



FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES

**Impacto de la violencia obstétrica en el
desarrollo de un Trastorno de Estrés
Postraumático (TEPT) y sus consecuencias en
la diada madre-bebé. Una revisión sistemática**

Autora: Virginia Mayor Ortega

Tutora profesional: Carmen Domingo Peña

Madrid

Junio de 2023

Virginia

Mayor

Ortega

**IMPACTO DE LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN EL DESARROLLO DE
UN TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO (TEPT) Y SUS
CONSECUENCIAS EN LA DIADA MADRE-BEBÉ. UNA REVISIÓN
SISTEMÁTICA.**



Tabla de contenido

Resumen.....	4
Impacto de la violencia obstétrica en el desarrollo de un Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) y sus consecuencias en la diada madre-bebé. Una revisión sistemática.....	5
- La historia de la maternidad.....	5
- Conceptualización de la violencia obstétrica.....	9
- Conceptualización del Trastorno de Estrés Postraumático y su variante postparto...	13
- Conceptualización de la vinculación.....	16
- Concreción temática.....	18
- Justificación teórica y relevancia de la revisión.....	20
- Objetivos e hipótesis.....	22
- Criterios metodológicos.....	23
o Criterios de inclusión.....	23
o Criterios de exclusión.....	23
Metodología.....	24
- Protocolo y registro.....	24
- Criterios de elegibilidad (PICOS).....	24
- Fuentes y búsqueda de información.....	25
- Selección de estudios.....	25
- Proceso de extracción.....	26
- Análisis de datos.....	27
Resultados.....	27
- Resultados de la búsqueda.....	27
- Características metodológicas y de la muestra.....	30
- Resultados de la revisión.....	35
Discusión.....	39
- Resumen de la evidencia.....	39
- Aplicabilidad y relevancia para la práctica clínica y sanitaria.....	42
- Limitaciones y fortalezas.....	44
- Futuras líneas de investigación.....	45
Referencias.....	47
Anexos.....	58

Resumen

La violencia obstétrica constituye un problema social a nivel mundial que ha estado invisibilizado durante años bajo el mandato y la idealización de la maternidad. En la presente revisión sistemática se pretende visibilizar esta problemática analizando las prácticas obstétricas que constituyen factores de riesgo para el desarrollo de un Trastorno de Estrés Postraumático Postparto (TEPTP) y explorando sus consecuencias en la diada madre-bebé. A su vez se examinan las prácticas obstétricas que actúan como factores de protección y que ejercen un rol amortiguador para el desarrollo TEPTP, demostrando su importancia para mejorar el bienestar de la diada madre-bebé. Para ello se han utilizado tres bases de datos: MEDLINE Complete, CINAHL Complete y PubMed seleccionándose un total de N=25 artículos que conforman la revisión sistemática una vez aplicados los criterios de elegibilidad junto con los criterios de inclusión y exclusión generados al principio de la investigación. Por último, se exponen las limitaciones y fortalezas de la revisión y se proponen líneas de actuación futuras.

Palabras clave: maternidad, violencia obstétrica, prácticas obstétricas, Trastorno de Estrés Postraumático, TEPT, factores de riesgo, factores de protección.

Abstract

Obstetric violence is a global social problem that has been invisible for years under the mandate and idealization of motherhood. This systematic review intends to make this problem visible by analyzing the obstetric practices that are considered risk factors for the development of Postpartum Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) and by exploring its consequences in the mother-infant dyad. Furthermore, other obstetric practices that act as protective factors and exert a cushioning role for the development of PTSD are examined proving their importance to improve the well-being of the mother-infant dyad. The research has been done using MEDLINE Complete, CINAHL Complete and PubMed, with a final selection of N=25 articles for the systematic review once the eligibility criteria have been applied together with the inclusion and exclusion criteria. To conclude, limitations and strengths of the review are exposed along with future research lines.

Key words: maternity, obstetric violence, obstetric practices, Post Traumatic Stress Disorder, PTSD, risk factors, protective factors.

Impacto de la violencia obstétrica en el desarrollo de un Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) y sus consecuencias en la diada madre-bebé. Un revisión sistemática.

Historia de la maternidad

La maternidad es una construcción social que está multideterminada, organizada y definida en base a las necesidades y las normas establecidas por la sociedad en cada momento histórico (Palomar Vereá, 2005). Es por esto, que este concepto ha ido evolucionando a lo largo de los años según el imaginario social predominante, cambiando tras de sí las ideas y asunciones sobre la maternidad (Palomar Vereá, 2005; Romero Guzmán et al., 2020).

Este constructo está íntimamente ligado desde sus orígenes a la idea de género, asumiendo ciertas expectativas, roles, estereotipos y/o prejuicios sobre las personas basadas en las diferencias atribuidas por nacer con un sexo concreto (Romero Guzmán et al., 2020). Esto ha llevado a relacionar la maternidad con la mujer simplemente por contar con las características biológicas para ello; y a vincular la identidad femenina con la maternal, es decir, considerando que no se puede ser mujer sin ser también madre (Palomar Vereá, 2005; Romero Guzmán et al., 2020).

En concreto en Occidente el concepto de la maternidad ha ido evolucionando de la siguiente manera.

Durante la antigüedad, aunque el griego y el latín no cuentan con ningún término específico para referirse a la maternidad (Knibiehler, 2001 como se citó en Palomar Vereá, 2005), la función materna sí aparece representada en la mitología (Oberman, 2005). Sin embargo, la atención social hacia la maternidad se centra únicamente en la capacidad reproductiva de las mujeres, que permite la renovación de los grupos sociales equilibrando así la elevada mortandad (Oberman, 2005).

En el siglo XII, aparece *maternitas* el primer término que hace referencia a la maternidad. Lo hace junto a su complementario en masculino *paternitas*, que nace para evidenciar la función de la iglesia. El emerger de *maternitas* significa en este momento el paso de una maternidad únicamente carnal a otra donde se contempla la parte espiritual de la maternidad (Oiberman, 2005).

Más adelante, en el siglo XIII la Ilustración trajo consigo un cambio en el paradigma social donde se cuestionan mandatos impuestos por la iglesia y tanto la parte carnal como espiritual son igualmente valoradas. Esto coloca a la maternidad en un lugar privilegiado, aunque siempre subordinada al beneficio del hijo y al poder del hombre. En este momento la ciencia, especialmente la medicina y la economía, hicieron consciente a la sociedad de la importancia de los cuidados físicos y morales de los futuros adultos y por tanto se impuso la necesidad de que estos nacieran y vivieran en las mejores condiciones posibles. Para ello, el cuerpo de la mujer se instrumentaliza y pasa a ser “la matriz del cuerpo social” pasando a ser cuidado y atendido. Nace así el concepto de “buena madre” que se relaciona estrechamente con el amor maternal y la entrega total a su hijo, perdiendo su individualidad como mujer y fomentando la idealización materna (Oiberman, 2005).

En este punto, la concepción de la maternidad occidental vira en torno a la aceptación de la maternidad como un hecho natural e inherente a la mujer, así como una expresión única de su esencia femenina, dejando a la mujer relegada al plano privado (Palomar Vereza, 2005; Romero Guzmán et al., 2020). Esta glorificación de la maternidad se mantiene durante el siglo XIX hasta los años 60-70 del siglo XX (Oiberman, 2005). Con la aparición de los primeros estudios feministas y la movilización política entre 1960 y 1970, las mujeres empiezan a demandar un espacio fuera del hogar y unos derechos que les habían sido históricamente negados, reivindicando la separación del rol de mujer del de madre, y la maternidad se convierte un asunto políticamente relevante (Oiberman, 2005; Romero Guzmán et al., 2020).

En ese momento el Estado se convierte en la autoridad asumiendo el papel que hasta entonces había representado el hombre. Lo hace con políticas abogan por la maternidad y condenan las medidas que van en contra de esta, como los anticonceptivos y el aborto. De nuevo el ideal de la maternidad tiene un fin, la repoblación de los territorios después de las guerras y su éxito se observa con la llegada del *baby boom* (Oiberman, 2005; Palomar Vereá, 2005).

Mientras tanto, los estudios feministas se centran en exponer la desventaja que supone la maternidad para la madre colocando la mirada en la opresión, sumisión y abnegación, y abogan por derribar el muro de idealización construido entorno a la maternidad, dando de este modo un lugar al abordaje de esta problemática. Además, el rechazo a la necesidad de dar a luz como única forma de autorrealización de la mujer rivaliza con la idea social de la maternidad como un hecho natural e innato en la mujer, por lo que la renuncia de este mandato supone también un primer paso en la desinstitucionalización del cuerpo de la mujer (Fernández Rasines y Bogino Larrambeberé, 2019; Romero Guzmán et al., 2020). Asimismo, estos ideales empiezan a tener un mayor peso en la esfera pública, científica y política dando lugar al replanteamiento de la maternidad y al sentido único que el discurso patriarcal le había otorgado (Romero Guzmán et al., 2020).

El recorrido en la conceptualización de la maternidad continúa hasta la actualidad influido por los cambios en la concepción de las familias, por la incorporación de la mujer al mundo laboral, los avances tecnológicos en medicina, así como por el momento social de las mujeres (Palomar Vereá, 2005). La investigación en maternidad ha permitido ver su heterogeneidad y diversidad dando lugar a las llamadas nuevas maternidades o maternidades emergentes (Romero Guzmán et al., 2020). Aun con esto, hoy en día el ideal de maternidad sigue vigente y los mandatos hegemónicos de ésta siguen presentes en nuestro imaginario social (Fernández Rasines y Bogino Larrambeberé, 2019; Romero Guzmán et al., 2020).

Tras revisar diversas investigaciones, Romero Guzmán et al., (2020) refieren que, a pesar del abordaje de la maternidad a través del feminismo y su representación académica, no existe apenas exploración sobre la vivencia de la maternidad en madres con conciencia de género que rechacen el mandato social de la maternidad y actúen para cambiarlo.

Esta idealización de la maternidad que ha llegado a nuestros días tiene impacto sobre la manera de vivir esta experiencia en las mujeres. McKenzie-McHarg et al. (2015) afirman que la vivencia del parto como traumático se diferencia de otras experiencias traumáticas vivenciadas por la persona debido a las connotaciones culturales positivas atribuidas a este evento, así como a la percepción del embarazo y parto como un hecho natural e inherente a la mujer.

Las consecuencias de esta concepción no se hallan solamente en los mandatos impuestos a la madre sino también en la conciencia de estos y abordaje de esta vivencia. Durante mucho tiempo, los síntomas traumáticos de las mujeres tras el parto no han sido estudiados, en gran medida por la creencia ya mencionada de que tanto el embarazo como el parto deben ser experiencias únicas que incluso se idealizan (McKenzie-McHarg et al., 2015).

De hecho, no es hasta 1990 cuando se introduce el concepto de Trastorno de Estrés Postraumático Posnatal (McKenzie-McHarg et al., 2015). Aunque este no es investigado con mayor profundidad hasta los últimos 5-10 años (Martínez-Vázquez, 2021a; Martínez-Vázquez, 2021b). Fenech y Thomson (2014) encuentran que la vivencia del parto como traumático está relacionada con trastornos como el estrés postraumático con consecuencias para la madre y la familia. Asimismo, Darilek (2017) observa esta misma relación entre el desarrollo de Trastorno de Estrés Postraumático o sus tipos subclínicos con la vivencia de experiencias traumáticas durante el parto. Sin embargo, existe una falta investigación evidente sobre el apoyo y/o las intervenciones que se pueden llevar a cabo con estas madres (Fenech y Thomson, 2014), al igual que ocurre con la relación entre la violencia obstétrica intraparto y el desarrollo de un trastorno traumático (Darilek, 2017).

Conceptualización de la violencia obstétrica

El concepto de violencia obstétrica se ha vuelto más visible en los últimos años, pero aún no existe un acuerdo universal sobre su definición (Martínez-Galiano et al., 2021; Mena et al., 2021).

El primer país a nivel mundial en emplear este término es Venezuela en 2007 dentro de su Ley Orgánica Sobre el derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (Ley 38668/2007). A este movimiento legislativo se unen en años posteriores otros países de Latinoamérica como son Argentina o México (Bellón, 2015). La Ley 38668/2007, de 23 de abril, define la violencia obstétrica como:

La apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por el personal de salud que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de la medicalización y patologizaciones de los procesos naturales, trayendo consigo la pérdida de autonomía y la capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres (p.9).

A lo largo de los años diferentes autores han ofrecido diversas definiciones que viran alrededor de la arriba planteada, algunas de las cuales aportan matices interesantes al entendimiento de esta problemática. Medina (2009) lo identifica como una conducta que puede dar bien por acción u omisión, de un modo directo o indirecto tanto en ámbitos privados como públicos (Medina, 2009 como se citó en Martínez-Galiano et al., 2021). Barbosa y Modena (2018) apuntan a la existencia de diferentes tipos de violencia obstétrica (verbal, física, psicológica, sexual, discriminación social, negligencia en el cuidado y uso inadecuado de procedimientos médicos y tecnológicos) así como a la temporalidad (gestación, parto, puerperio, asistencia al aborto, post-aborto o al ciclo reproductivo). Salinero y Cárdenas (2021) señalan además su gran relevancia social tanto por la afección física y psicológica en las mujeres, como por la puesta en peligro de la confianza de las madres en el sistema sanitario y por tanto su acercamiento a él.

En la actualidad, se puede afirmar la existencia de un problema estructural a nivel mundial en el abordaje de la maternidad por los servicios sanitarios (Mena et al., 2021) y en el trato de las madres durante los procedimientos obstétricos que afectan a su dignidad y autonomía (Derilek, 2017). Como se ha visto, algunos países de Latinoamérica abogan por el desarrollo una legislación que contemple la violencia obstétrica como delito, favoreciendo a su vez, una mejora en la atención a la maternidad por parte de los sistemas sanitarios (Williams et al., 2018). Su lucha no reivindica solamente el incumplimiento de los protocolos sobre la maternidad sino también la violencia implícita detectada (Bellón, 2015). En Europa se han creado los observatorios contra la violencia obstétrica, aunque no se encuentra ninguna legislación específica al respecto. Sin embargo, es un tema que está generando mucho debate en el ámbito social y de la defensa de los derechos humanos (Quattrocchi, 2019). Existen además un número elevado de mujeres que ha denunciado sus experiencias negativas durante la maternidad, pero sobre todo en la atención del parto, vivencias que se relacionan con la medicalización, dinámicas sexistas y de abuso de poder dentro de las instituciones médicas (Bellón, 2015). A nivel internacional la Organización Mundial de la Salud (OMS) se empieza a pronunciar sobre este aspecto en 1985, invitando al uso adecuado de la tecnología y de protocolos sanitarios que aboguen por el respeto a la autonomía de la mujer a causa del alto grado de medicalización que rodea la maternidad (Sadler et al., 2016). A pesar de esto se observa un aumento considerable del proceso de medicalización (World Health Organization [WHO], 2015). En esta propuesta, la WHO en un intento de operativizar la definición de la Ley 38668/2007 distingue cinco tipos de violencia obstétrica: 1. Intervenciones y medicalización innecesarias o rutinarias tanto sobre la madre como sobre el bebé; 2. Humillaciones, maltrato y agresiones físicas o verbales; 3. Falta de medios e instalaciones inapropiadas; 4. Realización de prácticas clínicas por parte los sanitarios sin el consentimiento de la madre o sin la información suficiente a esta; 5. Trato discriminatorio por cuestiones económicas, étnicas, culturales y/o religiosas (Castillo, 2016). Además, expone cómo debe ser la experiencia positiva de parto, donde el alumbramiento de un bebé sano ha de darse en un ambiente libre prácticas que generen riesgo clínico o

psicológico y donde se reciba apoyo emocional. Todo esto acompañado por la atención por parte de un personal amable y competente que considere la necesidad o decisión de la madre a la hora de intervenirla (WHO, 2018).

En la concepción de la violencia obstétrica al igual que en la maternidad, el género juega un papel fundamental (Bellón, 2015; Sadler et al., 2016). En el ámbito sanitario como en otras áreas de conocimiento las relaciones e interacciones están basadas en las dinámicas socialmente imperantes. En el caso concreto de la maternidad los valores patriarcales, las diferencias de poder respecto al género y la asunción del cuerpo de la mujer como matriz social reproductivos son claves para la perpetuación de determinadas prácticas clínicas que pueden considerarse violencia obstétrica (Bellón, 2015). La visibilización de la dimensión estructural de la violencia obstétrica ayuda al reconocimiento de otro tipo de violencia hacia la mujer, normalizado en este caso en el sistema de salud (Sadler et al., 2016), lo cual permite el reencuadre de la maternidad y el parto devolviendo la agencia y la autonomía a la madres sobre su cuerpo (Bellón, 2015), a la vez que plantean un reto a los profesionales de la salud sobre un trato sin violencias (Barbosa y Modena, 2018)

Como se ha adelantado, existen diferentes tipos de violencia obstétrica que además se pueden dar en diferentes momentos a lo largo de la maternidad.

Barbosa y Modena (2018) realizan un buen resumen de las distintas tipologías:

- La violencia verbal se identifica mediante el uso de comentarios moralistas, irrespetuosos, discriminatorios, críticos irónicos negativos etc. hacia la madre que la coloquen en una posición de humillación, vergüenza o inferioridad.
- La violencia psicológica tiene que ver con el uso de descalificativos verbales, enfados, amenazas, gritos etc. hacia la madre, así como la culpabilización de esta en diferentes momentos.

- La violencia física se relaciona con maniobras donde se usa la fuerza de manera innecesaria o se produce dolor intencionadamente como la episiotomía, la práctica de una cesárea innecesaria, uso de la maniobra de Kristeller, etc.
- La violencia sexual tiene que ver con la realización de tactos inadecuados, con la vulneración de la intimidad de la mujer mediante la manipulación brusca y a veces sin consentimiento de los genitales de la mujer.
- La discriminación social se expresa a través del trato desigual ofrecido a las madres en relación con su origen étnico, religión, orientación sexual, nivel educativo etc.
- La negligencia se observa con el abandono o falta de interés de los profesionales hacia el cuidado o las quejas de la mujer, así como con su cuestionamiento. Finalmente, el uso inadecuado de procedimientos médicos y tecnológicos se aprecia en prácticas como la postura inamovible a la hora del parto, la falta de contacto piel con piel y el uso abusivo de la oxitocina entre otros.

De las nombradas arriba, hay algunas prácticas que se repiten con mayor frecuencia y son más denunciadas por las asociaciones que buscan un parto respetado. En ellas se encuentran la falta de explicación sobre los procedimientos llevados a cabo durante el parto; prácticas clínicas que ignoran las necesidades de las madres (aislamiento al inicio del parto y restricción del movimiento) o las humillan (trato infantilizado); uso de maniobras innecesarias como las cesáreas o uso de instrumentales de riesgo; así como las rutinas hospitalarias que no aumentan el bienestar de la mujer como la posición supina de parto o el uso de sedantes o enemas (Bellón, 2015).

Además, como se ha referido, la violencia obstétrica aparece a lo largo de toda la maternidad. Un alto número de mujeres refieren sentir que el proceso desde la preparación del parto hasta el final del puerperio es despersonalizado e infantilizado, siendo el parto el momento donde refiere haber identificado más violencia obstétrica (Mena et al., 2021). Es por ello, que se centrará la atención en las prácticas obstétricas realizadas durante el parto así como en los momentos anteriores y posteriores que lo rodean.

La diversidad de procedimientos clínicos y prácticas intraparto utilizadas representan violencia obstétrica y pueden ser vividas como traumáticas. Esta vivencia hace que aumente el riesgo de desarrollar un Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) en madres durante el postparto, afectando a su salud mental y también a su forma de relacionarse con el bebé (Cook et al., 2018; Hernández-Martínez et al., 2019a; Hernández-Martínez et al., 2019b; Martínez-Galiano et al., 2021; Martínez-Vázquez et al., 2021a; Martínez-Vázquez et al., 2021a; Milosavljevic et al., 2016).

Conceptualización del Trastorno de Estrés Postraumático y su variante postparto

Se entiende como trauma cualquier situación que supone un peligro significativo bien sea emocional, psicológico o físico para la seguridad de una persona o sus allegados y se vive como abrumadora (Nugent et al., 2009). Si los efectos de este evento traumático no remiten, la persona puede cumplir los criterios diagnósticos del Síndrome de Estrés Postraumático (TEPT) (American Psychological Association [APA], 2017). El TEPT se define como “los efectos somáticos, cognitivos, afectivos y comportamentales complejos derivados de un trauma” (van der Kolk, 1996 como se citó en Hernández-Martínez et al., 2019a). Este diagnóstico está categorizado en el DSM-V como un trastorno traumático y estresante caracterizado por la reexperimentación; la evasión del estresor traumático, o de lo relacionado con él; y por las respuestas fisiológicas de hiperactivación (APA, 2017).

El DSM-IV clasifica el TEPT como un trastorno relacionado con la ansiedad e incluye síntomas somáticos como la hipervigilancia, la dificultad para dormir, los despertares frecuentes o la falta de concentración que son comunes en las madres durante el postparto. Además, en su criterio A2 conceptualiza el evento traumático como una situación de temor intenso, indefensión o terror. Todo esto hace complicado incluir el parto como trauma (McKenzie-McHarg et al., 2015). Sin embargo, en el DSM-V se ha excluido el criterio A2 y se han añadido un conjunto de síntomas que tienen que ver con alteraciones negativas en las cogniciones y en el estado de ánimo asociadas el trauma, lo que ha impactado en la prevalencia, conceptualización y diagnóstico (McKenzie-McHarg et al., 2015).

En la actualidad diversos estudios han confirmado que el desarrollo del Síndrome de Estrés Postraumático Postnatal (TEPTP) es frecuente, afectando a las mujeres entre un 0,8% a 43% tras el parto, variando dentro de este baremo dependiendo del punto de corte y la población seleccionada (Cook et al., 2018; Hernández-Martínez et al., 2019b; Martínez-Vázquez, 2021a; Martínez-Vázquez, 2021b).

Se han estudiado diferentes eventos y circunstancias que pueden suponer un mayor riesgo para el desarrollo del Trastorno de Estrés Postraumático Postnatal, entre ellas el uso de determinadas prácticas clínicas en el parto que representan formas de violencia obstétrica contra la mujer (Cook et al., 2018; Hernández-Martínez et al., 2019a; Hernández-Martínez et al., 2019b; Martínez-Galiano et al., 2021; Martínez-Vázquez et al., 2021a; Martínez-Vázquez et al., 2021b; Milosavljevic et al., 2016).

De acuerdo con las fuentes consultadas, algunos de los factores de riesgo que correlacionan con el desarrollo de un TEPTP son: no respetar el plan de parto de la mujer (Martínez-Galiano et al., 2021; Martínez-Vázquez et al., 2021a), la alimentación con biberón momentos después del alumbramiento, las cirugías postparto (Martínez-Vázquez et al., 2021a) y la violencia obstétrica verbal o psicoafectiva por parte de los profesionales (Martínez-Galiano et al., 2021; Martínez-Vázquez et al., 2021a).

En relación con el tipo de parto, en general se ha visto que un parto vaginal presenta menos riesgo que un parto por cesárea o un parto instrumental con uso de fórceps o ventosa (Martínez-Galiano et al., 2021; Hernández-Martínez et al., 2019a; Hernández-Martínez et al., 2019b). Sin embargo, si aparecen complicaciones obstétricas durante el transcurso de un parto vaginal como desgarro perianal (Hernández-Martínez et al., 2019a; Martínez-Vázquez et al., 2021b) o episiotomía (incisión en el periné) (Martínez-Galiano et al., 2021; Milosavljevic et al., 2016), administración de enema (Martínez-Vázquez et al., 2021b), maniobra de Kristeller (Martínez-Galiano et al., 2021; Martínez-Vázquez et al., 2021b), tactos vaginales frecuentes por diversos profesionales (Martínez-Galiano et al., 2021; Martínez-Vázquez et al., 2021b), extracción manual de la placenta (Hernández-

Martínez et al., 2019b; Martínez-Vázquez et al., 2021b), monitoreo de la frecuencia cardiaca perinatal (Martínez-Vázquez et al., 2021b), indicación de permanecer tumbadas en todo momento (Martínez-Vázquez et al., 2021b), amniorrexis y/o administración de oxitocina ambas sin consentimiento (Martínez-Vázquez et al., 2021b), la posibilidad de desarrollo de un TEPTP tras el parto vaginal aumenta exponencialmente.

Respecto a la epidural, se han hecho hallazgos opuestos. Si es la madre quien la pide y se vive como un alivio ante los dolores del parto, actúa como factor de protección; mientras que, si la madre la relaciona con las prácticas obstétricas arriba mencionadas, repercutirá como factor de riesgo (Hernández-Martínez et al., 2019a; Hernández-Martínez et al., 2019b).

Si el parto es por cesárea y está programado desde el inicio puede ser un factor de protección ya que la mujer siente que su plan de parto ha sido respetado. En cambio, si la cesárea se produce de urgencia puede ser experimentado como un episodio de violencia obstétrica (Hernández-Martínez et al., 2019a; Martínez-Galiano et al., 2021; Milosavljevic et al., 2016).

Por otro lado, se ha encontrado que ciertas prácticas actúan como factor de protección ante el desarrollo de este trastorno (Handelzalts et al., 2022; Hernández-Martínez et al., 2019a; Hernández-Martínez et al., 2019b; Martínez-Galiano et al., 2021; Martínez-Vázquez et al., 2021a; Milosavljevic et al., 2016; Olza, 2016). Algunos factores protectores recogidos en la bibliografía son: el amamantamiento temprano del bebé (Martínez-Galiano et al., 2021; Martínez-Vázquez et al., 2021a; Olza, 2016), la práctica del contacto piel con piel (Hernández-Martínez et al., 2019a; Hernández-Martínez et al., 2019b; Martínez-Galiano et al., 2021), el respeto al plan de parto de la mujer (Hernández-Martínez et al., 2019a; Hernández-Martínez et al., 2019b; Martínez-Galiano et al., 2021), la participación activa de la madre en la toma de decisiones (Hernández-Martínez et al., 2019b; Olza, 2016), un ambiente de respeto y confianza que fomente la escucha activa de su historia, miedos, permitir su expresión emocional (Olza, 2016); el acompañamiento

emocional informal (pareja, familia etc.) (Handelzalts et al., 2022) y las características de la mujer como tener al menos 35 años o haber vivido al menos dos partos anteriormente (Hernández-Martínez et al., 2019a; Hernández-Martínez et al., 2019b).

De acuerdo con los estudios de investigación consultados estas prácticas repercuten en la salud mental de la madre, aumentando el riesgo de sufrir TEPTP.

Las mujeres que experimentan un parto como traumático tienen síntomas psicológicos, sociales, cognitivos y conductuales relacionados con el impacto de esta vivencia. Incluye una baja autoestima, dificultad en la relación madre y bebé, aislamiento social, autopercepción negativa, falta de amamantamiento o cese temprano de este y dificultades para buscar ayuda (Fenech y Thomson, 2014). Igualmente, estas madres muestran síntomas como la reexperimentación del parto, sensación de desconexión con el bebé, flashbacks o pesadillas, ataques de pánico y ansiedad, evitación de estímulos relacionados con el momento del parto (Wilson et al., 2017), así como fatiga, problemas de sueño y concentración (Milosavljevic et al., 2016).

Además, es fundamental ampliar el foco más allá del diagnóstico, ya que algunas mujeres pueden que no cumplan con todos los criterios, pero presenten síntomas subclínicos que les afectan a su funcionamiento y sobre todo a la reexperimentación del parto (McKenzie-McHarg et al., 2015).

Se ha observado que esta sintomatología tiene un impacto en la relación de la madre con su bebé afectando negativamente a la vinculación (Martínez-Vázquez et al., 2021a). Se ha visto que la vinculación de la diada es menor en comparación con otras madres que no sufren esta condición, lo que puede repercutir en dificultades a la hora de conectar emocionalmente y cuidar al recién nacido (Dekel, et al., 2018).

Conceptualización de la vinculación

La vinculación es fundamental desde el inicio de la vida, ya que permite un desarrollo psicológico y físico saludable por parte del recién nacido/a. Además, se ha

analizado que también tiene un impacto en el desarrollo neurológico y que las alteraciones en la vinculación pueden conllevar dificultades en el desarrollo cerebral del niño (Brockington et al., 2006). Para garantizar la vinculación la cercanía de la diada madre-bebé es imprescindible. La madre consigue mediante su contacto regular las sensaciones del bebé disminuyendo el cortisol y por tanto su estrés, lo que permite al bebé centrarse en el desarrollo. A su vez, el bebé mediante la estimulación sensorial de la madre con el amamantamiento, balbuceo o contacto ocular activa entre otros el circuito oxitócico que fomenta el vínculo (Bergman, 2014). Este concepto está estrechamente relacionado con la teoría del apego que se asienta sobre la tendencia humana de formar vínculos emocionales de intimidad tanto con la búsqueda como con la entrega de cuidado (Bowlby, 1988/2010).

En su primer año de vida el bebé presenta un gran número de respuestas que se van a convertir en un patrón de apego organizado después de sus seis meses de vida. Su objetivo es lograr que la figura de apego se encuentre próxima y disponible con el fin de favorecer un adecuado desarrollo cognitivo que culmine con la internalización de la figura de cuidado, aunque esta no se encuentre físicamente presente (Bowlby, 1988/2010). Este vínculo se consolida aproximadamente a los ocho meses (Román y Palacios, 2011a), por lo que durante este tiempo los padres o cuidadores desempeñan un papel primordial en el desarrollo de los niños (Bowlby, 1988/2010).

Se ha visto que las mujeres que padecen un Trastorno de Estrés Postraumático Postparto desarrollan una menor vinculación con sus hijos que aquellas que cuentan con condiciones psiquiátricas prenatales, la vivencia de un parto angustioso o la falta de lactancia (Dekel et al., 2018).

Los resultados sobre el impacto del TEPT en la vinculación de la diada son mixtos pudiéndose deber a las diferencias metodológicas, problemas con el tamaño de la muestra o la potencia de detección de efectos (Cook et al., 2018; Dekel et al., 2018). Sin embargo, en general apuntan hacia una asociación entre el TEPT y la vinculación, ya que parece probable que este trastorno sesgue las interpretaciones maternas de las respuestas del

bebé durante el periodo crítico de vinculación y por tanto modifique sus interacciones (Cook et al., 2018). Además, el TEPT asociado a la experiencia del parto está siendo más visibilizado en los últimos años (Dekel et al., 2018).

Se ha comprobado que el TEPT relacionado con el parto está conectado con niveles más bajos de vinculación que los esperados en diadas sin esta condición, así como aquellas donde existe un trauma no relacionado con el alumbramiento. Además, la propia reacción de la madre ante sus síntomas puede ser perjudicial para el apego modificando la forma de relacionarse con el bebé y su estructura neurológica (Dekel et al., 2018).

En resumen, se ha encontrado que el TEPT relacionado con el parto tiene impacto en la vinculación. Este trastorno influye en la manera que la madre se relaciona con el bebé poniendo en riesgo la calidad de la vinculación a través de las dificultades que pueden surgir en la diada madre-bebé, lo que puede suponer a su vez un riesgo para el establecimiento de un apego seguro (Dekel et al., 2018).

Concreción temática

Entendiendo la maternidad como un constructo social, esta es definida por las necesidades y normas sociales establecidas en cada momento histórico (Palomar Vereá, 2005), quedando su evolución determinada por el imaginario social predominante en cada época (Palomar Vereá, 2005; Romero Guzmán et al., 2020). Desde sus inicios este concepto ha quedado relacionado con el género atribuyendo a ésta las expectativas, roles, estereotipos y prejuicios de haber nacido mujer (Romero Guzmán et al., 2020), relacionando directamente la identidad femenina con la posibilidad biológica de la maternidad (Palomar Vereá, 2005; Romero Guzmán et al., 2020). Aunque a lo largo de los años el concepto de maternidad se ha ido transformando siempre ha estado subordinado a la hegemonía del patriarcado tanto en la esfera pública como privada (Oiberman, 2005; Palomar Vereá, 2005; Romero Guzmán et al., 2020) y ha sido idealizado (McKenzie-McHarg et al., 2015).

Esta idealización de la maternidad tiene un impacto sobre la vivencia de esta experiencia en las mujeres, tanto en el significado cultural positivo concedido a este acontecimiento, como a la percepción social del proceso de embarazo, parto y postparto como sucesos naturales e inherentes al hecho de ser mujer. Esto hace que si las madres viven experiencias traumáticas durante este periodo no las identifiquen como tal y por tanto su abordaje y toma de conciencia de la situación serán más bajas (McKenzie-McHarg et al., 2015).

Un concepto que ha adquirido visibilidad en los últimos años en relación con las experiencias traumáticas durante el embarazo es el de violencia obstétrica (Martínez-Galiano et al., 2021; Mena et al., 2021). Este concepto recoge el trato deshumanizador, medicalizado y patologizante que se puede dar en el acompañamiento de la maternidad y sus consecuencias en la autonomía y dignidad de la mujer (Ley 38668/2007). Dentro del cual se encuentran ciertas prácticas e intervenciones intraparto (Cook et al., 2018; Hernández-Martínez et al., 2019a; Hernández-Martínez et al., 2019b; Martínez-Galiano et al., 2021; Martínez-Vázquez et al., 2021a; Martínez-Vázquez et al., 2021b; Milosavljevic et al., 2016).

En la actualidad, se puede afirmar la existencia a nivel mundial de un problema estructural en el abordaje de este evento vital (Mena et al., 2021) y la visibilización de la violencia obstétrica es clave para el reconocimiento de otra forma de violencia contra la mujer normalizada en la sociedad y el replanteamiento de su planteamiento (Sadler et al., 2016; Bellón, 2015).

Asimismo, estas prácticas aumentan el riesgo de desarrollar un Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) (Cook et al., 2018; Hernández-Martínez et al., 2019a; Hernández-Martínez et al., 2019b; Martínez-Galiano et al., 2021; Martínez-Vázquez et al., 2021a; Martínez-Vázquez et al., 2021b; Milosavljevic et al., 2016). Algunos de los síntomas más comunes que padecen estas mujeres son la reexperimentación del parto, sensación de desconexión con el bebé, flashbacks o pesadillas, ataques de pánico y ansiedad, evitación

de estímulos relacionados con el momento del parto (Wilson et al., 2017). Esta sintomatología impacta en la relación de la madre con el bebé, teniendo un efecto negativo para la vinculación de la diada (Martínez-Vázquez et al., 2021a) y pone en riesgo el establecimiento de un apego seguro (Dekel et al., 2018).

Justificación teórica y relevancia de la revisión

La maternidad es un acontecimiento vital con grandes significaciones para las mujeres que actualmente sigue estando idealizado. Todas las connotaciones culturales positivas volcadas en este evento han hecho que durante muchos años no hayan sido investigados los síntomas traumáticos que pueden derivar de este (McKenzie-McHarg et al., 2015).

En el presente, se puede hablar de un problema estructural a nivel mundial en el abordaje de la maternidad en el ámbito de la salud (Mena et al., 2021) así como en el cuidado de las madres durante los procesos obstétricos que afecta a su autonomía y dignidad (Derilek, 2017). Desde 2007 se empieza a usar el término violencia obstétrica para conceptualizar esta problemática empezando un movimiento social a su alrededor. Mientras que Latinoamérica aboga por la legislación (Bellón, 2015), en Europa se crean los observatorios en contra de la violencia obstétrica (Quattrocchi, 2019) y a nivel internacional la OMS se pronuncia también a favor de las mujeres (Sadler et al., 2016). Además, empiezan a aparecer un gran número de denuncias de madres sobre experiencias desagradables sufridas durante la maternidad, pero sobre todo en la atención al parto (Bellón, 2015).

Estos avances favorecen la visibilización de la violencia obstétrica y su relación con el riesgo de padecer TEPT postparto. Los datos consultados indican una incidencia del 0,8% al 43% en las mujeres tras el parto, dependiendo del punto de corte y la población seleccionada (Cook et al., 2018; Hernández-Martínez et al., 2019b; Martínez-Vázquez, 2021a; Martínez-Vázquez, 2021b). Estas mujeres sufren síntomas psicológicos, sociales, cognitivos y conductuales relacionados con el impacto de esta vivencia (Fenech y Thomson,

2014). Al mismo tiempo que presentan diversos síntomas entre los que se encuentran la reexperimentación del parto, sensación de desconexión con el bebé, flashbacks o pesadillas, ataques de pánico y ansiedad y evitación de estímulos relacionados con el momento del parto (Wilson et al., 2017). Todo lo anterior interfiere en la formación de la vinculación de la diada (Dekel et al., 2018) y en el establecimiento de un apego seguro (Cook et al., 2018).

Aunque se está visibilizando más esta problemática la influencia de las prácticas obstétricas durante el parto siguen estando poco investigadas, al igual que sus repercusiones en la salud mental de la madre, la diada y sus familias (Hernández-Martínez et al., 2019b), el impacto sobre los niveles de malestar y las consecuencias para el funcionamiento de la madre (McKenzie-McHarg et al., 2015).

Asimismo, en Europa se carece de políticas que guíen la prevención, cuidado y tratamiento de la experiencia traumática del parto y de servicios de atención especializados y personal entrenado y es necesaria más investigación eficaz en el cuidado del nacimiento en las políticas de bienestar maternal (Thomson et al., 2021). Es necesario por tanto desarrollar estos protocolos que incluyan prácticas más humanas dado el alto grado de maltrato percibido durante el parto y la importancia de alertar a los sanitarios de esta situación (Hernández-Martínez et al., 2019a; Martínez-Galindo et al., 2021).

En el ámbito de la salud mental, aunque la investigación menciona terapia cognitivo-conductual y EMDR como intervenciones para el TETP Postparto, no existe ningún tratamiento estandarizado (McKenzie-McHarg et al., 2015). Sin embargo, las metodologías feministas, que permiten un mayor contacto con la vivencia, una reflexión más profunda y promueven el cambio social, están abriendo una nueva línea de trabajo (Faulkner, 2018). Concretamente el uso de la escritura, tanto en forma de poema como de narraciones da lugar a la liberación emocional de las madres, una mayor conciencia emocional de la población y una mayor visibilización del mandato social sobre la maternidad (Faulkner, 2018; Keedle y Willo, 2022). Esto contribuye a un posible crecimiento postraumático, un cambio psicológico

que da esperanza en el afrontamiento de dificultades futuras, aumenta la compasión hacia otras personas, y motiva hacia la superación de nuevos retos (Reilly et al., 2018).

Tras observar la elevada prevalencia de la experiencia subjetiva de violencia obstétrica en la mujer durante la etapa perinatal y por las consecuencias que esto puede tener para la salud mental materna y para la diada madre-bebé, se considera que es importante la visibilización y reconocimiento de esta problemática dada la relevancia social y la utilidad clínica y sanitaria de este fenómeno. Así como a la escasez de políticas de parto respetado.

Este trabajo pretende ser un medio más de visibilización de una problemática actual, así como un forma de actualizar y sintetizar la información existente hasta la fecha para favorecer el desarrollo de investigación que abogue por la prevención, e intervención humanizada y respetuosa de la maternidad y la formación de los profesionales.

Objetivos e hipótesis

El **objetivo general** de este estudio es conocer el impacto de la violencia obstétrica intraparto en el desarrollo del Trastorno de Estrés Postraumático Postparto (TEPTP) y sus consecuencias en la salud mental de la madre y vinculación con el bebé.

Para ello se han seleccionado los siguientes **objetivos específicos**:

- Revisar la asociación entre las prácticas clínicas ocurridas inmediatamente antes, durante y momentos después de la asistencia del parto con el riesgo de desarrollar un Trastorno de Estrés Postraumático Postparto.
- Explorar los factores de riesgo y factores de protección intraparto relacionados con el desarrollo de Trastorno de Estrés Postraumático Postparto.
- Visibilizar las consecuencias asociadas al Trastorno de Estrés Postraumático Postparto en la salud mental de la madre y el impacto en la diada madre-bebé.

La **hipótesis** que se plantea es que las mujeres que durante el parto hayan recibido determinadas prácticas clínicas consideradas formas de violencia obstétrica, tendrán una

mayor probabilidad de desarrollar un trastorno de Estrés Postraumático Postparto que a su vez afectará a la salud emocional de la diada madre-bebé.

Criterios metodológicos

Criterios de inclusión de estudios

Los **criterios de inclusión** que se han considerado para la realización de la presente búsqueda bibliográfica son:

- Tipos de documentos que sean estudios primarios cuantitativos observacionales.
- Documentos publicados entre 2018 y 2023.
- Documentos escritos en lengua inglesa o española.
- Documentos que relacionen la violencia obstétrica, prácticas intraparto y el Trastorno de Estrés Postraumático Postparto en cualquier país del mundo.
- Documentos centrados en mujeres que hayan sido madres biológicas y su parto haya sido a término.

Criterios de exclusión de estudios

Los **criterios de exclusión** que se han considerado para la realización de la presente búsqueda bibliográfica son:

- Documentos que sean cursos de capacitación continua, libros, revisiones sistemáticas y metaanálisis, estudios cualitativos o cuantitativos con una metodología diferente a la observacional o metodología mixta.
- Documentos publicados antes del año 2018 y después del 2023.
- Documentos escritos en lenguas diferentes al inglés o al español y de los cuales no exista traducción publicada a estos idiomas.
- Documentos centrados en madres adoptivas o madres biológicas con diagnóstico de TEPT derivado de una experiencia traumática diferente al parto.
- Documentos que investiguen partos prematuros.

- Documentos que no relacionen la violencia obstétrica o las prácticas intraparto con el TEPTP.

Metodología

Protocolo y registro

La realización de la presente revisión sistemática se ha respaldado en la declaración PRISMA, en la que se incluye el listado de los ítems a incluir en la publicación de un revisión sistemática (Urrútia y Bonfill, 2010).

Criterios de elegibilidad

Previa realización de la búsqueda bibliográfica, se crearon los criterios de elegibilidad teniendo en cuenta las características concretas que tenían que cumplir los estudios elegidos utilizando la estrategia PICOS (Tabla 1):

Tabla 1.

Resumen de la estrategia PICOS.

Acrónimo	Definición	Descripción
P	Problema o Paciente de interés	Mujeres que hayan sido madres biológicas y hayan experimentado al menos un parto
I	Intervención	Impacto de las prácticas clínicas intraparto consideradas violencia obstétrica en el desarrollo de un TEPTP
C	Comparación (Intervención)	Prácticas clínicas intraparto consideradas factores de protección y/o grupos control
O	Medidas	Alta prevalencia de violencia obstétrica y gran impacto en la salud mental de madre y bebé
S	Diseño del estudio	Estudios observacionales <i>ex post facto</i> prospectivos o de cohortes y retrospectivos o de casos y controles, que pueden ser longitudinales o transversales.

Nota. Elaboración Propia.

Una vez desarrollada la estrategia PICOS, la pregunta de investigación es: ¿Cómo impactan las prácticas clínicas intraparto que pueden ser consideradas violencia obstétrica en el desarrollo de un TEPT y cuáles son sus consecuencias para la diada madre-bebé?

Fuentes y búsqueda de información

Para la realización de la revisión sistemática se han usado las bases de datos MEDLINE Complete, CINAHL Complete y PubMed como herramientas para la localización de artículos de interés. Esta búsqueda comienza el 4 de enero de 2023 y finaliza el 15 de marzo de 2023, y comprende los artículos publicados entre 2018 y 2023, es decir en los últimos 6 años hasta la fecha de finalización indicada.

Se han seleccionado los términos en inglés correspondientes a las variables de interés que permitan responder, junto con el uso de operadores booleanos, al objetivo de la búsqueda. Los conceptos en lenguaje libre escogidos son “Post Traumatic Stress Disorder” y “Intrapartum interventions” “Intrapartum obstetrics” a los que se les buscó en cada tesoro su correspondiente en lenguaje documental, adaptando estos conceptos al lenguaje de cada base de datos. Para combinar los términos, se utilizó el operador booleano “AND” limitando la búsqueda a documentos que contuvieran ambas variables arriba descritas; y “OR” para localizar documentos que incluyeran alguno de los conceptos de lenguaje documental seleccionadas para representar las variables en cada base de datos como se refleja en la Tabla 2 (ANEXO A). Las búsquedas bibliográficas realizadas en las tres bases de datos y los resultados encontrados en cada una de ellas se representan en la Tabla 3 (ANEXO B).

Selección de estudios

Una vez recuperados los artículos procedentes de las tres bases de datos se han aplicado los criterios de inclusión y exclusión.

En primer lugar, se ha utilizado el criterio de cribado temporal de las bases de datos seleccionando los artículos del año 2018 y posteriores. Además, se ha utilizado el filtro

idiomático descartando los documentos que no estuvieran escritos en español o inglés. Una vez hecho esto, se han eliminado los artículos duplicados.

A continuación, se ha realizado una primera selección por título y abstract teniendo en cuenta que relacionen la violencia obstétrica, prácticas intraparto y el Trastorno de Estrés Postraumático Postparto y que la muestra estuviera constituida por mujeres que hayan sido madres biológicas y su parto haya sido a término. Si en este punto no hay certeza del cumplimiento de los criterios se mantienen para ser reexaminados a texto completo. Después de la lectura a texto completo, se seleccionan los artículos que cumplen todos los criterios de inclusión y exclusión, así como las características de elegibilidad de la estrategia PICOS. Estos son los documentos que forman parte de la presente revisión sistemática.

Proceso de extracción

Con respecto a las variables de resultado, se quiere conocer la existencia de relación entre las prácticas intraparto y el Trastorno de Estrés Postraumático Postparto (TEPTP). Las prácticas intraparto son todas aquellas acciones, omisiones, actitudes, decisiones etc. que se realizan inmediatamente antes del parto, durante este o en los primeros momentos tras el alumbramiento. Las prácticas intraparto recogidas en los artículos sobre las que se va a conocer su relación con el TEPTP son las siguientes: el amamantamiento, la presencia de matrona, el tipo de parto, los procedimientos radiológicos, el respeto hacia el plan de parto, la epidural, el contacto piel con piel, la maniobra de Kristeller, anestesia general, anestesia regional, remover manualmente la placenta, apoyo durante el parto, episiotomía, fórceps, intervención quirúrgica postparto, depilación perineal, enema, postura impuesta durante el parto, aminiorexis artificial, exámenes vaginales repetidas, presión fúndica, administración de medicación para inducir el parto, cantidad de acompañantes, biofeedback y síntesis de oxitocina. El Trastorno de Estrés Postraumático Postparto es un trastorno traumático y estresante caracterizado por la reexperimentación; la evasión del estresor traumático, o de lo relacionado con él; y por las respuestas fisiológicas de hiperactivación (APA, 2017), cuyo origen se encuentra en la vivencia del parto como

traumático. Con el objetivo de conocer la relación entre estas prácticas intraparto y el desarrollo de un Trastorno de Estrés Postraumático Postparto, así como la dirección y el tamaño de la relación en caso de existir, se han codificado las variables junto a sus tamaño del efecto.

En cuanto a las variables metodológicas, se han recogido el tipo de diseño, el tamaño muestral, la fiabilidad de los instrumentos de medida y el proceso de selección de las participantes. Además, se han analizado las características de la muestra que pueden afectar a la generalización de los resultados. Se ha tenido en cuenta la edad media de las participantes, el país dónde se ha llevado a cabo el estudio, el tipo de parto y si son madres primerizas. También, se ha registrado si la relación entre las variables de resultado es directa o está mediada o moderada por otras variables.

Análisis de datos

Con el objetivo de conocer la relación existente entre las prácticas intraparto y el Trastorno de Estrés Postraumático Postparto (TEPTP) se analizarán los datos mediante el recuento de votos. Para ello se ha tenido en cuenta cuál es la dirección del efecto independientemente de su significación estadística, tal y como recomienda la Corporación Cochrane cuando no se realiza un metaanálisis (Higgins et al., 2022). Una vez completado este análisis se conocerá si existe relación entre las variables y la dirección de la misma, es decir, si es positiva, negativa o nula.

Resultados

Resultados de la búsqueda

Tras el lanzamiento de las ecuaciones de búsqueda se han encontrado un total de 192 documentos académicos a los que se les han aplicado los criterios de inclusión y exclusión.

Se ha empezado filtrando por idioma, descartando automáticamente 10 documentos que no han sido publicados en español o en inglés.

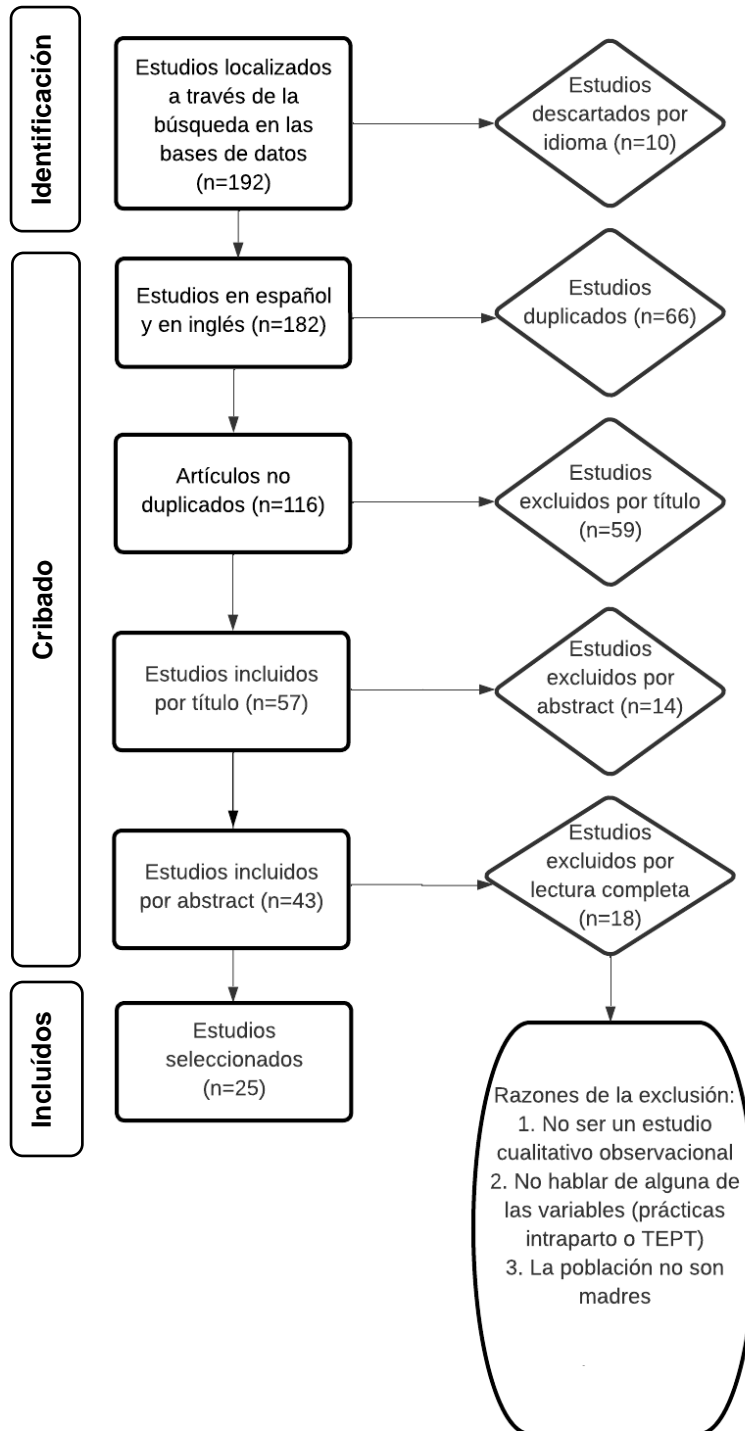
Después, se han eliminado manualmente 66 documentos por encontrarse duplicados en las diferentes bases de datos.

Posteriormente, se ha realizado otra criba manual, centrada únicamente en el título y el abstract de los documentos, a través de la aplicación de los criterios de inclusión. Se han excluido 59 artículos después de la lectura del título y 14 derivados de la lectura del abstract. Si mediante esta revisión no hay certeza del cumplimiento de los criterios, el artículo se mantiene para ser reexaminado en el siguiente paso.

El último examen ha consistido en la lectura exhaustiva e íntegra de los 43 documentos restantes comprobándose el cumplimiento de todos los criterios. Al final de este proceso han quedado 25 documentos que se incluyen en esta revisión sistemática (Diagrama de flujo).

Figura 1.

Diagrama de flujo



Nota. Elaboración propia.

Características metodológicas y de la muestra

En cuanto a las variables metodológicas, se han recogido el tipo de diseño, el tamaño muestral, la fiabilidad de los instrumentos de medida y el proceso de selección de las participantes (Tabla 4. ANEXO C). Además, se han analizado las características de la muestra que pueden afectar a la generalización de los resultados. Se ha tenido en cuenta la edad media de las participantes, el país dónde se ha llevado a cabo el estudio, el tipo de parto y si son madres primerizas. También, se ha registrado si la relación entre las variables de resultado es directa o está mediada o moderada por otras variables.

En cuanto a las características metodológicas de los estudios, los 25 artículos seleccionados tienen un diseño observacional *ex post facto*. De estos, 11 son prospectivos (o de cohortes) (Freedman, Reshef y Weiniger, 2020; Froeliger et al., 2022; Dekel et al., 2019; Grisbrook et al., 2022; Handelzalts et al., 2022; Kress et al., 2021; Orovou et al., 2020; Silverstein et al., 2019; Tomsis et al., 2021; Türkmen, Yalniz y Akin, 2020; Yakupova y Suárez, 2022) y 14 son retrospectivos (casos y controles) (Avignon et al., 2022; Chan et al., 2020; Chen et al., 2022; Deninotti, Denis y Berdoulat, 2020; Ertan et al., 2021; Grönvall et al., 2019; Hernández-Martínez et al., 2019ab; Hernández-Martínez, 2020; Kahalon, Preis y Benyamini, 2022; Martínez-Vázquez et al., 2021b; Schlesinger et al., 2020; Sommerland et al., 2021; Tol, Yousif y Collins, 2019). Respecto al seguimiento, 15 son estudios transversales, es decir, los investigadores han tomado una única medición en un momento temporal concreto (Avignon et al., 2022; Chan et al., 2020; Chen et al., 2022; Dekel et al., 2019; Deninotti, Denis y Berdoulat, 2020; Ertan et al., 2021; Freedman, Reshef y Weiniger, 2020; Froeliger et al., 2022; Grönvall et al., 2019; Handelzalts et al., 2022; Hernández-Martínez et al., 2019ab; Hernández-Martínez, 2020; Martínez-Vázquez et al., 2021b; Tomsis et al., 2021; Tol, Yousif y Collins, 2019; Yakupova y Suárez, 2022); y 10 son longitudinales, en los cuales existe un seguimiento para comprobar si la característica que se quiere medir cambia con el tiempo (Grisbrook et al., 2022; Handelzalts et al., 2022; Kahalon, Preis y

Benyamini, 2022; Kress et al., 2021; Orovou et al., 2020; Schlesinger et al., 2020; Silverstein et al., 2019; Sommerland et al., 2021; Türkmen, Yalniz y Akin, 2020).

Para la medida del Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) se emplearon los siguientes cuestionarios: *Post-Traumatic Checklist Scale (PCL-5)* (Blevins et al., 2015); *Psychiatric Diagnostic Screening Questionnaire (PDSQ)* (Zimmerman y Mattia, 2001); *Post-Traumatic Stress Disorder Questionnaire (PPQ)* (Callahan, Borja y Hynan, 2006); *Impact of Event Scale (IES)* (Horowitz, Wilner, y Alvarez, 1979); *City Birth Trauma Scale (CBTS o BiTS)* (Ayers et al., 2008); *Stanford Stress Reaction Questionnaire (SASRQ)* (Cardeña et al., 2000); *Turkish PTSD-Short Scale* (Evren et al., 2016); *Traumatic Event Scale (TES)* (Stramrood et al., 2010).

En todos los artículos se habla de la buena calidad psicométrica, tanto en la fiabilidad como en la validez de los instrumentos seleccionados. Para corroborar su fiabilidad, debido también a la adaptación lingüística realizada de muchos de estos instrumentos, los estudios hablan de la consistencia interna usando el Alfa de Crombach (α). El PCL-5 muestra una consistencia interna de $\alpha=0.95$ (Blevins et al., 2015). En su versión china (PCL-C) reporta un $\alpha=0.77$ (Wu, Chan, y Yiu, 2008); en su versión francesa (PCL-S) cuenta con una validez interna de $\alpha=0.83$ (Ventureyra et al., 2002) y de $\alpha=0.94$ en la investigación de Ertan et al. (2021); en el estudio de Tomsis et al. (2021) se encuentra una fiabilidad de $\alpha=0.94$ y en el de Freedman, Reshef y Weiniger (2020) de $\alpha=0.95$, ambos en hebreo. El PDSQ tiene una consistencia interna de $\alpha=0.95$. El PPQ en la versión española de los estudios de Hernández-Martínez et al. (2019ab) y Hernández-Martínez et al. (2020) el valor es $\alpha=0.90$, y en la investigación de Martínez-Vázquez et al. (2021b) es de $\alpha=0.893$; sin embargo, no está validado para población española (Hernández-Martínez et al., 2019ab). El IES en la versión hebrea usada en Kahalon, Preis y Benyamini (2022) obtiene un $\alpha=0.87$; en su versión alemana un valor $\alpha=0.66-0.75$ más bajo que el encontrado al validarse en otras poblaciones (Kress et al., 2021); en la versión alemana de Sommerland et al. (2021) se encuentra una $\omega=0.75-0.84$; Froeliger et al. (2022), habla de las buenas

características psicométricas en la versión francesa y Tol, Yousif y Collins (2019) y Silverstein et al., (2019) en inglesa, pero no presentan ningún valor numérico. El CBTS o BiTS cuenta con un $\alpha=0.92$ en su versión francesa (Ertan et al., 2021) y de $\alpha=0.71-0.88$ en el estudio en hebreo de (Handelzalts et al., 2022) y $\alpha=0.94$ en la traducción rusa (Yakupova y Suárez, 2022). En el SASRQ la consistencia interna es de $\alpha=0.92-0.95$ (Schlesinger et al., 2020). En la *Turkish PTSD-Short Scale* el valor de $\alpha=0.949-0.998$ (Türkmen, Yalniz y Akin, 2020). Sobre la escala TES, Froeliger et al. (2022), subrayan su buena calidad psicométrica pero no aportan datos numéricos que lo respalden.

Todos los cuestionarios cuentan con medidas de autoinforme y, algunos estudios refieren que esto puede sesgar los resultados encontrados (Freedman, Reshef y Weiniger, 2020; Froeliger et al., 2022).

La existencia de las diferentes prácticas intraparto se ha registrado mediante la revisión de informes clínicos, la entrevista a las madres o la cumplimentación cuestionarios online de tipo sociodemográficos.

En relación con la selección de las participantes, 12 han sido reclutadas en hospitales y centros sanitarios o mediante información transmitida por estos (Chen et al., 2022; Froeliger et al., 2022; Grönvall et al., 2019; Orouvou et al., 2020; Tol, Yousif y Collins, 2019; Tomsis et al., 2021; Handelzalts et al., 2022; Hernández-Martínez et al., 2020; Türkmen, Yalniz y Akin, 2020; Schlesinger et al., 2020; Silverstein et al., 2019; Sommerland et al., 2021); 6 con anuncios y mensajes online (Avignon et al., 2022; Chan et al., 2020; Dekel et al., 2019; Freedman, Reshef y Weiniger, 2020; Hernández-Martínez et al., 2019a; Martínez-Vázquez et al., 2021b); 2 han utilizado la muestra de estudios anteriores (Grisbrook et al., 2022; Kress et al., 2021); 1 a través de asociaciones de madres (Deninotti, Denis y Berdoulat, 2020); y 4 han utilizado un modo de captación mixto: Kahalon, Preis y Benyamini (2022) ha empleado los centros sanitarios y los grupos online; Ertan et al. (2021) se ha servido de anuncios online y del muestreo de bola de nieve. Hernández-Martínez et

al. (2019b) ha reclutado muestra mediante cuestionarios online y la asociación de matronas; y finalmente Yakupova y Suárez (2022) ha utilizado comunidades online y presenciales.

El tamaño de las muestras difiere entre los diferentes estudios, moviéndose entre las 50-2990 participantes. Cuatro estudios cuentan con <100 participantes (Deninotti, Denis y Berdoulat, 2020; Grönvall et al., 2019; Schlesinger et al., 2020; Tol, Yousif y Collins, 2019); 8 oscilan entre 100-500 (Freedman, Reshef y Weiniger, 2020; Grisbrook et al., 2022; Handelzalts et al., 2022; Orouvou et al., 2020; Silverstein et al., 2019; Sommerland et al., 2021; Tomsis et al., 2021; Türkmen, Yalniz y Akin, 2020); 7 entre 500-1000 (Avignon et al., 2022; Chan et al., 2020; Chen et al., 2022; Dekel et al., 2019; Ertan et al., 2021; Martínez-Vázquez et al., 2021b; Yakupova y Suárez, 2022); y 6 investigaciones tienen >1000 participantes (Froeliger et al., 2022; Kress et al., 2021; Hernández-Martínez et al., 2019ab; Hernández-Martínez et al., 2020; Kahalon, Preis y Benyamini, 2022).

En cuanto a las características de la muestra, los estudios se han realizado en diferentes países del mundo. En Europa han tenido lugar 17 estudios: 3 en Francia (Deninotti, Denis y Berdoulat, 2020; Ertan et al., 2021; Froeliger et al., 2022); 1 en Helsinki (Grönvall et al., 2019); 4 en España (Hernández-Martínez et al., 2019ab; Hernández-Martínez et al., 2020; Martínez-Vázquez et al., 2021b); 5 en Israel (Freedman, Reshef y Weiniger, 2020; Handelzalts et al., 2022; Kahalon, Preis y Benyamini, 2022; Schlesinger et al., 2020; Tomsis et al., 2021); 2 en Alemania (Kress et al., 2021; Sommerland et al., 2021); 1 en Grecia (Orouvou et al., 2020); 1 en Inglaterra (Tol, Yousif y Collins, 2019); 1 en Suecia (Avignon et al., 2022); 1 en Turquía (Türkmen, Yalniz y Akin, 2020) y 1 en Rusia (Yakupova y Suárez, 2022). En Norte América 4 investigaciones: 1 en Canadá (Grisbrook et al., 2022) y 3 en Estado unidos (Chan et al., 2020; Dekel et al., 2019; Silverstein et al., 2019). Y finalmente, 1 estudio se ha realizado en China (Chen et al., 2022).

Respecto a la edad de las participantes, todas son mayores de 16 años y la edad máxima ronda los 40 años, aunque no se puede saber con exactitud ya que algunos

estudios usan la distinción <35 vs >35 para hablar del rango de edad. La edad media se sitúa entre los 27 y los 33 años, siendo la media (m) más repetida $m=31$ años.

Si tenemos en cuenta el número de partos, en 12 artículos el reparto entre madres primerizas y multíparas es equitativo oscilando cada una de las categorías entre el 40-60% de la muestra (Chan et al., 2020; Chen et al., 2022; Dekel et al., 2019; Froeliger et al., 2022; Ertan et al., 2021; Grisbrook et al., 2022; Hernández-Martínez et al., 2019ab; Martínez-Vázquez et al., 2021b; Orouvou et al., 2020; Türkmen, Yalniz y Akin, 2020; Yakupova y Suárez, 2022). En 3 investigaciones las madres primerizas forman más del 60% de las participantes (Kress et al., 2021; Hernández-Martínez et al., 2020; Sommerland et al., 2021). En 3 artículos las madres primerizas representan menos del 40% de la muestra (Deninotti, Denis y Berdoulat, 2020); Grönvall et al., 2019; Handelzalts et al., 2022). En los estudios de Avignon et al. (2022) y Schlesinger et al. (2020) toda la muestra está formada por madres que no han experimentado ningún parto anterior. Además, hay 5 estudios que no explicitan el número de partos de las participantes (Kahalon, Preis y Benyamini, 2022; Tomsis et al., 2021; Tol, Yousif y Collins, 2019; Freedman, Reshef y Weiniger, 2020; Silverstein et al., 2019).

Si nos fijamos en el tipo de parto se observa que hay investigaciones donde la muestra es más homogénea respecto al modelo de parto. En 4 artículos todas las participantes son madres que han vivido un parto vaginal (Froeliger et al., 2022; Martínez-Vázquez et al., 2021b; Schlesinger et al., 2020; Türkmen, Yalniz y Akin, 2020). En 5 la muestra está formada por mujeres que han tenido un parto por cesárea. Deninotti, Denis y Berdoulat (2020) ha contado únicamente con partos por cesáreas de emergencia. Sin embargo, Grisbrook et al. (2022), Orouvou et al. (2020) y Tomsis et al. (2021) diferencian entre partos por cesárea de emergencia y cesárea planificada. Tol, Yousif y Collins (2019) por su parte, hace una comparación diferente entre cesáreas no complicadas y cesáreas con histerectomía bien de conservación o de retirada del útero. Aunque también contamos con 15 estudios con una muestra más heterogénea, es decir, incluyen partos tanto por el

canal vaginal como por cesárea (Avignon et al., 2022; Chan et al., 2020; Chen et al., 2022; Dekel et al., 2019; Ertan et al., 2021; Freedman, Reshef y Weiniger, 2020; Grönvall et al., 2019; Handelzalts et al., 2022; Hernández-Martínez et al., 2019ab; Hernández-Martínez et al., 2020; Kahalon, Preis y Benyamini, 2022; Kress et al., 2021; Sommerland et al., 2021; Yakupova y Suárez, 2022). Además, 12 diferencian entre parto vaginal espontáneo o instrumental (aspiración, fórceps...) (Avignon et al., 2022; Chan et al., 2020; Dekel et al., 2019; Ertan et al., 2021; Grönvall et al., 2019; Handelzalts et al., 2022; Hernández-Martínez et al., 2019b; Hernández-Martínez et al., 2020; Kahalon, Preis y Benyamini, 2022; Kress et al., 2021; Sommerland et al., 2021; Yakupova y Suárez, 2022); e 11 tienen distinguen entre cesárea planeada o de emergencia (Avignon et al., 2022; Chan et al., 2020; Dekel et al., 2019; Ertan et al., 2021; Freedman, Reshef y Weiniger, 2020; Grönvall et al., 2019; Handelzalts et al., 2022; Hernández-Martínez et al., 2020; Kress et al., 2021; Sommerland et al., 2021; Yakupova y Suárez, 2022). Silverstein et al. (2019) es el único artículo donde no se explicita el tipo de parto experimentado y simplemente se nombra que todas las madres tuvieron que ser asistidas de emergencia por el equipo médico.

Resultados de la revisión

A continuación, se exponen las relaciones encontradas entre las variables intraparto en tres momentos temporales: antes, durante e inmediatamente después del parto (Tabla 5. ANEXO D).

Como variables que influyen al desarrollo de un TEPTP y suceden antes del parto se han explorado dos en los artículos: la asistencia a clases preparto y el uso de medicación para la inducción del alumbramiento. Avignon et al. (2022) y Freedman, Reshef y Weiniger (2020) han encontrado una relación negativa entre asistir a clases preparto y desarrollar síntomas traumáticos postparto, siendo entre los 6 y los 12 meses postparto cuando esta relación es más fuerte. Martínez-Vázquez et al. (2021b), por su parte, no ha encontrado relación entre ambas variables. Respecto a la inducción del parto, Avignon et al. (2022), Chan et al. (2020) y Hernández-Martínez et al. (2019a) han hallado una relación positiva

con el TEPT. Sin embargo, Martínez-Vázquez et al. (2021b) ha encontrado una relación positiva en un primer análisis general, pero cuando lo ha ajustado a su muestra, la relación es nula. Una falta de relación también ha sido hallada por Froeliger et al. (2022).

El tipo de parto y la planificación o no de éste están también en relación con el TEPT. Se ha encontrado que el parto instrumental guarda una relación positiva con el desarrollo de un TEPT (Hernández-Martínez et al., 2019ab; Hernández-Martínez et al., 2020). En términos generales, la cesárea tiene también una relación positiva con el TEPT (Hernández-Martínez et al., 2019ab y Yakupova y Suárez, 2022). Sin embargo, si se diferencia entre si es planeada o de emergencia se observan relaciones diferentes. La cesárea de emergencia está positivamente relacionada con el TEPT (Avignon et al., 2022; Chan et al., 2020; Dekel et al., 2019; Ertan et al., 2021; Grisbrook et al., 2022; Hernández-Martínez et al., 2020; Kress et al., 2021; Orouvou et al., 2020; Tomsis et al., 2021). Y en la cesárea electiva se ha encontrado una relación nula con el TEPT (Hernández-Martínez et al., 2020; Kress et al., 2021). Tol, Yousif y Collins (2019) ha hallado una relación positiva cuando la cesárea implica también una histerectomía bien de retirada o de conservación del útero. Respecto a la planificación del parto, Sommerland et al. (2021) ha visto una relación negativa entre la planificación y el desarrollo de un TEPT.

En cuanto a la relación existente entre el TEPT con las variables intraparto ocurridas durante el parto, los estudios recogen diversas prácticas médicas.

Respecto al uso de procedimientos radiológicos, solo una investigación, llevada a cabo por Grönvall et al. (2019), estudia su relación con el TEPT siendo esta nula, independientemente de si es elegida o realizada de emergencia. La maniobra de Kristeller, por su parte, se ha relacionado positivamente con el TEPT (Hernández-Martínez et al., 2019a), al igual que la retirada manual de la placenta (Hernández-Martínez et al., 2019ab; Martínez-Vázquez et al., 2021b), el fórceps (Avignon et al., 2022; Ertan et al., 2021), la aspiración (Ertan et al., 2021), la administración de enema (Martínez-Vázquez et al., 2021b), la depilación perineal (Martínez-Vázquez et al., 2021b), amniotomía (Yakupova y Suárez,

2022) y amniotomía sin consentimiento (Martínez-Vázquez et al., 2021b), las exámenes vaginales repetidas (Martínez-Vázquez et al., 2021b), la presión fúndica (Hernández-Martínez et al., 2019b y Martínez-Vázquez et al., 2021b). La episiotomía, incisión quirúrgica en el perineo femenino, está relacionada positivamente con el TEPTP según las investigaciones de Kress et al. (2021) y Yakupova y Suárez (2022). Martínez-Vázquez et al. (2021b) encuentra estos mismos resultados cuando no existe consentimiento y halla una relación nula cuando es consentido por la mujer. Hernández-Martínez et al. (2019a) no observa relación entre esta práctica y el TEPT. La administración de oxitocina ha sido estudiada por Avignon et al. (2022) quien no encontrando relación con el TEPT; por otro lado Yakupova y Suárez (2022), han hallado una relación positiva; y Martínez-Vázquez et al. (2021b) han analizado más concretamente esta práctica cuando se da sin consentimiento y han visto que tiene una relación positiva con el TEPTP. El uso del biofeedback visual durante el parto también ha sido analizado. Schlesinger et al. (2020) no ha encontrado una relación directa entre esta variable y el TEPT, pero sí dos relaciones negativas indirectas cuando media un alto grado de conectividad maternal y un bajo estrés agudo.

Acerca de los analgésicos, se han examinado distintas relaciones. La administración de epidural ha traído resultados contrarios entre estudios e incluso dentro de la misma investigación. Hernández-Martínez et al. (2019a) ha observado una relación positiva cuando es interpretado como mala práctica y una relación negativa cuando es entendido como una forma de reducir el dolor. En la misma línea, Freedman, Reshef y Weiniger (2020) encuentra que el considerar la epidural como una forma de aliviar el dolor está relacionada negativamente con el TEPTP; mientras que Hernández-Martínez et al. (2019b) y Yakupova y Suárez (2022) han encontrado una relación positiva cuando se considera como un intervención médica. El efecto del suministro de anestesia se ha valorado de diferentes formas. Hernández-Martínez et al. (2019ab) han analizado la relación de la anestesia general con el TEPT, localizando una relación positiva entre ambas. Martínez-Vázquez et al. (2021b) ha analizado la anestesia natural y la regional, hallando relaciones nulas de ambas con el TEPT.

Durante el parto también hay variables que tienen que ver con las indicaciones o decisiones de los profesionales sanitarios. Una de ellas tiene que ver con el respeto del plan de parto de la mujer. Hernández-Martínez et al. (2019ab) encuentran una relación negativa entre contar con un plan de parto respetado y desarrollar TETP. Martínez-Vázquez et al. (2021b) también encuentra una relación negativa con el parto respetado, pero observa una relación nula entre no respetar el plan de parto y desarrollar TEPTP. Otra variable tiene que ver con la indicación de permanecer en determinada posición durante todo el parto. Martínez-Vázquez et al. (2021b) ha observado que la obligación de permanecer en posición horizontal durante el parto está positivamente relacionada con el TEPT. Türkmen, Yalniz y Akin (2020) se ha centrado en el confort y ha encontrado que la comodidad física está relacionada negativamente con el TEPT.

Además, el acompañamiento durante el parto también se ha estudiado en relación con el TEPT. La presencia de la figura de la matrona está relacionada negativamente con el desarrollo de un TEPT (Deninotti, Denis y Berdoulat, 2020), al igual que estar atendidas por buenos profesionales (Freedman, Reshef y Weiniger, 2020) y la percepción de apoyo durante el parto (Kress et al., 2021), siendo tanto por parte de la pareja como de los sanitarios (Hernández-Martínez et al., 2020; Sommerland et al., 2021). El acompañamiento por parte de un familiar también tiene una relación negativa con el TEPT, y se ha visto que cuando acompaña más de una persona la relación es más fuerte (Handelzalts et al., 2022). Además, Türkmen, Yalniz y Akin (2020) ha observado el confort psicoespiritual hallando también una relación negativa de este con el TEPTP.

Una vez concluido el parto, se ha explorado que existen determinadas prácticas que se relacionan con el desarrollo de un Trastorno Postraumático Postparto o su prevención. Se ha observado que el contacto piel con piel está relacionado en una dirección negativa con el TEPT (Chan et al., 2020; Hernández-Martínez et al., 2019ab; Hernández-Martínez et al., 2020; Kahalon, Preis y Benyamini, 2022; Martínez-Vázquez et al., 2021b). El amamantamiento ha sido estudiado de diferente manera. En primer lugar, Orouvou et al.

(2020) ha encontrado una relación positiva entre la falta de amamantamiento y el TEPT. Chan et al. (2020) y Chen et al. (2022) han observado una relación negativa entre el amamantamiento exclusivo y el TEPT. Esto complementa la relación positiva encontrada entre el amamantamiento artificial y el TEPT (Hernández-Martínez et al., 2019b; Hernández-Martínez et al., 2020) y el amamantamiento mixto con el TEPT (Hernández-Martínez et al., 2020). El ingreso del bebé en cuidado intensivos guarda una relación positiva con el TEPT (Avignon et al. 2022; Hernández-Martínez et al., 2020; Orouvou et al., 2020); al igual que las intervenciones quirúrgicas postparto de la madre (Martínez-Vázquez et al. 2021b).

Discusión

Resumen de la evidencia

A lo largo de los años se ha ido construyendo un mandato social entorno a la maternidad que ha llegado a la actualidad (Fernández Rasines y Bogino Larrambeberé, 2019; Romero Guzmán et al., 2020). La maternidad es una experiencia vital que es percibida socialmente como un acontecimiento idílico, natural e innato por el hecho de poseer esa capacidad biológica. Como resultado se han invisibilizado, tanto en el ámbito social, académico y médico, las posibles vivencias traumáticas derivadas de este hecho (McKenzie-McHarg et al., 2015).

La aparición del concepto de violencia obstétrica ha dado visibilidad a nuevas narrativas sobre procedimientos obstétricos que afectan a la dignidad y autonomía de las madres (Derilek, 2017; Mena et al., 2021) y abren la puerta a un nuevo planteamiento de la maternidad y el acompañamiento profesional (Barbosa y Modena, 2018; Bellón, 2015).

El objetivo de esta investigación era, mediante la revisión sistemática de diversos estudios científicos, conocer la relación existente entre diversas prácticas intraparto, muy comunes durante la maternidad y más concretamente en los momentos próximos al parto y durante este, y el Trastorno de Estrés Postraumático Postparto. Así como explorar si estás

constituyen factores de riesgo o de protección para el desarrollo de este trastorno y visibilizar las consecuencias para la diada madre-bebé.

Tras el análisis de los resultados, se observa como determinadas prácticas pueden representar un factor de riesgo para el desarrollo de un Trastorno de Estrés Postraumático y otras un factor de protección.

En el momento anterior al parto, los resultados muestran que las clases parto son un factor de protección frente al desarrollo de un TEPTP. Mientras que la inducción del parto representa un factor de riesgo.

En el parto, algunas modalidades de alumbramiento presentan más riesgos, como es el caso del parto instrumentalizado o la cesárea. Encontrándose diferencias entre la cesárea planeada, que es un factor de protección y la cesárea de emergencia que es de riesgo. Martínez-Galiano et al. (2021) expone resultados en la misma línea, destacando que el parto vaginal espontáneo presenta menos riesgos para la salud emocional materna que la cesárea y el parto instrumental. Coincidiendo con los resultados hallados, algunos autores también se refieren a la cesárea de emergencia como factor de riesgo (Martínez-Galiano et al., 2021; Milosavljevic et al., 2016).

Además, durante el parto se han encontrado diversas prácticas que son factores de riesgo para el desarrollo de un TEPTP como: cesárea con histerectomía, la maniobra de Kristeller, la retirada manual de la placenta, el fórceps, la aspiración, la administración de enema, la depilación perineal, amniotomía, las examinaciones vaginales repetidas, la presión fúndica, la episiotomía, la anestesia general. Estos resultados encajan con los encontrados en Barbosa y Modena (2018); Bellón (2015); Bergman (2014); Martínez-Galiano et al. (2021) y Milosavljevic et al. (2016) cuando evalúan el riesgo que presentan algunos de estos procedimientos obstétricos.

También es determinante para la clasificación como factor de riesgo o de protección, el respeto a las elecciones de las mujeres y la imposición de criterios médicos sin

consentimiento previo. Esta tendencia coincide con lo encontrado por Bellón (2015) quien habla sobre que la ausencia de explicaciones y la tendencia a ignorar las necesidades de las madres presentan un riesgo hacia su bienestar. Las mujeres que han visto respetadas sus decisiones perciben estas prácticas como factores de protección. Esto se demuestra en el respeto al plan de parto o la administración de epidural interpretada como una ayuda para la reducción del dolor. Las mismas conclusiones han sido presentadas por Martínez-Galiano et al. (2021); Martínez-Vázquez et al. (2021a) y Milosavljevic et al. (2016). Sin embargo, las prácticas que no cuentan con el consentimiento o acuerdo de las madres son todos factores de riesgo: la administración de oxitocina, amniotomía y episiotomía, así como la epidural cuando se interpreta como una intervención médica o mala *praxis*; y la obligatoriedad de permanecer en posición horizontal. Estos datos han sido hallados también por Martínez-Galiano et al. (2021); Martínez-Vázquez et al. (2021a) y Milosavljevic et al., (2016). En sus estudios, Barbosa y Modena (2018) y Bellón (2015) también encuentran riesgo en la obligatoriedad de mantener la posición supina.

Asimismo, se ha comprobado que ciertas acciones protegen a las futuras madres de padecer un TEPT. El uso de biofeedback siempre que esté mediado por un alto grado de conectividad maternal y un bajo estrés agudo, la percepción de confort físico y psicoespiritual, la presencia de matrona, la valoración positiva de los sanitarios y el apoyo durante el parto. Barbosa y Modena (2018) y Bellón (2015) exponen la importancia del apoyo psicoafectivo y el buen trato por parte de los profesionales al igual que se ha encontrado en esta revisión. Olza, (2016) apunta a la importancia de un espacio de respeto y confianza que fomente la escucha activa y la expresión emocional de las madres.

Después del parto, el contacto piel con piel y el amamantamiento exclusivo conforman factores de protección respecto al Trastorno de Estrés Postraumático. Martínez-Galiano et al. (2021); Martínez-Vázquez et al. (2021a) y Milosavljevic et al. (2016) han presentado estos mismos resultados en sus estudios. Barbosa y Modena (2018) también encuentra datos que apoyan la importancia del contacto piel con piel. Por el contrario, la

falta de amamantamiento, la práctica de un amamantamiento artificial o mixto, al igual que el ingreso del recién nacido en cuidados intensivos son factores de riesgo. Fenech y Thomson (2014) coinciden con el riesgo que presenta la falta de amamantamiento para la diada madre-bebé; y los datos de Martínez-Vázquez et al. (2021a) corresponden con los de esta revisión en cuanto al riesgo del amamantamiento con biberón. Olza (2016) por su parte considera la importancia del amamantamiento exclusivo como factor de protección.

Aplicabilidad y relevancia para la práctica clínica y sanitaria

Estos resultados demuestran la relación existente entre algunos procedimientos obstétricos habituales y el desarrollo del TEPTP, es decir de la violencia obstétrica y el TEPTP. Teniendo en cuenta que en la actualidad entre el 0,8-43% de las mujeres se ven afectadas por este trastorno (Cook et al., 2018; Hernández-Martínez et al., 2019b; Martínez-Vázquez, 2021a; Martínez-Vázquez, 2021b), es fundamental reflexionar sobre las consecuencias negativas para el bienestar psicológico de la diada madre-bebé de estos factores de riesgo e implantar protocolos que fomenten los factores de protección.

La neurociencia ha demostrado la importancia de la cercanía de la diada madre-bebé durante el primer periodo de vida para favorecer su bienestar físico y psicológico (Bergman, 2014). La madre en su contacto con el bebé le ayuda balancear sus sensaciones fisiológicas, es decir, le enseña a regularse. Esta regulación tiene un efecto directo en el cerebro disminuyendo la secreción de cortisol, hormona relacionada con el estrés que en los bebés aumenta para garantizar su supervivencia, pero que gracias a esta hetero regulación disminuye, permitiendo al bebé focalizar su energía en su propio desarrollo (Bergman, 2014 y Hofer, 2005). El bebé también tiene un efecto importante en la madre, la estimulación que proporciona a su madre mediante el amamantamiento, el contacto ocular o los balbuceos activan los circuitos neuronales de la madre, especialmente el de oxitocina que además está disponible solo durante un periodo reducido de tiempo, unos dos días desde el nacimiento (Bergman, 2014).

Sin embargo, la experimentación del parto como traumático genera en la madre diversos síntomas que se traducen en sentimientos de rechazo y desconexión con el bebé (Dekel, et al., 2018; Fenech y Thomson, 2014 y Wilson et al., 2017) y afectan al desarrollo saludable de procesos neurobiológicos de la diada madre-bebé y por tanto a la vinculación (Martínez-Vázquez et al., 2021a).

Llegados a este punto, parece clara la necesidad un cambio en los protocolos sanitarios para la garantía del bienestar de la diada madre-bebé. Pero mientras esto ocurre, los resultados de esta revisión también nos dan claves para la prevención del Trastorno de Estrés Posttraumático y el cuidado de la salud emocional de la diada madre-bebé. En el análisis de los diversos estudios se han encontrado factores de protección que amortiguan el efecto de las prácticas obstétricas que constituyen violencia obstétrica.

El contacto piel con piel es uno de los factores que protegen frente al desarrollo del TEPTP. Esta práctica inmediatamente después del nacimiento del bebé permite la mejora de la regulación fisiológica del bebé e incrementa la conexión con el recién nacido, haciendo que aumente la probabilidad de amamantamiento exclusivo (Bergman, 2014), otro factor que se ha demostrado protege frente al TEPTP. Además, el apoyo por parte de los sanitarios demostrado a través del afecto, el respeto al parto o la disposición hacia la toma de decisiones conjunta favorecen la sensación de autonomía y dignidad de la madre, dos características fundamentales para la vivencia de un parto respetado (Barbosa y Modena, 2018; Bellón, 2015; Derilek, 2017; Mena et al., 2021). Otra dimensión fundamental del apoyo es la presencia de la pareja, familiares u otros acompañantes, ya que más allá de brindar acompañamiento físico y emocional a las madres, actúan como nexo de unión entre los sanitarios y las pacientes (Handelzalts et al., 2022).

Alrededor de todos estos factores de protección es manifiesta la necesidad de las madres de ser respetadas, escuchadas y acompañadas en este proceso. Para ello es vital poder deconstruir el halo de idealización que existe respecto a la maternidad para que sus voces sean escuchadas a través de narrativas propias y coherentes con su experiencia. Un

abordaje posible que recoge muy bien la esencia de este trabajo sería el uso de metodologías feministas que invitan a la reflexión y al contacto con la vivencia, a la vez que son un motor para el cambio social (Faulkner, 2018). Una herramienta de gran ayuda es el uso de narraciones y poemas (Faulkner, 2018; Keedle y Willo, 2022). Esta técnica tiene un impacto multinivel. Por un lado, permite a las madres poder expresar emociones y experiencias respecto a la maternidad que han estado invisibilizadas en su mundo interno. Por otro lado, acerca a los receptores de estas narrativas a una comprensión de esta problemática más integral, aunando emoción y razón. Y, por último, subraya desde las diferentes experiencias personales la idealización del mandato social de la maternidad y visibiliza sus consecuencias (Keedle y Willo, 2022).

Sin olvidar las relaciones encontradas en esta revisión entre las variables obstétricas y el Trastorno de Estrés Postraumático, se ha visto como el uso de narrativas promueve el crecimiento postraumático. Las narrativas se constituyen como un espacio transaccional que permite explorar la fortaleza para afrontar las dificultades futuras; genera una mayor conexión, empatía y compasión por otras personas que están pasando por la misma situación; y enfrentarse a nuevos retos y oportunidades (Reilly et al., 2018).

El uso de metodologías feministas, en concreto la narrativa, junto al fomento de las prácticas obstétricas que protegen del Trastorno de Estrés Postraumático podrían ejercer un papel amortiguador en el desarrollo y cronicidad de este síndrome, permitiendo incluso que los síntomas evolucionen más en la línea de un Trastorno de Estrés Agudo.

Limitaciones y Fortalezas

Este estudio cuenta con algunas limitaciones que deben tenerse en cuenta de cara a la interpretación de las conclusiones.

En primer lugar, la población seleccionada ha sido únicamente madres, por lo no se ha analizado el papel o la implicación de la pareja más allá de su rol como figura de apoyo durante el parto. No se ha investigado su impacto en la salud mental y la vinculación de la

diada madre-bebé ni cómo afecta a la relación de pareja. Esta limitación respecto a la muestra puede transmitir un mensaje culpabilizador hacia las madres, el cual no es en absoluto la intención de la investigadora. La elección de la muestra se debe simplemente a un intento por adaptar el presente estudio a los criterios que lo rodean.

En segundo lugar, el total de las investigaciones consultadas utilizan escalas y cuestionarios en formato online. Esto puede suponer un sesgo en los resultados debido a la accesibilidad de la muestra. Ciertos estratos de la sociedad o comunidades, bien por su falta de recursos económicos o su desconocimiento sobre el uso de las tecnologías se han podido ver excluidas de estas muestras. Asimismo, la modalidad online no permite un control exhaustivo de las participantes, pudiendo haberse encontrado resultados duplicados.

En tercer lugar, la reciente visibilización de esta temática hace que no exista aún un cuerpo bibliográfico tan amplio como en otras materias. Esto puede afectar a la comparación e integración de resultados por la pequeña cantidad de estudios que han investigado las diferentes relaciones. Además, el acceso a ciertas investigaciones se ha visto restringido por el criterio idiomático (inglés y español), debido a que no ha pasado el tiempo suficiente desde la publicación de algunos artículos para que existan traducciones a estos idiomas.

Como fortalezas destaca la actualidad de la temática, su relevancia en relación a la problemática social a nivel mundial que representa, el uso de bibliografía reciente y su utilidad en relación a la prevención y/o amortiguación de los problemas en la salud emocional de la diada madre-bebé.

Futuras líneas de investigación

A lo largo de esta revisión se han analizado las prácticas obstétricas relacionadas con el desarrollo de un Trastorno de Estrés Posttraumático Postparto que presentan un riesgo para el bienestar de la diada madre-bebé y aquellas que amortiguan su efecto. Debido a la alta prevalencia, la actualidad, relevancia y la escasa investigación de esta

problemática son fundamentales nuevos estudios. Teniendo en cuenta lo encontrado, se recomienda el uso de metodologías feministas de investigación, prevención e intervención, no solo por ser un tema que se encuentra claramente atravesado por el género, sino también por el potencial transformador multinivel que posee. En esta línea el uso de poesía y narración puede ser muy enriquecedor. Asimismo, sería interesante fomentar la aplicación de los factores de protección detectados a través de estos estudios a la vez que se trabaja en la implementación de nuevos procedimientos médicos que garanticen la autonomía y dignidad de las madres.

Referencias

- American Psychological Association (APA). (2017). Clinical Practice Guideline for the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) in Adults. Guideline Development Panel for the Treatment of PTSD in Adults. Adopted as APA Policy. <https://www.apa.org/ptsd-guideline>
- Avignon, V., Baud, D., Gaucher, L., Dupont, C., y Horsch, A. (2022). Childbirth experience, risk of PTSD and obstetric and neonatal outcomes according to antenatal classes attendance. *Scientific reports*, 12(1), 1-10. <https://doi.org/10.1038/s41598-022-14508-z>
- Ayers, S., Joseph, S., McKenzie-McHarg, K., Slade, P., y Wijma, K. (2008). Post-traumatic stress disorder following childbirth: current issues and recommendations for future research. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 29(4), 240-250. <https://doi.org/10.1080/01674820802034631>
- Barbosa, D. M., y Modena, C. M. (2018). La violencia obstétrica en el cotidiano asistencial y sus características. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 26(1), 1-12 <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2450.3069>
- Bellón, S. (2015). La violencia obstétrica desde los aportes de la crítica feminista y la biopolítica. *Dilemata*, 18(1), 93–11.
- Bergman, N. J. (2014). The neuroscience of birth-and the case for Zero Separation. *Curationis*, 37(2), 1-4. <https://doi.org/10.4102/curationis.v37i2.1440>
- Blevins, C. A., Weathers, F. W., Davis, M. T., Witte, T. K., y Domino, J. L. (2015). The posttraumatic stress disorder checklist for DSM-5 (PCL-5): Development and initial psychometric evaluation. *Journal of traumatic stress*, 28(6), 489-498. <https://doi.org/10.1002/jts.22059>

- Bowlby, J. (2010). *Una base segura. Aplicaciones clínicas de una teoría del apego* (Trad. E. Mateo). Paidós Psicología Profunda. (Trabajo original publicado en 1988).
- Brockington, I. F., Aucamp, H. M., y Fraser, C. (2006). Severe disorders of the mother–infant relationship: definitions and frequency. *Archives of Women's Mental Health*, 9(5), 243–251. <https://doi.org/10.1007/s00737-006-0133-0>
- Callahan, J. L., Borja, S. E., y Hynan, M. T. (2006). Modification of the Perinatal PTSD Questionnaire to enhance clinical utility. *Journal of Perinatology*, 26(9), 533-539. <https://doi.org/10.1038/sj.jp.7211562>
- Cardeña, E., Koopman, C., Classen, C., Waelde, L. C., y Spiegel, D. (2000). Psychometric properties of the Stanford Acute Stress Reaction Questionnaire (SASRQ): A valid and reliable measure of acute stress. *Journal of Traumatic Stress*, 13(1), 719–734. <http://dx.doi.org/10.1023/A:1007822603186>
- Castillo, B. (2016). Dime quién lo define y te diré si es violento. Reflexiones sobre la violencia obstétrica. *Revista latinoamericana sexualidad, salud y sociedad*, 24(1), 43-68 <https://doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2016.24.03.a>
- Chan, S. J., Ein-Dor, T., Mayopoulos, P. A., Mesa, M. M., Sunda, R. M., McCarthy, B. F., Sunda, R. M., McCarthy, B. F., Kaimal, A. J. y Dekel, S. (2020). Risk factors for developing posttraumatic stress disorder following childbirth. *Psychiatry Research*, 290(1), 1-4. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113090>
- Chen, J., Lai, X., Zhou, L., Retnakaran, R., Wen, S. W., Krewski, D., y Xie, R. H. (2022). Association between exclusive breastfeeding and postpartum post-traumatic stress disorder. *International Breastfeeding Journal*, 17(1), 1-8. <https://doi.org/10.1186/s13006-022-00519-z>
- Cook, N., Ayers, S., y Horsch, A. (2018). Maternal posttraumatic stress disorder during the perinatal period and child outcomes: A systematic review. *Journal of affective disorders*, 225(1), 18-31. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.07.045>

- Darilek, U. (2017). A woman's right to dignified, respectful healthcare during childbirth: A review of the literature on obstetric mistreatment. *Issues in Mental Health Nursing, 39*(6), 538-541. <https://doi.org/10.1080/01612840.2017.1368752>
- Dekel, S., Thiel, F., Dishy, G., y Ashenfarb, A. L. (2018). Is childbirth-induced PTSD associated with low maternal attachment? *Archives of Women's Mental Health, 22*(1), 119-221 <https://doi.org/10.1007/s00737-018-0853-y>
- Dekel, S., Ein-Dor, T., Berman, Z., Barsoumian, I. S., Agarwal, S., y Pitman, R. K. (2019). Delivery mode is associated with maternal mental health following childbirth. *Archives of women's mental health, 22*(1), 817-824. <https://doi.org/10.1007/s00737-019-00968-2>
- Deninotti, J., Denis, A., y Berdoulat, É. (2020). Emergency C-section, maternal satisfaction and emotion regulation strategies: effects on PTSD and postpartum depression symptoms. *Journal of Reproductive and Infant Psychology, 38*(4), 421-435. <https://doi.org/10.1080/02646838.2020.1793308>
- van Dinter-Douma, E. E., de Vries, N. E., Aarts-Greven, M., Stramrood, C. A. I., 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 : the official journal of the European Association of Perinatal Medicine, the Federation of Asia and Oceania Perinatal Societies, the International Society of Perinatal Obstetricians, 33*(16), 2759–2767. <https://doi.org/10.1080/14767058.2018.1560409>
- Ertan, D., Hingray, C., Burlacu, E., Sterlé, A., y El-Hage, W. (2021). Post-traumatic stress disorder following childbirth. *BMC psychiatry, 21*(1), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03158-6>

- Evren, C., Dalbudak, E., Aydemir, O., Koroglu, E., Evren, B., Ozen, S., y Coskun, K. S. (2016). Psychometric properties of the Turkish PTSD-Short Scale in a sample of undergraduate students. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni-Bulletin of Clinical Psychopharmacology*, 26(3), 294-302. <https://doi.org/10.5455/bcp.20151205113132>
- Faulkner, S. L. (2018). Crank up the feminism: Poetic inquiry as feminist methodology. *Humanities*, 7(3), 1-25. <https://doi.org/10.3390/h7030085>
- Fenech, G., y Thomson G. (2014) Tormented by ghosts from their past: a meta-synthesis to explore the psychosocial implications of a traumatic birth on maternal well-being. *Midwifery*, 30(2), 185-193 <https://doi.org/10.1016/j.midw.2013.12.004>
- Fernández Rasines, P., y Bogino Larrambebere, M. (2019). Paradojas de género: Mujeres que declinan la maternidad y padres que reclaman la crianza. *AIBR, Revista de Antropología Iberoamericana*, 14(3), 491-514. <https://doi.org/10.11156/aibr.140307>
- Freedman, S. A., Reshef, S., y Weiniger, C. F. (2020). Post-traumatic stress disorder and postpartum depression and their reported association with recent labor and delivery: a questionnaire survey cohort. *International journal of obstetric anesthesia*, 43(1), 18-24. <https://doi.org/10.1016/j.ijoa.2020.04.009>
- Froeliger, A., Deneux-Tharoux, C., Seco, A., y Sentilhes, L. (2022). Posttraumatic Stress Disorder Symptoms 2 Months After Vaginal Delivery. *Obstetrics & Gynecology*, 139(1), 63-72. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000004611>
- Grisbrook, M. A., Dewey, D., Cuthbert, C., McDonald, S., Ntanda, H., Giesbrecht, G. F., y Letourneau, N. (2022). Associations among caesarean section birth, post-traumatic stress, and postpartum depression symptoms. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(8), 4900. <https://doi.org/10.3390/ijerph19084900>
- Grönvall, M., Tikkanen, M., Paavonen, J., Loukovaara, M., y Stefanovic, V. (2021). Is there an association between postpartum hemorrhage, interventional radiology procedures,

and psychological sequelae? *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 34(11), 1792-1796. <https://doi.org/10.1080/14767058.2019.1649389>

Handelzalts, J. E., Levy, S., Ayers, S., Krissi, H., y Peled, Y. (2022). Two are better than one? The impact of lay birth companions on childbirth experiences and PTSD. *Archives of Women's Mental Health*, 25(4), 797-805. <https://doi.org/10.1007/s00737-022-01243-7>

Hernández-Martínez, A., Martínez-Vázquez, S., Rodríguez-Almagro, J., Delgado-Rodríguez, M., y Martínez-Galiano, J. M. (2021). Elaboration and Validation of Two Predictive Models of Postpartum Traumatic Stress Disorder Risk Formed by Variables Related to the Birth Process: A Retrospective Cohort Study. *International journal of environmental research and public health*, 18(1), 92. <https://doi.org/10.3390/ijerph18010092>

Hernández-Martínez, A., Rodríguez-Almagro, J., Molina-Alarcón, M., Infante-Torres, N., Donate Manzanares, M., Martínez-Galiano, J. M., Hernández-Martínez, A., Rodríguez-Almagro, J., Molina-Alarcón, M., Infante-Torres, N., Donate Manzanares, M., Martínez-Galiano, J. M., Hernández-Martínez, A., Rodríguez-Almagro, J., Molina-Alarcón, M., Infante-Torres, N., Donate Manzanares, M., Martínez-Galiano, J. M., Hernández-Martínez, A., y Martínez-Galiano, J. M. (2019). Postpartum post-traumatic stress disorder: Associated perinatal factors and quality of life. *Journal of Affective Disorders*, 249(1), 143–150. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.01.042>

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: Journal of the Australian College of Midwives*, 33(2), 129–135. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2019.03.008>

- Higgins, J. P., Thomas, J., Chandler, J., Cumpston, M., Li, T., Page, M. J., y Welch, V. A. (Eds.). (2022). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions*. <https://training.cochrane.org/handbook/current>
- Horowitz, M., Wilner, N., y Alvarez, W. (1979). Impact of Event Scale: A measure of subjective stress. *Psychosomatic medicine*, 41(3), 209-218.
- Jardim, D. M. B., y Modena, C. M. (2018). Obstetric violence in the daily routine of care and its characteristics. *Revista latino-americana de enfermagem*, 26(1),1-12. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2450.3069>
- Kahalon, R., Preis, H., y Benyamini, Y. (2022). Mother-infant contact after birth can reduce postpartum post-traumatic stress symptoms through a reduction in birth-related fear and guilt. *Journal of psychosomatic research*, 154(1), 1-7 <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2022.110716>
- Keedle, H., y Willo, P. (2022). A Poetic Inquiry of Traumatic Birth Through Bearing Witness. *Qualitative Inquiry*, 28(8-9), 938-945. <https://doi.org/10.1177/107780042210934>
- Kress, V., von Soest, T., Kopp, M., Wimberger, P., y Garthus-Niegel, S. (2021). Differential predictors of birth-related posttraumatic stress disorder symptoms in mothers and fathers—A longitudinal cohort study. *Journal of affective disorders*, 292(1), 121-130. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.05.058>
- Ley 38668 de 2007. Sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencias. 23 de abril de 2007. D.O. No. 38668.
- 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), 1-9. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.10.002>

- Martínez-Vázquez, S., Rodríguez-Almagro, J., Hernández-Martínez, A., Delgado-Rodríguez, M., y Martínez-Galiano, J. M. (2021a). Long-term high risk of postpartum post-traumatic stress disorder (PTSD) and associated factors. *Journal of clinical medicine*, 10(3), 488. <https://doi.org/10.3390/jcm10030488>
- Martínez-Vázquez, S., Rodríguez-Almagro, J., Hernández-Martínez, A., Delgado-Rodríguez, M., y Martínez-Galiano, J. M. (2021b). Obstetric factors associated with postpartum post-traumatic stress disorder after spontaneous vaginal birth. *Birth*, 48(3), 406-415. <https://doi.org/10.1111/birt.12550>
- McKenzie-McHarg, K., Ayers, S., Ford, E., Horsch, A., Jomeen, J., Sawyer, A., y Slade, P. (2015). Post-traumatic stress disorder following childbirth: an update of current issues and recommendations for future research. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 33(3), 219-237. <https://doi.org/10.1080/02646838.2015.1031646>
- Mena, D., Iglesias, S., González, V.M., Valero, M.J., Andreu, L., y Cervera, Á. (2021) Obstetric Violence in Spain (Part III): Healthcare Professionals, Times, and Areas. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(1), 1-17. <https://doi.org/10.3390/ijerph18073359>
- Milosavljevic, M., Lecic Tosevski, D., Soldatovic, I., Vukovic, O., Miljevic, C., Peljto, A., Kostic, M., y Olf, M. (2016). Posttraumatic Stress Disorder after Vaginal Delivery at Primiparous Women. *Scientific Reports*, 6(1), 1-7. <https://doi.org/10.1038/srep27554>
- Nugent, N. R., Saunders, B. E., Williams, L. M., Hanson, R., Smith, D. W., y Fitzgerald, M. M. (2009). Posttraumatic stress symptom trajectories in children living in families reported for family violence. *Journal of Traumatic Stress*, 22(5), 460-466. <https://doi.org/10.1002/jts.20440>
- Oberman, A. J. (2005). Historia de las madres en occidente: repensar la maternidad. *Psicodebate. Psicología, cultura y sociedad* 5(1), 115-130. <https://doi.org/10.18682/pd.v5i0.456>

- Olza I. (2016) 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*, 1-12.
- Orovou, E., Dagla, M., Iatrakis, G., Lykeridou, A., Tzavara, C., y Antoniou, E. (2020). Correlation between kind of cesarean section and posttraumatic stress disorder in Greek women. *International journal of environmental research and public health*, 17(5), 1592. <https://doi.org/10.3390/ijerph17051592>
- Palomar Vereas, C. (2005). Maternidad: historia y cultura. *La ventana. Revista de estudios de género*, 3(22), 35-67. <https://doi.org/10.32870/lv.v3i22.782>
- Quattrocchi, P. (2019). Obstetric Violence Observatory: Contributions of Argentina to the International Debate. *Medical Anthropology*, 38(8), 762-776. <https://doi.org/10.1080/01459740.2019.1609471>
- Reilly, R. C., Lee, V., Laux, K., y Robitaille, A. (2018). Using found poetry to illuminate the existential and posttraumatic growth of women with breast cancer engaging in art therapy. *Qualitative Research in Psychology*, 15(2-3), 196-217. <https://doi.org/10.1080/14780887.2018.1429863>
- Romero Guzmán, M. L., Tapia Tovar, E., y Meza Márquez, C. (2020). Abanico de maternidades. Un estado del arte desde los aportes feministas. *Debate feminista*, 59(1), 143-165. <https://doi.org/10.22201/cieg.2594066xe.2020.59.07>
- Sadler, M., Santos, M., Ruiz-Berdum, D., Leiva, G., Skoko, E., Guillen, P. y Clausen, 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>
- Salinero S., y Cárdenas, M. (2021). Violencia ginecológica y silencio al interior del modelo médico en Chile. *Revista Obstétrica Ginecológica Venezuela*, 81(3), 226-238. <https://doi.org/10.51288/00810306>

- Schlesinger, Y., Hamiel, D., Rousseau, S., Perlman, S., Gilboa, Y., Achiron, R., y Frenkel, T. I. (2022). Preventing risk for posttraumatic stress following childbirth: Visual biofeedback during childbirth increases maternal connectedness to her newborn thereby preventing risk for posttraumatic stress following childbirth. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 14(6), 1057–1065. <https://doi.org/10.1037/tra0000558>
- Silverstein, R. G., Centore, M., Pollack, A., Barrieau, G., Gopalan, P., y Lim, G. (2019). Postpartum psychological distress after emergency team response during childbirth. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 40(4), 304-310. <https://doi.org/10.1080/0167482X.2018.1512095>
- Sommerlad, S., Schermelleh-Engel, K., La Rosa, V. L., Louwen, F., y Oddo-Sommerfeld, S. (2021). Trait anxiety and unplanned delivery mode enhance the risk for childbirth-related post-traumatic stress disorder symptoms in women with and without risk of preterm birth: A multi sample path analysis. *Plos one*, 16(8), e0256681. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0256681>
- Stramrood, C. A., Huis in'T Veld, E. M., Van Pampus, M. G., Berger, L. W., Vingerhoets, A. J., Schultz, W. C. W., y Paarlberg, K. M. (2010). Measuring posttraumatic stress following childbirth: a critical evaluation of instruments. *Journal of Psychosomatic Obstetrics y Gynecology*, 31(1), 40-49. <https://doi.org/10.3109/01674820903573946>
- Tol, I. D., Yousif, M., y Collins, S. L. (2019). Post traumatic stress disorder (PTSD): the psychological sequelae of abnormally invasive placenta (AIP). *Placenta*, 81(1), 42-45. <https://doi.org/10.1016/j.placenta.2019.04.004>
- Tomsis, Y., Perez, E., Sharabi, L., Shaked, M., Haze, S., y Hadid, S. (2021). Postpartum Post-Traumatic Stress Symptoms Following Cesarean Section—The Mediating Effect of Sense of Control. *Psychiatric Quarterly*, 92(4), 1839-1853. <https://doi.org/10.1007/s11126-021-09949-0>

- Türkmen, H., Yalniz Dilcen, H., y Akin, B. (2020). The effect of labor comfort on traumatic childbirth perception, post-traumatic stress disorder, and breastfeeding. *Breastfeeding Medicine*, 15(12), 779-788. <https://doi.org/10.1089/bfm.2020.0138>
- Urrútia, G., y Bonfill, X. (2010). Declaración PRISMA: una propuesta para mejorar la publicación de revisiones sistemáticas y metaanálisis. *Medicina clínica*, 135(11), 507-511.
- Ventureyra, V. A., Yao, S. N., Cottraux, J., Note, I., y De Mey-Guillard, C. (2002). The validation of the Posttraumatic Stress Disorder Checklist Scale in posttraumatic stress disorder and nonclinical subjects. *Psychotherapy and psychosomatics*, 71(1), 47-53. <https://doi.org/10.1159/000049343>
- Williams, C. R., Jerez, C., Klein, K., Correa, M., Belizan, J., y Cormick, G. (2018). Obstetric violence: a Latin American legal response to mistreatment during childbirth. *BJOG. An international journal of obstetrics and gyneacology*, 125(10) 1208-1211 <https://doi.org/10.1111/1471-0528.15270>
- Wilson, C., Padrón, E., y Samuelson, K. (2017). Trauma Type and Posttraumatic Stress Disorder as Predictors of Parenting Stress in Trauma-Exposed Mothers. *Violence and Victims*, 32(1), 141-158. <http://dx.doi.org/10.1891/0886-6708.VV-D-13-00077>
- World Health Organization (2015). WHO Statement on Cesarean Section Rates. *Human reproduction program*.
- World Health Organization (2018). WHO Recommendations Intrapartum care for a positive childbirth experience. *Department of Reproductive Health and Research and Department of Maternal, Newborn, Child and Adolescent Health*.
- Wu, K. K., Chan, S. K., y Yiu, V. F. (2008). Psychometric properties and confirmatory factor analysis of the posttraumatic stress disorder checklist for Chinese survivors of road traffic accidents. *East Asian Archives of Psychiatry*, 18(4), 144.

Yakupova, V., y Suarez, A. (2022). Postpartum PTSD and birth experience in Russian-speaking women. *Midwifery*, 112(1), 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2022.103385>

Zimmerman, M., y Mattia, J. I. (2001). The reliability and validity of a screening questionnaire for 13 DSM-IV Axis I disorders (the Psychiatric Diagnostic Screening Questionnaire) in psychiatric outpatients. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60(10), 677-683. <https://doi.org/10.1053/comp.2001.23126>

ANEXOS

ANEXO A

Tabla 2.

Lenguaje libre y lenguaje documental.

Concepto	Lenguaje libre	Lenguaje documental
Intervenciones obstétricas intraparto	"Intrapartum interventions" "Intrapartum obstetrics"	MH "Obstetric Nursing" MH "Delivery, Obstetric") MH "Labor, Obstetric" MH "Obstetric Surgical Procedures MH "Obstetric Labor Complications MH "Obstetric Emergencies" MH "Obstetric Service" MH "Obstetric Nursing" MH "Obstetric Care" MH "Surgery, Obstetrical" MH "Labor Complications" "Natural Childbirth/instrumentation"[Mesh] "Delivery, Obstetric"[Mesh] "Obstetric Labor Complications"[Mesh] ("Obstetric Surgical Procedures"[Mesh] "Obstetric Nursing"[Mesh]
Trastorno de estrés postraumático (TEPT)	"Post Traumatic Stress Disorder"	MH "Stress Disorders, Post- Traumatic MH "Trauma and Stressor Related Disorders" MH "Stress Disorders, Traumatic"

Nota. Elaboración Propia.

ANEXO B

Tabla 3.

Ecuaciones de búsqueda y número de registros de cada base de datos.

Base de datos	Ecuación de búsqueda	Nº de referencias encontradas
MEDLINE Complete	((MH "Stress Disorders, Post-Traumatic") OR (MH "Trauma and Stressor Related Disorders") OR (MH "Stress Disorders, Traumatic")) AND ((MH "Obstetric Nursing") OR (MH "Delivery, Obstetric") OR (MH "Labor, Obstetric") OR (MH "Obstetric Surgical Procedures") OR (MH "Obstetric Labor Complications")))	65
CINAHL Complete	(MH "Stress Disorders, Post-Traumatic") AND ((MH "Obstetric Emergencies") OR (MH "Delivery, Obstetric") OR (MH "Obstetric Service") OR (MH "Obstetric Nursing") OR (MH "Obstetric Care") OR (MH "Surgery, Obstetrical") OR (MH "Labor Complications")))	32
PubMed	((("Natural Childbirth/instrumentation"[Mesh]) OR ("Delivery, Obstetric"[Mesh] OR "Obstetric Labor Complications"[Mesh])) OR ("Obstetric Surgical Procedures"[Mesh] OR "Obstetric Nursing"[Mesh])) AND "Stress Disorders, Post-Traumatic"[Majr]	95

Nota. Elaboración Propia.

ANEXO C

Tabla 4.*Características metodológicas de los estudios.*

Estudio	Diseño	Tipo	Tamaño de la muestra (N)	Medida	Propiedades psicométricas	Proceso de selección
Avignon et al. (2022)	Observacional	Transversal retrospectivo	794	PCL-5 (Blevins et al., 2015)	$\alpha=0.95$	Anuncios y mensajes online
Chan et al. (2020)	Observacional	Transversal retrospectivo	685	PCL-5 (Blevins et al., 2015)	$\alpha=0.95$	Anuncios y mensajes online
Chen et al. (2022)	Observacional	Transversal retrospectivo	759	PCL-C (Wu, Chan, y Yiu, 2008)	$\alpha=0.77$	Hospitales y centros sanitarios
Dekel et al. (2019)	Observacional	Transversal prospectivo	685	PCL-5 (Blevins et al., 2015)	$\alpha=0.95$	Anuncios y mensajes online
Deninotti, Denis y Berdoulat (2020)	Observacional	Transversal retrospectivo	50	PCL-S (Ventureyra et al., 2002)	$\alpha=0.83$	Asociaciones de madres
Ertan et al. (2021)	Observacional	Transversal retrospectivo	916	PCL-5 (Blevins et al., 2015) y	$\alpha=0.94$ $\alpha=0.92$	Anuncios online y bola de nieve

				CBTS (Ayers et al., 2008)		
Freedman, Reshef y Weiniger (2020)	Observacional	Tranversal prospectivo	146	PCL-5 (Freedman, Reshef y Weiniger, 2020)	$\alpha=0.95$	Anuncios y mensajes online
Froliger et al. (2022)	Observacional	Transversal prospectivo	2706	IES (Horowitz, Wilner, y Alvarez, 1979) y TES (Stramrood et al., 2010)	x	Hospitales y centros sanitarios
Grisbrook et al. (2019)	Observacional	Longitudinal prospectivo	354	PDSQ (Zimmerman y Mattia, 2001)	$\alpha=0.95$	Estudios anteriores
Grönvall et al. (2019)	Observacional	Transversal retrospectivo	49	Creación propia		Hospitales y centros de sanitarios
Handelzalts et al. (2022)	Observacional	Longitudinal prospectivo	246	BiTS (Ayers et al., 2008)	$\alpha=0.71-0.88$	Hospitales y centros sanitarios
Hernández-Martínez et al. (2019a)	Observacional	Trasversal retrospectivo	2990	PPQ (Callahan, Borja y Hynan, 2006)	$\alpha=0.90$	Anuncios y mensajes onlie

Hernández-Martínez et al. (2019b)	Observacional	Transversal retrospectivo	1531	PPQ (Callahan, Borja y Hynan, 2006)	$\alpha=0.90$	Cuestionarios online y asociaciones de matronas
Hernández-Martínez et al. (2020)	Observacional	Transversal retrospectivo	1752	PPQ (Callahan, Borja y Hynan, 2006)	$\alpha=0.90$	Hospitales y centros sanitarios
Kahalon, Preis y Benyamini (2022)	Observacional	Longitudinal retrospectivo	1371	IES (Horowitz, Wilner, y Alvarez, 1979)	un $\alpha=0.87$	Centros sanitarios y grupos online
Kress et al. (2021)	Observacional	Longitudinal prospectivo	1028	IES (Horowitz, Wilner, y Alvarez, 1979)	$\alpha=0.66-0.75$	Estudios anteriores
Martínez-Vázquez et al. (2021b)	Observacional	Transversal retrospectivo	839	PPQ (Callahan, Borja y Hynan, 2006)	$\alpha=0.893$	Anuncios y mensajes online
Orovou et al. (2020)	Observacional	Longitudinal prospectivo	160	PCL-5 (Blevins et al., 2015)	$\alpha=0.95$	Hospitales y centros sanitarios

Schlesinger et al. (2020)	Observacional	Longitudinal retrospectivo	95	PCL-5 (Blevins et al., 2015) y SASRQ (Cardeña et al., 2000)	$\alpha=0.92-0.95$	Hospitales y centros sanitarios
Silverstein et al. (2019)	Observacional	Longitudinal prospectivo	125	PCL, IES Y SASRQ (Cardeña et al., 2000)	x	Hospitales y centros sanitarios
Sommerlad et al. (2021)	Observacional	Longitudinal prospectivo	284	IES-G (Horowitz, Wilner, y Alvarez, 1979)	$\omega=0.75-0.84$	Hospitales y centros sanitarios
Tol, Yousif y Collins (2019)	Observacional	Transversal retrospectivo	69	IES (Horowitz, Wilner, y Alvarez, 1979)	x	Hospitales y centros sanitarios
Tomsis et al. (2021)	Observacional	Transversal prospectivo	161	PCL-5 (Blevins et al., 2015)	$\alpha=0.94$	Hospitales y centros sanitarios
Türkmen, Yalniz y Akin (2020)	Observacional	Longitudinal prospectivo	102	Turkish PTSD-short Scale (Evren et al., 2016)	$\alpha=0.949-0.998$	Hospitales y centros sanitarios
Yaupova y Suarez (2022)	Observacional	Tranversal prospectivo	611	CBiTS (Ayers et al., 2008)	$\alpha=0.94$	Comunidades online y presenciales

Nota. Elaboración Propia.

ANEXO D

Tabla 5.*Relación entre el TEPT y las variables intraparto.*

Momento temporal	Variable	Estudio	Dirección del efecto
Preparto	Clases preparto	Avignon et al. (2022)	Negativa
		Freedman, Reshef y Weiniger (2020)	Negativa
		Hernández-Martínez et al. (2019b)	Nula
Preparto	Inducción al parto	Avignon et al. (2022)	Positiva
		Chan et al. (2020)	Positiva
		Hernández-Martínez et al. (2019a)	Positiva
Preparto	Planificación del parto	Hernández-Martínez et al. (2019b)	Positiva en general, ajustada a su muestra nula
		Froliger et al. (2022)	Nula
		Sommerland et al. (2021)	Negativa
Durante el parto	Parto instrumental	Hernández-Martínez et al. (2019ab)	Positiva
		Avignon et al. (2022)	Positiva
		Chan et al. (2020)	Positiva
		Dekel et al. (2019)	Positiva
		Ertan et al. (2021)	Positiva
Durante el parto	Cesarea de emergencia	Grisbrook et al. (2022)	Positiva
		Hernández-Martínez et al. (2020)	Positiva
		Kress et al. (2021)	Positiva

		Orouvou et al. (2020)	Positiva
		Tomsis et al. (2021)	Positiva
	Cesarea planeada		
Durante el parto		Hernández-Martínez et al. (2020)	Nula
		Kress et al. (2021)	Nula
Durante el parto	Cesarea e histerectomía	Tol, Yousif y Collins (2019)	Positiva
Durante el parto	Procedimientos radiológicos	Grönvall et al. (2019)	Nula
Durante el parto	Maniobra de Kristeller	Hernández-Martínez et al. 2019a	Positiva
		Hernández-Martínez et al. (2019a)	Positiva
Durante el parto	Retirada manual de la placenta	Hernández-Martínez et al. (2019b)	Positiva
		Martínez-Vázquez et al. (2021b)	Positiva
Durante el parto	Fórceps	Avignon et al. (2022)	Positiva
		Ertan et al. (2021)	Positiva
Durante el parto	Aspiración	Ertan et al. (2021)	Positiva
Durante el parto	Administración de enema	Martínez-Vázquez et al. (2021b)	Positiva
Durante el parto	Depilación perineal	Martínez-Vázquez et al. (2021b)	Positiva
Durante el parto	Amniotomía	Yakupova y Suárez (2022)	Positiva
Durante el parto	Amniotomía sin consentimiento	Martínez-Vázquez et al. (2021b)	Positiva
Durante el parto	Examinaciones vaginales repetidas	Martínez-Vázquez et al. (2021b)	Positiva
		Hernández-Martínez et al. (2019b)	Positiva
	Presión fúndica		

Durante el parto		Martínez-Vázquez et al. (2021b)	Positiva
		Kress et al. (2021)	Positiva
Durante el parto	Episiotomía	Yakupova y Suárez (2022)	Positiva
		Hernández-Martínez et al. (2019a)	Nula
Durante el parto	Episiotomía sin consentimiento	Martínez-Vázquez et al. (2021b)	Positiva
Durante el parto	Episiotomía con consentimiento	Martínez-Vázquez et al. (2021b)	Nula
		Avignon et al. (2022)	Nula
Durante el parto	Administración de oxitocina	Yakupova y Suárez (2022)	Positiva
Durante el parto	Administración de oxitocina sin consentimiento	Martínez-Vázquez et al. (2021b)	Positiva
Durante el parto	Uso de biofeedback visual	Schlesinger et al. (2020)	Negativa mediada
		Hernández-Martínez et al. (2019a)	Positiva/Negativa (depende de la interpretación de la madre)
Durante el parto	Epidural	Freedman, Reshef y Weiniger (2020)	Negativa
		Hernández-Martínez et al. (2019b)	Positiva
		Yakupova y Suárez (2022)	Positiva
		Hernández-Martínez et al. (2019a)	
Durante el parto	Anestesia general	Hernández-Martínez et al. (2019b)	
Durante el parto	Anestesia natural y regional	Martínez-Vázquez et al. (2021b)	Nula
		Hernández-Martínez et al. (2019a)	Negativa
Durante el parto	Respeto al plan de parto	Hernández-Martínez et al. (2019b)	Negativa

		Martínez-Vázquez et al. (2021b)	Negativa
Durante el parto	Indicación de permanecer en posición horizontal	Martínez-Vázquez et al. (2021b)	Positiva
Durante el parto	Comodidad física	Türkmen, Yalniz y Akin, (2020)	Negativa
Durante el parto	Presencia de matrona	Deninotti, Denis y Berdoulat (2020)	Negativa
Durante el parto	Buenos profesionales	Freedman, Reshef y Weiniger (2020)	Negativa
		Kress et al. (2021)	Negativa
Durante el parto	Percepción de apoyo (pareja, sanitarios...)	Hernández-Martínez et al. (2020)	Negativa
		Sommerland et al. (2021)	Negativa
Durante el parto	Acompañamiento familiar	Handelzalts et al. (2022)	Negativa
Durante el parto	Confort psicoespiritual	Türkmen, Yalniz y Akin (2020)	Negativa
		Chan et al. (2020)	Negativa
		Hernández-Martínez et al. (2019a)	Negativa
Postparto	Contacto piel con piel	Hernández-Martínez et al. (2019b)	Negativa
		Hernández-Martínez et al. (2020)	Negativa
		Kahalon, Preis y Benyamini, (2022)	Negativa
		Martínez-Vázquez et al. (2021b)	Negativa
Postparto	Amamantamiento	Orouvou et al. (2020)	Positiva (ausencia)
Postparto	Amamantamiento exclusivo	Chan et al. (2020)	Negativa
		Chen et al. (2022)	Negativa
			Positiva

Postparto	Amamantamiento artificial	Hernández-Martínez et al. (2019b)	Positiva
		Hernández-Martínez et al. (2020)	
Postparto	Amamantamiento mixto	Hernández-Martínez et al. (2020)	Positiva
		Avignon et al. (2022)	Positiva
Postparto	Cuidados intensivos	Hernández-Martínez et al. (2020)	Positiva
		Orouvou et al. (2020)	Positiva
Postparto	Intervenciones quirúrgicas	Martínez-Vázquez et al. (2021b)	Positiva

Nota. Elaboración Propia.