



FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES

**Impacto de la violencia obstétrica en el desarrollo de estrés
postraumático y la calidad del vínculo materno-infantil**

Autor: María Gabriela Palma Cinquemani

Tutor profesional: María Vega Sanz

Madrid
2022/2023

Resumen

La violencia obstétrica es un tipo de violencia habitual pero poco reconocida, que afecta a dos de cada tres mujeres en España, dejando secuelas emocionales importantes y en muchos casos, pudiendo desencadenar sintomatología de estrés postraumático en las mujeres que vivencian este tipo de violencia durante el parto. Esto puede, a su vez, repercutir negativamente en la calidad de la relación vincular que establece una madre con su bebé. Este estudio tuvo como objetivo estudiar el impacto que tiene la violencia obstétrica sobre el desarrollo de estrés postraumático y sobre el establecimiento de un vínculo materno-infantil de baja calidad. Los resultados permiten confirmar el carácter predictor que tienen estas malas prácticas médicas sobre el estrés postraumático e, indirectamente, su influencia en la alteración del vínculo materno-infantil. El apoyo social percibido y el establecimiento de contacto piel con piel con el bebé fueron identificados como factores protectores frente al desarrollo de sintomatología de estrés postraumático.

Palabras clave: *violencia obstétrica, experiencia de parto, estrés postraumático, vinculación materno-infantil, apoyo social*

Abstract

Obstetric violence is a common yet often unrecognized form of violence that affects two out of three women in Spain, leaving significant emotional scars and, in many cases, triggering symptoms of post-traumatic stress in women who experience this type of violence during childbirth. This, in turn, can negatively impact the quality of the mother-infant bonding. This study aimed to examine the impact of obstetric violence on the development of post-traumatic stress symptoms and the establishment of a low-quality mother-infant bonding. The results confirm the predictive nature of these medical practices on post-traumatic stress disorder and, indirectly, their influence on the disruption of the mother-infant bonding. Perceived social support and skin-to-skin contact with the baby were identified as protective factors against the development of post-traumatic stress symptoms.

Key Words: *obstetric violence, childbirth experience, post-traumatic stress disorder, mother-infant bonding, social support*

ÍNDICE

Introducción.....	4
1. Violencia obstétrica.....	4
2. Trastorno de estrés postraumático.....	6
2.1. Factores de riesgo del TEPT.....	7
3. Vinculación materno-infantil.....	10
3.1. Factores de riesgo de la vinculación materno-infantil.....	10
4. Violencia obstétrica, estrés postraumático y vinculación materno-infantil.....	12
5. Objetivos.....	13
Metodología.....	14
1. Procedimiento.....	14
2. Participantes.....	14
3. Instrumentos.....	16
4. Análisis de resultados.....	18
Resultados.....	19
Discusión.....	31
1. Limitaciones.....	34
2. Futuras líneas de investigación.....	35
3. Implicaciones prácticas.....	36
4. Conclusiones.....	37
Referencias Bibliográficas.....	38

Introducción

El periodo perinatal puede considerarse una etapa de especial vulnerabilidad para la mujer por los cambios físicos y psicológicos que conlleva el proceso de embarazo, parto y posparto. La vivencia de este periodo puede tener un impacto profundo en el bienestar emocional y en la salud mental materna.

Una manera de fomentar que las mujeres vivan esta experiencia de manera positiva es garantizando una atención de calidad durante el parto (OMS, 2018). Esto implica, asegurar que las mujeres reciban un trato respetuoso durante el proceso, permitir su participación en la toma de decisiones y brindar un entorno seguro y de apoyo que promueva su bienestar. Lamentablemente, existe una realidad que afecta a dos de cada tres mujeres en el contexto de atención médica en España (Martínez-Galiano et al., 2020). Se trata de un tipo de violencia de género habitual, pero poco reconocida: la violencia obstétrica (Martínez-Galiano et al., 2020).

1. Violencia obstétrica

Se entiende como violencia obstétrica (VO) las prácticas, llevadas a cabo por profesionales sanitarios hacia las mujeres, durante el embarazo, parto y puerperio, que por acción u omisión son, o pueden ser percibidas como violentas (Rodríguez y Martínez, 2021). En España, la prevalencia de mujeres que refieren haber sido víctimas de VO es del 67.4%, destacando principalmente el tipo de violencia física (Martínez-Galiano et al., 2020).

Este tipo de violencia puede ser tanto física como psicológica (García, 2018). Por un lado, se consideran formas de VO física, cualquiera de los siguientes procedimientos, siempre y cuando sean llevados a cabo sin proporcionar suficiente información o sin consentimiento: episiotomías, intervenciones dolorosas sin anestésicos, obligar a parir en una determinada posición (Rodríguez

y Martínez, 2021), tactos vaginales en repetidas ocasiones y por diferentes miembros del personal sanitario, maniobra de Kristeller o presión del fondo uterino, y aceleración del ritmo normal del parto a través del abuso de medicamentos (Martínez-Galiano et al., 2020). Muchas de estas intervenciones son desaconsejadas por las consecuencias negativas que pueden implicar, como, por ejemplo, dolor crónico o desgarros severos por la episiotomía, dolor durante el coito e incontinencia urinaria y fecal (OMS, 2021). Por otro lado, la VO de tipo psicológica se pone de manifiesto a través de un trato jerárquico deshumanizador, infantil, autoritario, despectivo y/o humillante por parte del personal sanitario (Rodríguez y Martínez, 2021). Todo esto, puede conllevar una sensación de vulnerabilidad, culpa e inseguridad en las madres que lo experimentan (Martínez-Galiano et al., 2020).

A raíz de lo hallado en la literatura, se puede afirmar que las prácticas de VO suponen acciones inapropiadas o no consensuadas, que implican una pérdida de autonomía en las mujeres y su capacidad de decisión sobre sus cuerpos (Pérez D'Gregorio, 2010). La Organización Mundial de la Salud (2021) advierte sobre este tipo de maltrato y ofrece una vía para mejorar la atención hospitalaria durante el parto, en la que señala, entre otras cosas, evitar el uso innecesario de intervenciones durante el mismo y la importancia de ofrecer a las madres más poder de decisión. A pesar de estas recomendaciones, son cada vez más frecuentes los reportes de malos tratos relacionados con la VO y desafortunadamente, son pocos los países que han desarrollado una regulación legal al respecto (Rodríguez Ramos y Aguilera Ávila, 2017).

Estos datos, nos permiten hablar de la VO como un tipo de violencia de género, que viola los derechos humanos y reproductivos de la mujer (Araujo-Cuauro, 2019). No se trata de una problemática reciente, sino invisibilizada. Sin embargo, lo que es reciente es el creciente interés que está teniendo el tema en la literatura. Y gracias a asociaciones activistas, que buscan

reivindicar un mayor respeto y protección hacia los derechos de las madres, comienza a tener más visibilidad (Asociación El Parto es Nuestro).

Además de las consecuencias físicas derivadas de ejercer VO, diversos estudios han mostrado repercusiones psicológicas importantes que pueden manifestar las víctimas, tales como: secuelas emocionales, depresión posparto y estrés postraumático (García, 2018; Martínez-Vázquez, 2021).

2. Trastorno de Estrés Postraumático

El Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) es un tipo de psicopatología que puede desarrollarse tras vivir o experimentar un acontecimiento que resulte impactante, peligroso o genere terror (Instituto Nacional de la Salud Mental, 2020), cuyos síntomas incluyen la presencia de recuerdos intrusivos, evitación de estímulos relacionados con el suceso traumático, respuestas de hiperactivación fisiológica, y alteraciones cognitivas y del estado del ánimo asociadas al hecho traumático (APA, 2013).

Recientemente, se ha comenzado a investigar sobre la posibilidad de que la experiencia de parto pueda ser un evento lo suficientemente estresante como para desencadenar sintomatología postraumática. Cabe señalar que el acontecimiento puede considerarse traumático, por el hecho de que la madre lo haya percibido como amenazante y haya pensado que se encontraba en peligro, ya sea ella o su bebé, y en consecuencia reaccionar sintiendo indefensión o terror (Olza, 2007).

Un gran porcentaje de mujeres experimentan partos traumáticos, de las cuales, algunas de ellas acaban desarrollando un TEPT perinatal (O'Donovan et al., 2014), situándose la prevalencia global del trastorno en un 3,17% de la población general y en un 15,7% en grupos de riesgo (Grekin y O'Hara, 2014). Mientras que, aproximadamente un 30% de las mujeres puede experimentar

síntomas de estrés postraumático tras el parto, sin cumplir todos los criterios para el TEPT (Soet, y Dilorio, 2003).

Las madres que padecen TEPT perinatal relatan vivir en un sufrimiento constante. Suelen re-experimentar el parto traumático continuamente a través de *flashbacks*, que pueden ser inducidos por situaciones (i.e., ver a otra mujer embarazada u hospitales) desencadenando respuestas de ansiedad. Suelen sentir cierta desconexión de sus bebés y ausencia de la realidad. Algunas pueden sentir una fuerte necesidad de hablar sobre el parto traumático y de buscar respuestas, de manera obsesiva, para entender lo que les ha sucedido. Otras pueden sentir enfado con los profesionales, familiares o con ellas mismas, e incluso algunas pueden sentir cierto rechazo hacia la maternidad (Beck, 2004).

Los síntomas del TEPT perinatal suelen alcanzar su mayor intensidad entre las cuatro y seis semanas posparto y luego pueden disminuir, persistir o reactivarse en el siguiente embarazo (O'Donovan et al., 2014).

2.1. Factores de riesgo del TEPT

Numerosos estudios han identificado diversos factores de riesgo para el desarrollo de TEPT perinatal.

Por un lado, factores psicológicos no asociados al parto (i.e. trastornos psiquiátricos, traumas previos, rasgos de neuroticismo) (Cirino y Knapp, 2019; O'Donovan et al., 2014). Por otro lado, factores asociados al parto: tipo de parto instrumental (Hernández-Martínez et al., 2019) o cesárea no programados (Beck et al., 2011; Hernández-Martínez et al., 2019; ; Kjerulff et al., 2021), compresión abdominal o Maniobra de Kristeller, desgarros perineales (Hernández-Martínez et al 2019; Martínez-Vázquez, 2021), administración de enemas, hemorragia posparto,

tactos vaginales reiterados, ausencia de contacto piel con piel con el bebé, ingreso hospitalario del recién nacido, alimentación con fórmula, complicaciones anestésicas, indicación de permanecer acostada todo el tiempo, administración de oxitocina sin consentimiento, percepción de un trato irrespetuoso por parte de los profesionales de la salud hacia las mujeres (Martínez-Vázquez, 2021) u otras complicaciones físicas (i.e., infecciones) (Beck et al., 2011). Por último, se han asociado al riesgo de desarrollar TEPT otros factores como: bajas habilidades de afrontamiento, poco apoyo social (van Heumen et al., 2018), miedo al parto y síntomas de depresión posparto (Beck et al., 2011; Çapik et al., 2018).

En la revisión sistemática llevada a cabo por Dekel y Dishy (2017) se identificó la experiencia subjetiva de parto negativa como un factor de riesgo significativo para el TEPT, destacando que estos síntomas no provienen de la presencia de TEPT previo, sino que su desarrollo aparece inmediatamente en el periodo posparto, sugiriendo así el impacto que puede tener la experiencia subjetiva de parto en la salud mental materna (Dekel y Dishy, 2017).

Como se puede apreciar, una mala praxis médica, en sus diversas formas, puede actuar como un factor desencadenante del TEPT, estando relacionada esta mala praxis como el concepto de violencia obstétrica, tanto física como psicológica.

Atendiendo a lo anteriormente mencionado, resulta de especial relevancia una profundización en el estudio del estrés postraumático, ocasionado tras la experiencia de parto, y concretamente tras la vivencia de violencia obstétrica durante el mismo (Olza, 2007).

Teniendo en cuenta la magnitud de esta problemática, también se hace necesario considerar qué variables pueden funcionar como factores de protección frente al desarrollo de síntomas de estrés postraumático.

Se ha mostrado que variables psicosociales como la resiliencia personal y un mayor apoyo social pueden proteger del desarrollo de TEPT (Grekin y O'Hara, 2014) Las madres que perciben un mayor apoyo social en general se encuentran en menor riesgo de desarrollar un sintomatología de estrés postraumático que aquellas con un menor apoyo social (Grekin y O'Hara, 2014; van Heumen et al., 2018), destacando algunos estudios el poder predictor del apoyo social percibido durante el embarazo (Soet, y Dilorio, 2003), y destacando otros el papel clave que tiene el apoyo brindado por la pareja durante el embarazo, parto y posparto en un menor riesgo de desarrollar TEPT (Martínez-Vázquez, 2021).

Otros autores encontraron que en casos donde se realizó cesárea de emergencia, la misma predijo un incremento en los síntomas de estrés postraumático en las siguientes semanas, pero solo en aquellas mujeres con bajo apoyo social. Por tanto, el apoyo social percibido amortiguó el posible efecto adverso de la cesárea de emergencia sobre el nivel de estrés postraumático (Noyman-Veksler et al., 2015).

La relevancia del estudio del estrés postraumático perinatal radica en el efecto que tiene, no solo a nivel individual por ser perjudicial para la salud materna, sino también su posible influencia en la calidad del vínculo que establece la madre con su bebé. Diversos estudios han investigado el impacto negativo que el TEPT puede tener en el establecimiento del vínculo materno-infantil (Molloy et al., 2021; Montoya y Alzaga, 2007; Simpson y Catling, 2016; Stuijzand, et al., 2020). Se ha demostrado que las mujeres que experimentaron síntomas de estrés postraumático tras un mes del parto presentaron dificultades para vincularse afectivamente con sus bebés, incluso cuando se controlaron variables como la presencia de depresión posparto (Kjerulff et al., 2021).

3. Vinculación Materno-Infantil

La vinculación materno-infantil o *bonding*, hace referencia a la relación temprana entre una madre y su bebé, caracterizada por el afecto, sentimientos, percepciones, actitudes y respuesta emocional materna hacia el bebé, durante su primer año de vida (Bicking et al., 2013; Palacios-Hernández, 2016). Esta relación es de carácter direccional, es decir, se caracteriza principalmente por las respuestas de la madre hacia el bebé, frente al carácter bidireccional que caracteriza el apego y que se da a partir del primer año en adelante (Roncallo et al., 2015). Se estima que entre un 7 y un 9% de madres de población general y entre un 22 y un 67% de madres de población clínica presentan alteraciones vinculares con los recién nacidos (Palacios-Hernández, 2016).

Palacios-Hernández (2016) define la alteración del vínculo materno-infantil como “una alteración en la respuesta emocional materna hacia el bebé presente en la interacción temprana entre ambos posterior al parto y durante el primer año del posparto” (p. 166). Puede manifestarse en distintos niveles, desde el retraso, ambivalencia o falta de respuesta afectiva materna, hasta el rechazo materno o ira u hostilidad hacia el bebé. Esta alteración vincular puede conllevar consecuencias negativas para el desarrollo psicosocial del infante a medio y largo plazo (Brockington, 2011), incluyendo: afectaciones en la autorregulación emocional, el desarrollo cognitivo y del lenguaje, la adaptación social y el tipo de apego posterior (Palacios-Hernández, 2016).

Es por ello que cabe destacar que el establecimiento de un buen vínculo durante los primeros meses de vida sienta las bases para desarrollar un apego seguro y, en consecuencia, un mejor ajuste psicológico (Moya et al., 2015).

3.1. Factores de riesgo de la alteración de la vinculación materno-infantil

En esta misma línea, entre los factores de riesgo frecuentemente asociados a una alteración del vínculo, se encuentran, por un lado, aspectos relacionados con la madre, como la presencia de psicopatología (Stein et al., 2014), edad joven, bajo nivel educativo, embarazo no deseado, falta de apego prenatal con el feto y ser madre primeriza (Palacios-Hernández, 2016). Por otro lado, los aspectos relacionados con el bebé más relevantes tienen que ver con condiciones médicas severas que puede sufrir el bebé, como anormalidades, prematuridad o bajo peso al nacer y el temperamento difícil (Palacios-Hernández, 2016). También, son relevantes los procesos del embarazo, el parto y el posparto, como la lactancia materna, que puede ser tanto factor de riesgo como factor protector, y, en este punto cabe destacar la experiencia de parto cuando es experimentada como un suceso traumático (Palacios-Hernández, 2016).

Como se ha mencionado en apartados anteriores, el desarrollo de sintomatología de estrés postraumático se ha identificado como un factor de riesgo importante en el establecimiento de un vínculo de calidad (Molloy et al., 2021; Montoya y Alzaga, 2007; Simpson y Catling, 2016; Stuijzand et al., 2020). Esta asociación entre la presencia de TEPT con niveles más bajos de vínculo materno infantil se ha medido en distintos momentos en el transcurso de un año y se ha encontrado al primer mes, a los seis meses y a los 12 meses posparto (Kjerulff et al., 2021).

Beck (2015) sugiere que la afectación de la vinculación materno-infantil aparece como consecuencia de vivir el parto como un evento traumático, por los efectos adversos que tiene en la capacidad materna para brindar un cuidado cálido y sensible hacia sus bebés. La sensación de desconexión y distanciamiento que puede sentir la madre y la falta de disponibilidad emocional al experimentar un suceso traumático impacta significativamente en su modo de relacionarse.

Se ha identificado también la exposición a la violencia obstétrica como un factor de riesgo para la formación del vínculo materno-infantil (Jarillo-López et al., 2021). Las prácticas consideradas dentro de la VO, pueden ser un obstáculo para realizar el primer contacto de piel con piel materno-infantil, conocido por facilitar la interacción entre ambos (Jarillo-López et al., 2021). Los autores sugieren que la falta de contacto piel con piel, la puesta en práctica de intervenciones intrusivas y un trato impersonal, se asocian a un deterioro en la salud mental materna y a una mayor dificultad para acercarse la madre hacia su bebé (Simpson et al., 2018).

4. Violencia obstétrica, TEPT y vinculación materno-infantil

La evidencia científica ha constatado cómo la salud mental materna está asociada a la calidad de la interacción temprana entre la madre y el bebé y cómo el establecimiento de un vínculo de calidad facilita el desarrollo óptimo del infante a largo plazo (Brockington et al., 2011; Stuijzand et al., 2020). Ante estos datos, resulta de gran relevancia seguir indagando en estas variables para tener un mejor entendimiento de ellas. Integrando las distintas aportaciones que se han encontrado en la literatura, se puede resumir que las prácticas de VO parecen tener una repercusión importante en el desarrollo de estrés postraumático, y este, a su vez, ha mostrado estar relacionado con la aparición de alteraciones vinculares maternofiliales. Sin embargo, se ha estudiado poco la relación entre estas variables en conjunto.

Se conoce que las prácticas de VO pueden afectar directamente al bienestar emocional de las madres, y a través de este, al vínculo que establece con el recién nacido en sus estadios iniciales, interfiriendo negativamente en la interacción (Jarillo-López et al., 2021). Dada la importancia del establecimiento de una vinculación materno-infantil de calidad, para el bienestar y salud mental

materna, infantil y en la relación entre ambos, resulta indispensable valorar el impacto que la VO y el estrés postraumático pueden tener en ellos.

5. Objetivos

La VO es un problema de gran importancia, es por ello que el objetivo general de este estudio fue *estudiar el carácter predictor de la violencia obstétrica en el desarrollo de sintomatología de estrés postraumático (de manera directa) y en el establecimiento de un vínculo materno-infantil de baja calidad (de manera indirecta)*. En base a los hallazgos de estudios previos, se espera encontrar que la presencia de VO durante la experiencia de parto pueda predecir la aparición de una mayor sintomatología de estrés postraumático (Beck et al 2011; Olza, 2007; Hernández-Martínez et al 2019; Martínez Vázquez, 2021) e influir, indirectamente a través de esta, en la aparición de una alteración vincular de la madre con el bebé (Beck, 2015; Jarillo-López et al., 2021; Molloy et al., 2021; Montoya y Alzaga, 2007; Simpson y Catling, 2016; Stuijzand, et al., 2020).

Por un lado, tal como plantean los autores, la presencia de intervencionismo obstétrico, manifestada a través de prácticas médicas sin consentimiento, como, compresión abdominal, desgarros perineales (Hernández-Martínez et al 2019; Martínez-Vázquez 2021), administración de enemas, tactos vaginales reiterados, indicación de permanecer acostada todo el tiempo, administración de oxitocina, y percepción de un trato irrespetuoso por parte de los profesionales sanitarios (Martínez-Vázquez, 2021), influirá en el desarrollo de síntomas de estrés postraumático, llevando a desarrollar un TEPT perinatal completo (Grekin y O'Hara, 2014) o parcial (Soet, y Dilorio, 2003).

Por otro lado, en base a lo hallado por otros autores, las mujeres que perciban la experiencia del parto como traumática (Palacios-Hernández, 2016) y experimenten sintomatología específica de TEPT (Kjerulff et al., 2021) presentarán mayores dificultades para vincularse con sus bebés (Beck, 2015).

De manera secundaria, se planteó testar este carácter predictivo a través de la formulación de un modelo mediacional en el que la violencia obstétrica impactaría en la calidad del vínculo materno filial a través de un efecto indirecto sobre el desarrollo de TEPT (vivencia de violencia obstétrica durante el embarazo-> sintomatología de estrés postraumático-> baja calidad del vínculo materno filial).

Finalmente, de manera complementaria se planteó: *Estudiar el carácter predictor del apoyo social como factor protector en el desarrollo de sintomatología postraumática tras el parto*. Los estudios sugieren que las mujeres que perciben un mayor apoyo social presentan un menor riesgo de desarrollar síntomas de estrés postraumático (Grekin y O'Hara, 2014; Martínez-Vázquez, 2021; Van Heumen et al., 2018; Verreault, 2012). De esta manera, se hipotetiza que, independientemente de haber vivido VO durante el parto, mayores niveles de apoyo social percibido se asociarán con una disminución en los síntomas de estrés postraumático.

Metodología

1. Procedimiento

La muestra del presente estudio se obtuvo a través de un *muestreo por bola de nieve*. Los datos fueron recolectados de forma telemática, mediante un formulario que incluyó cuestionarios

digitalizados que fueron difundidos a través de redes sociales (LinkedIn, Instagram) y a través del contacto con las asociaciones y organizaciones españolas (El Parto es Nuestro, Maternify).

Para la selección de la muestra, se emplearon los siguientes criterios de inclusión: madres primerizas residentes de España, mayores a 25 años, que se encuentran entre las semanas cuatro y seis posparto.

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

2. Participantes

La muestra estuvo formada por un total de 182 mujeres con edades comprendidas entre 25 y 44 años, siendo la media de edad 32.6 (SD = 3.57). Un 99.5% tuvo un parto único, y un 92.9% nacieron a término. La tabla 1 recoge la información sociodemográfica de los participantes.

Tabla 1*Características sociodemográficas de la muestra*

	%
Nivel de estudios	
ESO	1.6
FP/Bachillerato	17
Estudios Universitarios	48.4
Posgrado	33
Tipo de Parto	
Vaginal	77.5
Cesárea programada	2.7
Cesárea de urgencia	19.8
Lugar de parto	
Hospital público	75.3
Hospital privado	24.2
Domicilio	0.5
Semana posparto	
Cuatro	30.8
Cinco	15.4
Seis	53.8
Tipo de alimentación	
Lactancia materna	73.1
Lactancia artificial	10.4
Lactancia mixta	16.5

3. Instrumentos

El formulario digital, estaba compuesto de los siguientes cuestionarios:

Cuestionario sobre Condiciones del Parto:

Se utilizó el *Cuestionario sobre Condiciones del Parto* (Rodríguez-Ramos y Aguilera- Ávila, 2017) para medir la presencia de violencia obstétrica durante el parto. Está formado por 13 ítems con respuestas dicotómicas (si y no), siendo las respuestas positivas indicadoras de la existencia

de violencia obstétrica. El cuestionario original presentó un índice de fiabilidad de $\alpha = .74$. En el presente estudio el índice de fiabilidad del instrumento fue de $\alpha = .84$

Test del Vínculo en el Posparto (Postpartum Bonding Questionnaire: PBQ):

Se administró el PBQ (Brockington et al., 2001), traducido y validado al español por García Esteve et al. (2016) para medir la alteración del vínculo materno-infantil. Es una medida autoinforme de 25 ítems, compuesta por cuatro subescalas: *alteración del vínculo*, *ansiedad por el cuidado*, *dificultad para disfrutar y rechazo* y *riesgo de abuso*. Se califica cada ítem siguiendo la escala Likert del 0 (nunca) al 5 (siempre). Los resultados en la puntuación total mayores a 26 indican la presencia de trastornos en el vínculo, mientras que puntuaciones mayores a 40 indican trastornos severos. Los puntos de corte para cada subescala son los siguientes: subescala 1 > 12, subescala 2 > 12, subescala 3 > 9, subescala 4 > 1. El instrumento original presentó un índice de fiabilidad de $\alpha = .90$ para el total de la escala, $\alpha = .85$ para la subescala *vínculo alterado*, $\alpha = .83$ para la subescala *ansiedad por el cuidado*, $\alpha = .75$ para la subescala *dificultad para disfrutar* y $\alpha = .56$ para la subescala *rechazo y riesgo de abuso*. En el presente estudio, el instrumento presentó un índice de fiabilidad de $\alpha = .90$ para la escala total, $\alpha = .77$ para la subescala *vínculo alterado*, $\alpha = .81$ para la subescala *ansiedad por el cuidado*, $\alpha = .82$ para la subescala *dificultad para disfrutar* y $\alpha = .43$ para la subescala *rechazo y riesgo de abuso*.

Listado de Síntomas de Estrés Postraumático (PCL-5), versión en español:

Se evaluó la presencia de sintomatología postraumática a través del PCL-5 (Weathers et al., 2013). Es una medida de autoinforme que incluye un total de 20 ítems que evalúan la presencia y severidad de 20 síntomas relativos a las dimensiones del TEPT, de acuerdo a los criterios del DSM-5: *reexperimentación, embotamiento emocional, evitación e hiperarousal*. El resultado es la suma total de los 20 ítems, que se responden siguiendo la escala Likert con cinco opciones de respuestas del 0 (nada) al 4 (extremadamente) para unas puntuaciones totales entre 0 y 80. Los autores proponen un punto de corte >33 para un diagnóstico parcial de TEPT. El índice de fiabilidad que presentó el instrumento fue de $\alpha = .95$ tanto el original, como en el presente estudio.

Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (EMAS), versión en español:

Se aplicó el EMAS (Zimet et al, 1988) adaptado y validado en población española por Landeta y Calvete (2002). El instrumento consta de 12 ítems que miden los niveles de apoyo social que perciben los participantes, en relación con su familia, amigos y personas relevantes. Presenta una escala de respuesta de 7 alternativas, en donde 1 indica “estar totalmente en desacuerdo” y 7 indica “estar totalmente de acuerdo”. El índice de fiabilidad fue de $\alpha = .92$ para la escala total. Las dimensiones específicas que incluye la escala presentan índices de fiabilidad de $\alpha = .829$ para la subescala *Amigos*; $\alpha = .92$, la subescala *Familia*; $\alpha = .94$, la subescala *Personas Relevantes*.

En el presente estudio el instrumento presentó un índice de fiabilidad de $\alpha = .94$ para la escala total, $\alpha = .95$ para la subescala *Amigos*; $\alpha = .93$, para la subescala *Familia*; $\alpha = .91$, para la subescala *Personas Relevantes*.

4. Análisis de resultados

Los datos fueron analizados con el programa estadístico Jamovi.

Análisis descriptivos

En primer lugar, para describir las características sociodemográficas de la muestra del estudio, se llevó a cabo un análisis descriptivo, considerando el análisis de frecuencias para las variables categóricas y la media y desviación para las variables cuantitativas.

De la misma manera, se realizó un análisis descriptivo para describir las puntuaciones obtenidas de cada instrumento utilizado, teniendo en cuenta la media y desviación. Y para evaluar la consistencia interna de cada uno, se calculó el índice de fiabilidad con el coeficiente alfa de Cronbach, de la escala total y las subescalas correspondientes de cada instrumento.

Análisis de Correlaciones

Con el fin de analizar las relaciones entre las variables cuantitativas, se llevó a cabo un análisis de correlación entre las variables utilizando el estadístico Rho de Spearman.

Para examinar las relaciones entre las variables cuantitativas y categóricas, se realizaron comparaciones de medias entre grupos, con la prueba U de Mann-Whitney para muestras independientes.

Se hizo uso de estadísticos no paramétricos por no cumplirse criterios de normalidad y homogeneidad de varianzas para las variables.

Análisis de Regresiones

Atendiendo al objetivo principal del estudio, se llevaron a cabo dos análisis de regresiones.

Con el fin de comprobar si la variable VO explica el desarrollo de estrés postraumático, se realizó un análisis de regresión lineal mediante dos pasos. En el primer paso se incluyeron variables sociodemográficas. En el segundo paso se introdujeron las variables psicológicas como predictores.

Con el objetivo de comprobar si las variables VO y estrés postraumático explican una posible alteración del vínculo materno-infantil, se realizó otro análisis de regresión lineal por dos pasos. Siguiendo el mismo procedimiento, en un primer paso se introdujeron variables sociodemográficas y en un segundo paso se introdujeron las variables psicológicas como predictores.

Análisis de Mediación

Una vez realizado el análisis de regresiones, se planteó formular un modelo mediacional en el que la VO impactaría de manera indirecta en el desarrollo de un vínculo materno-filial de baja calidad, a través del desarrollo de estrés postraumático como variable mediadora.

Resultados

Análisis Descriptivos

Los datos relativos a las características descriptivas de la muestra se pueden observar en la tabla 1 (véase en apartado de metodología).

La tabla 2 recoge los estadísticos descriptivos de la escala total y subescalas de los instrumentos.

En cuanto al nivel de estrés postraumático, la puntuación media obtenida en el PCL-5 fue 14.9 ($SD = 15.8$). El 19.2% de la muestra supera el punto de corte (>33) para cumplir con un diagnóstico parcial de TEPT.

Respecto a la alteración del vínculo, la puntuación media obtenida en el PBQ fue 13.8 ($SD = 10.7$).

El 11% de la muestra supera el punto de corte (>26) para considerar una alteración vincular.

Tabla 2

Estadísticos descriptivos de los instrumentos

	Media	SD
Apoyo Social Percibido (EMAS)		
Escala total	68	15
Subescala <i>Amigos</i>	21.5	6.35
Subescala <i>Familia</i>	22.1	6.36
Subescala <i>Personas Relevantes</i>	24.4	5.26
Estrés Postraumático (PCL-5)		
Escala Total	14.9	15.8
Vínculo materno-infantil (PBQ)		
Escala total	13.8	10.7
Subescala <i>Alteración del vínculo</i>	3.58	3.78
Subescala <i>Ansiedad por el cuidado</i>	8.27	5.14
Subescala <i>Dificultad para disfrutar</i>	1.12	2.33
Subescala <i>Rechazo y riesgo de abuso</i>	0.59	0.99

Los resultados obtenidos en el *Cuestionario sobre Condiciones del Parto* indican que el 73.1% de las mujeres que participaron en el estudio refiere haber vivido violencia obstétrica durante el parto, destacando principalmente indicadores de VO física. La tabla 3 recoge los *Descriptivos del cuestionario de violencia obstétrica* en la que se incluyen los porcentajes de respuesta de los indicadores de VO.

Atendiendo a situaciones de VO física; Se puede apreciar en el 65.9% de los casos, las mujeres sintieron que se aceleró o ralentizó el ritmo natural del parto por conveniencia del personal sanitario (ítem 1). Seguido de un 64.3% de mujeres que indicó que se les realizó algún procedimiento médico sin proporcionar información suficiente (ítem 9). Entre estos, los más repetidos fueron la colocación de vía intravenosa, reportado por el 37.4% de las participantes, seguido de los tactos vaginales reiterados, en un 35.7% de los casos. En la tabla 4 se encuentran más detalles sobre los tipos de procedimientos realizados.

Mientras que, se observa en menor proporción la vivencia de VO de tipo psicológica, siendo el 24.2% de la muestra la que reporta sentimientos de infantilización por parte del personal sanitario (ítem 3) seguido del 18.7% de mujeres que percibieron poca atención por parte de este (ítem 5). Y tan solo el 7.1% de mujeres refiere haberse sentido amenazada y/o insultada (ítem 10) y el 6% de mujeres percibieron que les hicieron sentir culpabilidad hacia algún resultado negativo del parto (ítem 13).

Adicionalmente, el cuestionario indica que el 75.3% de la muestra realizó contacto piel con piel con el recién nacido.

Tabla 3*Descriptivos del cuestionario de violencia obstétrica*

	Si	No
	%	
1. Cambio de ritmo del transcurso natural del parto por conveniencia del personal sanitario.	65.9	34.1
2. Intervención de estudiantes en prácticas durante el trabajo de parto sin consentimiento de la mujer.	20.9	79.5
3. Sentimiento de infantilización (diminutivos, sobrenombres, toma de decisiones sin información previa, simplificación explicaciones)	24.2	75.8
4. Dificultad o imposibilidad de preguntar o manifestar miedos o inquietudes por falta de respuesta o malas formas del personal sanitario.	14.3	85.7
5. Sentimiento de poca atención por parte del personal sanitario durante el parto.	18.7	81.3
6. Obligación de permanecer en la cama sin poder caminar o cambiar de posición.	29.1	70.9
7. Sentimiento de burla o descalificación por parte del personal sanitario con respecto a los comportamientos y/o sensaciones de la mujer.	9.3	90.7
8. Impedimento por parte del personal sanitario de la expresión de los sentimientos (llanto, grito, risa...) de las mujeres durante el trabajo de parto.	7.7	92.3
9. Realización de procedimientos médicos sin información suficiente.	64.3	35.7
10. Sentimiento de amenaza y/o insulto por parte del personal sanitario.	7.1	92.9
11. Impedimento o dificultad de elección de la postura de parto.	33.5	66.5
12. Impedimento del contacto inmediato con el/la recién nacido/a antes de la realización de controles.	19.8	80.2
13. Sentimiento de culpabilidad de la mujer por algún resultado negativo del parto.	6	94

Tabla 4*Tipos de procedimiento sin el consentimiento de las mujeres (ítem 9)*

	%
Tactos vaginales	35.7
Negar comida y bebida	22.5
Rotura artificial de la bolsa	26.9
Episiotomía	20.3
Indicación de permanecer acostada	21.4
Colocación de vía intravenosa	37.4
Rasurado de genitales	5.5
Enema	1.1
Comprensión de abdomen (maniobra de Kristeller)	20.9

Análisis de Correlaciones

Las correlaciones entre las variables cuantitativas del estudio se presentan en la Tabla 5. Como se puede observar en la tabla, se encontró una correlación estadísticamente significativa entre el estrés postraumático y la alteración del vínculo, siendo esta correlación positiva moderada ($r = .46$ $p > .001$). Destaca también la relación inversa entre las variables estrés postraumático y apoyo social ($r = -.48$ $p > .001$) así como vínculo y apoyo social ($r = -.39$ $p > .001$) lo que muestra que los participantes con mayores puntuaciones en apoyo social percibido obtuvieron menores puntuaciones en estrés postraumático y en alteración vincular.

Tabla 5*Correlaciones entre las variables cuantitativas del estudio*

r	Edad	Semana posparto	Estrés postraumático	Vínculo materno-infantil	Apoyo social percibido
Edad	-	-.05	.02	.10	-.07
Semana posparto		-	.05	-.05	-.06
Estrés postraumático			-	.46***	-.48***
Vínculo materno-infantil				-	-.39***
Apoyo social percibido					-

Nota.
 * $p < .05$
 ** $p < .01$
 *** $p < .001$

Para relacionar las variables categóricas y cuantitativas del estudio, se realizó la prueba U de Mann-Whitney.

El grupo de participantes que refiere haber sufrido VO, manifestó un nivel de sintomatología de estrés postraumático significativamente mayor ($M = 17.61$, $SD = 16.80$) en comparación al grupo de participantes que no refiere haber vivido VO ($M = 7.37$, $SD = 9.20$), $U(180) = 1984$ $p < .01$, $d = .67$), siendo el tamaño del efecto moderado. El 18.7% de mujeres dentro del grupo de VO, superó el punto de corte clínicamente significativo para cumplir con el diagnóstico parcial de TEPT.

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la media de la puntuación obtenida en alteración del vínculo entre mujeres que refieren haber vivido VO y mujeres que no lo refieren.

Por otro lado, se encontraron diferencias en las puntuaciones de estrés postraumático según el tipo de parto. El grupo de participantes que tuvo parto por cesárea mostró un nivel de sintomatología de estrés postraumático significativamente mayor ($M = 24.1$, $SD = 18.9$) en comparación con el grupo de participantes que tuvo parto vaginal ($M = 12.2$, $SD = 24.1$) $U(180) = 1609$ $p < .001$, $d = .79$), siendo el tamaño del efecto alto. El 8.2% de mujeres con parto por cesárea superó el punto de corte clínicamente significativo para cumplir con un diagnóstico parcial de TEPT.

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la media de la puntuación obtenida en alteración del vínculo entre el grupo de mujeres que tuvo parto vaginal y el grupo de mujeres que tuvo parto por cesárea.

Análisis de Regresiones

Se realizó un análisis de regresión lineal simple por dos pasos para examinar la relación entre violencia obstétrica (VI) y estrés postraumático (VD). En el primer modelo se incluyeron variables sociodemográficas. En el segundo modelo se incluyó la variable VO y apoyo social.

En el primer modelo se obtuvo un R^2 ajustado de .14, indicando que el mismo explica aproximadamente el 14% de la variabilidad del estrés postraumático, resultando estadísticamente significativa y negativa la relación entre la variable contacto piel con piel y estrés postraumático ($\beta = -11.51$, $t(180) = -3.71$, $p < .001$).

El segundo modelo obtuvo un valor de R^2 ajustado de .36 que sugiere que aproximadamente el 36% de la variabilidad en el estrés postraumático se explica por las variables incluidas en el modelo. Por tanto, este modelo es el que mejor explica la variabilidad total de la VD. Se encontró que la pendiente $\beta=5.56$, $t(180)=2.53$, $p<.05$ fue estadísticamente significativa y por tanto se acepta la hipótesis de relación lineal entre la VI y la VD, que sugiere que la VO tiene un impacto en el estrés postraumático. A partir del coeficiente obtenido, se puede deducir que un aumento de la VO predice un incremento significativo en la sintomatología de estrés postraumático.

Atendiendo al objetivo complementario, se encontró una relación estadísticamente significativa e inversa entre el apoyo social y la VD, lo que sugiere que un mayor apoyo social percibido se asocia a menor sintomatología de estrés postraumático ($\beta=-.43$, $t(180)=-6.85$, $p<.001$).

En el segundo modelo, se mantiene la relación significativa y negativa entre el contacto piel con piel y estrés postraumático ($\beta=-9.93$, $t(180)=-3.67$, $p<.001$), indicando que un aumento en el contacto piel con piel, se asocia a un incremento de sintomatología de estrés postraumático. En la tabla 6 se puede observar el análisis de regresión estimado.

Tabla 6

Análisis de regresión del estrés postraumático

Predictor	β	EE	t	p
Constante	48.57978	12.5756	3.86302	< .001
Lugar de parto	3.80802	2.2739	1.67468	0.096
Contacto piel con piel	-9.92715	2.6999	-3.67685	< .001
Edad	-0.00247	0.2687	-0.00918	0.993
Semanas posparto	-0.46547	1.0693	-0.43530	0.664
Tipo de parto	3.35708	2.8345	1.18435	0.238
Violencia obstétrica	5.55801	2.1952	2.53184	0.012
Apoyo social	-0.43298	0.0632	-6.84770	< .001

Nota. El modelo fue significativo $F(8,163) = 13.63$ $p < .001$

Se llevó un segundo análisis de regresión lineal por dos pasos para la variable vinculación materno-infantil (VD). En el primer modelo se incluyeron variables sociodemográficas. En el segundo modelo, se incluyeron las variables VO, estrés postraumático y apoyo social como predictoras.

En el primer modelo se obtiene un valor de R^2 ajustado de .07, explicando aproximadamente el 7% de la variabilidad de la VD. No se encuentran relaciones estadísticamente significativas entre las variables sociodemográficas y la vinculación materno-infantil.

En el segundo modelo, el valor de R^2 ajustado fue de .54, indicando que el modelo explica aproximadamente el 54% de la variabilidad de la VD. Se encontró que la VO está relacionada positivamente con la vinculación materno-infantil, siendo esta relación estadísticamente significativa ($\beta=2.32$, $t(180)=7.25$, $p<.001$). Se confirmó también la relación positiva entre la variable predictora estrés postraumático y vinculación materno-infantil ($\beta=.09$, $t(180)=8.35$, $p<.001$). Los resultados sugieren que un aumento de la VO y del estrés postraumático se asocian con un aumento significativo en la alteración del vínculo materno-infantil.

No se encontraron relaciones estadísticamente significativas entre el resto de variables y la vinculación materno-infantil. En la tabla 7 se puede observar el modelo de regresión lineal estimado.

Tabla 7*Análisis de regresión de la vinculación materno-infantil*

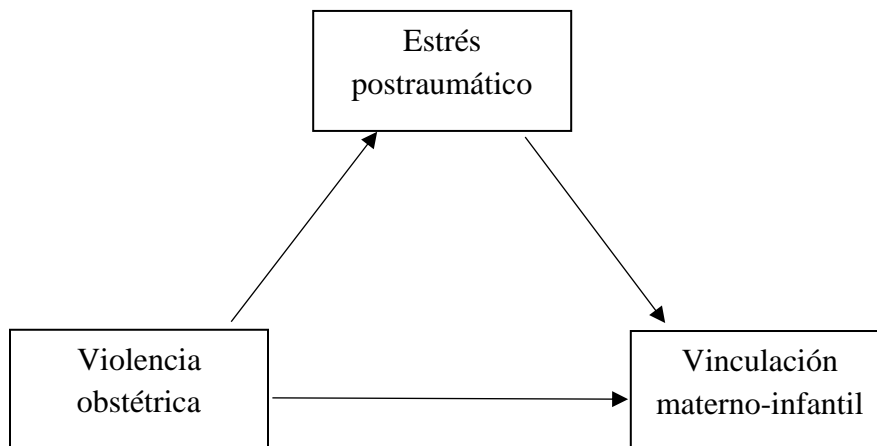
Predictor	β	EE	t	p
Constante	-0.86747	1.8755	-0.4625	0.644
Lugar de parto	-0.21139	0.3280	-0.6445	0.520
Contacto piel con piel	-0.29687	0.4012	-0.7400	0.460
Edad	0.01169	0.0384	0.3041	0.761
Semanas posparto	-0.09469	0.1531	-0.6185	0.537
Tipo de parto	-0.02461	0.4073	-0.0604	0.952
Violencia obstétrica	2.32046	0.3199	7.2537	< .001
Estrés postraumático	0.09086	0.0109	8.3518	< .001
Apoyo social	0.00830	0.0102	0.8134	0.417

Nota. El modelo fue significativo $F(9,172) = 24.13$ $p < .001$

Análisis de Mediación

Tabla 8*Análisis del efecto total, directo e indirecto del modelo mediacional*

Variable Independiente (VI)	Mediador (M)	Variable Dependiente (VD)	Efecto total	Efecto directo	Efecto indirecto	95% CI (efecto indirecto)
Violencia obstétrica	Estrés postraumático	Vinculación materno-infantil	2.35 (SE=1.78) ($p = .19$)	-.85 (SE=1.66) ($p = .61$)	3.19 (SE=.92) ($p < .001$)	(1.39 a 4.99)

Figura 1. Modelo de Mediación

Como se puede observar en la figura 1, se planteó un modelo mediacional en el cual se incluyó la VO como variable independiente (VI), el estrés postraumático como mediador (M) y la vinculación materno-infantil como variable dependiente (VD). No se encontró un efecto total significativo ni un efecto directo de la VI sobre la VD. Sin embargo, se encontró un efecto indirecto significativo, a través de la variable mediadora ($\beta = .13, p < .001$). Los resultados sugieren que la relación entre VO y vinculación materno-infantil está mediada únicamente por el estrés postraumático, sin haber una asociación directa entre ellas. Ver tabla 8.

Atendiendo al objetivo principal del estudio, los resultados obtenidos confirman el impacto de la VO sobre el desarrollo de sintomatología de estrés postraumático e indirectamente sobre la vinculación materno-infantil, a través del estrés postraumático como mediador de la relación.

Los resultados confirman también la hipótesis secundaria, indicando que el apoyo social percibido influye de manera inversa en el desarrollo de estrés postraumático.

Discusión

El presente estudio tuvo como objetivo general estudiar el carácter predictor de la violencia obstétrica en el desarrollo de sintomatología de estrés postraumático (de manera directa) y en el establecimiento de un vínculo materno-infantil de baja calidad (de manera indirecta).

En la muestra del presente estudio se observó un alto porcentaje de participantes que refieren haber vivido violencia obstétrica durante el parto y en su mayoría, de tipo física. En concreto, entre los aspectos más mencionados se encuentra el cambio del ritmo natural del parto por conveniencia del personal sanitario y la falta de información y consentimiento al realizar procedimientos médicos, siendo los más frecuentes los tactos vaginales reiterados y la colocación de vía intravenosa. Estos resultados coinciden con investigaciones previas que destacan la presencia de VO, principalmente física (Martínez-Galiano et al., 2020).

Como era esperado, se encontró que la vivencia de VO durante el parto puede ser un factor de riesgo para el desarrollo de sintomatología de estrés postraumático, coincidiendo con la literatura existente, que sugiere que el intervencionismo obstétrico y la percepción por parte de las mujeres de cuidados inadecuados por parte del personal sanitario son factores desencadenantes de este tipo de patología (Hernández-Martínez et al 2019; Olza, 2007; Martínez-Vázquez 2021).

Resulta imprescindible mencionar el rol protector que tiene el apoyo social frente al desarrollo del estrés postraumático. Los resultados del estudio confirman que un aumento en el

nivel de apoyo social percibido está relacionado con una disminución de sintomatología de estrés postraumático. El papel del apoyo social como factor protector del TEPT se ha demostrado en estudios anteriores (Martínez-Vázquez, 2021; Van Heumen et al 2018; Verreault, 2012). El presente trabajo consideró el nivel general de apoyo social, incluyendo las dimensiones de amigos, familia y personas relevantes en conjunto. Otros estudios han considerado los niveles de apoyo social específicos, como el nivel de apoyo familiar o de la pareja (Dekel y Dishy, 2017).

En la misma línea, Noyman-Vezksler et al (2015) señalaron que el papel amortiguador del apoyo social sobre el estrés postraumático era relevante en los casos en que el tipo de parto realizado fue cesárea de emergencia, señalando que el tipo de parto predice un incremento en el estrés postraumático solo en mujeres con niveles bajos de apoyo social. En el presente estudio, se observa el papel predictor del apoyo social independientemente del tipo de parto.

Acerca del tipo de parto, se observó mayor sintomatología de estrés postraumático en mujeres que tuvieron parto por cesárea en comparación con mujeres que tuvieron parto vaginal. Sin embargo, los resultados obtenidos en el presente estudio no permiten confirmar el valor predictivo del tipo de parto en el estrés postraumático, a diferencia de los datos obtenidos en estudios previos que señalan la cesárea como factor de riesgo para el TEPT (Beck et al., 2011; Hernández-Martínez et al., 2019; Kjerulff et al., 2021; Noyman-Vezksler et al., 2015).

Pese a no ser un objetivo específico del estudio, otro factor importante a considerar es el papel que tiene el contacto piel con piel materno-infantil en el cambio en los niveles de estrés postraumático. Se puede afirmar que a medida que hay mayor contacto piel con piel con el recién nacido hay una disminución asociada del estrés postraumático. Esto permite resaltar su rol protector, encontrado también en otras investigaciones (Martínez-Vázquez, 2021).

Respecto a la vinculación materno-infantil, los resultados permiten afirmar su relación con la violencia obstétrica y el estrés postraumático. Sin embargo, el modelo mediacional permitió comprobar que el efecto que tiene la VO sobre el vínculo, como se hipotetizaba, no es un efecto directo, sino indirecto, impactando en este a través del desarrollo de estrés postraumático como mediador entre ambos. Esto sugiere que el impacto de la VO en la relación materno-filial puede manifestarse a través del estrés postraumático experimentado por la madre. Es posible que la VO ejercida suponga un evento traumático para las mujeres que lo experimentan, desencadenando así sintomatología de estrés postraumático en ellas, lo cual, a su vez, conlleva a establecer un vínculo de baja calidad con su bebé, que puede manifestarse desde el retraso, ambivalencia o falta de respuesta afectiva materna, hasta el rechazo materno o ira u hostilidad hacia el bebé (Palacios-Hernández, 2016).

La alteración en la vinculación materno-infantil como consecuencia de experimentar el parto como traumático, puede explicarse por la teoría del parto traumático de Beck (2015), quien señala los efectos adversos que tiene esta experiencia en la capacidad de la madre para brindar los cuidados adecuados a su bebé, por la sensación de distanciamiento y falta de disponibilidad emocional asociada al trauma, entre otros aspectos.

Los hallazgos de este estudio resaltan la importancia de abordar y prevenir tanto la violencia obstétrica como el estrés postraumático en el contexto de la atención perinatal, para proteger la salud mental y emocional de las mujeres y promover así relaciones saludables y positivas entre las madres y sus bebés. En concreto, considerando la relación entre las experiencias de parto traumáticas y los cuidados obstétricos inadecuados, sería recomendable que los profesionales sanitarios reciban entrenamientos específicos en la provisión de apoyos adecuados y comunicación efectiva con las mujeres durante el parto (Simpson 2016).

Cada vez son más los testimonios recaudados de casos en los que se ha ejercido VO en España, que permiten ilustrar cómo son las vivencias de cientos de mujeres que han resultado ser víctimas de este maltrato que se encuentra normalizado. Entre estos, se puede identificar cómo las mujeres afirman haber sentido que eran tratadas como *vacas o trozo de carne listo para cortar*, cómo las *zarandeaban* sin hablarles, cómo no paraba de entrar gente mientras estaban desnudas, *puestas en la mesa como un cerdo*, o cómo les *echaban la bronca por temblar*, mientras que les ponían los brazos en cruz y no accedían a su petición de soltarlos (Fernández-Guillén, 2015).

Una vez más, se hace imprescindible prestar más atención a esta problemática. A pesar de que las prácticas de VO ejercidas no necesariamente se producen de manera intencional, la falta de información o la normalización de estas prácticas puede influir gravemente en la salud mental materna, repercutiendo en la relación materno-infantil, como se ha observado en este estudio.

Muchas mujeres que han experimentado partos traumáticos como consecuencia de la VO ejercida reviven el parto continuamente a través de recuerdos intrusivos y angustiosos, padeciendo un sufrimiento y malestar importante y perjudicial. Por tanto, para la prevención del desarrollo de esta patología tras el parto, es crucial el rol que tienen los profesionales que acompañan a las mujeres durante el parto. Olza (2007) destaca la importancia de que los profesionales consigan, a pesar de la intervención obstétrica, que la mujer sienta autonomía durante el parto, que faciliten el contacto materno-infantil inmediato y ofrezcan un trato cercano y asesoramiento para mejorar la percepción subjetiva del parto, factor crítico para el desencadenamiento de TEPT.

1. Limitaciones

La presente investigación presentó algunas limitaciones que es necesario mencionar.

En primer lugar, se trata de un estudio transversal, por tanto, los datos obtenidos aportan conclusiones para el momento específico en que fueron medidos. Al no haber un seguimiento en el tiempo no se puede evaluar los posibles cambios en la variable medida.

Otra limitación importante, tiene que ver con el tipo de cuestionario empleado para medir la vivencia de violencia obstétrica durante el parto. Puede que algunas preguntas no estén formuladas de manera adecuada, lo que puede conducir a comprometer la validez de algunos ítems (i.e., obligatoriedad de cambiar de postura no necesariamente implica VO)

Por último, las medidas empleadas para medir la alteración del vínculo (PBQ), se basa en una medida de autoinforme de la relación materno infantil, lo que cabe la posibilidad de un sesgo de respuesta de deseabilidad social, que puede influir en la información que se proporciona sobre cualquier dificultad o sentimiento que pueda estar manifestando una madre hacia su bebé. Brockington et al (2011) plantea que lo ideal es combinar diferentes tipos de pruebas, incluyendo observación y entrevistas para reducir el riesgo del sesgo de respuesta.

2. Futuras líneas de investigación

Para futuras líneas de investigación, es recomendable realizar diseños de investigación longitudinales, ya que pueden proporcionar una perspectiva más completa de las relaciones entre las variables estudiadas a lo largo del tiempo y determinar si efectivamente se confirma el valor predictivo de la VO y el estrés postraumático sobre la vinculación materno-infantil.

En esta misma línea, es interesante también estudiar el papel del apoyo social frente al desarrollo del estrés postraumático a través del tiempo. Estudios previos han encontrado que en mujeres que desarrollaron TEPT tras el parto, el apoyo social percibido disminuyó a través del tiempo, en comparación con mujeres que no desarrollaron TEPT (Söderquist y Wijma, 2006).

Verreault (2012) ofrece dos posibles interpretaciones para estos resultados. Una posible explicación es el que el apoyo social puede tener un papel predictor clave en la cronicidad del TEPT. Una segunda hipótesis que plantean los autores es el impacto negativo que el TEPT puede tener en las relaciones sociales. Son necesarios más estudios longitudinales que tengan en cuenta el papel del apoyo social a través del tiempo, para comprender mejor el papel protector de este.

Se hace evidente, por otro lado, la necesidad de continuar indagando en otros factores que pueden funcionar como protectores de cara a desarrollar estrés postraumático, teniendo en cuenta además de factores sociales, características individuales como la resiliencia personal.

3. Implicaciones prácticas

El presente trabajo tiene implicaciones prácticas importantes. Se resalta la importancia de los hallazgos obtenidos ya que proporcionan una comprensión más profunda sobre la relación entre la violencia obstétrica, la salud mental materna y la vinculación materno-infantil, lo que permite guiar la implementación de medidas de prevención e intervención para promover un entorno saludable y seguro para las madres y sus bebés quienes se encuentran en un periodo especialmente vulnerable.

Por un lado, los hallazgos permiten confirmar la necesidad de implementar programas preventivos dirigidos a profesionales sanitarios, con el fin de promover buenas prácticas y mejorar la atención obstétrica. Estos programas pueden contribuir a minimizar el impacto de la violencia obstétrica tanto para las madres como para sus hijos (Jarillo-López et al., 2021).

Por otro lado, la aparición de sintomatología de estrés postraumático tras el parto sugiere que el periodo posparto inmediato supone un momento clave para intervenir e implementar

estrategias efectivas para abordar las consecuencias negativas de la violencia obstétrica. Este periodo temprano es clave para detectar cualquier signo indicativo de trauma en la mujer, lo que hace necesario que los clínicos se mantengan alertas a estos (Beck, 2015). Esto es importante, ya que en casos de mujeres cuyos síntomas de estrés postraumático no son identificados y tratados, estos pueden llegar a persistir durante meses e incluso años, pudiendo afectar también negativamente a futuros embarazos y generando otras consecuencias importantes (Olza, 2007).

En resumen, si el personal sanitario proporciona una atención adecuada y un trato respetuoso y apoyo a las madres antes, durante y después del parto, puede ayudar a que las mujeres vivan la experiencia de parto de la manera más positiva posible.

4. Conclusiones

El presente estudio ha constatado el impacto negativo que puede tener la violencia obstétrica durante el parto, afectando directamente en el desarrollo de sintomatología de estrés postraumático en las madres que lo viven y repercutiendo a su vez, en el vínculo materno-infantil, resultando en una alteración de este.

Se destacan las implicaciones prácticas derivadas de esta investigación y la importancia de seguir profundizando en estos aspectos para visibilizar la ocurrencia de este tipo de violencia y las repercusiones y secuelas que puede dejar tanto en las madres, como en su relación con sus bebés.

En conclusión, los hallazgos de esta investigación contribuyen a tener un mayor entendimiento sobre esta problemática y su gravedad para la salud mental materna y relación materno-infantil, por lo que impulsa a seguir indagando y dando visibilidad a esta realidad y a fomentar una mejora en la calidad de la atención sanitaria a las mujeres en el periodo perinatal.

Referencias

- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Araujo-Cuauro, J. C. (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.
- Asociación El Parto es Nuestro (s.f). *Qué somos*. <https://www.elpartoesnuestro.es/pagina/que-somos>
- Beck, C. T. (2004). Post-Traumatic Stress Disorder Due to Childbirth. *Nursing Research*, 53(4), 216–224. doi:10.1097/00006199-200407000-00004
- Beck, C. T., Gable, R. K., Sakala, C., y Declercq, E. R. (2011). Posttraumatic stress disorder in new mothers: results from a two-stage U.S. national survey. *Birth*, 38(3), 216–227. <https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.2011.00475.x>
- Beck C. T. (2015). Middle Range Theory of Traumatic Childbirth: The Ever-Widening Ripple Effect. *Global qualitative nursing research*, 2, 1-13. <https://doi.org/10.1177/2333393615575313>
- Bicking Kinsey, C., y Hupcey, J. E. (2013). State of the science of maternal-infant bonding: a principle-based concept analysis. *Midwifery*, 29(12), 1314–1320. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2012.12.019>
- Brockington, I. (2011). Maternal rejection of the young child: present status of the clinical syndrome. *Psychopathology*, 44(5), doi: 329-336. 10.1159/000325058

- Çapik, A., y Durmaz, H. (2018). Fear of Childbirth, Postpartum Depression, and Birth-Related Variables as Predictors of Posttraumatic Stress Disorder After Childbirth. *Worldviews on evidence-based nursing*, 15(6), 455–463. <https://doi.org/10.1111/wvn.12326>
- Cirino, N. H., y Knapp, J. M. (2019). Perinatal posttraumatic stress disorder: a review of risk factors, diagnosis, and treatment. *Obstetrical & Gynecological Survey*, 74(6), 369-376. doi: 10.1097/OGX.0000000000000680
- Dekel, S., Stuebe, C., y Dishy, G. (2017). Childbirth induced posttraumatic stress syndrome: a systematic review of prevalence and risk factors. *Frontiers in psychology*, 8, 560. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00560>
- Fernández-Guillén, F. (2015). ¿Qué es la violencia obstétrica? Algunos aspectos sociales, éticos y jurídicos. *Dilemata*, (18), 113-128.
- García, E. M. (2018). *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* [Tesis doctoral, Universidad Autónoma de Madrid] <http://hdl.handle.net/10486/684184>
- García-Esteve, L., Torres, A., Lasheras, G., Palacios-Hernández, B., Farré-Sender, B., Subirà, S., y Brockington, I. F. (2016). Assessment of psychometric properties of the Postpartum Bonding Questionnaire (PBQ) in Spanish mothers. *Archives of Women's Mental Health*, 19(2), 385-394. <https://doi.org/10.1007/s00737-015-0589-x>

- Grekin, R., y O'Hara, M. W. (2014). Prevalence and risk factors of postpartum posttraumatic stress disorder: a meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 34(5), 389–401. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2014.05.003>
- Hernández-Martínez, A., Rodríguez-Almagro, J., Molina-Alarcón, M., Infante-Torres, N., Rubio-Álvarez, A., y Martínez-Galiano, J. M. (2020). Perinatal factors related to post-traumatic stress disorder symptoms 1–5 years following birth. *Women and Birth*, 33(2), e129–e135. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2019.03.008>
- Instituto Nacional de la Salud Mental (2020). *Trastorno por estrés postraumático*. (Publicación de NIH Núm. 20-MH-8124S). Departamento de Salud y Servicios Humanos, Institutos Nacionales de la Salud. <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/trastorno-por-estres-postraumatico>
- Jarillo López, A., Fernández-Velasco., R y Garrido Hernansaiz, H (2021). La violencia obstétrica como factor de riesgo para la formación del vínculo y e apego materno-infantil: una revisión sistemática. *Psicosomática y Psiquiatría* (18). <https://doi.org/10.34810/PsicosomPsiquiatrnum1804>
- Kjerulff, K. H., Attanasio, L. B., Sznajder, K. K., y Brubaker, L. H. (2021). A prospective cohort study of post-traumatic stress disorder and maternal-infant bonding after first childbirth. *Journal of Psychosomatic Research*, 144, 110424. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2021.110424>
- Landeta, O., y Calvete, E. (2002). Adaptación y validación de la escala multidimensional de apoyo social percibido. *Ansiedad y Estrés*, 8(2/3), 173-182.

- López, A. J., Fernández-Velasco, R., y Garrido-Hernansaiz, H. (2021). La violencia obstétrica como factor de riesgo para la formación del vínculo y el apego materno-infantil: una revisión sistemática. *Psicosomàtica y Psiquiatria*, (18). <https://doi.org/10.34810/PsicosomPsiquiatrnum1804>
- Martínez-Galiano, J. M., Martínez-Vázquez, S., Rodríguez-Almagro, J., y Hernández-Martínez, A. (2021). The magnitude of the problem of obstetric violence and its associated factors: A cross-sectional study. *Women and Birth*, 34(5), e526-e536. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.10.002>
- Martínez-Vázquez, S. (2021). *Trastorno de estrés postraumático perinatal: magnitud del problema, factores asociados y validación de un cuestionario en población española* [Tesis doctoral, Universidad de Jaén]
- Molloy, E., Biggerstaff, D. L., y Sidebotham, P. (2021). A phenomenological exploration of parenting after birth trauma: Mothers perceptions of the first year. *Women and Birth*, 34(3), 278-287. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.03.004>
- Montoya, J.S., y Alzaga, G.P. (2007). Trastorno de estrés postraumático en el embarazo, parto y posparto. *Matronas Prof.* 8(1): 12-19.
- Moya, J., Sierra, P., del Valle, C., y Carrasco M. A. (2015). Efectos del apego seguro y el riesgo psicosocial en los problemas infantiles interiorizados y exteriorizados. *Tendencias pedagógicas*, 26, 163-178. <https://revistas.uam.es/tendenciaspedagogicas/article/view/2131>

- Noyman-Veksler, G., Herishanu-Gilutz, S., Kofman, O., Holchberg, G., y Shahar, G. (2015). Postnatal psychopathology and bonding with the infant among first-time mothers undergoing a caesarian section and vaginal delivery: sense of coherence and social support as moderators. *Psychology & health*, 30(4), 441–455. <https://doi.org/10.1080/08870446.2014.977281>
- O'Donovan, A., Alcorn, K. L., Patrick, J. C., Creedy, D. K., Dawe, S., y Devilly, G. J. (2014). Predicting posttraumatic stress disorder after childbirth. *Midwifery*, 30(8), 935-941. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2014.03.011>
- Olza, I. (2007). El síndrome de estrés postraumático como secuela obstétrica. Información para profesionales de la atención al parto. Estrategia de Atención al Parto Normal en el Sistema Nacional de Salud.
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *Recomendaciones de la OMS: cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva*. <https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-RHR-18.12>
- Organización Mundial de la Salud. (2021). Guía OMS de cuidados durante el trabajo de parto: manual del usuario. Organización Mundial de la Salud. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/344325>. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
- Palacios-Hernández, B. (2016). Alteraciones en el vínculo materno-infantil: prevalencia, factores de riesgo, criterios diagnósticos y estrategias de evaluación. *Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud*, 48(2), 164-176. <http://dx.doi.org/10.18273/revsal.v48n2-2016001>

- Pérez D'Gregorio, R (2010). Obstetric violence: A new legal term introduced in Venezuela. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 111(3), 201–202. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2010.09.002>
- Rodríguez Mir, J., y Martínez Gandolfi, A (2021) La violencia obstétrica: una práctica invisibilizada en la atención médica en España. *Gaceta Sanitaria*, 35(3), 211-212. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.06.019>
- Rodríguez Ramos, P. A, y Aguilera Ávila, L. A. (2017). La violencia obstétrica, otra forma de violencia contra la mujer. El caso de tenerife. *MUSAS. Revista de Investigación en Mujer, Salud y Sociedad*, 2(2), 56-74. <https://doi.org/10.1344/musas2017.vol2.num2.4>
- Roncallo, C.P, Sánchez de Miguel, M, y Arranz Freijo, E. (2015). Vínculo materno-fetal: implicaciones en el desarrollo psicológico y propuesta de intervención en atención temprana. *Escritos de Psicología*, 8(2), 14-23. <https://dx.doi.org/10.5231/psy.writ.2015.0706>
- Simpson, M., y Catling, C. (2016). Understanding psychological traumatic birth experiences: A literature review. *Women and Birth*, 29(3), 203-207. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2015.10.009>
- Simpson, M., Schmied, V., Dickson, C., y Dahlen, H. G. (2018). Postnatal post-traumatic stress: an integrative review. *Women and Birth*, 31(5), 367-379. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2017.12.003>

- Söderquist, J., Wijma, B., y Wijma, K. (2006). The longitudinal course of post-traumatic stress after childbirth. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 27(2), 113-119. <https://doi.org/10.1080/01674820600712172>
- Soet, J. E., Brack, G. A., y Dilorio, C. (2003). Prevalence and predictors of women's experience of psychological trauma during childbirth. *Birth*, 30(1), 36–46. <https://doi.org/10.1046/j.1523-536x.2003.00215.x>
- Stein A, Pearson R, Goodman S, Rapa E, Rahman A, McCallum M, Howard, L. M., y Pariante, C. M. (2014). Effects of perinatal mental disorders on the fetus and child. *Lancet*, 384(9956): 1800-1819. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61277-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61277-0)
- Stuijfzand, S., Garthus-Niegel, S., y Horsch, A. (2020). Parental birth-related PTSD symptoms and bonding in the early postpartum period: a prospective population-based cohort study. *Frontiers in psychiatry*, 11, 570727. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.570727>
- Suarez Cuba, M. Á. (2011). Identificación y utilidad de las herramientas para evaluar el apoyo social al paciente y al cuidador informal. *Revista Médica La Paz*, 17(1), 60-67. <https://doi.org/10.1344/musas2017.vol2.num2.4>
- van Dinter-Douma, E. E., de Vries, N. E., Aarts-Greven, M., Stramrood, C. A., y van Pampus, M. G. (2020). Screening for trauma and anxiety recognition: knowledge, management and attitudes amongst gynecologists regarding women with fear of childbirth and postpartum posttraumatic stress disorder. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 33(16), 2759-2767. <https://doi.org/10.1080/14767058.2018.1560409>

- Van Heumen, M. A., Hollander, M. H., Van Pampus, M. G., Van Dillen, J., y Stramrood, C. A. (2018). Psychosocial predictors of postpartum posttraumatic stress disorder in women with a traumatic childbirth experience. *Frontiers in Psychiatry*, 9, 348. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00348>
- Verreault, N., Da Costa, D., Marchand, A., Ireland, K., Banack, H., Dritsa, M., & Khalifé, S. (2012). PTSD following childbirth: a prospective study of incidence and risk factors in Canadian women. *Journal of Psychosomatic Research*, 73(4), 257–263. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2012.07.010>
- Weathers, F. W., Litz, B. T., Keane, T. M., Palmieri, P. A., Marx, B. P., y Schnurr, P. P. (2013). The PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5). National Center for PTSD. <http://www.ptsd.va.gov>
- Wilson, A. N., Ravaldi, C., Scoullar, M. J., Vogel, J. P., Szabo, R. A., Fisher, J. R., y Homer, C. S. (2021). Caring for the carers: Ensuring the provision of quality maternity care during a global pandemic. *Women and Birth*, 34(3), 206-209. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.03.011>
- Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., y Farley, G. K. (1988). The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of Personality Assessment*, 52(1), 30-41. doi: 10.1207/s15327752jpa5201_2