



FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES

"Violencia Obstétrica en Contextos de Muerte Perinatal: Estudio Cualitativo sobre Relatos de Parto"

Trabajo de Fin de Máster

Madrid 2024/2025

Alumna: Paula Dietta Catalina

Tutora: María Vega Sanz

Índice

Resumen.....	4
Abstract.....	5
1. Introducción	6
1.1. Violencia Obstétrica.....	7
1.2. Duelo perinatal.....	8
1.3. VO en contextos de muerte perinatal.....	9
2. Método	14
2.1. Diseño	14
2.2. Procedimiento	14
2.3. Análisis de datos	16
3. Resultados	18
3.1. Emociones y pensamientos	18
3.2. Indicadores de Violencia Obstétrica.....	19
3.2.1. Verbalizaciones hirientes.....	20
3.2.2. Falta de consentimiento	21
3.2.3. Impedir el contacto con el bebé:.....	21
3.2.4. Percepción de un trato deshumanizado	22
3.2.5. Falta de información.....	23
3.2.6. Falta de políticas.....	23
3.3. Experiencias de apoyo.	24
4. Discusión.....	25

4.1. Implicaciones Clínicas	29
4.2. Limitaciones y Fortalezas	30
5. Conclusiones	31
Referencias.....	33
Anexos	39
Anexo 1. Dictamen del Comité de Ética.....	39
Anexo 2. Manual de codificación.....	40

Resumen

Introducción: Para las mujeres que han sufrido una muerte perinatal, el trato recibido por parte del sistema sanitario durante el proceso de parto tiene un gran impacto. Este puede mitigar los efectos patológicos del duelo, o, por el contrario, convertir la experiencia en algo más traumatizante, y agravar así sus consecuencias. Por ello, el objetivo de este estudio es analizar la experiencia de parto, en mujeres que han sufrido una muerte perinatal, e identificar las formas de violencia obstétrica (VO) más recurrentes en estas experiencias. Metodología: Se realizó un análisis cualitativo de contenido temático de 19 relatos de parto publicados en “Umamanita” y “El parto es nuestro”. Los datos se analizaron con el programa ATLAS.ti, y se evaluó la fiabilidad intercodificadores a través de C-Alpha binario de Krippendorff, obteniendo un valor medio de $k = 0,79$. Resultados: La codificación de los relatos se realizó en base al tema “Experiencia de parto” del que se extrajeron 3 subtemas: “Emociones y pensamientos”, “Indicadores de VO” con 6 categorías: verbalizaciones hirientes, falta de consentimiento, no permitir el contacto con el bebé, percepción de un trato deshumanizado, falta de información y falta de políticas de cuidado; y “Experiencias de apoyo”. Conclusiones: Se han identificado prácticas específicas del personal sanitario a tener en cuenta durante el acompañamiento a las familias que han sufrido una muerte perinatal, resaltando la necesidad de ampliar la mirada hacia estas experiencias de parto, y adoptar un enfoque ecosistémico que permita enfrentar las múltiples dimensiones de la VO.

Palabras clave: Violencia obstétrica, duelo perinatal, muerte perinatal, parto, modelo ecosistémico, políticas.

Abstract

Introduction: For women who have suffered a perinatal death, the care provided by the health care system during childbirth has a great impact. It can mitigate the pathological effects of grief or, on the contrary, turn the experience into something more traumatizing, thus aggravating its consequences. Therefore, the aim of the study is to analyze the childbirth experience in women who have suffered a perinatal death, and to identify the most recurrent forms of obstetric violence (OV) in these experiences. **Methodology:** A qualitative thematic content analysis of 19 childbirth narratives published on “Umamanita” and “Birth is Ours” was carried out. The data were analyzed using the ATLAS.ti software, and inter-coder reliability was assessed through Krippendorff's binary C-alpha, yielding a mean value of $k = 0.79$. **Results:** The coding of the narratives was done based on the theme “Birth experience” from which 3 sub-themes were extracted: “Emotions and thoughts”, “OV indicators” with 6 categories: hurtful verbalizations, lack of consent, not allowing contact with the baby, perception of dehumanized treatment, lack of information and lack of care policies. **Conclusions:** Specific aspects to be taken into account during the accompaniment of families who have suffered a perinatal death have been identified, highlighting the need to broaden the perspective towards these birth experiences, and to adopt an ecosystemic approach that allows facing the multiple dimensions of OV.

Key words: Obstetric Violence, perinatal bereavement, perinatal death, childbirth, ecosystemic model, politics.

1. Introducción

El parto es un acontecimiento de gran importancia psicológica en la vida de una mujer (McKelvin, 2020). El impacto de esta experiencia es muy diverso, pudiendo vivirse como una experiencia positiva, que genera experiencias de empoderamiento en las mujeres (Olza et al., 2018), un aumento en la percepción de autoeficacia y de la sensación de dominio y competencia (Humenick, 2006). No obstante, también puede vivirse como una experiencia negativa e incluso traumática para la mujer. Una experiencia de parto traumática ha sido definida como aquella en la que la mujer experimenta interacciones y/o acontecimientos durante el parto que le causan emociones y reacciones angustiosas o abrumadoras, generando un impacto negativo a corto y/o largo plazo en su salud y bienestar (Leinweber et al., 2022). Una experiencia de parto traumática puede causar, entre otros, un Trastorno por Estrés Postraumático Perinatal (TEPT-P) (Meltzer-Brody et al, 2018), que afecta aproximadamente al 4–18,5% de las mujeres en el posparto (Yildiz et al., 2017). Algunos de los factores de riesgo que contribuyen al desarrollo de sintomatología traumática tras el parto son la historia previa de depresión de la madre, la depresión perinatal durante el embarazo, la presencia de complicaciones médicas y la percepción por parte de la madre de una atención médica de baja calidad (Vega-Sanz et al., 2024).

Existe una amplia literatura acerca de cómo variables psicológicas y físicas de la mujer pueden influir en su vivencia de la experiencia de parto (McKelvin et al., 2021; Rodríguez-Almagro et al., 2018). Sin embargo, continúan siendo escasos los estudios que profundizan en el impacto de la calidad de la atención médica recibida por parte de los profesionales sanitarios (Elmir et al, 2010; Kranenburg et al, 2023; Van der Pijl et al, 2022). Aun así, algunas mujeres que consideran haber tenido un parto traumático describen el trato del personal sanitario como inhumano, denigrante, y/o humillante (Elmir et al, 2010), lo cual resalta la importancia de

aumentar la concienciación acerca de una atención respetuosa a la maternidad por parte de los profesionales sanitarios.

1.1. Violencia Obstétrica.

El trato negativo del personal sanitario hacia la mujer durante el embarazo, parto o posparto es considerado como una forma de violencia denominada Violencia Obstétrica (VO) (O'Brien, 2022). A pesar de la complejidad existente para delimitar este constructo, ya que abarca un amplio espectro, este tipo de violencia se define como cualquier acción, conducta u omisión del derecho de la mujer embarazada en la que percibe un trato jerárquico y/o deshumanizado (Martínez-Galiano et al., 2021), que puede resultar en daño físico, sexual o psicológico, así como en la privación de libertad en entornos públicos o privados (AGNU, 2019). Como resalta la Organización Mundial de la Salud, aparte del embarazo, las mujeres también son especialmente vulnerables a la VO durante el parto, como en el posparto (OMS, 2014). La VO se puede distinguir en VO física (intervenciones inadecuadas, realizadas sin consentimiento, o con insuficiente consentimiento), y VO psicológica (generando sentimientos de culpa, inseguridad, o más vulnerabilidad) (Martínez-Galiano et al., 2021). A su vez, es importante entender que la VO puede ser activa, es decir, tener un carácter deliberado (como un abuso verbal o físico intencionado), o por el contrario puede ser pasiva e inintencionada (una falta de apoyo debido a la escasez de personal). Se puede ejercer VO tanto en la interacción comportamental entre los individuos, como a un nivel estructural o institucional (Sadler et al., 2016), relacionado con las condiciones del sistema sanitario (Bohren et al., 2015). La magnitud del problema es tal, que, en una muestra española de 17,541 mujeres, el 38.3% percibieron haber sufrido algún tipo de VO (Mena-Tudela et al., 2020).

Las consecuencias derivadas de padecer VO son numerosas tanto para la mujer como para su entorno (su bebé, pareja e incluso su familia). A nivel físico, puede suponer problemas para ella como lesiones, inflamaciones, dolor, y hemorragia posparto, mientras que a nivel psicológico, puede llegar a generar sentimientos de opresión, culpa, falta de autoconfianza e incluso trastornos psicológicos como depresión o TEPT-P, entre otros (Yalley et al., 2024; Sharon et al., 2024). El impacto también abarca la dimensión social, pudiendo generar un deterioro en las relaciones interpersonales, principalmente en la relación de pareja, las relaciones familiares (Acharya et al., 2021), y no menos importante en la relación con el bebé (Elmir et al 2010; Perrote et al., 2020). A su vez, el haber sufrido VO facilita la desmotivación de cara a asistir de nuevo a los servicios médicos en las mujeres que buscan asistencia médica, poniendo en riesgo su salud (Perrote et al., 2020).

Atendiendo a las múltiples implicaciones y consecuencias derivadas de sufrir VO, se hace importante ampliar la mirada, y estudiar cómo es la experiencia de parto y la vivencia de violencia obstétrica en contextos de mayor vulnerabilidad psicológica.

1.2. Duelo perinatal.

Dentro del campo de estudio de la perinatalidad, uno de los contextos de mayor vulnerabilidad, son los partos que tienen lugar durante un proceso de muerte perinatal. Según la OMS, la muerte perinatal hace referencia al fallecimiento del bebé antes del parto (muerte intrauterina), durante el parto, y hasta una semana después de nacer (OMS, 2006). En España, durante el año 2023, se produjeron 3,95 defunciones perinatales por cada mil nacimientos, lo que equivale aproximadamente a 1260 muertes, según el Instituto Nacional de Estadística (INE, 2024).

La reacción natural ante la pérdida del bebé es denominada duelo perinatal (Cassidy et al, 2018). Se trata de una respuesta normal y no patológica, sin embargo, trae consigo una serie

de particularidades que hacen difícil esta experiencia (López García de Madinabeitia, 2011). El duelo perinatal conlleva un impacto psicológico como shock, profunda tristeza, vacío e impotencia, reorganización y finalmente aceptación (Cuenca, 2023). Suele tratarse de una muerte inesperada, por lo que, con la pérdida del bebé, se produce una pérdida de las expectativas del futuro junto a él que no van a poder ser vividas por los padres (Berry et al., 2021; López Fuentetaja et al., 2018). Además, es común que aparezcan sentimientos de irritabilidad, culpabilidad, indefensión, y preocupación por una futura experiencia de embarazo (Fernández-Alcántara et al., 2012). A nivel social esta pérdida tiende a estar minimizada socialmente, lo que supone la invalidación de los padres, a lo que se añade la ausencia de rituales para acompañar el duelo perinatal (López García de Madinabeitia, 2011). Aparte de estos factores, es importante destacar que, el padecimiento de VO durante la experiencia de parto se ha relacionado con una mayor sintomatología de trauma en este tipo de duelos (Gómez-Ulla et al., 2022).

1.3.VO en contextos de muerte perinatal.

Las intervenciones del personal médico y la forma en la que gestionan el momento del parto, y posteriores, tienen tanto el potencial de mitigar los efectos dolorosos y patológicos de esta experiencia, como de convertir la situación en algo aún más traumatizante (Cuenca, 2023), especialmente, si se ejerce algún tipo de VO. En esta línea, el estudio de Mena-Tudela et al. (2020) destaca que el 36.5% de las mujeres que sufrieron un aborto espontáneo o una muerte perinatal percibieron haber recibido una atención médica injustificada a través de intervenciones médicas innecesarias, y el 70.8% sintieron que no recibieron apoyo psicológico durante el proceso. Una atención médica de calidad y un trato amable y respetuoso por parte de los profesionales sanitarios son factores protectores en la elaboración del duelo, mientras que pasa lo contrario si este ha sido de mala calidad (Cassidy et al, 2018).

Para comprender en profundidad la experiencia de parto cuando hay una muerte perinatal es fundamental adoptar una mirada holística que permita entender de manera integral los distintos factores que influyen en esta experiencia. Con tal fin, el enfoque ecosistémico perinatal (Olza et al., 2021), que hace referencia a los sistemas de la Teoría Ecológica de Bronfenbrenner (Bronfenbrenner et al., 1998), estudia los factores individuales, sociales, estructurales y culturales que ayudan a comprender el parto en toda su complejidad. Como son múltiples los factores que intervienen en la vivencia del parto, también son varias las formas en las que se puede ejercer VO (Tabla 1).

Tabla 1. *Niveles de la Violencia Obstétrica.*

Nivel ecosistémico (Olza et al., 2021).	Tipología de VO (Bohren et al., 2015)	Ejemplos de VO
Microsistema	<ul style="list-style-type: none"> • Abuso físico. • Abuso verbal. • Abuso sexual. • Mala relación entre las mujeres y los profesionales sanitarios. • Incumplimiento de estándares profesionales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Uso de la fuerza o restricción física. • Comentarios agresivos, acusatorios o invalidantes. • Realización de prácticas sin consentimiento. • Falta de información • Mala comunicación. • No tener en cuenta sus preferencias.

Mesosistema	<ul style="list-style-type: none"> • Mala relación entre la pareja y los profesionales sanitarios. 	<ul style="list-style-type: none"> • No permitir el acompañamiento de la pareja. • Negación de prácticas tradicionales o culturales seguras.
Exosistema	<ul style="list-style-type: none"> • Condiciones y limitaciones del sistema de salud. 	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de recursos. • Falta de políticas. • Poca privacidad. • Ausencia de infraestructura.
Macrosistema	<ul style="list-style-type: none"> • Estigma y discriminación. 	<ul style="list-style-type: none"> • Discriminación según edad, estatus socioeconómico, raza o grupo étnico.

Fuente de elaboración propia.

En primer nivel ecosistémico se encontraría el microsistema, que atiende a las personas más cercanas a la díada madre-bebé, como la pareja o los médicos (Olza et al., 2021). Aludiendo a las tipologías de VO de Bohren et al. (2015), en el microsistema se puede dar el abuso físico, sexual, verbal, la falta de consentimiento para realizar ciertas prácticas, una mala relación entre las mujeres y los profesionales sanitarios que se promueve a través de la falta de comunicación, o no proporcionar suficiente información, entre algunos ejemplos (Bohren et al., 2015). Intervenciones como rasurados, tactos vaginales repetidos, episiotomías, aceleración del parto con fármacos, compresión abdominal, cesáreas o legrados, que se hayan realizado sin consentimiento, pueden impactar negativamente en la calidad de vida de la mujer

(Martínez-Galiano et al., 2021). Del mismo modo, puede generar daño expresar frases hirientes que buscan consolar, como “no te preocupes, ya tendrás más” o “todavía eres joven”, porque suponen una invalidación del sufrimiento por el que está pasando la persona.

El segundo nivel, el mesosistema, hace referencia a la relación entre estos microsistemas (Olza et al., 2021). La VO en este nivel se podría apreciar en una mala relación entre las familias y el personal sanitario, que se puede dar al no permitir el acompañamiento de la pareja, o no proporcionar suficiente información a los familiares, entre algunos ejemplos (Bohren et al., 2015). Los estudios que tratan la relación entre la experiencia de parto en casos de muerte perinatal, con la calidad de la atención médica recibida, destacan que, algunos de los factores que predicen la satisfacción con esta atención, tienen que ver con el trabajo en equipo entre el personal médico y los padres, y el hecho de estar bien informados de todos los pasos y procedimientos (Cassidy, 2022). En esta línea, no atender a los deseos y decisiones de las familias, o no ofrecer la posibilidad de contacto post mortem con el bebé, podrían considerarse formas de VO en este contexto de muerte perinatal. Este escenario supone también una experiencia complicada para los profesionales de la salud, y es frecuente que no se sientan del todo preparados para sobrellevar este tipo de situación (Cates et al., 2025). Especialmente el momento del parto, requiere de una sensibilidad extrema debido al estado vulnerable de la madre cuyo dolor físico se intensifica por el dolor emocional de la pérdida. En este momento, cada palabra, gesto o silencio de las personas que acompañan a las mujeres durante el parto, tiene un gran impacto (Linares-Gallego et al., 2025).

El siguiente nivel ecosistémico, sería el exosistema, que se trata de los entornos y contextos en los que se encuentra la persona y ejercen una influencia sobre ella (Olza et al., 2021). La VO también tiene un carácter estructural o institucional que puede ser

inintencionado, cuando los servicios sanitarios y las administraciones no tienen los suficientes recursos para ofrecer un servicio que garantice el trato respetuoso (Bohren et al., 2015; Mena-Tudela, 2020). La VO a nivel institucional abarca la ausencia de políticas para promover de una atención materna respetuosa (OMS, 2014). Esta se puede perpetuar a través de condiciones y limitaciones del sistema sanitario, como la cultura de las instalaciones, escasez de personal, falta de privacidad, ausencia de protocolos, o un ambiente que genere experiencias de maltrato (Bohren et al., 2015). Incluso algunas matronas reconocen que no pueden ofrecer la atención óptima que estas familias necesitarían debido a la escasez de recursos que les limitan (Linares-Gallego et al., 2025).

Finalmente, el nivel macrosistémico, envuelve al resto de niveles teniendo en cuenta la influencia de las creencias y los valores de la cultura y sociedad (Olza et al., 2021). En los casos de duelo perinatal existe una gran invisibilización y desautorización por parte de nuestra sociedad. Como parte de esta invisibilización destaca el significado que se le da a la muerte y al sufrimiento en nuestra cultura, además de las leyes vigentes, las tradiciones o ideologías (Gómez-Ulla et al., 2022). Esto dificulta la expresión del malestar y dolor por parte de los padres y que estos sean reconocidos como personas en duelo. En algunas culturas, la falta de respuestas y de información deriva en que se culpabilice a la mujer de lo ocurrido, aumentando el estigma social, los sentimientos de culpa y vergüenza, y agravando la sintomatología psicopatológica (Cuenca, 2023).

La interacción de estos diferentes niveles colabora en la perpetuación de la invisibilización del duelo perinatal. De este modo, para erradicar la VO es necesaria la acción e implicación de todas las partes interesadas en los sistemas sanitarios, gobiernos, y organizaciones internacionales (OMS, 2014). Por ello, el objetivo principal del estudio es

conocer, describir y analizar la experiencia subjetiva de VO en mujeres durante la experiencia de parto, en el contexto de una muerte perinatal, y poder así identificar las formas de VO más prevalentes en este tipo de experiencias.

2. Método

2.1. Diseño

El diseño de este estudio es cualitativo transversal, buscando reflejar los temas de VO más relevantes en los relatos de parto de las participantes mediante un análisis de contenido temático y un paradigma de investigación interpretativista apoyado en las teorías de duelo perinatal (Cassidy et al., 2018; Cuenca, 2023), el modelo ecosistémico perinatal (Olza et al., 2021) y las diferentes tipologías de VO (Bohren et al., 2015). Los relatos de parto utilizados para este trabajo se encuentran publicados en las plataformas online y públicas, de “El parto es nuestro” y “Umamanita”. Ambas plataformas online son propiedad de dos asociaciones sin ánimo de lucro que pretenden mejorar las condiciones de atención a madres e hijos durante el embarazo, parto y posparto, además de promover la sensibilización de la atención a la muerte y el duelo perinatal. El presente estudio fue aprobado por el Comité de Ética de Investigación de la Universidad Pontificia de Comillas (véase [Anexo 1](#)). Los relatos no incluían información personal, y aquellos que contuviesen algún dato potencialmente identificable se anonimizaron para resguardar la confidencialidad de las personas.

2.2. Procedimiento

Dos psicólogas investigadoras llevaron a cabo el procedimiento de la presente investigación, M.V.S, PhD y psicóloga especializada en psicología perinatal, y P.D.C,

psicóloga y estudiante del Máster en Psicología General Sanitaria. Ambas psicólogas no tienen ninguna relación con las mujeres participantes que han publicado los relatos.

En primer lugar, se accedió a los relatos categorizados como “Pérdidas. Siempre en el corazón” de la plataforma “El parto es nuestro” y a los testimonios de la categoría “Muerte intrauterina desde 22 semanas” de “Umamanita”. Los relatos fueron seleccionados entre septiembre y noviembre de 2024 por una única investigadora (P.D.C). Para el proceso de selección se utilizaron los siguientes criterios de inclusión y exclusión: se incluyeron relatos de mujeres en los que se relatara: 1) una experiencia de parto tras una muerte intrauterina a partir de la semana 20 de gestación, 2) una experiencia de parto durante la que se produjera una muerte perinatal, y 3) una muerte perinatal tras la ocurrencia del parto (siendo una muerte ya esperada); y 4) en todos estos casos la mujer reportara algún signo de VO durante el proceso. Como criterios de exclusión no se consideraron aquellos relatos que estuvieran narrados por otra persona que no fuera la madre (como la pareja u otro familiar).

La selección de relatos se realizó hasta alcanzar la saturación de información. Inicialmente, se seleccionaron 24 relatos, de los cuales 3 fueron excluidos al ser casos de interrupción voluntaria del embarazo, y 2 en los que el fallecimiento se produjo de manera inesperada días posteriores al nacimiento. Aunque estos casos entran en la categoría de muerte perinatal, se excluyeron con el fin de homogeneizar la experiencia de las mujeres y analizar el trato recibido cuando la interrupción del embarazo es involuntaria y la pérdida se produce antes o durante el parto. Por lo que finalmente, la muestra final se compone de 19 relatos de parto, cuyas características descriptivas se recogen en la Tabla 2.

Tabla 2. *Características descriptivas de los relatos incluidos.*

Relato	Año	Momento de la muerte	Tipo de parto
---------------	------------	-----------------------------	----------------------

1	2001	No especificado	Cesárea
2	2002	Semana 42+5	Vaginal instrumental
3	No especificado	Semana 22	Vaginal inducido
4	2014	Semana 40	Vaginal
5	2015	Semana 22	Vaginal
6	No especificado	Semana 21	Vaginal inducido
7	2023	Semana 41	Cesárea
8	2014	Semana 20	Vaginal gemelar
9	2022	Semana 37+2	Vaginal inducido
10	2022	Semana 38+4	Cesárea
11	2022	> Semana 24*	Vaginal inducido
12	2022	Semana 24	Vaginal
13	2021	Semana 20	Vaginal
14	2019	Semana 24	Vaginal gemelar
15	2020	Semana 38	Cesárea
16	2020	Semana 32	Cesárea
17	2020	Semana 40+2	Vaginal inducido
18	2018	Semana 24	Vaginal
19	2007	Semana 39	Vaginal

*última fecha que explicita en el relato, aunque no especifica la semana exacta de la muerte.

2.3.Análisis de datos

Se llevó a cabo un análisis de contenido temático a través del Software analizador de textos “ATLAS.ti”. Se realizó un análisis deductivo para detectar los tipos de VO atendiendo

a una interpretación basada en la literatura científica preexistente. Especialmente la clasificación de la VO, según la tipología de maltrato recibido durante el parto, descrita por Bohren y colaboradores (2015) y la Teoría Ecológica de los sistemas (Bronfenbrenner et al., 1998) recogida en el modelo ecosistémico perinatal (Olza et al., 2021), analizando los distintos niveles en los que puede ocurrir la VO. Sin embargo, para reducir el riesgo de dejar información relevante fuera de esta clasificación (Bohren et al., 2015; Olza et al., 2021), también se llevó a cabo un análisis inductivo para identificar otras experiencias de VO durante la experiencia de parto. En el proceso se tuvo en cuenta la reflexividad para cuestionar la propia subjetividad de las investigadoras de cara a identificar las formas de VO, y se siguió la estrategia de triangulación de los investigadores, para extraer las categorías emergentes de los relatos. Siguiendo los pasos del análisis temático, propuestos por Braun y Clarke (2006), y mediante un proceso iterativo, en primer lugar, la investigadora P.D.C procedió a familiarizarse con los datos de los relatos a partir de varias lecturas. A continuación, M.V.S y P.D.C elaboraron un manual de codificación (véase [Anexo 2](#)) generando etiquetas y códigos sobre los elementos relevantes del texto. Posteriormente, se codificaron los relatos en base a este manual de codificación de manera independiente, hasta alcanzar un acuerdo moderado en al menos un 25% de los relatos. Para esto, se calculó el acuerdo intercodificadores con el C-Alpha binario de Krippendorff obteniendo un valor de media de $k = 0,79$. A partir de los relatos, se identificaron diversos temas organizados según una secuencia temporal de los acontecimientos: el momento de notificación de la muerte, experiencia de parto, o el posparto, entre otros. Sin embargo, en este trabajo los resultados se enfocan exclusivamente en la experiencia del parto, con el fin de analizarla en profundidad.

3. Resultados

Del manual de codificación se analizó el tema “Experiencia de parto” del que se extrajeron 3 subtemas principales: emociones y pensamientos durante el parto, indicadores de VO, y otras experiencias de apoyo por parte de los profesionales sanitarios. En el subtema de indicadores de VO, surgieron 6 categorías: verbalizaciones hirientes, falta de consentimiento, no permitir el contacto con el bebé, percepción de un trato deshumanizado, falta de información y falta de políticas de cuidado.

3.1. Emociones y pensamientos

A lo largo de los relatos, las mujeres describen diferentes pensamientos y experiencias emocionales durante el proceso de parto tras haber sufrido la pérdida del bebé. En la mayoría de los casos, aparece la sensación de incredulidad y shock ante la muerte, además de un profundo dolor y tristeza. En los relatos se manifiesta cierta ambigüedad respecto al trabajo de parto. Por un lado, algunas mujeres expresan la falta de motivación para atravesar el dolor físico del parto, debido al dolor emocional causado por la ausencia de vida en el bebé, mientras que, por otro lado, el parto se ha visto como un proceso simbólico y necesario para la despedida y el duelo, en el que aparecen sentimientos de agradecimiento por haber podido parir al bebé. El arrepentimiento aparece en aquellos relatos donde no se ha podido, o no se ha deseado, tener un contacto con el bebé en el momento final del parto. También son comunes los sentimientos de autoexigencia o autoinculpación, con los que se intentan buscar respuestas a lo ocurrido, reflejando así la complejidad de una experiencia que está impregnada de estigmas, prejuicios y mandatos sociales sobre lo que supone una “buena maternidad”. Además, en algunos relatos se refleja cómo las mujeres sintieron que fueron acompañadas durante el parto, como el sentirse incomprendidas por parte del personal sanitario, lo cual intensifica el dolor de la pérdida.

“La idea de que estaba pariendo a mi niña sin vida se apoderó de mí, y me rompí”

(Relato 3).

“Eso te hace sentir que has fracasado como madre... Ellos ejemplo de vida, tú, sabes que traes muerte. Te preguntas por qué una y otra vez... Habré hecho esto, no habré hecho lo otro, hice algo mal, si hubiera venido antes... Mil preguntas sin respuesta. Y allí sigues con tu dolor, con tu pena... Llorando a mares, sin saber que hacer, que decir... Sin saber nada. Solo que tú bebé ya no está.” (Relato 17).

3.2. Indicadores de Violencia Obstétrica.

En la Tabla 3 se exponen las categorías obtenidas (de indicadores de VO) extraídas a partir del análisis temático de los relatos. Estas categorías han sido clasificadas en los diferentes niveles ecosistémicos. A su vez se muestra la frecuencia de citas correspondiente a cada categoría, y el número de relatos en los que estas aparecen, mostrando así la heterogeneidad de la categoría. El indicador de VO más prevalente fue el de *Verbalizaciones hirientes*, mientras que el menos frecuente fue el de *Falta de información*.

Tabla 3. Frecuencia de los resultados de VO y nivel ecosistémico al que hace referencia.

Indicador de VO	Nivel ecosistémico	Frecuencia	Relato donde aparece
Verbalizaciones hirientes	Microsistema	14 citas en 7 relatos	1, 3, 5, 6, 8, 17, 19
Falta de consentimiento	Microsistema	11 citas en 6 relatos	2, 3, 4, 8, 14, 18
Impedir el contacto con el bebé	Microsistema	7 citas en 7 relatos	3, 8, 10, 11, 12, 15, 16

Percepción de un trato deshumanizado	Microsistema y mesosistema	9 citas en 6 relatos	3, 5, 6, 8, 14, 19
Falta de información	Microsistema y mesosistema	7 citas en 5 relatos	2, 3, 6, 14, 18
Falta de políticas	Exosistema	11 citas en 8 relatos	2, 6, 7, 8, 9, 13, 17, 19

3.2.1. Verbalizaciones hirientes: un trato verbal inadecuado a través de comentarios abusivos, críticos o inapropiados es una forma de VO de tipo verbal (Martínez-Galiano et al., 2021). En los relatos varias mujeres reflejan haber recibido un trato verbal inadecuado cuando el personal sanitario no llama al bebé por su nombre, y en su lugar, emplea términos como “feto” o “producto”. Además, en varios relatos se evidencian comentarios humillantes, acusatorios y despectivos, o frases que invalidan su sufrimiento a través del uso del sarcasmo o la ironía, suponiendo un gran daño y la vulneración a la integridad de la persona.

“No puedes irte mujer, tienes que ingresar, tienes que expulsar el fetito”. El “fetito”. El fetito se llama [nombre de la bebé] y no es un tumor que me tengas que sacar. Pero no se me dio la opción.” (Relato 3).

“Si antes pensé que el trato era inhumano, cuando entró esta señora en la sala la cosa se puso todavía peor. “Abre bien las piernas que para tu marido sí que las abriste, anda, que te voy a hacer una episiotomía”. Esta fue su frase nada más entrar. Pero le siguieron otras como: “Por qué lloras, anda llorica que peores cosas hay en la vida” “Si tu bebé tiene parálisis cerebral es porque Dios lo ha querido así y solo te queda aceptarlo, tú prepárate y acepta”” (Relato 9).

3.2.2. Falta de consentimiento: a menudo en los relatos, las mujeres manifiestan no haber podido tomar las decisiones acordes a sus preferencias, o no haber sido consultadas, lo que supone la ausencia de un consentimiento informado en las intervenciones realizadas (Bohren et al., 2015). La falta de consentimiento se manifiesta en los relatos en los que a algunas mujeres les provocaron el parto, o les realizaron cesáreas de urgencia, tras el fallecimiento del bebé sin consultar previamente por el tipo de proceso que querían llevar; así como en la medida en que se realizaron intervenciones físicas como episiotomías, tactos vaginales, o la maniobra de Kristeller sin consentimiento previo.

“Te voy a ingresar, te provocaremos el parto” ¿Perdón? Yo no quería. Quería irme a mi casa, a dejar que mi cuerpo se diera cuenta. Quería parir naturalmente, incluso en esa situación. (Relato 3).

“Y al rato ya empecé a notar como mi pequeña iba bajando, mi cuerpo empujaba solo, de repente la comadrona que me estaba atendiendo me dice: No empujes no empujes aguanta, y yo le contesté, pero como quieres que me aguante, y cogió la tijera, y me pego dos cortes, dos cortes en los cuales vi las estrellas, el papá de la nena dice, que nunca se le van a olvidar los gritos desgarradores que en ese momento salieron de mi garganta.” (Relato 4).

3.2.3. Impedir el contacto con el bebé: el instante posterior al parto es un momento de especial sensibilidad ya que se da la oportunidad de establecer un primer contacto físico con el bebé, lo cual puede facilitar el proceso de duelo (Cuenca, 2023). Sin embargo, varias mujeres reportan que esta oportunidad les fue negada o nunca se les llegó a ofrecer, no pudiendo establecer un contacto inmediato con el bebé, y en algunos casos, imposibilitando una despedida.

“Y se la llevaron como si quemara. No me preguntaron si quería cogerla, hacerle una foto, estar un rato a solas con ella... Me la quitaron.” (Relato 3).

“Mi niña nació a las seis de la mañana el 14 de julio solo me la enseñaron y yo pensaba que después me la iban a llevar nunca lo hicieron ya no la volví a ver y eso es lo que más me duele que nunca me pude despedir de ella.” (Relato 11).

3.2.4. Percepción de un trato deshumanizado: durante el parto, varias mujeres percibieron no solo la ausencia de un apoyo emocional por parte de los profesionales, sino la sensación de haber recibido un trato deshumanizado o mecánico con el que se sentían tratadas con frialdad, indiferencia e incluso desprecio en momentos de tanta vulnerabilidad. La deshumanización en el trato se ha visto reflejada en mujeres que destacan haber recibido reproches por no tener la maleta del hospital preparada en ese momento de emergencia, en la sensación de sentirse objetos de laboratorio, en el modo de tratar al bebé como si fuera un objeto, ignorando su dimensión humana, y en el modo en el que tratan a la pareja o acompañante, en ocasiones no dejándole estar presente y aumentando el sentimiento de soledad de las mujeres.

“El trato fue vejatorio, insultos, amenazas, 18 personas observando y haciendo tactos (el hospital [...], es universitario, por ello fui un caso muy interesante para los 18 estudiantes que me miraban como si fuera una mitocondria en un microscopio). Me voy a ahorrar los detalles, pero fue muy inhumano, desgarrador y triste. La única que tenía un poco de humanidad, fue la matrona.” (Relato 8)

“Mi marido me abraza, no quiere decir nada para que no nos separen, no comprendo que pasándolo así me traten como si mi bebé fuera una cosa, es mi hijo y siempre lo será...” (Relato 6)

3.2.5. Falta de información: la experiencia de parto, una vez que el bebé ya ha fallecido, es altamente estresante y difícil, por lo que las mujeres necesitan figuras cercanas de referencia. El personal sanitario puede ser esta figura de apoyo que les brinda información sobre el proceso, las intervenciones, las opciones disponibles y que respondan a sus preguntas. Cuando esto no sucede, se puede agravar considerablemente su malestar (Cassidy et al., 2018). Atendiendo a esta falta de información en los relatos en los que apareció esta forma de VO, las mujeres principalmente destacan la ausencia de información respecto a las decisiones médicas tomadas a lo largo del proceso, a las opciones que existirían respecto a la experiencia de parto, la medicación recibida y los posibles efectos secundarios derivados de esta, así como la ausencia de respuesta hacia las preguntas formuladas al personal sanitario.

“Quizás [nombre del marido] y yo hubiésemos agradecido más información y poder elegir si estar o no sedada, por ejemplo.” (Relato 18).

“Sigo sin dilatar, me bajan a urgencias, no información, llevo 3 días y ahí me dicen vamos con la oxitocina. Pido que me informen y viene otro doctor diferente, (yo me quejé del trato y sabían que no estaba muy contenta).” (Relato 6).

3.2.6. Falta de políticas: frecuentemente, el malestar de las mujeres se ve intensificado por la ausencia de políticas adecuadas de cuidado que hace referencia a la dimensión estructural de la VO (Bohren et al., 2015; Sadler et al., 2016). Concretamente, en los relatos en los que

aparece esta forma de VO se destaca la falta de espacios en el hospital destinados a estos casos, por lo que las mujeres se ven obligadas a ver y escuchar a otros bebés o compartir habitación con otras madres, aumentando su sensación de desamparo e invisibilización del dolor. También se refleja la falta de políticas en los casos donde no se respeta la privacidad e intimidad, o en la falta de comunicación interna entre los profesionales del hospital, como consecuencia de la ausencia de protocolos que deberían garantizar el manejo cuidadoso y respetuoso asegurando que todo el personal que interactúe con las familias sea consciente de cuando ocurre una muerte perinatal.

“Recuerdo que me pusieron en sala con todas las mujeres con sus niños y yo con las manos vacías fue difícil.” (Relato 7).

“Me mandan a dilatación de nuevo y la enfermera que no sabía nada: nena no te preocupes en breve lo tendrás entre los brazos y esto se olvida. Yo: no es.... mi bebé...no late.... Ella no sabía dónde meterse, me abrazó y consoló, me pidió disculpas y se fue llorando. No le informaron.” (Relato 6).

3.3. Experiencias de apoyo.

Pese a los indicadores de VO durante la experiencia de parto analizados previamente, algunos de los relatos destacaron también prácticas positivas llevadas a cabo por el personal sanitario que les sirvieron de apoyo en el proceso del parto. Algunas de estas intervenciones consisten en escuchar atentamente, mostrar una preocupación empática, ofrecer un trato cariñoso y humano, o expresar interés por su plan de parto. Además, en los relatos se destaca la importancia de que el personal sanitario permita la presencia de la pareja, así como el ofrecer la posibilidad de ver al bebé o posibilitar el contacto con él, una vez esta haya salido del vientre de la madre.

“Quería mi nene, que no se me la llevaran. Ella me dijo – tranquila, [nombre del bebé] va a estar bien, estará con su papito - me dijo - mira sus manitos sus piecitos y dale un besito a tu nene y le di un besito...” (Relato 9).

“En cuanto me la pusieron (la anestesia) y me tumbaron en la camilla con intención de llevarme al paritorio, dejaron entrar a mi pareja.” (Relato 3).

4. Discusión

El presente trabajo tuvo como objetivo analizar la experiencia de parto de las mujeres, tras una muerte perinatal, y analizar las formas de violencia obstétrica más predominantes durante el parto.

Los resultados extraídos del análisis de los relatos ponen de manifiesto que la VO es un fenómeno generalizado que también está presente en los partos donde ha habido una muerte perinatal, y por lo tanto, afecta a mujeres que se encuentran en un estado de mayor vulnerabilidad psicológica. En este caso, los efectos psicológicos del duelo perinatal coexisten con el impacto de la VO, desencadenando en una experiencia de gran complejidad y sufrimiento. Durante estas experiencias de parto, las mujeres destacan sentir especialmente shock, tristeza, incomprensión, abandono y ambigüedad. Estos resultados están en línea con otros estudios que destacan esta complejidad de emociones como características del duelo perinatal (Berry et al., 2021; Cuenca, 2023; Fernández-Cox et al., 2025). Así como el hecho de sentir arrepentimiento o remordimiento en los padres que no tienen un contacto post-mortem con su bebé, que se recoge en la literatura previa (Cassidy et al., 2018).

En cuanto a los indicadores de VO, en los resultados de este estudio se hace referencia a expresar verbalizaciones hirientes, la falta de consentimiento, el hecho de no permitir el contacto con el bebé tras el parto, la percepción de recibir un trato deshumanizado, la falta de información, y la falta de políticas de cuidado. Algunas de estas formas de VO aparecen en otros trabajos donde se han analizado correlatos de partos que no necesariamente han tenido complicaciones, y donde el bebé ha nacido con vida (Martínez-Galiano et al., 2021; Mena-Tudela et al., 2020).

Teniendo en cuenta el análisis de contenido, las categorías más recurrentes en los relatos fueron la de verbalizaciones hirientes, seguida de falta de políticas y de consentimiento (Tabla 3). Estos resultados sugieren que la recurrencia de las faltas de respeto y abusos, a menudo se puede ver reflejada por fallas estructurales.

Por un lado, estudios previos respaldan cómo la sensibilidad de los profesionales en el uso de lenguaje se percibe especialmente cuando se dirigen al bebé con su nombre, en lugar de con la palabra “feto” (Cassidy et al., 2018). Además, el abuso verbal también se ha recogido en otros estudios evidenciado en un lenguaje despectivo o humillante, amenazas, o comentarios acusatorios, con los que las mujeres se sienten ridiculizadas e invalidadas (Bohren et al., 2015; Martínez-Galiano et al., 2021; Perrote et al., 2020).

Por otro lado, la falta de políticas de cuidado en el acompañamiento al duelo perinatal ha sido reportada por un gran número de mujeres en la muestra del estudio. Este tipo de violencia destaca la influencia que la falta de políticas o protocolos en los hospitales tienen sobre las mujeres, lo cual concuerda con la descripción que hizo Bohren et al., 2015 del tema “condiciones y limitaciones del sistema sanitario” en su clasificación sobre los tipos de maltrato. En los resultados, se ha visto que la ausencia de políticas ha derivado en vivir situaciones que agravan su dolor, como compartir espacios con otras madres con sus bebés vivos recién nacidos, no tener un espacio de intimidad, o que no todos los sanitarios se hayan

enterado de la muerte de su bebé, e interactúen con los padres sin conocer la noticia de la muerte. Estos hallazgos, revelan la existencia de la dimensión estructural de la VO (Sadler et al., 2016). En la literatura científica, son varios los estudios resaltan la necesidad de contar con políticas y recursos que sostengan al personal sanitario para garantizar que las familias en duelo perinatal reciban un cuidado eficaz y respetuoso (Bogee et al., 2025; Bohren et al., 2015; Linares-Gallego et al., 2025).

En cuanto a la falta de consentimiento, Mena-Tudela et al. (2020) ya destacaban que las personas que han sufrido una muerte perinatal perciben que les realizan numerosas intervenciones innecesarias y no justificadas por su situación, lo que puede ir en contra de sus preferencias, o estar derivado por no consultar previamente a las personas interesadas. Los padres pueden sentirse presionados o forzados a tomar decisiones rápidas bajo estrés, lo que deriva en futuros remordimientos por la falta de consentimiento, el cual debería darse de manera continua y reflexiva (Reed et al., 2021).

Los relatos analizados destacan que, otra de las formas de VO más prevalentes fue el hecho de impedir el contacto con el bebé en el momento inmediato tras el parto. El ofrecimiento por parte del personal sanitario de que la madre pueda ver al bebé, una vez que este se encuentre fuera del vientre de la madre, así como guardar algún recuerdo del momento, favorecen el trabajo de duelo (López et al., 2018). Otro de los indicadores de VO extraídos, fue la percepción de recibir un trato deshumanizado en los relatos hace referencia a la frialdad con la que se sintieron tratadas las mujeres y sus parejas. En este caso, los padres también se encuentran en duelo por la pérdida del bebé, y por ello es importante que se sientan recogidos y apoyados emocionalmente, incluyéndoles en todo momento a lo largo del proceso. En la literatura previa se recoge cómo una de las variables subjetivas que mejor predicen la satisfacción con la atención recibida, tiene que ver con sentirse escuchada por el personal sanitario, lo que hace

referencia a un trato humanizado (Cassidy, 2022). A su vez, otra variable que predice dicha satisfacción consiste en estar informada sobre todos los pasos y trámites (Cassidy, 2022). Esto hace referencia a la categoría de VO de falta de información presente en los resultados. En estas situaciones, los profesionales tienen la responsabilidad de comunicarse de manera abierta con los pacientes, ofreciendo información valiosa que les pueda guiar durante el proceso de parto, y dar un espacio para atender y responder a sus preguntas en ese momento tan complicado (Massmann, et al., 2025).

Aludiendo al modelo ecosistémico perinatal (Olza et al., 2021), es complejo encasillar los indicadores de VO en niveles ecosistémicos concretos, ya que, como se ha observado, la VO es algo sistémico que puede formar parte de varios niveles simultáneamente (Tabla 3). Por ejemplo, en el caso de la falta de información, esta alude tanto a la interacción directa entre el personal sanitario y la mujer, lo cual corresponde al microsistema, como a la interacción entre distintos elementos del entorno cercano de la mujer, cuando la desinformación también afecta a su pareja. En este segundo caso, se situaría en el mesosistema al reflejar cómo los diferentes contextos del entorno inmediato interactúan entre sí y condicionan la experiencia de la mujer. Además, de manera global, se observa que todas estas prácticas de VO están afectadas por el macrosistema, es decir, el correlato social que tiene este tipo de experiencias en nuestro contexto cultural, influenciado por las tradiciones, la ideología o el sistema de creencias. El duelo perinatal se ha visto deslegitimado socialmente a través de mecanismos como el silencio, los discursos que minimizan la pérdida, la presión para recuperarse rápido, la negación de la dimensión humana del bebé, la ausencia de leyes y políticas que proporcionen un espacio y tiempo para la despedida, o prácticas simbólicas y rituales que contribuyan a visibilizar la pérdida (Cassidy, 2023). La influencia del macrosistema contribuye a la aparición de los sentimientos de culpa y vergüenza en las mujeres, generando en ellas un falso sentimiento de

responsabilidad por lo ocurrido, ya que la muerte sucede dentro de sus cuerpos (Massamann et al., 2025).

Por último, en este estudio aparecen indicios de buenas prácticas que se podrían implementar para acompañar a las familias durante el parto. Algunas de las prácticas que el personal sanitario tuvo hacia las mujeres de la muestra, y que les resultaron de ayuda, tienen que ver con sentirse escuchadas, mostrar empatía, interés por sus preferencias, incluir la presencia de la pareja y ofrecer la posibilidad de tener contacto con el bebé. Existe evidencia de que la empatía y la buena atención del personal influyen positivamente en el recuerdo que los padres tienen a posteriori de su hijo (Ellis et al., 2016).

4.1. Implicaciones Clínicas

Las mujeres que han sufrido una muerte perinatal y experimentan VO durante el parto, se encuentran en una situación vulnerable y de riesgo para sufrir múltiples consecuencias tanto físicas, como psicológicas. Por ello, conocer en profundidad las formas de VO más recurrentes en experiencias de parto en las que un bebé ha perdido la vida, permite construir mejores modelos de atención y acompañamiento al duelo perinatal, así como servir de guía para el establecimiento de políticas de cuidado y sensibilización en los hospitales. En esta línea, Yalley et al. (2024), destaca una serie de intervenciones que se pueden llevar a cabo para reducir el impacto de la VO. Entre ellas, la mejora de la comunicación a través de conversaciones abiertas donde se informe adecuadamente y se responda a las preguntas, privacidad durante la atención evitando la exposición innecesaria, permitir acompañantes durante el parto, o la capacitación del personal sanitario en cuestiones sobre trato digno, empatía y derechos humanos (Yalley et al., 2024). En lo que concierne al acompañamiento del duelo perinatal, otras experiencias de apoyo identificadas en la literatura tienen que ver con la creación de recuerdos del bebé, a

través de ofrecer la oportunidad de cogerle, bañarle, vestirle, hacer fotos, o incluso crear una caja de recuerdos donde se guarden objetos significativos del momento (Massmann et al., 2025).

4.2.Limitaciones y Fortalezas

A pesar de la gran relevancia de los resultados encontrados en este estudio, así como la posibilidad de conocer la experiencia directa de las mujeres a través de relatos, es importante destacar una serie de limitaciones del presente trabajo. En primer lugar, el propio hecho de analizar la experiencia subjetiva de las mujeres puede poner en riesgo la propia objetividad de las experiencias de parto relatadas. El hecho de que se analicen relatos de parto ya publicados, en lugar de entrevistas en persona, facilitó el acceso de información para realizar este estudio, sin embargo, puede haber sesgos a la hora de interpretar la información. La publicación de los relatos es de forma voluntaria, sin instrucción o estructura alguna acerca de lo que tienen que relatar, por lo que puede haber información sobre su parto que no se recoja en los relatos, a la vez que un sesgo de representatividad. Por ello, es importante considerar que los resultados deben ser tenidos en cuenta con cautela ya que puede que haya datos relevantes acerca de la experiencia de parto que no hayan sido reflejados en los relatos. En segundo lugar, al no disponer de información personal de las mujeres de la muestra, faltan datos exactos de algunos de los relatos, como el país de origen o donde tuvo lugar el parto, el año, o la semana de gestación en la que se produjo la muerte. En esta línea, al no ser relatos de parto que hayan ocurrido en un mismo espacio y tiempo, sino que abarcan de 2001-2022 puede ser que la información de alguno de ellos no corresponda con la realidad actual de cómo es el acompañamiento al parto y al duelo perinatal en esos hospitales, y que la atención haya mejorado o se hayan creado nuevos protocolos. A su vez, una de las limitaciones del estudio tiene que ver con el propio constructo de VO, que aún no está del todo definido ni delimitado

a nivel teórico ni institucional. Esto genera cierta ambigüedad a la hora de analizar los relatos, ya que no hay un consenso claro sobre qué prácticas entran o no dentro de esta categoría, reforzando así la necesidad de seguir investigando sobre la conceptualización de la VO. Por tanto, para futuros estudios sería importante tener en cuenta estas limitaciones y poder estudiar la experiencia de VO en contextos de muerte perinatal accediendo a una muestra más amplia y representativa, donde se recoja la información a través de entrevistas en profundidad.

Pese a estas limitaciones, el trabajo presenta una serie de fortalezas muy relevantes. Por un lado, el enfoque cualitativo permite profundizar en cómo viven todo esto las mujeres, algo que suele quedar invisibilizado en estudios cuantitativos. Como destaca Ebrahim (2025), es fundamental incluir la visión y experiencia subjetiva de las mujeres que sufren la VO para poder definirla. Por otro lado, el estudio aborda una experiencia invisibilizada, como es el duelo perinatal, y aún más específicamente, el proceso de parto en contextos de muerte perinatal, que ha sido aún menos estudiado en la investigación. Con ello, este trabajo profundiza el estudio de las personas que sufren la doble vulnerabilidad de sufrir una muerte perinatal y VO durante el parto, lo que supone una primera aproximación al estudio de la problemática en esta muestra. Esto es especialmente relevante ya que permite identificar las formas de VO que pueden ser tenidas en cuenta en estos casos, y establecer una conexión con la práctica clínica, diseñando planes de prevención en los hospitales y formaciones específicas para el personal sanitario.

5. Conclusiones

La experiencia del parto tras una muerte perinatal es, de por sí, profundamente compleja y dolorosa. No obstante, esta vivencia puede volverse aún más difícil cuando se produce VO. La VO en contextos de muerte perinatal parecería manifestarse a través de indicadores como

expresar verbalizaciones hirientes, actuar sin consentimiento, no permitir el contacto con el bebé, recibir un trato deshumanizado, o no dar información; como también desde un plano estructural y sistémico, como la falta de políticas que se manifiesta en la ausencia de protocolos sensibles. Todo ello, se perpetúa por la influencia del entorno social y cultural, donde no se reconoce o se deslegitima este tipo de pérdida. Por eso, para visibilizar el duelo perinatal y mejorar la atención en estos casos, es fundamental tener en cuenta todos estos niveles de intervención, y poder implementar así modelos de atención respetuosos centrados en la mujer y ajustados a sus necesidades.

Referencias

- Acharya, A. K., Sarangi, R., & Behera, S. S. (2021). Experiences and impacts of Obstetric violence on Indian women within the Public healthcare system. *Journal of feminist, gender and women studies*, (11), 37-45.
- Asamblea General de las Naciones Unidas (2019). *Informe A/74/137 de la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias acerca de un enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva, con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica.*
- Berry, S. N., Marko, T., & Oneal, G. (2021). Qualitative Interpretive Metasynthesis of Parents' Experiences of Perinatal Loss. *Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing : JOGNN*, 50(1), 20–29. <https://doi.org/10.1016/j.jogn.2020.10.004>
- Bogee, G. P., Sagoe-Moses, I., Adongo, E. A., Kuma-Aboagye, P., Wobil, P., Shetye, M., Kwarteng, P. G., Denckla, C., & Guure, C. (2025). Situational Analysis on the Impact of Perinatal Deaths Among Bereaved Families in Ghana. *Omega*, 91(2), 567–589. <https://doi.org/10.1177/00302228221138992>
- Bohren, M. A., Vogel, J. P., Hunter, E. C., Lutsiv, O., Makh, S. K., Souza, J. P., Aguiar, C., Saraiva Coneglian, F., Diniz, A. L., Tunçalp, Ö., Javadi, D., Oladapo, O. T., Khosla, R., Hindin, M. J., & Gülmezoglu, A. M. (2015). The Mistreatment of Women during Childbirth in Health Facilities Globally: A Mixed-Methods Systematic Review. *PLoS medicine*, 12(6), e1001847. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001847>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). *Using thematic analysis in psychology. Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>

- Bronfenbrenner, U., & Morris, P. A. (1998). The ecology of developmental processes. In W. Damon & R. M. Lerner (Eds.), *Handbook of child psychology: Theoretical models of human development* (pp. 993–1028). John Wiley & Sons Inc.
- Cassidy P. R. (2022). Beyond emotional support: predictors of satisfaction and perceived care quality following the death of a baby during pregnancy. *Journal of perinatal medicine*, 50(6), 832–843. <https://doi.org/10.1515/jpm-2021-0489>
- Cassidy P. R. (2023). The Disenfranchisement of Perinatal Grief: How Silence, Silencing and Self-Censorship Complicate Bereavement (a Mixed Methods Study). *Omega*, 88(2), 709–731. <https://doi.org/10.1177/00302228211050500>
- Cassidy, P. R., Cassidy, J., Olza, I., Martín Ancel, A., Jort, S., Sánchez, D., ... & Martínez Serrano, P. (2018). Informe Umamanita: Encuesta sobre la calidad de la atención sanitaria en casos de muerte intrauterina. *Girona: Umamanita*.
- Cates, F., Wetzler, S., Wishlade, T., Patel, M., & Aiken, C. E. (2025). How obstetricians experience stillbirth and perinatal loss: a systematic review and meta-synthesis. *AJOG Global Reports*, 100465.
- Cuenca D. (2023). Pregnancy loss: Consequences for mental health. *Frontiers in global women's health*, 3, 1032212. <https://doi.org/10.3389/fgwh.2022.1032212>
- Ebrahim, S. (2025). Obstetric violence: An epistemic repair of the construct. *Social Epistemology*, 1(1), 1–10. <https://doi.org/10.1080/02691728.2025.2453943>
- Elmir, R., Schmied, V., Wilkes, L., & Jackson, D. (2010). Women's perceptions and experiences of a traumatic birth: a meta-ethnography. *Journal of advanced nursing*, 66(10), 2142–2153. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05391.x>
- Fernández-Alcántara, M., Cruz-Quintana, F., Pérez-Marfil, N., & Robles-Ortega, H. (2012). Factores psicológicos implicados en el duelo perinatal. *Index de Enfermería*, 21(1-2), 48-52.

- Fernández-Cox, C. E., Chirino-Ortiz, M. F., Lara, T., Schulmeyer, M. K., & Fernández-Alcántara, M. (2025). Factors Associated with Perinatal Bereavement Among Mothers in Bolivia: A Qualitative Study. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, *13*(6), 615. <https://doi.org/10.3390/healthcare13060615>
- Gómez-Ulla, P., & García, M. C. (2022). *Duelo perinatal: psicología, atención y cuidados*. Editorial Síntesis.
- Humenick S. S. (2006). The Life-Changing Significance of Normal Birth. *The Journal of Perinatal Education*, *15*(4), 1–3. <https://doi.org/10.1624/105812406X151330>
- Instituto Nacional de Estadística (2024). Fenómenos demográficos. Tasa de Mortalidad Perinatal según sexo. En INEbase <https://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=1698&L=0>
- Kranenburg, L., Lambregtse-van den Berg, M., & Stramrood, C. (2023). Traumatic Childbirth Experience and Childbirth-Related Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD): A Contemporary Overview. *International journal of environmental research and public health*, *20*(4), 2775. <https://doi.org/10.3390/ijerph20042775>
- Leinweber, J., Fontein-Kuipers, Y., Thomson, G., Karlsdottir, S. I., Nilsson, C., Ekström-Bergström, A., Olza, I., Hadjigeorgiou, E., & Stramrood, C. (2022). Developing a woman-centered, inclusive definition of traumatic childbirth experiences: A discussion paper. *Birth (Berkeley, Calif.)*, *49*(4), 687–696. <https://doi.org/10.1111/birt.12634>
- Linares-Gallego, M., Martínez-Linares, J. M., Del Mar Moreno-Ávila, I., & Cortés-Martín, J. (2025). Midwives' support for parents following stillbirth: How they practise and resources they need from a phenomenological perspective. *Journal of advanced nursing*, *81*(3), 1554–1567. <https://doi.org/10.1111/jan.16385>
- López Fuentetaja, A. M., & Iriondo Villaverde, O. (2018). Sentir y pensar el duelo perinatal: Acompañamiento emocional de un grupo de padres. *Revista Clínica Contemporánea*, *9*(e25), 1–24. <https://doi.org/10.5093/cc2018a21>

- López García de Madinabeitia, A. P. (2011). *Duelo perinatal: Un secreto dentro de un misterio*. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 31(109), 53–70.
- Martínez-Galiano, J. M., Martínez-Vázquez, S., Rodríguez-Almagro, J., & Hernández-Martínez, A. (2021). The magnitude of the problem of obstetric violence and its associated factors: A cross-sectional study. *Women and birth : journal of the Australian College of Midwives*, 34(5), e526–e536. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.10.002>
- Massmann, K., Jagannatham, S., Stone, J., & Platt, L. D. (2025). The Impact of Stillbirth on Maternal Wellbeing. *Obstetrics and gynecology clinics of North America*, 52(1), 145–156. <https://doi.org/10.1016/j.ogc.2024.08.012>
- McKelvin, G., Thomson, G., & Downe, S. (2021). The childbirth experience: A systematic review of predictors and outcomes. In *Women and Birth* (Vol. 34, Issue 5, pp. 407–416). Elsevier B.V. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.09.021>
- Meltzer-Brody, S., Howard, L. M., Bergink, V., Vigod, S., Jones, I., Munk-Olsen, T., Honikman, S., & Milgrom, J. (2018). Postpartum psychiatric disorders. *Nature reviews. Disease primers*, 4, 18022. <https://doi.org/10.1038/nrdp.2018.22>
- Mena-Tudela, D., Iglesias-Casás, S., González-Chordá, V. M., Cervera-Gasch, Á., Andreu-Pejó, L., & Valero-Chillerón, M. J. (2020). Obstetric violence in Spain (Part I): Women's perception and interterritorial differences. *International journal of environmental research and public health*, 17(21), 7726.
- O'Brien, E., & Rich, M. (2022). Obstetric violence in historical perspective. *Lancet (London, England)*, 399(10342), 2183–2185. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)01022-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)01022-4)
- Olza, I., Fernández Lorenzo, P., González Uriarte, A., Herrero Azorín, F., Carmona Cañabate, S., Gil Sánchez, A., Amado Gómez, E., & Dip, M. E. (2021). Propuesta de un modelo ecosistémico para la atención integral a la salud mental perinatal. *Revista de la*

Asociación Española de Neuropsiquiatría, 41(139), 23–35. <https://doi.org/10.4321/s0211-57352021000100003>

Olza, I., Leahy-Warren, P., Benyamini, Y., Kazmierczak, M., Karlsdottir, S. I., Spyridou, A., Crespo-Mirasol, E., Takács, L., Hall, P. J., Murphy, M., Jonsdottir, S. S., Downe, S., & Nieuwenhuijze, M. J. (2018). Women's psychological experiences of physiological childbirth: A meta-synthesis. *BMJ Open*, 8(10). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-020347>

Organización Mundial de la Salud (2014). *Declaración sobre prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud*. Recuperado de [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134590/WHO_RHR_14.23_spa .pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134590/WHO_RHR_14.23_spa.pdf)

Perrotte, V., Chaudhary, A. and Goodman, A. (2020) “At Least Your Baby Is Healthy” Obstetric Violence or Disrespect and Abuse in Childbirth Occurrence Worldwide: A Literature Review. *Open Journal of Obstetrics and Gynecology*, 10, 1544-1562. <https://doi.org/10.4236/ojog.2020.10110139>

Reed, K., Ferazzoli, M. T., & Whitby, E. (2021). “Why didn't we do it”? Reproductive loss and the problem of post-mortem consent. *Social Science & Medicine*, 276, 113835.

Rodríguez-Almagro, J., Hernández-Martínez, A., Rodríguez-Almagro, D., Quirós-García, J. M., Martínez-Galiano, J. M., & Gómez-Salgado, J. (2019). Women's Perceptions of Living a Traumatic Childbirth Experience and Factors Related to a Birth Experience. *International journal of environmental research and public health*, 16(9), 1654. <https://doi.org/10.3390/ijerph16091654>

Sadler, M., Santos, M. J., Ruiz-Berdún, D., Rojas, G. L., Skoko, E., Gillen, P., & Clausen, J. A. (2016). Moving beyond disrespect and abuse: addressing the structural dimensions

- of obstetric violence. *Reproductive health matters*, 24(47), 47–55.
<https://doi.org/10.1016/j.rhm.2016.04.002>
- Sharon, D., & Alnabilsy, R. (2024). Obstetric Violence (OV) Consequences and Coping Strategies: Insights Through the Voices of Arab and Jewish Women in Israel. *Violence against women*, 10778012241292291. Advance online publication.
<https://doi.org/10.1177/10778012241292291>
- Van der Pijl, M. S. G., Verhoeven, C. J. M., Verweij, R., van der Linden, T., Kingma, E., Hollander, M. H., & de Jonge, A. (2022). Disrespect and abuse during labour and birth amongst 12,239 women in the Netherlands: a national survey. *REPRODUCTIVE HEALTH*, 19(1). <https://doi.org/10.1186/s12978-022-01460-4>
- Vega-Sanz, M., Berastegui, A., & Sanchez-Lopez, A. (2024). Perinatal posttraumatic stress disorder as a predictor of mother-child bonding quality 8 months after childbirth: a longitudinal study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 24(1), 389.
- World Health Organization. (2006). *Neonatal and perinatal mortality: country, regional and global estimates*. World Health Organization.
- Yalley, A. A., Jarašiūnaitė-Fedosejeva, G., Kömürçü-Akik, B., & de Abreu, L. (2024). Addressing obstetric violence: a scoping review of interventions in healthcare and their impact on maternal care quality. *Frontiers in public health*, 12, 1388858.
<https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1388858>
- Yildiz, P. D., Ayers, S., & Phillips, L. (2017). The prevalence of posttraumatic stress disorder in pregnancy and after birth: A systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 208, 634–645. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.10.009>

Anexos

Anexo 1. Dictamen del Comité de Ética.



COMILLAS
UNIVERSIDAD PONTIFICIA

ICAI ICADI CIMS

Madrid, 9 de diciembre de 2024

Dictamen 033/24-25

Para: Excmo. Vicerrector de Investigación y Profesorado

Asunto: Juicio del Comité de Ética acerca del proyecto titulado: “VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN CONTEXTOS DE DUELO PERINATAL: ESTUDIO CUALITATIVO SOBRE RELATOS DE PARTO”, presentado por D^a. Paula Dietta Catalina en el marco del Máster en Psicología General Sanitaria.

El Comité de Ética de la Investigación de la Universidad Pontificia Comillas, conforme al procedimiento establecido, habiendo sido valorado el caso por sus miembros, emite el siguiente DICTAMEN:

La investigación se efectúa a partir de los testimonios anonimizados de mujeres que han sufrido violencia obstétrica, los cuales han sido publicados mediando libre consentimiento en revistas electrónicas. El proyecto está bien justificado y sus objetivos resultan delimitados. Al no efectuarse el estudio directamente con personas no existen riesgos y el mismo no puede contrariar los principios de la Declaración de Helsinki.

Por la misma razón de que los datos son tomados de una fuente previamente publicada y anonimizada, la investigación no puede conculcar con Ley Orgánica 3/2018 de Protección de Datos Personales y demás legislación concordante.

El proyecto merece un juicio de conformidad ética para una investigación de sus características, y cuenta con la aprobación de este Comité.

Atentamente,



Dr. Miguel Grande Yáñez
Presidente



Dr. Raúl González Fabre
Secretario

UNIVERSIDAD PONTIFICIA COMILLAS
Alberto Aguilera, 23. 28015 Madrid. Tel.: (+34) 91 542 28 00 www.comillas.edu

Anexo 2. Manual de codificación.

TEMA 1: Señales previas sobre alguna complicación médica.

A. Momento de la notificación.

a. Semana de gestación **“Complicación momento_sg”**

“Semana 20, viernes 26 de septiembre”

b. Contexto temporal (consulta, urgencias, ecografía...) **“Complicación momento_contexto”**

“En junio en una ecografía se detecta una discordancia”

B. Emociones y pensamientos. **“Complicación_emopens”**

“Yo me temía que algo pasaba... Cuando entré en maternidad y me hicieron la eco estaba tan angustiada por lo que me fuera a decir... Me cambió de ecógrafo... Uf..., algo va mal.”

C. Tipo de complicación /información **“Complicación_información”**

“La siguiente ecografía detecta una macrosomía fetal con 3.200kg.”

D. Indicadores de V.O

a. Trato del personal médico (en la relación/interacción):

i. Percepción subjetiva del trato con el personal

“Complicación_VO_Trato_percepcion”

“Todo esto ahí sin más, sin ningún tipo de apoyo psicológico, sin un trato humano”

ii. Verbalizaciones **“Complicación_VO_Trato_verbalizaciones”**

“¿Por qué? ¿no es fácil de recordar?”

Entra otra ginecóloga y sin decir ni “hola, buenas tardes” escupe:

“¿Pero ese corazón...?”

i. Conductas **“Complicación_VO_Trato_conductas”**

“Me miraron mal” “La ginecóloga que nos atendió en el ecógrafo, tiró a la basura la ecografía de (nombre hija) y sólo nos entregó la de Miguel, no supimos reaccionar, ahora pienso que debimos exigirle que nos la hubiera dado.”

b. En la intervención y profesionalidad:

i. Falta de información **“Complicación_VO_faltainfo”**

“Pregunté, no recibí contestación.../ No me dieron más explicaciones...”

ii. Falta de consentimiento **“Complicación_VO_faltaconsen”**

“Me fue negada la opción a elegir el mejor método y más seguro para mí y mi bebe”.

iii. Falta de políticas **“Complicación_VO_políticas”**

“Nos dejaron esperando en el pasillo de la sala de espera, llorando abrazados, aterrados, destrozados, ante las miradas de todo el que estaba allí o pasaba por allí, desde embarazadas con sus parejas o gente que iba a otras consultas; estaban llamando (nombre del Hospital), y no se les ocurrió, dejarnos en algún sitio apartados”.

E. Apoyo emocional/ estar acompañada

a. Apoyo de la pareja **“Complicación_apoyo_pareja”**

“Todo esto acompañada de mi marido”

TEMA 2: Notificación de la muerte perinatal

A. Momento de la notificación

a. Semana de gestación **“Muerte_momento_sg”**

b. Contexto temporal **“Muerte_momento_contexto”**

“Cuando por fin me vuelven a monitorizar...” la eco-doppler ha detectado que mi bebe estaba muerto”

B. Notificación información **“Muerte_información”**

“Se había asfixiado por el meconio”.

C. Emociones y pensamientos **“Muerte_emopens”**

“Hubiera querido retenerlo dentro mío, me negaba a creer que él ya se había ido que tendría que dar a luz a mi bebe ya muerto”.

D. Indicadores de V.O

a. Trato del personal sanitario (en la relación/interacción):

i. Percepción subjetiva del trato con el personal

“Muerte_VO_trato_percepción”

“Sonó casi a venganza, como si mi peor enemigo de otra vida se hubiera reencarnado en esa mujer”.

“Me lo dijeron de formas no muy normal”

ii. Verbalizaciones del personal médico

“Muerte_VO_trato_verbalizaciones”

“No puedes irte mujer, tienes que ingresar, tienes que expulsar el fétito”.

iii. Conductas **“Muerte_VO_trato_conductas”**

“Hasta entonces ninguno me había hecho caso”

iv. Falta de apoyo emocional **“Muerte_VO_trato_faltaapoyo”**

“No me dieron ningún aliento de consolación”

b. En la intervención / profesionalidad:

i. Falta de información **“Muerte_VO_faltainfo”**

ii. Falta de consentimiento **“Muerte_VO_faltaconsen”**

“Te voy a ingresar, te provocaremos el parto” ¿Perdón? Yo no quería.

iii. Falta de políticas **“Muerte_VO_políticas”**

“Luego me metieron con una parturienta monitorizada, imaginar mi sensación, mi bebé sin latido y yo oyendo un latido.”

iv. Trato hacia la pareja **“Muerte_VO_tratopareja”**

“Cuando me toca pasar, no dejan entrar a mi chico”

E. Apoyo emocional / estar acompañada

a. Personal médico **“Muerte_apoyo_personal”**

“Las chicas de urgencias conmigo muy bien, me ayudaron y cuidaron, y medio informaron”.

TEMA 3: Experiencia de parto

A. Tipo de parto **“Parto_tipo”**

B. Emociones y pensamientos **“Parto_emo pens”**

“Me quedé en shock. Tenía que parirlo aun sabiendo que no volvería a casa con nosotros.”

C. Indicadores de V.O

a. Trato personal sanitario (en la relación/ interacción)

i. Percepción subjetiva del trato con el personal

“Parto_VO_trato_percepción”

“Me sentí como una rata de laboratorio”

ii. Verbalizaciones del personal médico

“Parto_VO_trato_verbalizaciones”

“Me dice que son cosas del destino”

iii. Conductas **“Parto_VO_trato_conductas”**

“Me rasuraron el pubis con “muchu delicadeza ...”

“Ninguno me hace caso”

b. En la intervención / profesionalidad:

iv. Falta de políticas **“Parto_VO_políticas”**

“Para más inri tratan de meter una recién parida con su bebé en los brazos en mi misma habitación”

v. Falta de privacidad **“Parto_VO_privacidad”**

“Con la puerta abierta... sin comentarios”, “su pareja jamás se tuvo que ausentar y estaba presente durante mis examinaciones y a veces ni pasaban la cortina bien.”

vi. Falta de información **“Parto_VO_faltainfo”**

“Las enfermeras no saben, no informan.”

vii. Falta de consentimiento **“Parto_VO_faltaconsen”**

“Me dicen que si no sale hay que legar”

viii. Impedir estar acompañada por la pareja **“Parto_VO_noacompañante”**

“Veo que me hacen pasar y no dejan a mi marido entrar conmigo”

ix. Impedir contacto con el bebé **“Parto_VO_Impedircontactobebé”**

“Me operaron y ni si quiera me dijeron quieres ver a tu bebé”

x. Trato hacia la pareja **“Parto_VO_tratopareja”**

“A mi marido le mandaban fuera a cada momento y o bien se olvidaban de llamarlo de nuevo o bien es que pasaban de mí”

D. Apoyo emocional / estar acompañada

a. Pareja **“Parto_apoyo_pareja”**

“Mi marido me abraza, no quiere decir nada para que no nos separen”

“De la mano de mi marido”

b. Personal médico **“Parto_apoyo_personal”**

“(la matrona) Se sentó conmigo durante las ocho horas. Me acariciaba el brazo, me decía palabras de aliento, me habló de su vida y me preguntó por la mía. Me trató con cariño. Me habla de sus cosas y me pregunta por mis cosas”

TEMA 4: Despedida del bebé

A. Contacto con el bebé (desarrollo) **“Despedida_contacto”**

“Me la trajeron y la pusieron en mis brazos. Era tan guapa, que parecía mentira que no estuviera viva, blanquita, morena con mucho pelo y muy rizado y tan cálida...”

B. Pensamientos y emociones **“Despedida_emo pens”**

“La espina que tengo en el corazón de no haber podido tenerlo entre mis brazos, de no haber sabido protegerle”

C. Rituales/ buenas prácticas del personal sanitario **“Despedida_rituales”**

“La tuve un par de horas conmigo, me dieron una huella del pie”

D. Indicadores de V.O

a. Trato del personal sanitario (en la relación/interacción)

i. Verbalizaciones **“Despedida_VO_trato_verbalizaciones”**.

“La matrona nos habló de cosas terribles si ves a tu hijo muerto, cosas que en sus “32 años de experiencia” había visto; problemas para concebir en el futuro, abortos”.

ii. Conductas **“Despedida_VO_trato_conductas”**.

“Los médicos y demás personal están charlando y riéndose detrás de nosotros así que la chica pide que bajen las voces y le dice a una compañera que nos coloque un biombo”

b. En la intervención / profesionalidad:

- i. No posibilitar el contacto con el bebé

“Despedida_VO_ausenciacontacto”

“Solo me la enseñaron y yo pensaba que después me la iban a llevar nunca lo hicieron ya no la volví a ver”.

- ii. Falta de políticas **“Despedida_VO_políticas”**

“Recuerdo que me pusieron en sala con todas las mujeres y sus niños y yo con las manos vacías, fue difícil...”

TEMA 5: Experiencia de posparto

A. Emociones y pensamientos **“Posparto_emo pens”**

“Me preguntan por los entuertos, el sangrado, y todo lo que todavía hoy me recuerda que he estado embarazada, pero que no soy madre de nadie”

B. Indicadores de V.O

a. Trato personal sanitario (en la relación/ interacción)

- i. Percepción subjetiva del trato recibido

“Posparto_VO_trato_percepcion”

“Lo decía como si una vez que los fetos salen de allí ya no hay nada que hacer, ya olvídate de ella, su destino es inevitable, a la basura con tus ilusiones, literalmente.”

- ii. Verbalizaciones **“Posparto_VO_trato_verbalizaciones”**

“Ya tendrás más, y no tiene por qué ocurrir otra vez...”

- iii. Conductas **“Posparto_VO_trato_conductas”**

(no me miran a la cara...) “Me aprieta el abdomen y me manosea los pechos un tanto fuerte, pero me muerdo la lengua e intento ser fuerte”

“Justo después vuelve con un ginecólogo que me revisa sin apenas mirarme la cara.”

sin mirarme a la cara, no vienen a asearme ni a verme la episiotomía, lo tengo que hacer yo en una ducha asquerosa”

b. En la intervención / profesionalidad:

i. Falta de políticas **“Posparto_VO_políticas”**

“Al día siguiente pasé a un cuarto con mujeres con sus nenes, ese choque fue algo muy fuerte”.