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Act8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |


Leyenda:


Act1: Revisión de la literatura científica y creación del marco teórico. 

Act2: Definición del objetivo y variables de estudio. 


Act3: Desarrollo del protocolo de investigación e identificación de la población objeto de estudio. 

Act4: Aprobación ética. 

Act5: Recopilación de datos. 

Act6: Análisis de datos. 

Act7: Confección y presentación del informe. 

Act8: Revisión (si procede) y publicación. 

ANEXOS

Anexo I. Preguntas del test de identificación de violencia obstétrica.

| Test de violencia obstétrica | |
|---|--|
| Mientras estabas internada en la clínica y hospital, con contracciones de trabajo de parto, | |
| P1 | ¿El personal de salud hacía comentarios irónicos, descalificadores o en tono de chiste acerca de tu comportamiento? |
| P2 | ¿Te trataron con sobrenombres (gorda) o diminutivos (gordita, mamita, hijita) como si fueras una niña incapaz de comprender los procesos por los cuales estás/estabas atravesando? |
| P3 | ¿Fuiste criticada por llorar o gritar de dolor, emoción, alegría..., durante el trabajo de parto y/o el parto? |
| P4 | ¿Te fue difícil o imposible preguntar o manifestar tus miedos o inquietudes porque no te respondían o lo hacían de mala manera? |
| P5 | ¿Se realizaron alguno o varios procedimientos médicos sin pedirte consentimiento o explicarte por qué eran necesarios? |
| P6 | En el momento del parto, ¿Te obligaron a permanecer acostada boca arriba aunque manifestaras tu incomodidad en esa posición? |
| P7 | ¿Fuiste obligada a quedarte en cama impidiéndote caminar o buscar posiciones según tus necesidades? |
| P8 | ¿Se te impidió estar acompañada por alguien de tu confianza? |
| P9 | ¿Se te impidió el contacto inmediato con tu hija/o recién nacido antes de que se lo llevara el neonatólogo para control? (Acariciarlo, tenerlo en brazos, verle el sexo, hablarle, darle el pecho, etc.) |
| P10 | Después del parto, ¿Sentiste que no habías estado a la altura de lo que se esperaba de ti (que no habías “colaborado”)? |
| P11 | ¿Podrías decir que la experiencia en el parto te hizo sentir vulnerable, culpable o insegura? |

Test de violencia obstétrica de la asociación El Parto es Nuestro.

Anexo II. Consentimiento

a) Consentimiento informado

Las personas y/o instituciones que participan en el proyecto deberán dar previamente su consentimiento o autorización. El consentimiento incluye: La “Hoja de información a los participantes”, y el “Documento de consentimiento informado”.

a) Hoja de información a los participantes

Datos

- Título del proyecto
- Nombre y apellidos del estudiante
- Centro al que pertenece
- Nombre de la institución o instituciones en las que se lleva a cabo el proyecto

Descripción

- Detallar los objetivos del TFG/TFM.
- Especificar en qué consiste la participación, incluyendo paso a paso toda la experiencia que vivirá el participante (instrumento, tipo de preguntas, temas que se consultarán, duración de la participación, número de encuentros/visitas, grabación de las entrevistas o similares, riesgos y beneficios).
- Explicar al participante que tiene derecho a retirarse en cualquier momento de una parte o de la totalidad del estudio, sin expresión de causa o motivo y sin consecuencias; la posibilidad de clarificar dudas antes de aceptar participar y el derecho a conocer los resultados.

b) Documento de consentimiento informado

Datos

- Título del proyecto
- Centro
- Datos del participante (nombre y apellidos y número del documento de identidad)
- Persona que proporciona la información y hoja de consentimiento (nombre y apellidos)

Declaración

1. Declaro que me he leído la Hoja de información al participante sobre el estudio mencionado.
2. Se me ha hecho la entrega de una copia de la Hoja de información al participante y una copia de este Consentimiento informado, fechado y firmado. Se me han explicado las características y el objetivo de este estudio, así como los posibles beneficios y riesgos.
3. He tenido el tiempo y la oportunidad de realizar preguntas y aclarar dudas. Todas las preguntas han sido respondidas satisfactoriamente.
4. Se me ha asegurado que se mantendrá la confidencialidad de mis datos personales, de acuerdo con la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales y el Reglamento general (UE) 2016/679, de 27 de abril de 2016, de protección de datos (RGPD).
5. Otorgo el consentimiento de manera voluntaria y sé que me puedo retirar en cualquier momento de una parte o de la totalidad del estudio, sin expresión de causa o motivo, y sin que ello comporte ninguna consecuencia.

Firma por duplicado (una copia para la empresa/institución y una copia para el estudiante)

Fecha: Firma del participante

Fecha: Firma del estudiante (investigador/a)

Anexo III. Tabla de datos.

| Tabla de recogida de datos | |
|---|--|
| Conteste a las cuestiones de ambos apartados: A y B (Rodee la respuesta) | |
| A) Información previa | |
| Inicio del parto: espontáneo / programado. | |
| Vía de parto: vaginal / cesárea | |
| ¿Consideras que has podido sufrir violencia obstétrica? Sí / No | |
| Si has dado a luz en un centro privado, ¿fuiste derivada de la sanidad pública a la privada? (sí/no) | |
| ¿Tu embarazo ha sido considerado de alto riesgo? Sí / No | |
| ¿Tu embarazo se produjo mediante un tratamiento de fertilidad? Sí / No | |
| Valora del 0 al 10 el grado de satisfacción en el trato recibido durante la gestación, siendo 0 totalmente insatisfecha y el 10 muy satisfecha. 0 / 1 / 2 / 3 / 4 / 5 / 6 / 7 / 8 / 9 / 10 | |
| Valora del 0 al 10 el grado de satisfacción en el trato recibido durante el trabajo de parto, siendo 0 totalmente insatisfecha y el 10 muy satisfecha. 0 / 1 / 2 / 3 / 4 / 5 / 6 / 7 / 8 / 9 / 10 | |
| B) Mientras estabas internada en la clínica y hospital, con contracciones de trabajo de parto, | |
| P1 | ¿El personal de salud hacía comentarios irónicos, descalificadores o en tono de chiste acerca de tu comportamiento? Sí / No |
| P2 | ¿Te trataron con sobrenombres (gorda) o diminutivos (gordita, mamita, hijita) como si fueras una niña incapaz de comprender los procesos por los cuales estás/estabas atravesando? Sí / No |
| P3 | ¿Fuiste criticada por llorar o gritar de dolor, emoción, alegría..., durante el trabajo de parto y/o el parto? Sí / No |
| P4 | ¿Te fue difícil o imposible preguntar o manifestar tus miedos o inquietudes porque no te respondían o lo hacían de mala manera? Sí / No |
| P5 | ¿Se realizaron alguno o varios procedimientos médicos sin pedirte consentimiento o explicarte por qué eran necesarios? Sí / No |
| P6 | En el momento del parto, ¿Te obligaron a permanecer acostada boca arriba aunque manifestaras tu incomodidad en esa posición? Sí / No |
| P7 | ¿Fuiste obligada a quedarte en cama impidiéndote caminar o buscar posiciones según tus necesidades? Sí / No |
| P8 | ¿Se te impidió estar acompañada por alguien de tu confianza? |
| P9 | ¿Se te impidió el contacto inmediato con tu hija/o recién nacido antes de que se lo llevara el neonatólogo para control? (Acariciarlo, tenerlo en brazos, verle el sexo, hablarle, darle el pecho, etc.) Sí / No |
| P10 | Después del parto, ¿Sentiste que no habías estado a la altura de lo que se esperaba de ti (que no habías “colaborado”)? Sí / No |
| P11 | ¿Podrías decir que la experiencia en el parto te hizo sentir vulnerable, culpable o insegura? Sí / No |

Tabla de recogida de datos para las participantes de ambos centros. Se sumarán los resultados separando por tipo de centro

FUENTES DOCUMENTALES

1 Almonte, G. (2016). La violencia ginecológica y obstétrica. La medicalización del cuerpo femenino. Revista Décir, 2, 1-10.

2 Leiva, G. y otros. (2016). Moving beyond disrespect and abusive: addressing the structural dimensions of obstetric violence. Reproductive Health Matters, 24(7), 44-55. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.rhm.206.04.002>

3 Guillén, F. F. (2023, marzo 10). Nueva resolución de Naciones Unidas contra España por violencia obstétrica - FRANCISCA FERNÁNDEZ GUILLÉN. FRANCISCA FERNÁNDEZ GUILLÉN. Disponible en: <https://www.franciscafernandezguillen.com/nueva-resolucion-de-naciones-unidas-contra-espana-por-violencia-obstetrica/>

4 Jurídicas, N. (2024). Violencia obstétrica en la atención médica en España: una realidad invisible · Noticias Jurídicas. Disponible en: <https://noticias.juridicas.com/contenido-patrocinado/articulo/19323-violencia-obstetrica-en-la-atencion-medica-en-espana:-una-realidad-invisible/>

5 Mortalidad materna. OMS. [Citado el 07 octubre 2024]. Recuperado a partir de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>

6 Asefa, A. y Bekele, D. (2015). Status of respectful and non-abusive care during facility-based childbirth in a hospital and health centers in Addis Ababa, Ethiopia. Reproductive Health 12(33), 1-9.

7 Lukasse M. y otros. (2015). Prevalence of experienced abuse in healthcare and associated obstetrics in six European Countries. Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica, 94(5), 508-517. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/aogs.12593>.

8 Observatorio de Violencia Obstétrica-OVO- (2018). Resultados Primera Encuesta sobre el Nacimiento en Chile. Santiago, Chile. Disponible en: <https://ovochile.cl/descarga-resultados-primer-encuesta-sobre-el-nacimiento-en-chile/>

9 Recio Alcaide, A. (2015). Childbirth Care in Spain: Data to Reflect on Problem. Dilemata 2015, 18, 13-26.

10 Violencia obstétrica en España: percepción de las mujeres y diferencias interterritoriales. (n.d.). [Citado el 07 octubre 2024]. Recuperado a partir de: <https://www.sociedadmarce.org/detall.cfm/ID/14986/MARES/violencia-obstetrica-espanya-percepcion-las-mujeres-y-diferencias-interterritoriales.htm>

11 Williams, C.R.; Meier, B.M. (2019). Ending the abuse: The human rights implication of obstetric violence a the promise of rights based policy to realice respectful maternity care. Sex. Reprod. Heal. Matters, 27, 9-11. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.1080/26410397.2019.1691899>.

12 García, L. (2024). Obstetric violence in the United States and other high-income countries: an integrative review. Sex Reprod Health Matters. (S/f). Nih.gov. Recuperado el 22 de enero de 2025, de <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11005882/>

- 13 Calafell, N. (2015). La violencia obstétrica y sus modelos de mundo. *Cuestiones de género de la Igualdad y la Diferencia*, 10, 331-354.
- 14 Arguedas G. La violencia obstétrica: propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense. *Cuadernos Intercambio sobre Centroamérica y el Caribe*. [Citado el 07 octubre de 2024]. 11(1): 145-169. Disponible en: <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/intercambio/article/view/14238/13530>
- 15 Organización Mundial de la Salud. Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud. [Citado el 07 octubre de 2024]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134590/WHO_RHR_14.23_spa.pdf;jsessionid=D1B5962059E196029829857CEA0808CE?sequence=16
- 16 Margarita E. Hacia los partos empoderados: recuperando nuestros cuerpos secuestrados por la biomedicina. *Dossiers Feministes*. [Citado el 07 octubre de 2024]. 22: 87-106. Disponible en: <https://www.raco.cat/index.php/DossiersFeministes/article/view/328066/418603>
- 17 El parto es nuestro. Recursos. Disponible en: <https://elpartoesnuestro.es/recursos/m-sanidad-estrategia-de-atencion-al-parto-normal-en-el-sns>
- 18 Cohen, S. (2016). Making Loud Bodies “Femenine”: A Feminist-Phenomenological Analysis of Obsteric Violence, *Human Studies*, 39, 231-247. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s10746-015-9369-x>.
- 19 Selin, H. y Stone, P.K. (eds). (2019). *Childbirth across Cultures. Ideas and Practices of Pregnancy, Childbirth and the Postpartum*. New York: Springer.
- 20 Fernández-Guillén, F. (2015). ¿Qué es la violencia obstétrica? Algunos aspectos sociales, éticos y jurídicos. *Dilemata*, 18, 113-128.
- 21 Arguedas G. La violencia obstétrica: propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense. *Cuadernos Intercambio sobre Centroamérica y el Caribe* [Internet]. 2014 [accedido el 07 de octubre de 2024]. 11(1): pp. 145-169. Disponible en: <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/intercambio/article/view/14238/13530>
- 22 Rodríguez Mir, J. & Martínez Gandolfi, A. (2021). Violencia obstétrica: una práctica invisible en la atención médica en España. *Gaceta de Salud*, 35 (3), pp. 211-212.
- 23 Valdez-Santiago, R. y otros (2015). Nueva evidencia a un viejo problema: el abuso de las mujeres en las salas de parto. *Revista CONAMED*, 18 (1), 14-20.
- 24 Adrián P, Ramos R, Aguilera Ávila L. ¿Violencia obstétrica en España, realidad o mito? 17.000 mujeres opinan. *Musas*. 2019.
- 25 Nacer en libertad. (2015). *Memorias de parto. Relatos de mujeres para renacer juntas*. Santiago: Quimantú.
- 26 Brandao y otros. (2018). Childbirth experiences related to obstetric violence in public health units in Quito, Ecuador. *Int. J. Gynecol. Obstet.* 2018,143,84-88. Disponible en <https://dx.doi.org/10.1002/ijgo.12625>.

- 27 Aktas, S y Aidin, R. (2019). The Analysis of negative birth experiences of mothers: A qualitative study. *J. Reprod Infant Psychol.* 2019,37, 176-192. Disponible en <https://dx.doi.org/10.1080/02646838.2018.1540803>.
- 28 De Souza KJ, Rattner D, Gubert MB. Institutional violence and quality of service in obstetrics are associated with postpartum depression. *Revista de Saude Publica.* 2017;51.
- 29 Bellón, S. (2015). La violencia obstétrica desde los aportes de la crítica feminista y la biopolítica. *Dilemata*, 18, 93-111.
- 30 María Margarita A, Yomaira Torres Jiménez Y, Fernanda Poveda Ávila J, Torrez Jimenes YY Poveda Avila JF El MM. El proceso de parto cultural, una necesidad. *Cultura del Cuidado Enfermería*, ISSN-e 1794-5232, Vol 15, No 1, 2018, págs 23-37 [Internet]. 2018 [citado el 08 de octubre de 2024];15(1):23–37. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7200829>
- 31 Vista de La violencia obstétrica desde los aportes de la crítica feminista y la biopolítica [Internet]. [citado el 08 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://www.dilemata.net/revista/index.php/dilemata/article/view/374/379>
- 32 Lippke, S., Derksen, C., Keller, F. M., Kötting, L., Schmiedhofer, M., & Welp, A. (2021). Effectiveness of communication interventions in obstetrics—A systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(5), 2616. <https://doi.org/10.3390/ijerph18052616>
- 33 Ventura W, Lam-Figueroa N. ¿Es útil la amniotomía de rutina en el trabajo de parto de inicio espontáneo?: Una revisión de la literatura. *Anales de la Facultad de Medicina* [Internet]. 2008 [citado el 08 de octubre de 2024];69(2):127-9. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102555832008000200012&lng=es&nrm=iso&tlng=pt
- 34 Elizabeth López-Ramírez C, Arámbula-Almanza J, Camarena-Pulido EE. Oxitocina, la hormona que todos utilizan y que pocos conocen. *Ginecol Obstet Mex* [Internet]. 2014 Jun [citado el 08 de octubre de 2024];82:472-82. Disponible en: www.femecog.org.mx
- 35 Camacaro M, Ramírez M, Lanza L, Herrera M. Conductas de rutina en la atención al parto constitutivas de violencia obstétrica Routine Behaviors in Birth Care that Constitute Obstetrical Violence NOTAS Y DEBATES DE ACTUALIDAD. No 68. [citado el 08 de octubre de 2024];68:113-20.
- 36 Grobman, W. A. (2024). The role of labor induction in modern obstetrics. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 230(3), S662–S668. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2022.03.019>
- 37 La violencia obstétrica como violencia de género: Estudio etnográfico de la violencia asistencial en el embarazo y el parto en España y de la percepción de usuarias y profesionales | Documentos - Universidad Complutense de Madrid [Internet]. [Citado el 08 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://produccioncientifica.ucm.es/documentos/5e7beee62999525af8c9a391?lang=es>

38 Abena Asefuaba, Y. te al (2024). Addressing obstetric violence: a scoping review of interventions in healthcare and their impact on maternal care quality. Public Health. (S/f-b). <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1388858>

39 Brüggemann, J. y Swahnberg, K. (2014). Staff silence about abuse in health care. An Exploratory study at a Swedish women's clinic. Clinical Ethics, 9 (2-3), 71-76. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/1477750914546760>.