



Diputación de Palencia



Universidad de Valladolid

Escuela de Enfermería de Palencia  
“Dr. Dacio Crespo”

**GRADO EN ENFERMERÍA**  
Curso académico (2018-2019)

**Trabajo Fin de Grado**  
**Violencia Obstétrica**

Revisión Narrativa

Alumna: Pérez Miguel, Alicia

Tutora: D<sup>a</sup> Mercedes Becerril Heras

Junio, 2019

*Dedicado a mi familia y, en especial, a  
Thomy por darme todo su apoyo.*

*A Mercedes por ser una gran tutora y  
guiarme en este trabajo.*

*A la Escuela de Enfermería de Palencia  
y a todos sus profesores por ofrecerme  
la oportunidad de cursar esta  
maravillosa carrera.*

## ÍNDICE

RESUMEN.....	4
INTRODUCCIÓN .....	5
Evolución histórica de la asistencia al parto.....	5
La violencia obstétrica y su reconocimiento en la ley .....	8
Formas de violencia obstétrica .....	9
Justificación .....	14
Objetivos.....	14
MATERIAL Y MÉTODOS .....	15
RESULTADOS .....	18
Análisis de estudios cuantitativos .....	18
Análisis de estudios cualitativos .....	23
DISCUSIÓN.....	40
CONCLUSIONES .....	41
BIBLIOGRAFÍA .....	42
ANEXOS.....	50

## RESUMEN

La violencia obstétrica es una forma de maltrato hacia la mujer en la cual el personal sanitario ejerce tanto violencia física como verbal a esta. Abarca desde la falta de respeto, la infantilización de la mujer y la represión del comportamiento hasta formas más invasivas en el período gestacional y parto de la mujer.

En esta revisión se ha realizado una búsqueda bibliográfica en distintas bases de datos encontrándose un total de 29 estudios. Se han dividido los datos según el tipo de estudio, cuantitativo o cualitativo. En los cuantitativos se han analizado y comparado datos sobre diferentes formas de violencia obstétrica y en los cualitativos se han mostrado varios testimonios, tanto de mujeres como de personal sanitario, sobre su experiencia frente a este maltrato.

La violencia verbal, las técnicas agresivas o sin consentimiento, así como la represión del comportamiento o de las emociones aparecen en el trabajo diario de los profesionales sanitarios de un gran número de países.

Hay que ser conscientes de la existencia de la violencia obstétrica, conocer las diferentes situaciones donde se produce y, lo más importante, escuchar la experiencia de las mujeres para ayudar al personal sanitario a mejorar como profesionales.

Palabras clave: violencia obstétrica, enfermería, mujer, embarazo, parto.

## INTRODUCCIÓN

Se considera violencia contra las mujeres “toda conducta, acción u omisión, que de manera directa o indirecta, tanto en el ámbito público como en el privado, basada en una relación desigual de poder, afecte su vida, libertad, dignidad, integridad física, psicológica, sexual, económica o patrimonial, como así también su seguridad personal”. La violencia obstétrica es una de las modalidades que se distinguen dentro de la violencia contra las mujeres <sup>(1)</sup>.

La violencia obstétrica se define como “aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales” <sup>(1)</sup>.

### Evolución histórica de la asistencia al parto

El trabajo de atención al parto tiene su origen hace milenios y ha ido evolucionando hasta la época actual. La primera referencia al parto la podemos encontrar en el Paleolítico, reflejado en las pinturas rupestres. En ellas aparecen dibujadas mujeres en cuclillas o apoyadas en grandes piedras, que podían estar solas o acompañadas por otra mujer. El parto solitario era algo típico de esta época, pero comienza a aparecer la figura de las parteras. Este rol estaba protagonizado por mujeres, cuyos conocimientos se basaban en su propia experiencia de parto o le eran transmitidos de forma verbal por otras mujeres <sup>(2, 3)</sup>.

Debido a algunos casos complicados en los que se producía la muerte de la madre o del feto, aparece la profesión de hechiceras, curanderas, brujos y médicos. Fue entonces cuando las mujeres comenzaron a ser víctimas de las prácticas de estos curanderos, sufriendo manteos y golpes, bebiendo brebajes, usando amuletos, y observando los cantos y bailes de estos hechiceros. Técnicas que los curanderos probaban y descartaban buscando que alguno de estos recursos llegase a funcionar <sup>(3)</sup>.

Según textos bíblicos como el Génesis y los Evangelios Apócrifos del año 1800 a. C. hasta el 1600 a. C., la mujer continuó ofreciendo los cuidados en el parto bajo el nombre de comadrona o partera <sup>(2)</sup>.

Es en Grecia (de 500 a. C hasta 500 d. C.) cuando el papel de la mujer durante la atención en el parto queda en segundo plano por la aparición del médico como principal autoridad durante las practicas obstétricas. Las comadronas pasaron de estar en una posición social alta a recurrir al disfraz y camuflaje para poder atender los partos <sup>(2)</sup>.

Sin embargo, en la cultura romana vuelve la comadrona como principal figura asistencial en el parto. Las comadronas volvían e tener un alto prestigio social y podían atender a las clases sociales altas, aunque para asistir los partos de las mujeres de los emperadores romanos tenían que ser evaluadas y aprobadas por el Senado de Roma. Las parteras solo solicitaban la ayuda de los médicos en el caso de necesitar extraer del vientre de la madre al feto sin vida <sup>(2, 3)</sup>.

En el siglo II d. C. hace su aparición Sorano de Éfeso, al que nombraron como padre de la obstetricia. Éste médico romano escribe un libro explicando procesos fisiológicos de la mujer como la menstruación, el embarazo y principalmente sobre el parto. También hace una guía dirigida a las comadronas, que éstas estaban obligadas a seguir, sobre cómo actuar ante diversas situaciones durante el parto, como por ejemplo cómo poner al feto en posición cefálica, cómo proteger el periné o cómo extraer al feto muerto <sup>(2, 3)</sup>.

En la Edad Media, la asistencia al parto continúa siendo diferente según la clase social a la que se pertenecía. Las mujeres de familias con pocos recursos eran atendidas en sus casas por otras mujeres con conocimientos únicamente adquiridos mediante la práctica de asistencia y los trasmitidos oralmente por mujeres de generaciones anteriores. Las mujeres procedentes de la nobleza o la realeza eran atendidas en casas ricas o en palacios por comadronas experimentadas <sup>(2)</sup>.

Sin embargo, ésta fue una época de regresión. En algunos lugares preservaron los conocimientos adquiridos en épocas anteriores, pero en otros se dejaron de practicar algunas técnicas como la exploración y la palpación antes del parto. A cambio, se empezó a creer en las artes de la superstición, siendo lo más importante en el embarazo la fecha de parto y la astrología con sus predicciones sobre ese día (3).

En España, durante el año 1477 d. C., los Reyes Católicos crearon el Real Tribunal del Protomedicato con la finalidad de que controlara las profesiones de médicos, cirujanos y farmacéuticos. No fue hasta el año 1498 d. C. que promulgaron una ley con la que se pretendía regular la profesión de matrona, teniendo que realizar un examen para conseguir dicho título y poder ejercer como tal. El término matrona se comenzó a usar en el siglo XVIII para nombrar a las parteras cualificadas. Las matronas dejaron de atender a las mujeres de la corte, las cuales eran asistidas por cirujanos (2).

Es en 1804 cuando la instrucción de matronas quedó regulada con un temario, profesores, exámenes y con un periodo de práctica incluido. Las mujeres que habían estado más de tres años como aprendices con una matrona o un médico podían optar a un examen para obtener la cualificación oficial. Los encargados de la enseñanza fueron exclusivamente médicos hasta el año 1868, cuando las matronas pudieron dedicarse a la docencia de forma oficial (2).

En 1958, se establece la Especialidad Obstétrica o Matrona para los estudios de ATS (Asistente Técnico Sanitario). Los hombres con la titulación de ATS solo podían ejercer como practicantes hasta la década de los 80, cuando permiten el acceso de los varones a esta especialidad. En 1992, se aprueba el programa formativo de residencia EIR (Enfermero Interno Residente) donde se puede elegir la especialidad en Enfermería Obstétrico-Ginecológica (2).

En la primera mitad del siglo XX, la asistencia al parto era mayoritariamente en el domicilio de la parturienta y fue avanzando a la atención hospitalaria en su segunda

mitad. Durante el parto hospitalizado, se ha ido progresando de una asistencia centrada en la medicalización a una asistencia menos invasiva y más respetuosa <sup>(2)</sup>.

### La violencia obstétrica y su reconocimiento en la ley

La violencia obstétrica fue reconocida institucionalmente por primera vez en Venezuela, en el año 2006. En este país se aprobó la Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, la cual defiende los derechos de las mujeres durante el parto. Tras la inclusión de esta Ley en Venezuela, el Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA) acogió el término de violencia obstétrica en sus documentos oficiales y recomendaciones generales a los países en 2007. Esta ley sirvió de ejemplo para otros países latinoamericanos como México y Argentina donde, en 2009, se implantó la Ley de Protección Integral a las Mujeres <sup>(4)</sup>.

En septiembre de 2014, la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó una declaración contra la violencia obstétrica en la que denuncia el maltrato y la falta de respeto que reciben las mujeres durante el periodo de parto. En esta declaración, la OMS fomenta las investigaciones y el estudio sobre la violencia obstétrica, impulsa la creación de programas de salud para mejorar la calidad de atención durante el parto y promueve la participación de mujeres, de profesionales y del gobierno para la identificación del maltrato y su prevención <sup>(5)</sup>.

En España no existe una ley específica que proteja a la mujer de la violencia obstétrica. Sin embargo existen otras leyes o artículos con los cuales la mujer puede defenderse <sup>(6)</sup>.

- En la Declaración de los Derechos Humanos Universales aparece en el artículo 25 que “Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure [...] la asistencia médica y los servicios sociales necesarios” <sup>(7)</sup>.
- En el artículo 43.1 de la Constitución Española “se reconoce el derecho a la protección de la salud” <sup>(8)</sup>.



- En el artículo 8 sobre el consentimiento informado de la Ley de Autonomía del Paciente recogida en el Boletín Oficial del Estado publicado en 2002, se dice que “toda actuación en el ámbito de la salud de un paciente necesita el consentimiento libre y voluntario del afectado” una vez recibida la información adecuada, siendo “verbal por regla general” y “por escrito” en prácticas invasivas <sup>(9)</sup>.
- La Estrategia de Atención al Parto Normal (EAPN), la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva y la Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal concretan un plan de parto (Anexo I) en el que aparecen de forma reducida las prácticas adecuadas para la atención en el parto. Es en este documento donde la mujer puede expresar sus decisiones con respecto a diferentes ámbitos del parto como el acompañante, su posición durante la expulsión o el contacto inmediato piel con piel con el bebé <sup>(10, 15)</sup>.

### Formas de violencia obstétrica

Una de las formas más comunes de violencia obstétrica consiste en no informar a la paciente y como consecuencia no obtener el consentimiento informado de ésta. Al no informar de las técnicas de exploración, tanto en el embarazo como en el parto, la paciente se encuentra sola ante una situación desconocida. Según la Ley de Autonomía del Paciente, todos los profesionales tienen que obtener el consentimiento informado, verbalmente o escrito si es necesario, después de haber informado correctamente a la paciente. Por lo tanto, el personal sanitario tiene que informar a la mujer de las técnicas que se vayan a realizar, así como las consecuencias de estas técnicas y posibles complicaciones <sup>(9)</sup>.

La falta de respeto es otra forma de maltrato que puede verse claramente en algunos casos pero que en otros puede pasar desapercibida. Algunas mujeres soportan gritos, insultos y burlas que las hacen sentirse indefensas, vulnerables o no válidas como madres. El uso de diminutivos y apodos, como hija, niña o cariño en España y mami o mamita en Latinoamérica, para dirigirse a la parturienta puede llevar a la infantilización de la mujer. Aunque en muchas ocasiones el uso de estos

apodos sea de forma cariñosa, el personal sanitario debe tratar a la mujer con respeto y utilizar su nombre para referirse a ella. El no respetar la intimidad de la mujer es otra forma de violencia obstétrica. Esto abarca el desnudar de medio cuerpo a la mujer para hacer una ecografía de abdomen, no cerrar la puerta en exploraciones, realizar más tactos vaginales de los necesarios y por varios profesionales o acudir demasiada gente al periodo expulsivo. Otra falta de respeto es la represión de comportamiento, en la que los profesionales sanitarios reprimen algunos comportamientos de la mujer como gritar de dolor o moverse <sup>(11)</sup>.

La inducción al parto es un procedimiento obstétrico en el que se intenta iniciar el proceso de parto promoviendo la maduración cervical y la dilatación del cuello uterino mediante el uso de hormonas farmacológicas y métodos mecánicos. La maniobra de Hamilton consiste en la separación de la parte inferior de la bolsa amniótica de la pared del útero introduciendo los dedos y rotándolos para estimular la liberación de prostaglandinas. Esta técnica es percibida por las mujeres como un tacto vaginal muy doloroso. Otra técnica de inducción al parto es la amniorrexis artificial o rotura de la bolsa amniótica. Se realiza con la intención de aumentar las contracciones y acortar el tiempo de parto. También se puede inducir el parto mediante la administración de hormonas como la prostaglandina y la oxitocina, la cual se encarga de estimular la secreción de leche y provoca la contracción del útero durante el parto. La oxitocina sintética se administra para regular las contracciones uterinas y favorecer el parto por vía vaginal. También es utilizada durante el alumbramiento para evitar una hemorragia grave. Algunas de estas técnicas son usadas de forma rutinaria en hospitales sin tener en cuenta sus riesgos, tanto para la madre como para el feto. La inducción solo debe realizarse cuando sea más beneficioso finalizar el embarazo que continuar con la gestación, siguiendo las indicaciones y contraindicaciones proporcionadas por la SEGO (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia) (Anexo II) <sup>(12 - 14)</sup>.

Durante el parto, a muchas mujeres les impiden ser acompañadas por su pareja, por un familiar o un amigo, siendo esto otra forma de maltrato. En España, la mujer tiene derecho a ser acompañada, si lo desea, durante el preparto, parto y postparto, y

puede indicar en el Plan de Parto y Nacimiento con quien desean estar acompañadas o incluso si no quieren ser acompañadas por alguien específico <sup>(10)</sup>.

Para la preparación al parto, no se debe rasurar la zona del periné de forma rutinaria puesto que puede producir erosiones cutáneas que desembocan a infecciones, malestar y prurito. Sólo se recomienda realizar esta técnica en caso de ser necesario para suturar. Al igual que el rasurado, la administración rutinaria de enemas también está desaconsejada puesto que no proporciona ningún beneficio para la parturienta. En algunas ocasiones, a las mujeres se les establece un régimen de ayuno el cual esta desaconsejado por producir deshidratación y cetosis en tiempos prolongados. En vez de esto, la mujer puede beber agua o zumo si no está contraindicado <sup>(10, 15, 16)</sup>.

Una vez comenzado el proceso de dilatación, no se debe obligar a la mujer a permanecer quieta en una posición. La gestante tiene que tener libre movilidad, puesto que ciertas posiciones ayudan a controlar el dolor y, como consecuencia, hay una menor demanda de analgésicos. Esto se aplica también en el parto, donde a muchas mujeres se las obliga a colocarse en posición ginecológica, e incluso inmovilizan sus muñecas. Las matronas tienen que encargarse de informar sobre la variedad de posturas que las gestantes pueden optar en el parto, así como los lugares donde pueden dar a luz, las ventajas y desventajas de estos y que pueden expresar sus preferencias en el Plan de Parto y Nacimiento <sup>(10, 15)</sup>.

Muchas mujeres han presenciado cómo un profesional sanitario presiona su abdomen durante el periodo expulsivo. Ésta es la maniobra de Kristeller, una técnica que está en desuso por el alto riesgo de morbilidad materna y fetal. La Estrategia de Atención al Parto Normal condena esta técnica y pretende conseguir su desaparición en las salas de parto <sup>(15)</sup>.

El dolor durante el parto viene producido principalmente por las contracciones del cuello del útero. La analgesia se usa para aliviar el dolor durante el parto y puede ser mediante la administración de fármacos o con medidas no farmacológicas. La medida analgésica más conocida es la epidural, un bloqueo espinal que elimina el

dolor de los miembros inferiores. La matrona debe explicar a la gestante los tipos de analgesia (Anexo III), así como las ventajas y desventajas de cada una. La mujer puede dejar explicado en el Plan de Parto y Nacimiento el tipo de analgesia que desea. El no informar a la mujer sobre la analgesia que puede recibir, sobre todo la no farmacológica, o el impedir que reciba alguna de éstas (no permitir acompañante, impedir la movilidad o no proporcionar a la parturienta material de apoyo si está disponible) constituye un acto de violencia obstétrica <sup>(10, 12, 17)</sup>.

Cuando un parto por vía vaginal no transcurre de manera favorable para la madre o para el feto, se recurre a la cesárea. La cesárea es la extracción del bebé a través de una incisión en el abdomen de la parturienta <sup>(12)</sup>. Esta técnica ha salvado la vida a muchos recién nacidos, sin embargo, el abuso de ésta y su uso en ocasiones en las cuales no está indicada puede producir un riesgo innecesario para la mujer (Anexo IV). La episiotomía es la incisión que se practica en el periné. Esta técnica se realiza para evitar desgarros complicados y facilitar la salida del feto. Al igual que la cesárea, el uso rutinario de la episiotomía está desaconsejado y sólo debe realizarse si está recomendada. Al uso de fórceps, ventosas o espátulas durante el parto se le llama parto instrumental. El parto instrumental debe realizarse solo si existe indicación obstétrica puesto que aumenta el número de episiotomías, provoca más desgarros, produce aún más dolor y reduce la duración de la lactancia materna. En caso de estar indicado, la Estrategia de Atención al Parto Normal recomienda el uso de ventosas frente a cualquier otro instrumento <sup>(12, 15)</sup>.

Tras el nacimiento del bebé, se debe colocar inmediatamente al recién nacido en contacto piel con piel con la madre. El contacto precoz facilita al recién nacido a reconocer el olor de la madre y establecer un vínculo con ella, favorece la lactancia materna y ayuda a su adaptación fuera del vientre de la madre. La separación del recién nacido de la madre sólo puede realizarse si está justificada y tras informar y pedir el consentimiento a los padres. La separación del recién nacido inmediatamente después el parto es una forma de maltrato, tanto para la madre como para el bebé <sup>(10, 15)</sup>.

Una de las formas de violencia obstétrica más crueles es el llamado “punto de regalo” o “punto para el marido”. Consiste en colocar un punto de sutura de más tras un desgarró o episiotomía para dejar la vagina más estrecha y que, de esta forma, el marido tenga más placer durante las relaciones sexuales. Esta sutura extra hace que la mujer tenga relaciones dolorosas y se realiza sin su consentimiento <sup>(18)</sup>.

La lactancia materna es la mejor opción para la alimentación del recién nacido, es barata, rápida y proporciona todo los nutrientes que necesita. Es importante fomentar el contacto piel con piel tras el parto, de esta forma el recién nacido puede realizar su primera toma antes de las dos horas. No se le debe de dar chupetes ni biberones durante las primeras semanas si se opta por la lactancia natural porque pueden dificultar la adaptación del recién nacido al pecho de la madre. La duración de la lactancia puede durar de 3 a 7 o más años, dependiendo de la cultura, habiendo periodos de falso rechazo. Hay que explicar a las madres que esta fase puede darse por múltiples razones (Anexo V) y que se puede retomar la lactancia materna con paciencia y perseverancia. Los profesionales de enfermería tienen que informar a la mujer de los beneficios de la lactancia materna frente a la artificial, al igual que enseñar las posturas adecuadas para amamantar al bebé (tanto tumbada como sentada) y facilitar la participación en grupos de apoyo. La madre puede decidir entre la lactancia materna y la artificial y hay que respetar su decisión <sup>(10, 15, 19, 20)</sup>.

A los pocos días del parto, la mujer puede padecer depresión postparto. Puede ser tristeza postparto, caracterizada por llantos, tristeza, malestar y pérdida de apetito, o depresión postparto, que presenta ansiedad e impotencia ante la nueva situación. Los profesionales sanitarios no deben de dar esta circunstancia como normal y tienen que hacer todo lo posible para evitar que ocurra, así como explicar a la mujer que puede encontrarse en el futuro en este estado y que, dado el caso, debe pedir ayuda lo antes posible. El que la mujer esté acompañada por un familiar durante todo el proceso de parto disminuye la probabilidad de presentar depresión postparto al igual que las clases de preparación al parto y de atención al recién nacido. Si no se ha podido prevenir la depresión, los profesionales pueden tratarla mediante la

prescripción de antidepresivos teniendo en cuenta que algunos pueden transferirse a la leche materna <sup>(12, 16)</sup>.

### Justificación

El personal de enfermería acompaña a las mujeres durante su paso por el embarazo, el parto y el puerperio. Aunque el trabajo de enfermería tenga la intención de proporcionar cuidados de alta calidad, existen acciones que, lejos de proporcionar buenos cuidados, conducen al maltrato de la paciente <sup>(6, 21-23)</sup>.

Puede que las actuaciones de enfermería que llevan a la violencia obstétrica fueran la mejor forma de ejercer la profesión en el pasado o que estuvieran demostradas de forma científica, pero la sociedad está en un constante cambio. La ciencia avanza sin descanso y aquello que en el pasado podría ser correcto en el presente puede no serlo. Los profesionales de enfermería deben seguir realizando una formación continua para avanzar en sus conocimientos, competencias y metas profesionales. <sup>(6, 21-23)</sup>.

### Objetivos

General:

- Conocer la violencia obstétrica en la sociedad.

Específicos:

- Describir cuáles son los comportamientos sanitarios que generan violencia obstétrica.
- Mostrar la percepción de las mujeres que han sido víctimas de violencia obstétrica.
- Describir la actuación del personal sanitario ante la violencia obstétrica y sus opiniones.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Para llevar a cabo la revisión de artículos, se ha realizado una búsqueda de artículos entre diciembre de 2018 y febrero de 2019. Las bases de datos utilizadas han sido PubMed, SciELO, CUIDEN, LILACS, Cochrane, Google Scholar y la Biblioteca Sanitaria online de Castilla y León.

Como principal Descriptor en Ciencias de la Salud (DeCS) se ha utilizado “violencia obstétrica”. Siendo necesario en algunas bases de datos añadir otros términos como “enfermería”, “parto” o “cuidados” referidos en la tabla 1 y combinarlos con operadores booleanos AND, OR y NOT. En algunas ocasiones se ha requerido la traducción de estos descriptores al inglés, Medical Subjects Headings (MeSH).

Tabla 1. DeCS y MeSh utilizados para la búsqueda bibliográfica. Tabla de elaboración propia.

DeCS	MeSH
Violencia obstétrica	Obstetric violence
Parto	Childbirth // Delivery // Labour
Cuidados	Healthcare
Mujer	Women
Enfermería	Nursing
Embarazo	
Maltrato	
Consentimiento	
Abuso	
Acompañamiento // Acompañante	
Percepción	
Hospitalario	
Domicilio	

Los artículos encontrados han sido evaluados mediante la lectura crítica de resumen y resultados.

## Criterios de inclusión:

- Idioma en español, inglés o portugués.
- Violencia obstétrica como tema principal.

## Criterios de exclusión:

- Artículos previos a 2010.
- Estudios en los cuales no es posible acceder a la totalidad del texto de forma gratuita.

La estrategia de búsqueda utilizada en cada base de datos es la siguiente:

Bases de datos	DeCS/MeSH	Resultados	Seleccionados
PubMed	obstetric violence AND healthcare AND nursing AND woman AND (delivery OR childbirth OR labour)	26	6
SciELO	obstetric violence	3	1
Cochrane	obstetric violence	21	0
CUIDEN	"violencia obstétrica" AND enfermería AND mujer AND	8	4
Google Scholar	"violencia obstétrica" Y enfermería Y mujer Y respeto Y cuidados Y parto Y embarazo Y maltrato Y abuso Y consentimiento Y (acompañamiento O acompañante) Y percepción Y hospitalario NO domicilio	24	12
LILACS	violencia obstétrica AND parto AND enfermería AND cuidados	8	3
Biblioteca Sanitaria online de Castilla y León	"violencia obstétrica" AND parto AND embarazo	5	3



Se han obtenido un total de 29 estudios que son de interés para analizar y discutir sus resultados. De los estudios obtenidos, 18 de ellos son en castellano, 6 en inglés y 5 en portugués. Según el tipo de estudio, 14 son de carácter cualitativo, 12 son cuantitativos y 3 de ambos tipos, cualitativo y cuantitativo. En cuanto al origen, los artículos encontrados están reflejados en la figura 1.

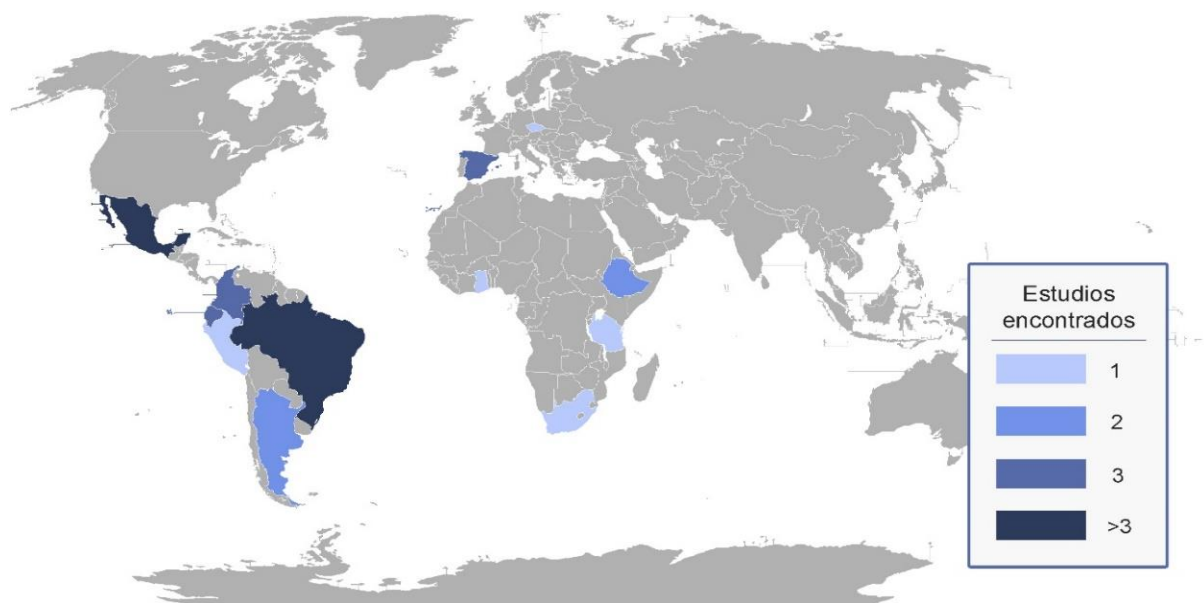


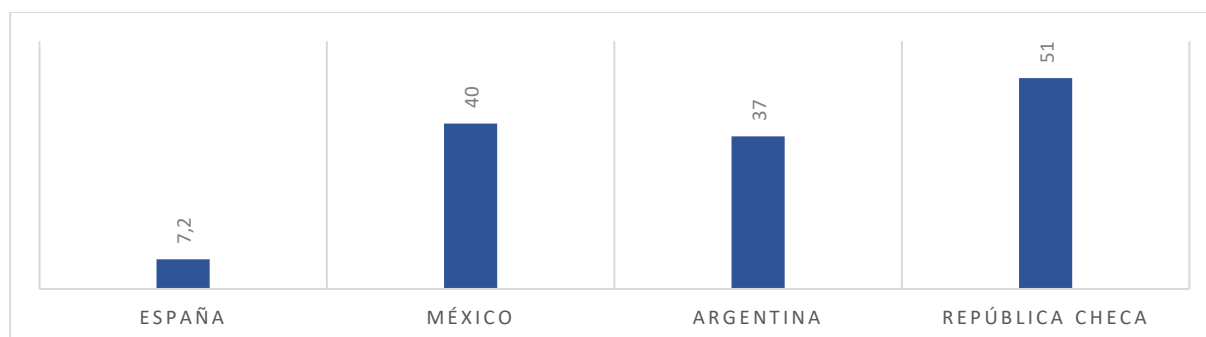
Figura 1. Distribución de los estudios encontrados mediante revisión bibliográfica según el país de origen. Figura de elaboración propia.

## RESULTADOS

Para analizar los estudios encontrados, éstos han sido divididos según el tipo de estudio, el cual puede ser cuantitativo o cualitativo. Dentro de los cuantitativos, se recogen datos sobre diferentes formas de violencia, siendo objeto de estudio tanto las mujeres como los profesionales sanitarios. En los cualitativos, se recogen varios testimonios de mujeres y profesionales contando su experiencia frente a la violencia obstétrica.

### Análisis de estudios cuantitativos

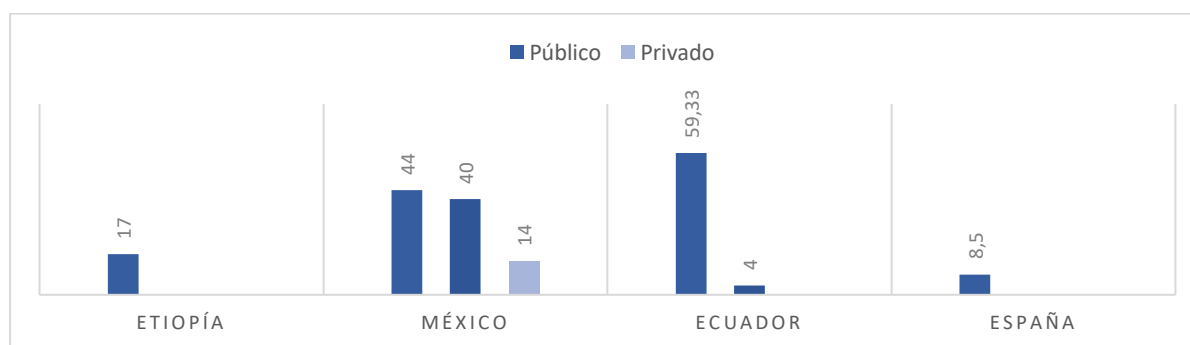
Muchos de los estudios <sup>(24-28)</sup> exponen diferentes técnicas que se realizan sin consentimiento previo. Entre ellas destacan los tactos vaginales, la administración de oxitocina, la administración de enemas, los rasurados, la participación de estudiantes en prácticas e incluso las cesáreas. Zavala <sup>(28)</sup> en 2017 muestra la diferencia entre los hospitales públicos y los privados, alegando que en hospitales públicos suman un 51% las mujeres a las que no se les explicaba el procedimiento ni se les pedía consentimiento frente al 25% en hospitales privados. En España, Rodríguez y cols. <sup>(26)</sup> en 2017, exponen que el 20.6% de las mujeres fueron sometidas a un procedimiento sin su consentimiento y el 28.7% declararon que intervinieron estudiantes en prácticas sin su aprobación. El personal sanitario en Etiopía <sup>(23)</sup> indica que el 14% nunca pide permiso en comparación con el 38.6% que lo pide a veces. Solo el 47.4% declara que pide permiso siempre al realizar procedimientos.



Gráfica 1. Tactos vaginales realizados sin consentimiento y por varias personas. Gráfica de elaboración propia <sup>(24, 26, 29, 30)</sup>.

El respeto a la intimidad también se valora en varios estudios <sup>(25, 27, 28)</sup> comentando que 8 de cada 10 mujeres en Ecuador presenciaron a más de 8 personas durante el momento de parto. El 35.7% de mujeres que participan en el estudio de Zavala <sup>(28)</sup> exponen que el lugar no fue tranquilo ni íntimo. Los sanitarios entrevistados en Etiopía <sup>(25)</sup> declaraban que el 12.7% no han respetado la intimidad de las mujeres mediante la utilización de cortinas o barreras durante exámenes o partos.

La violencia verbal y física también está reflejada en varios de los estudios <sup>(25, 26, 28, 29, 31, 32)</sup>. Dentro de la violencia verbal encontramos a mujeres que han recibido insultos, burlas, amenazas y comentarios ofensivos, siendo también típica la represión de comportamientos como el llanto, los gritos o las risas. Vuelve a ser notoria la diferencia entre la atención pública y la privada en el estudio de México <sup>(28)</sup>. En España <sup>(26)</sup>, el 8.5% de las mujeres sentían burla hacia su comportamiento, al 5% les reprimían expresar sentimientos y el 2% afirma haber recibido amenazas o insultos.

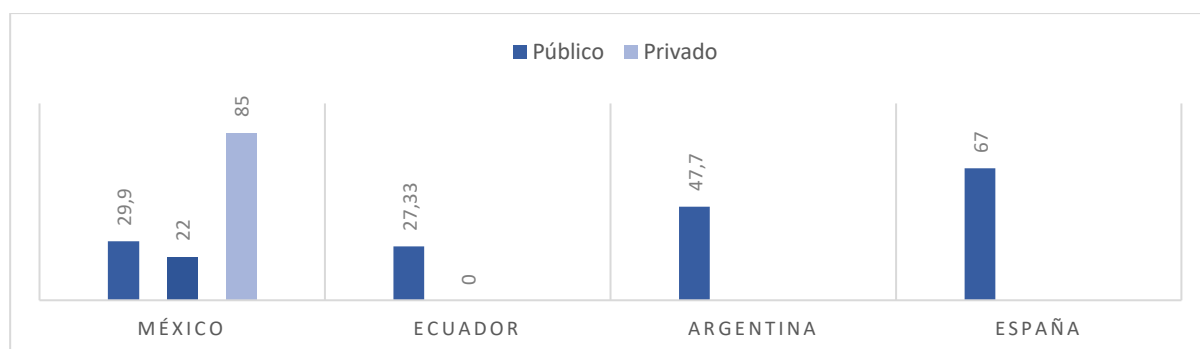


Gráfica 2. Porcentaje de mujeres víctimas de violencia verbal. Gráfica de elaboración propia <sup>(25, 26, 28, 29, 31, 32)</sup>.

La infantilización de la mujer es otra forma de violencia obstétrica que se ha analizado en pocos de los estudios <sup>(26, 29, 32)</sup>. Es destacable la diferencia que existe entre la infantilización en Ecuador <sup>(32)</sup>, un 77.33% de las mujeres, y la infantilización en España <sup>(26)</sup>, un 13.5%, quedando México <sup>(29)</sup> entre estos países con un 28.9%.

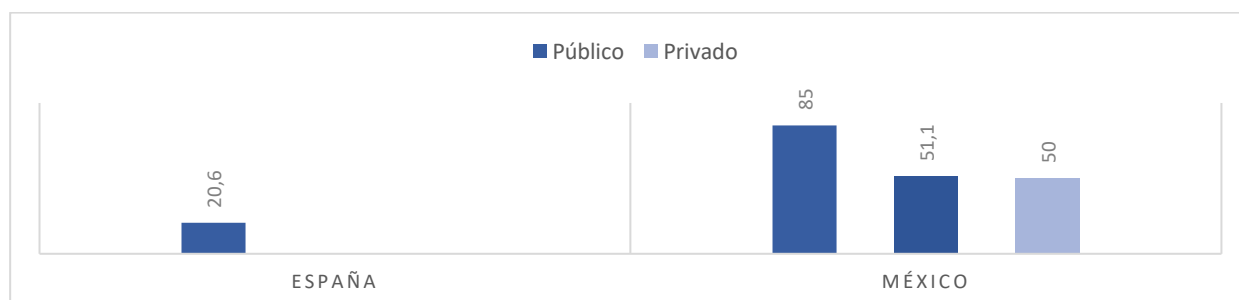
La violencia física solo está observada en el estudio de Asefa et al. en 2018 <sup>(25)</sup>, en el cual el 25.9% de los profesionales sanitarios confirman haber presenciado un episodio de violencia física hacia la mujer.

En cuanto al acompañante, podemos ver que en varios estudios <sup>(28-33)</sup> no todas las mujeres encuestadas han podido estar acompañadas por un familiar o su pareja durante el periodo del parto. Cabe destacar que Zavala <sup>(28)</sup> compara la atención de salud en centros públicos con los centros privados, dando como resultado que en los centros públicos solo el 22% de las mujeres estaban acompañadas frente al 85% de las mujeres en centros privados. Destaca que Domínguez y cols. <sup>(31)</sup> en 2018, en un estudio con 10 mujeres como muestra, expone que ninguna de ellas pudo estar con un familiar durante el parto.



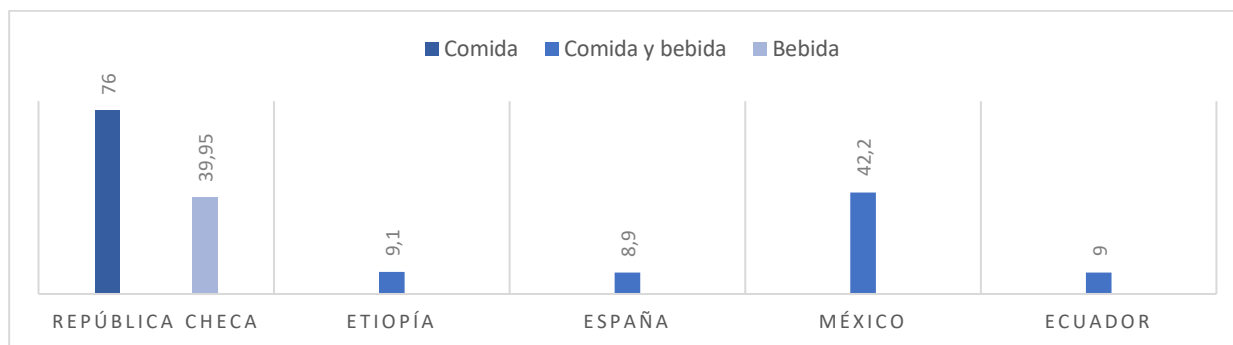
Gráfica 3. Porcentaje de mujeres con acompañante durante el parto. Gráfica de elaboración propia <sup>(28-33)</sup>.

La libertad de movimiento durante el periodo expulsivo también se encuentra comprometida según algunos estudios <sup>(25, 26, 28 y 29)</sup>. Destaca que, en México <sup>(28)</sup>, a las mujeres les dejan mayor libertad para moverse en los hospitales privados. El personal sanitario en Etiopía <sup>(25)</sup> declara que al 10.5% de mujeres se las obliga a estar encamadas, el 33.3% solo deja libertad de movimiento ocasionalmente y solo el 56.2% permite a las mujeres moverse según su preferencia. También afirma un 9% de estos profesionales que ha retenido a alguien en contra de su voluntad.



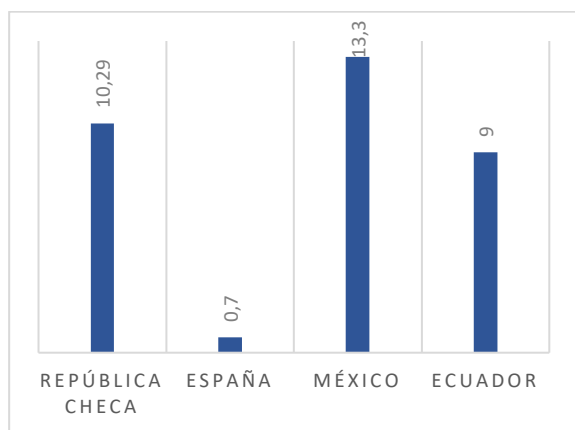
Gráfica 4. Porcentaje de mujeres obligadas a estar en cama durante el periodo impulsivo. Gráfica de elaboración propia <sup>(26, 28, 29)</sup>.

En lo referente al impedimento de tomar comida o bebida durante todo el proceso de parto, se puede observar que existe una brecha entre varios países <sup>(24 - 26, 29, 32)</sup>.

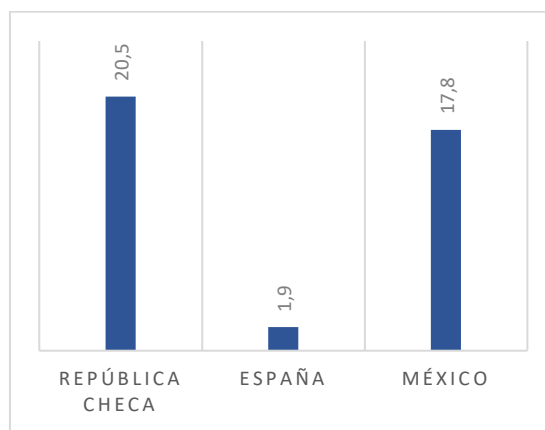


Gráfica 5. Porcentaje de mujeres a las que se les impide la ingesta de líquidos y alimentos durante el parto. Gráfica de elaboración propia <sup>(24 - 26, 29, 32)</sup>.

El rasurado y la administración de enemas de forma rutinaria son otros de los procedimientos analizados dentro de los estudios <sup>(24, 26, 29, 32)</sup>. Es resaltable el bajo porcentaje de mujeres a las que se realizan este procedimiento en España <sup>(26)</sup>, siendo del 0,7% de rasurados.

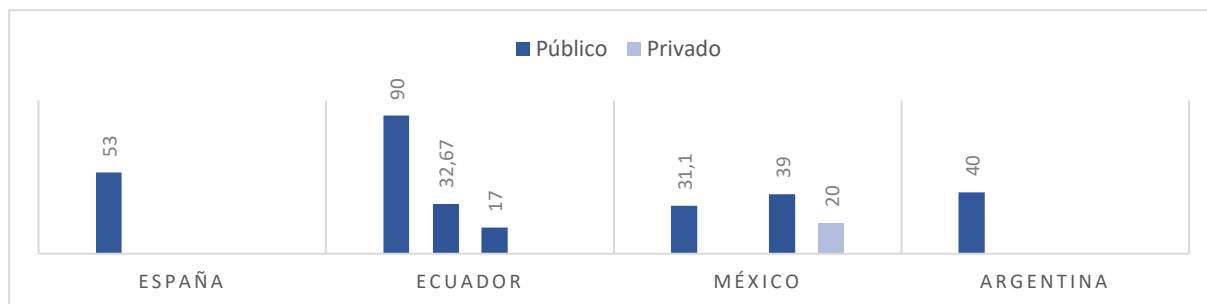


Gráfica 6. Rasurado rutinario. Gráfica de elaboración propia <sup>(24, 26, 29, 32)</sup>.



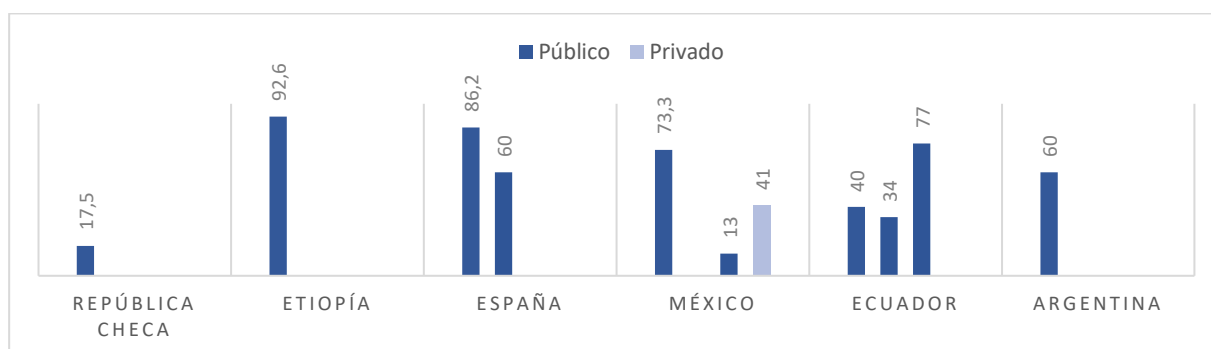
Gráfica 7. Administración rutinaria de enemas. Gráfica de elaboración propia <sup>(24, 26, 29)</sup>.

Otra de las formas de violencia obstétrica reflejada en varios estudios <sup>(27 - 31, 34)</sup> es la administración de oxitocina para acelerar el parto de forma rutinaria. García M. <sup>(34)</sup> en 2017, expone que en España el porcentaje de mujeres que reciben medicación para acelerar el parto es de 53%.



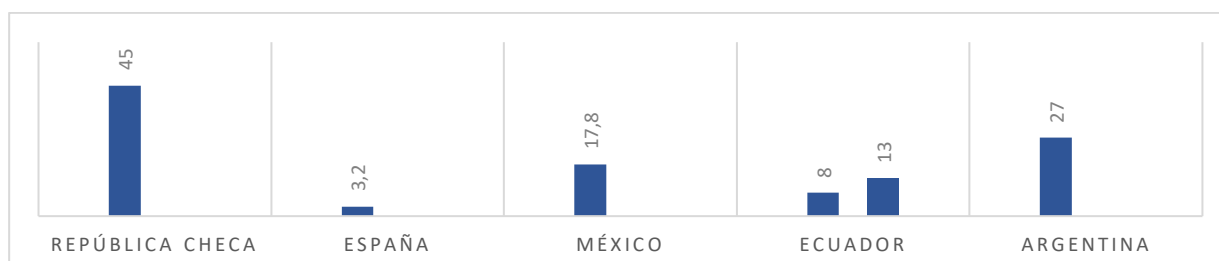
Gráfica 8. Porcentaje de inducción al parto mediante oxitocina. Gráfica de elaboración propia (27 - 31, 34).

Respecto al contacto piel con piel, en Etiopía (25) el 92.6% de las mujeres pueden beneficiarse del contacto precoz con el bebé. Sin embargo, en España, aparece en el estudio de García M. (34) que solo el 60% tenían contacto piel con piel en 2012, aumentando, según Rodríguez y cols. (26) a un 86.2% en 2017. Zavala (28) resalta que en la sanidad pública de México solo el 13% de mujeres se benefician del contacto piel con piel frente al 41% en la sanidad privada.



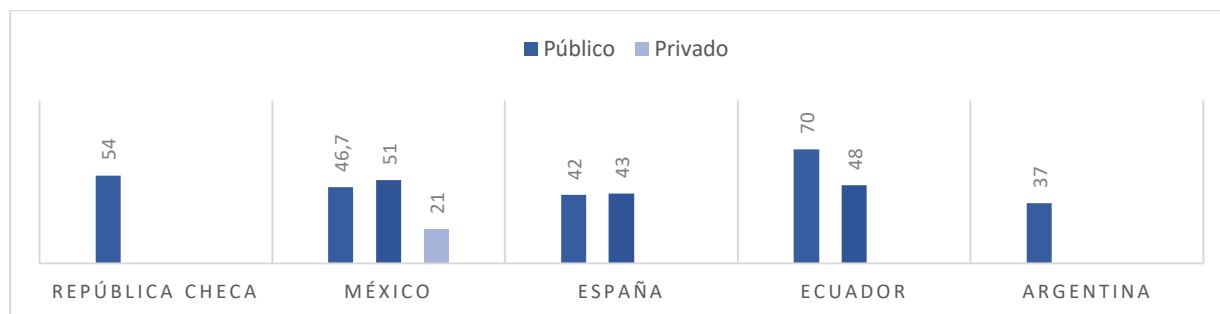
Gráfica 9. Contacto piel con piel inmediatamente tras el parto. Gráfica de elaboración propia (24 - 32, 34).

La realización de la maniobra de Kristeller no está recomendada y, sin embargo, en los estudios se muestra que la técnica continua usándose (15, 24, 26, 29 - 32).



Gráfica 10. Práctica de maniobra de Kristeller. Gráfica de elaboración propia (24, 26, 29 - 32).

Varios estudios <sup>(24, 27 - 31, 33 y 34)</sup> recopilan la cantidad de mujeres a las que se les realizan episiotomías, dando un resultado entre el 40 y el 50% en países como la República Checa, México, España y Argentina. Destaca de nuevo que en México <sup>(28)</sup> el porcentaje de episiotomías es bastante más bajo en hospitales privados.



Gráfica 11. Porcentaje de mujeres a las que se les realizan episiotomías. Gráfica de elaboración propia <sup>(24, 27 - 31, 33, 34)</sup>.

Por último, la lactancia materna inmediata se da en un 83% de las mujeres ecuatorianas encuestadas por Guanulema en 2018 <sup>(32)</sup>. Zavala <sup>(28)</sup> también evaluó el sentimiento de apoyo para iniciar la lactancia exclusiva, siendo del 53% en la sanidad pública y del 66.7% en la sanidad privada.

### Análisis de estudios cualitativos

Para analizar los estudios cualitativos se muestran varios testimonios, tanto de las mujeres como del personal sanitario. Debido a que algunos estudios están escritos en inglés, portugués o español latino y a falta de una traducción oficial, se han traducido algunos textos para adaptarlos al español de España.

Varios de los estudios <sup>(35 - 37)</sup> muestran la realización de técnicas sin informar a la mujer ni tener su consentimiento.

*“La matrona le ordenó (a la mujer) que retirara la sábana que cubría sus piernas sin explicación. La matrona comenzó a limpiarle el perineo. Después de limpiarle, cogió unas pinzas, las introdujo en la vagina de la mujer y le rompió la membrana.”*

Tanzania, observadores <sup>(35)</sup>.

*“He visto abuso verbal y coser episiotomías sin anestesia. También he notado que procedimientos como las episiotomías se realizan sin informar a la parturienta.”*

Etiopía, estudiante de matrona <sup>(36)</sup>.

*“Recuerdo que cogió una varilla y me metió la varilla, pero nunca me explicó que lo que iba a hacer era romperme la bolsa (amniótica). No me explicó lo que iba a pasar en ese momento, qué dolor iba a sentir.”*

Ecuador, madre <sup>(37)</sup>.

Uno de los abusos relatados en los estudios <sup>(37, 38)</sup> es el hecho de hacer firmar a la paciente una hoja de consentimiento si saber lo que firma para proteger legalmente a los profesionales sanitarios, siendo destacable la ligadura tubárica sin consentimiento.

*“Antes de hacerle la cesárea, ella se sentía desvanecida, mal, y un enfermero le hace firmar un documento. Le dice: ‘tienes que firmar aquí’. Luego el cirujano le dice: ‘yo me voy a negar toda la vida a eso’. Con ‘eso’ se refería a que el cirujano se iba a negar toda la vida a decir que él le había ligado las trompas.”*

Argentina, observador <sup>(38)</sup>.

La realización de numerosos tactos vaginales por varias personas es otra de las formas de violencia obstétrica ante la cual muestran su desagrado las mujeres <sup>(27, 36, 37, 39)</sup>.

*“Lo que no me gustó fue la frecuencia con la que me realizaban tactos vaginales.”*

Etiopía, madre <sup>(36)</sup>.

*“Que pasen cinco médicos únicamente para hacerte un tacto sin que te digan: ‘¿cómo estás?, ¡buen día!’, y que luego no te digan nada y se vayan. Vuelven solamente para hacerte un tacto como si fueras una vaca.”*

México, mujer <sup>(39)</sup>.



*“Cuando llegué me hicieron el tacto como tres doctores, perdí la cuenta de cuántas veces me lo hicieron.”*

Ecuador, madre <sup>(27)</sup>.

*“Los médicos a los residentes: ‘mira que esta mamá tiene el cuello en tantos (centímetros)’. Entonces tocaba uno, tocaba el otro, tocaba el otro, cinco, seis, siete tactos en un momentito. Para saber cómo está el cuello.”*

Colombia, madre <sup>(37)</sup>.

Muchas de las mujeres comentan que no fueron respetadas sus decisiones o su plan de parto e incluso bromeaban con sus demandas <sup>(22, 40 - 42)</sup>.

*“Me quedé en casa hasta el último momento, pero cuando llegué al hospital, todo se desató. La enfermera haciendo preguntas, el doctor queriendo hacer el tacto y todo el tiempo: ‘no puede hacer esto, no puede hacer aquello’, ignorando mi plan de parto. El doctor comenzó a pelear conmigo porque me había puesto una bolsa de agua caliente para amenizar la contracción.”*

Brasil, madre <sup>(40)</sup>.

*“Ellos hablaban así: ‘aquella niña que vino con una doula, que quiere todo natural, que trajo el plan de parto’ faltando el respeto en todo. El médico me dijo, ‘niña, aquí quien manda soy yo’. No se preocuparon por el plan de parto para ver lo que quería, decían que todo estaba mal, que estaba poniendo a mi hijo en peligro.”*

Brasil, madre <sup>(40)</sup>.

*“¿Apagar la luz? ¿Qué es esto, un parto o una novela romántica?”*

Brasil, médico <sup>(41)</sup>.

*“Un día tuve una infección en los riñones y me llevaron a urgencias. Me hicieron exámenes y la enfermera me dijo: ‘no, es que estás embarazada’. Le dije entonces ‘por favor, no se lo diga a mi mamá’, pues yo no era menor de edad, tenía 19 años. Y no, la primera cosa que hizo la enfermera, le dijo: ‘es que salió positivo el examen de embarazo’ y yo ‘¡Cómo! ¡¿Qué?! ¡No puede ser!, ¿Por qué tenía que decirle?’”*

Colombia, madre <sup>(22)</sup>.

También reclaman que en la sala de parto había demasiada gente <sup>(27, 43)</sup>.

*“En mi parto estaban hasta las señoras de la limpieza viendo.”*

Ecuador, madre <sup>(27)</sup>.

*“En mi parto había varias personas, me daba vergüenza el estar ahí y todos mirando.”*

Perú, madre <sup>(43)</sup>.

Uno de los actos que más denuncian las mujeres es la violencia verbal que reciben, abarcando gritos, insultos, falta de respeto y trato impersonal <sup>(36, 44 - 46)</sup>.

*“El doctor me llamó sucia y repugnante.”*

Brasil, madre <sup>(44)</sup>.

*“Cuando tenía dolor, le dije a la matrona que me ayudara. Ella me gritó, así que no volví a hablar con ella aunque tuviera dolor.”*

Etiopía, madre <sup>(36)</sup>.

*“Empecé a reclamar y el enfermero me empezó a reprimir y me insultó.”*

Brasil, madre <sup>(45)</sup>.

*“Casi todos nuestros entrevistados relataron ya haber utilizado o presenciado el uso de frases como: ‘A la hora de hacerlo no lloró, ¿por qué está llorando ahora?’, ‘A la hora de hacerlo no llamaste a tu mamá, ahora la llamas, ¿no?’, ‘si te quedas gritando tu bebé puede nacer sordo.’”*

Brasil, entrevistador <sup>(46)</sup>.

Las mujeres también sufren amenazas, chantajes e incluso castigos dependiendo de su comportamiento <sup>(35, 37, 40, 41, 44, 46)</sup>.

*“El médico, con gritos, empujones e ignorancia, me dijo que estuviera quieta y abriera las piernas, de lo contrario podría machacar al niño.”*

Brasil, madre <sup>(41)</sup>.

*“La enfermera me dijo que no cerrara las piernas, que si lo hacía mataría al bebé.”*

Brasil, madre <sup>(44)</sup>.

*“La mujer estaba llorando, la matrona le amenazó: ‘no llores o tu bebé morirá.’”*

Tanzania, observadores <sup>(35)</sup>.

*“El médico me dijo que llamaría al consejo tutelar, tenía miedo de que se llevaran a mi bebé, me sentía amenazada, sólo me quedé quieta.”*

Brasil, madre <sup>(40)</sup>.

*“Yo oí de un médico: ‘calla la boca’, ‘te voy a dejar aquí sola’, parece algo inédito de escuchar pero es común de oír.”*

Brasil, matrona <sup>(46)</sup>.

*“Una enfermera le dijo (a la compañera de habitación): ‘usted se tiene que bañar con agua fría y a esta señora que no pone problema le voy a traer calientita’. Me acuerdo de eso, entonces a la señora la bañó con fría y a mí con caliente.”*

Colombia, madre <sup>(37)</sup>.

Algunas madres relatan haber sido objeto de burla o haber sido menospreciadas por el personal sanitario <sup>(40, 41)</sup>.

*“No me gustó la forma en la que el doctor habló conmigo, no tenía gracia. Creo que, en ese momento de dolor, no tenía la necesidad de hablar de esa manera. Podría tener más educación, porque a la hora del dolor te desesperas, y él se burlaba. Parece que yo era una basura allí. Luego, en la sala de parto, contó todo lo que habíamos hablado: dijo que yo había tenido un berrinche, que mis lágrimas eran falsas.”*

Brasil, madre <sup>(40)</sup>.

*“No grites, que tu bebé no va a nacer por la boca.”*

Brasil, médico <sup>(41)</sup>.

En ocasiones, los profesionales sanitarios reprimen el comportamiento de la mujer y la culpan de su propio sufrimiento <sup>(41, 22)</sup>.

*“A la hora de hacerlo (concebir al bebé) fue bueno, ahora a aguantarse.”*

Brasil, médico <sup>(41)</sup>.

*“Éramos un montón de mujeres en un cuarto, todas empujando, gritando... una enfermera pasaba y nos regañaba: ‘le apuesto que así no gritaba cuando se lo hicieron.’”*

Colombia, madre <sup>(22)</sup>.

Una de las formas de violencia obstétrica que se puede ver en varios de los estudios cualitativos es el abandono. Aquí encontramos relatos donde las matronas y médicos ignoran los gritos y las llamadas de las mujeres e incluso no realizan algunas tareas como la limpieza de camas o la monitorización de constantes vitales <sup>(35, 36, 45)</sup>.

*“A veces, no limpian ni las camas.”*

Etiopía, madre <sup>(36)</sup>.

*“La mujer estaba gritando en la sala de parto y llamando a la enfermera. La matrona estaba sentada hablando con el personal, cerca de la sala de partos. Tras un tiempo, la mujer continuaba gritando y la matrona estaba dormida en la sala de enfermería. Al final, tuvo que atender al parto un estudiante de enfermería.”*

Tanzania, observador <sup>(35)</sup>.

*“Mientras la mujer caminaba hacia la sala de partos, agonizando y con dolor, la matrona estaba esperando en la sala de partos mirando a la mujer y hablando con otros sanitarios.”*

Tanzania, observador <sup>(35)</sup>.

*“Después de asistir un parto, la matrona volvió a la sala de enfermería para completar el registro de enfermería. A pesar de que no había examinado el latido del*

*feto, los signos vitales de la mujer, la contracción uterina ni la dilatación. Falsificó la información a la vez que falsificaba el reconocimiento postnatal.”*

Tanzania, observador <sup>(35)</sup>.

*“No quisieron atenderme y no me ayudaron en nada. Vine a buscar ayuda y me negaron atención.”*

Brasil, madre <sup>(45)</sup>.

Las mujeres relatan que no les gusta ser llamadas con apodos ni ser tratadas de forma impersonal <sup>(27, 37, 22)</sup>.

*“Me estaban llamando mamita, yo tengo nombre pero todo el tiempo era mamita abre las piernas, mamita empuja. Eso no me gusto.”*

Ecuador, madre <sup>(27)</sup>.

*“Mira, uno no llega y le dice al obstetra o a la obstetra: Doctorcito o doctorito, ni mediquito ni mediquita, ni doctorcita. Uno le dice: doctor y doctora. Ni uno les dice: enfermerita o enfermerito. No dice eso. En cambio uno sí es gorda, gordita, mamita o mamá.”*

Ecuador, madre <sup>(37)</sup>.

*“Cuando ya empezó a dolerme mucho llamé a la enfermera y le dije ‘creo que ya es hora de que me pongan la anestesia’, la enfermera soltó una carcajada ‘Ay, no mijita, aquí no es así, olvídese.’”*

Colombia, madre <sup>(22)</sup>.

Los golpes en las piernas y las bofetadas a las mujeres también se pueden ver en varios de los comentarios. Destaca que algunas matronas comentan golpear a las mujeres en las piernas como algo rutinario <sup>(35, 36, 47)</sup>.

*“Ella no quería que nadie la hiciera un tacto vaginal, así que decidí golpearla para que abriera las piernas.”*

Ghana, matrona <sup>(47)</sup>.

*“Escuché que estaban pellizcando y abofeteando a una mujer para que abriera las piernas.”*

Etiopía, madre <sup>(36)</sup>.

*“He observado que, cuando el personal sanitario quiere hacer un examen pélvico, la mujer suele tener miedo de abrir las piernas y estos le gritan y le golpean en las piernas.”*

Etiopía, matrona <sup>(36)</sup>.

*“La mujer intentó cerrar las piernas y ponerse de lado en la cama debido al dolor que tenía, la matrona la golpeó en el interior del muslo y le dijo en un tono hostil: ‘¡abre las piernas!’”*

Tanzania, observador <sup>(35)</sup>.

*“La matrona comenzó a coser el perineo desgarrado de la mujer tras el parto sin usar anestesia. La mujer gritaba y se quejaba del dolor, pero la matrona continuó cosiendo mientras la ignoraba.”*

Tanzania, observador <sup>(35)</sup>.

A la mujer no siempre se le permite estar acompañada por una persona de confianza durante el parto. Algunos profesionales se muestran reacios a que un familiar asista al parto para que no les señale ningún error en la asistencia. Otros simplemente impiden el acceso al acompañante a modo de castigo para la mujer por haber gritado o llorado <sup>(28, 37, 39, 40)</sup>.

*“Ojalá (mi pareja) hubiera estado ahí conmigo.”*

México, madre <sup>(39)</sup>.

*“Me faltó el acompañamiento de mi doula.”*

México, madre <sup>(28)</sup>.

*“Yo le decía al médico que si podía entrar el papá. Y me dijo que no, que no me había portado bien, y que porque no me había portado bien, el papá no podía entrar.”*

Colombia, madre <sup>(37)</sup>.

*“En la sala de parto es raro que dejen entrar acompañante. Es sólo cuando el hospital está más vacío, ahí se deja, dependiendo del comportamiento del acompañante.”*

Brasil, enfermera <sup>(40)</sup>.

*“Mi mayor dificultad es con el acompañante, porque él hoy sabe más que el médico, investigando en Internet. Entonces llega y determina lo que debe y lo que no debe ser hecho. Me trae muy a disgusto el tener que trabajar con este tipo de paciente.”*

Brasil, enfermera <sup>(40)</sup>.

La prohibición de la libertad de movimiento durante el periodo de dilatación también se ve reflejada en varios comentarios. Sin embargo, una mujer expresaba que, aunque tenía libertad para elegir la posición que quisiera durante el parto, no le explicaron cómo podría colocarse <sup>(27, 35, 37, 40)</sup>.

*“La matrona le dijo a la mujer, ‘¡No te sientes así!, solo túmbate en la cama y no hagas nada.’”*

Tanzania, observador <sup>(35)</sup>.

*“En el caso de que sientas dolor, usted no sabe en qué posición quedarse, ellos no te dejan ninguna posición.”*

Brasil, madre <sup>(40)</sup>.

*“Me dijeron que podía dar a luz como yo quisiera pero nunca me explicaron cómo podría ponerme.”*

Ecuador, madre <sup>(27)</sup>.

*“Entonces me tumbaron, me pusieron las barandillas de la cama aparte de lo que ya tenía puesto (el suero), como quien dice, no puede ponerse de pie por nada del mundo.”*

Colombia, madre <sup>(37)</sup>.

Las mujeres cuentan que se les prohibía la ingesta de comida o bebida y que acababan asimilando esa situación como algo normal <sup>(42)</sup>.

*“A cada rato pasaban las enfermeras y uno les decía ‘tengo hambre’ y ellas todas ‘no, no puede comer, pero después de la cirugía si, se lo juro que come’ y todas estábamos con esa mentalidad que después de la cirugía ya comíamos.”*

Colombia, madre <sup>(22)</sup>.

Otras de las experiencias vividas por las mujeres durante el parto son los enemas y rasurados que se realizan de forma rutinaria <sup>(42)</sup>.

*“Vino un enfermero, que me pareció también muy incómodo que fuera un enfermero, yo no quería que fuera un enfermero, entonces por el ano, la manguerita.”*

Colombia, madre <sup>(22)</sup>.

*“¿Rasurado de genitales? Si, y no me explicaron para qué.”*

Colombia, madre <sup>(22)</sup>.

Algunos profesionales sanitarios explican que administran medicamentos para inducir el parto de forma rutinaria para acortar el periodo de dilatación y acabar de atender a la mujer antes. En algunos casos, la administración de oxitocina se realiza sin el consentimiento de la mujer, las cuales se enteran de que les pusieron esta medicación mucho después <sup>(27, 37)</sup>.

*“Solo me pusieron un suero, que luego me empezó a doler. La enfermera me dijo que ese suero era para hidratarle a mi bebé. A penas me lo pusieron me dolió más.”*

Ecuador, madre <sup>(27)</sup>.



*“Me colocaron un medicamento y a mí el medicamento me puso súper mal. O sea, yo creo que para acelerar el trabajo de parto muy, muy rápido. Yo sufrí mucho.”*

Colombia, madre <sup>(37)</sup>.

*“Para salir más rápido porque tienes más pacientes por subir.”*

Ecuador, personal sanitario <sup>(27)</sup>.

El impedimento del contacto piel con piel también se puede ver en las declaraciones de las mujeres, siendo incluso algunos acompañados con un trato distante e impersonal <sup>(27, 35, 43)</sup>.

*“La matrona sacó al bebé y lo puso entre las piernas de la mujer. Reconoció que el bebé no respiraba y solamente dio unos golpecitos a la espalda del bebé, rápidamente redujo el ritmo y paró de intentarlo. Le dijo a la mujer: ‘tu bebé está muerto’, y después se le llevó sin dejar a la madre sostenerlo. Después volvió, dejó a la mujer levantarse sin decirle nada.”*

Tanzania, observador <sup>(35)</sup>.

*“Nunca me dijeron por qué se lo llevaban.”*

Ecuador, madre <sup>(27)</sup>.

*“Todavía no me traen a mi bebé y no me han dado información.”*

Perú, madre <sup>(43)</sup>.

Una de las mujeres explicaba que nada más nacer su bebé, morado y sin respirar, la apresuraron para tocarlo, una vez lo tocó se lo llevaron rápidamente, sin informarle de su estado <sup>(22)</sup>.

*“Yo empujé y mi bebé salió, pero ella salió sin fuerzas, morada, no lloró, no respiraba, nada. Ella la cogió de la barriguita, toda descolgada, y me decía ‘tóquela, tóquela, pero tóquela rápido mamá, tóquela rápido, tóquela rápido’. Le hice apenas así, por la nalga que fue lo que alcance a tocar y ya, se la llevaron.”*

Colombia, madre <sup>(22)</sup>.

En algunos estudios hay madres que cuentan su experiencia con la maniobra de Kristeller. Algunos profesionales comentan que realizan la maniobra porque se lo ordena el médico y no pueden llevarle la contraria <sup>(37, 40)</sup>.

*“Ya ni siquiera pude empujar y el médico se subió encima de mí con una mano debajo de los senos y me empujó la niña hacia abajo, fuertísimo. Y fue tanta la fuerza que yo no podía ni respirar.”*

Ecuador, madre <sup>(37)</sup>.

*“(La parturienta) estaba gritando. El médico empezó a hacer presión en el fondo de su útero pero ella no quería, sabía lo que era Kristeller. Ella gritaba: ‘Yo no quiero esta mano ahí’, se movía, y el médico gritó con ella, varias veces. La madre y su marido habían programado un parto maravilloso, y tuvieron un parque de horrores en la sala de parto.”*

Brasil, enfermera <sup>(40)</sup>.

*“La paciente estaba en el período expulsivo, y el médico y la propia enfermera gritaban para que hiciera fuerza. El médico dijo que no era hora de quejarse, que el bebé tenía que nacer: ‘haz la maniobra de Kristeller’, y la gente tiene que acatar lo que el médico está pidiendo.”*

Brasil, enfermera <sup>(40)</sup>.

Las episiotomías se realizan de forma rutinaria y muchas veces sin consentimiento de la mujer. Un relato de una mujer en Perú muestra como ella no quería que le hicieran una episiotomía e, ignorando su petición, se la realizaron. Otro estudio narra como algunas enfermeras dicen que hacen la episiotomía a modo de castigo <sup>(42 y 43)</sup>.

*“Yo sentí cuando me estaban cosiendo y pregunté y ahí me dijeron que me habían cortado.”*

Perú, madre <sup>(43)</sup>.

*“No supe en qué momento me cortaron. Después ya me dijeron cuando me iba a coser.”*

Perú, madre <sup>(43)</sup>.

*“Sí me realizaron un corte. Yo no quería, pero la obstetra dijo que tenían que hacerlo. No vi en qué momento me lo hicieron. Después, me dijo que iba a suturar.”*  
Perú, madre <sup>(43)</sup>.

*“¿Le va a hacer episiotomía? ‘Claro, a todas de castigo.’”*  
México, enfermeras <sup>(42)</sup>.

Algunas madres relataban que no tuvieron ayuda durante la lactancia, nadie les explicó cómo debían amamantar al bebé, las posturas que podían poner en práctica ni consejos sobre sus situaciones particulares <sup>(37)</sup>.

*“Yo no podía lactar bien porque tuve pezón invertido y nunca me dijeron ‘tiene que hacer esto’. Nada.”*  
Colombia, madre <sup>(37)</sup>.

*“Lo que pasa es que cuando yo me puse a amamantar me dolía mucho porque estaba haciendo el proceso mal, porque solo cogía la punta y no cogía todo. Entonces en eso si me dolió y me costó trabajo porque no tuve quién me indicara esto se hace así o esto se hace así.”*  
Colombia, madre <sup>(37)</sup>.

Uno de los procesos donde las mujeres señalan un peor trato es en el caso de los abortos espontáneos. La ideología del personal sanitario frente al aborto influye en el maltrato que proporcionan <sup>(23, 39)</sup>.

*“Cuando me dieron a mi hijo me dieron unos pedazos rojos que yo sé que venían de mí, pero yo estoy segura, estaba muy drogada, pero estoy segura de que vi que tiraron una parte de él (feto) a la basura, y yo no sé si me lo dieron todo, era un frasco oscuro, ni siquiera estaban preparados para eso, era un frasco pequeño y como no cabía todo lo que me sacaron porque ya tenía placenta, una parte sé que la tiraron a la basura, entonces es algo que me duele, son restos humanos y me duele pensar que no me lo dieron completo.”*  
México, mujer <sup>(39)</sup>.

*“Mi primer embarazo fue a los diecinueve años. Quería tenerlo, pero un aborto espontáneo no dejó que sucediera. Fui al hospital y por mi corta edad creyeron que había abortado voluntariamente. En medio de mi dolor me señalaron de asesina, hicieron un legrado y las enfermeras dejaron el embrión en mis piernas un rato. No sé si fue en forma de escarmiento, pero en ese momento odié mi cuerpo y todo lo que estaba pasando.”*

Colombia, madre <sup>(23)</sup>.

Una de las mujeres explicaba lo duro que fue para ella estar pasando por un aborto y tener en la misma sala a otras madres con sus hijos recién nacidos o incluso mujeres con infecciones <sup>(39)</sup>.

*“La pérdida de mi bebé fue a las 10 semanas. Estuve todo un día. Llegaban y llegaban mujeres que iban a parir, llegaban y llegaban muchísimas mujeres con infecciones de todo y yo veía y escuchaba bebés recién nacidos, y yo con mi dolor. Sí, muy feo, todavía me duele (llora).”*

México, mujer <sup>(39)</sup>.

Muchas de las mujeres cuentan su experiencia de parto como una experiencia negativa siendo víctimas de violencia obstétrica. Incluso algunas rechazaban la idea de tener otro bebé o de tenerlo en un hospital solamente por no volver a pasar por el mismo episodio <sup>(22, 36, 37)</sup>.

*“Algunas (matronas) te desprecian cuando estás de parto.”*

Etiopía, madre <sup>(36)</sup>.

*“Fui al hospital al atardecer y conocí a la matrona del turno de noche, la cual me examinó una vez y no volvió a aparecer. A ella no le importaba mucho.”*

Etiopía, madre <sup>(36)</sup>.

*“Me duele que un profesional de medicina, con una posibilidad tan grande como la de traer bebés, con esa cantidad de conocimientos, saque a relucir tanta ignorancia, tanta pobreza de espíritu.”*

Colombia, madre <sup>(22)</sup>.

*“O sea de pensar que me tocará vivir la misma situación y de todo, ¡no!, le tengo como pavor. Uno no quiere vivir esa experiencia. El ser mamá sí es muy bonito y hubiera querido tener más hijos, pero como esa experiencia no.”*

Colombia, madre <sup>(37)</sup>.

*“Yo después de haber experimentado todo lo que me tocó con mi hijo decidí que no iba a tener más, no iba a pasar por esa situación. Eso no lo quiero volver a vivir.”*

Colombia, madre <sup>(37)</sup>.

*“La próxima vez buscaría otro medio que no fuera el hospitalario.”*

Colombia, madre <sup>(22)</sup>.

El personal sanitario es consciente del mal trato que está proporcionando a sus pacientes. Se puede ver su perspectiva en varios de los estudios, así como la causa a la que atribuyen su comportamiento <sup>(36, 47)</sup>.

*“A veces, cuando hay sobrecarga de trabajo, puede que no me adhiera a la ética profesional ni a los derechos de las mujeres.”*

Etiopía, estudiante de matrona <sup>(36)</sup>.

*“Tenemos que comunicarnos bien con la paciente y contarle todo lo que vamos a hacer para que lo entienda, pero no lo hacemos.”*

Ghana, matrona <sup>(47)</sup>.

Justifican la falta de compromiso a un sueldo bajo o a la falta de educación. Al igual que justifican las amenazas y la violencia verbal como un fin para que nazca el bebé <sup>(27, 36, 46)</sup>.

*“A veces el personal está menos comprometido con su trabajo debido al sueldo tan bajo que reciben en comparación con su esfuerzo.”*

Etiopía, matrona <sup>(36)</sup>.

*“Les falta conocimiento y educación. A ellos puede que ni les importe el bebé; solo quieren salvar sus propias vidas.”*

Etiopía, estudiante de matrona <sup>(36)</sup>.

*“Durante la valoración siempre se causa dolor. No porque lo queramos causar, sino que debemos hacer procedimientos que son dolorosos para la mujer.”*

Ecuador, médico <sup>(27)</sup>.

*“¡No grites o no te voy a atender!’ Usaba esa frase como una forma de intentar llamar su atención para poder enfocarnos en el objetivo, que es conseguir que nazca el bebé.”*

Brasil, matrona <sup>(46)</sup>.

Los profesionales sanitarios afirman que parte del problema surge por la falta de personal o de tiempo <sup>(27)</sup>.

*“A veces tienes tantas pacientes que tardas un poco en volverlas a valorar.”*

Ecuador, personal sanitario <sup>(27)</sup>.

*“De vez en cuando estás solo con un tratante y dos internos y te es casi imposible estar pendiente de todas. Nos ayudamos de los internos.”*

Ecuador, personal sanitario <sup>(27)</sup>.

En ocasiones, el personal sanitario replica lo que ve en su periodo de prácticas <sup>(42 y 47)</sup>.

*“Ellos gritaban a la mujer, la golpeaban e inmediatamente daba a luz. Así que vi eso y pensé que estaba bien.”*

Ghana, matrona <sup>(47)</sup>.

*“La formación cuando yo estudié hace 20 años era la intervención. Eras una muy buena partera si sabías conducir con oxitocina, si eras rápida para hacer el trabajo de parto, para dirigir el expulsivo y hacer una buena episiotomía, una buena sutura.*

*Yo en toda mi carrera no vi un solo parto natural. Y yo hacía lo mismo, reproducía lo que me habían enseñado.”*

México, matrona <sup>(42)</sup>.

También hay profesionales que observan los malos tratos y están en desacuerdo con ellos. Algunos incluso proponen cómo mejorar la atención sanitaria <sup>(29, 40, 27)</sup>.

*“La gente no se olvida ni de lo bueno ni de lo malo. Yo creo que lo negativo se queda mucho más. Hay que tener cuidado, porque para nosotros es una rutina, pero para las mujeres es único. La gente ve las intervenciones innecesarias, no sé si es el horario de trabajo, que no tiene tiempo de estar allí a su lado.”*

Brasil, enfermera <sup>(29)</sup>.

*“Algunos profesionales se irritan con la paciente, sin entender el otro lado, de debilidad y miedo, y acabas escuchando agresiones verbales, y en ese momento no puedes hacer nada. Eso está mal, porque la gente que está presente, queriendo o no, está involucrada en la insatisfacción de la paciente y todo lo demás.”*

Brasil, enfermera <sup>(40)</sup>.

*“Les decimos las cosas en la sala de partos cuando el dolor es tan intenso que ni te escuchan; empezar desde la sala de dilatación a explicarle los procedimientos que se le realizarán sería lo más importante.”*

Ecuador, personal sanitario <sup>(27)</sup>.

## DISCUSIÓN

La violencia obstétrica está bastante arraigada en los hospitales y sus valores están muy por encima de los ideales establecidos por la Estrategia de Atención al Parto Normal (EAPN) <sup>(15)</sup>.

Acciones como la violencia verbal, la prohibición de moverse en el periodo de dilatación, el impedimento de ingerir alimentos o bebidas, el rasurado y la administración de enemas por rutina o la maniobra de Kristeller deberían desaparecer. A su vez, protocolos como el acompañamiento durante las fases del parto, el contacto piel con piel y la protección de la lactancia materna deberían fomentarse más en nuestras instituciones <sup>(15, 26 - 28, 33 - 37, 39 - 43)</sup>.

Es importante que la atención sanitaria se centre en la parte más íntima de la actividad asistencial, que tanto el personal sanitario en formación como aquellas enfermeras que rodeen a la mujer y a su pareja se den cuenta de aspectos y detalles tan necesarios como identificarse respetuosamente, llamar por el nombre a la parturienta o pedir permiso para realizar cualquier procedimiento <sup>(27, 43)</sup>.

También es importante que los profesionales sanitarios se impliquen y faciliten la participación de la mujer y su pareja en las decisiones que tomen sobre el parto sin prejuzgar ni banalizar <sup>(25, 47)</sup>.

Las mujeres que han sido víctimas de violencia obstétrica muestran un rechazo hacia la atención sanitaria pública. Como consecuencia de este maltrato, descartan la opción de volver a pasar por un parto, buscan asistencia en hospitales privados o incluso contemplan la idea de tener el parto en su hogar <sup>(22, 37)</sup>.

En España existe menos violencia obstétrica que en Sudamérica y con los años está disminuyendo cada vez más. Cabe destacar que faltan estudios en nuestro país que presenten este problema y den a conocer la experiencia de las mujeres en nuestra asistencia sanitaria. Los profesionales sanitarios deben conocer la carencia de estudios sobre la violencia obstétrica en España, sobre todo estudios cualitativos, así como tener la iniciativa de investigar en este terreno <sup>(26, 33, 34)</sup>.



## CONCLUSIONES

La violencia obstétrica está presente en nuestras instituciones y muchas veces de forma difícilmente detectable. Las mujeres y sus parejas tienen asumido algunas formas de maltrato como algo normal e, incluso, como una parte del proceso asistencial.

Durante los últimos años, el índice de natalidad ha descendido, lo que debería haberse traducido en un aumento de la calidad de los cuidados materno infantiles. Sin embargo, con la instrumentalización y medicalización del parto, ha aumentado el trato impersonal y, en algunos casos, deshumanizado, convirtiendo un proceso natural de la mujer en un proceso patológico.

Aun estando en la era de la información, existe un gran desconocimiento sobre la violencia obstétrica por parte de los profesionales y las parejas. A veces, este exceso de información, la aparición de bulos y los mitos erróneos pueden conducir a la desinformación. Por esto, es necesario educar al personal sanitario desde el principio de su formación, promover la formación continuada y apostar por la promoción y la educación para la salud en el ámbito materno infantil. Además, incidir en aspectos como el entorno de los lugares de trabajo, así como en la comunicación verbal, no verbal y actitudes del personal sanitario como reto para una asistencia integral.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Ley de Protección Integral a las Mujeres. Buenos aires [Internet]. 2009 [accedido el 28 de enero de 2019]. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/150000-154999/152155/norma.htm>
2. Manrique J, Fernández A, Figuerol M, Teixidó J, Barranco M, Echevarría P. Historia de la profesión de matrona. AgInf [Internet]. 2014 [accedido el 24 de enero de 2019]. 69(18): 26-28. Disponible en: [https://www.agoradenfermeria.eu/magazine/articles/037\\_coill\\_es.pdf](https://www.agoradenfermeria.eu/magazine/articles/037_coill_es.pdf)
3. Sedano M, Sedano C, Sedano R. Reseña histórica e hitos de la obstetricia. Revista Médica Clínica Las Condes [Internet]. 2014 [accedido el 24 de enero de 2019]. 25(6): 866-873. Disponible en: [https://www.clinicalascondes.cl/Dev\\_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2014/6%20Nov/04-sedano.pdf](https://www.clinicalascondes.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2014/6%20Nov/04-sedano.pdf)
4. Arguedas G. La violencia obstétrica: propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense. Cuadernos Intercambio sobre Centroamérica y el Caribe [Internet]. 2014 [accedido el 28 de enero de 2019]. 11(1): 145-169. Disponible en: <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/intercambio/article/view/14238/13530>
5. Organización Mundial de la Salud. Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud [Internet]. 2014. [accedido el 28 de enero de 2019]. Disponible en: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134590/WHO\\_RHR\\_14.23\\_spa.pdf;jsessionid=D1B5962059E196029829857CEA0808CE?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134590/WHO_RHR_14.23_spa.pdf;jsessionid=D1B5962059E196029829857CEA0808CE?sequence=1)

6. Margarita E. Hacia los partos empoderados: recuperando nuestros cuerpos secuestrados por la biomedicina. *Dossiers Feministes* [Internet]. 2017 [accedido el 28 de enero de 2019]. 22: 87-106. Disponible en: <https://www.raco.cat/index.php/DossiersFeministes/article/view/328066/418603>
7. ONU: Asamblea General, Declaración Universal de Derechos Humanos [Internet]. 1948 [accedido el 28 de enero de 2019]. 217 A (III). Disponible en: [https://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR\\_Translations/spn.pdf](https://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/spn.pdf)
8. Constitución Española. Boletín Oficial del Estado [Internet]. 1978 [accedido el 28 de enero de 2019]. Disponible en: [http://noticias.juridicas.com/base\\_datos/Admin/constitucion.t1.html#a43](http://noticias.juridicas.com/base_datos/Admin/constitucion.t1.html#a43)
9. Ley de Autonomía del Paciente. Boletín Oficial del Estado [Internet]. 2002 [accedido el 28 de enero de 2019]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2002-22188>
10. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Plan de Parto y Nacimiento [Internet]. 2011. [accedido el 28 de enero de 2019]. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/planPartoNacimiento.pdf>
11. García E. La violencia obstétrica como violencia de género. Una mirada feminista a la situación en España. [Internet]. 2015. [accedido el 4 de febrero de 2019]. Disponible en: [http://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/151385/TFM\\_2014\\_garcia\\_E.pdf;jsessionid=552815900CAB676E19759C064CB95DFB?sequence=1](http://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/151385/TFM_2014_garcia_E.pdf;jsessionid=552815900CAB676E19759C064CB95DFB?sequence=1)
12. Área de la mujer [Internet]. SEGO. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. [accedido el 4 de febrero de 2019]. Disponible en: <https://sego.es/Area de la Mujer>

13. Gilart P, Cantizano M, Landroguéz S. Actualización sobre el uso de la maniobra de Hamilton como método de inducción al parto vs inducción farmacológica. [Internet]. 2016. [accedido el 4 de enero de 2019]. Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/maniobra-hamilton-induccion-parto/>
14. Ministerio de Sanidad y Política Social. Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto. [Internet]. 2010. [accedido el 4 de febrero de 2019]. Disponible en: [http://www.guiasalud.es/GPC/GPC\\_472\\_Part0\\_Normal\\_Osteba\\_compl.pdf](http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_472_Part0_Normal_Osteba_compl.pdf)
15. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Informe sobre la Atención al Parto y Nacimiento en el Sistema Nacional de Salud. [Internet] 2012. [accedido el 4 de febrero de 2019]. Disponible en: [https://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/InformeFinalEAPN\\_revision8marzo2015.pdf](https://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/InformeFinalEAPN_revision8marzo2015.pdf)
16. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones de la OMS para la conducción de parto. [Internet]. 2015. [accedido el 4 de febrero de 2019]. Disponible en: [https://www.who.int/topics/maternal\\_health/directrices\\_OMS\\_parto\\_es.pdf](https://www.who.int/topics/maternal_health/directrices_OMS_parto_es.pdf)
17. Arjona M. Proceso de parto y estrategias para afrontarlo. [Internet]. 2015 [accedido el 9 de febrero de 2019]. Disponible en: <http://tauja.ujaen.es/bitstream/10953.1/1713/1/TFG%20ArjonaLopez%2CAntonio.pdf>
18. García E. La violencia obstétrica como violencia de género. Estudio etnográfico de la violencia asistencial en el embarazo y el parto en España y de la percepción de usuarias y profesionales. [Internet]. 2018. [accedido el 9 de febrero de 2019]. Disponible en: [https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/684184/garcia\\_garcia\\_eva\\_margarita.pdf?sequence=1](https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/684184/garcia_garcia_eva_margarita.pdf?sequence=1)

19. Consejería de Salud del Gobierno de la Rioja. Guía de lactancia materna para profesionales de la salud. [Internet]. 2010. [accedido el 11 de febrero de 2019]. Disponible en: [https://www.aeped.es/sites/default/files/8-guia\\_prof\\_la\\_rioja.pdf](https://www.aeped.es/sites/default/files/8-guia_prof_la_rioja.pdf)
20. Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. Preguntas frecuentes sobre la lactancia materna. [Internet]. 2012. [accedido el 11 de febrero de 2019]. Disponible en: <https://www.aeped.es/sites/default/files/201203-preguntas-frecuentes-actualizado-feb2015.pdf>
21. Batista B, Bruggemann O, Junges C, Velho M, Costa R. Fatores associados à satisfação do acompanhante com o cuidado prestado à parturiente. Cogitare enferm [Internet]. 2017 [accedido el 10 de abril de 2019]. 22(3). Disponible en: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-875383>
22. Monroy S. El continuo ginecobs-tétrico Experiencias de violencia vividas por mujeres gestantes en servicios de salud en Bogotá. Repositorio Institucional UN [Internet]. 2012 [accedido el 10 de abril de 2019]. Available from: <http://www.bdigital.unal.edu.co/7805/1/soniaandreamonroymu%C3%B1oz.2012.pdf>
23. Díaz A, Giraldo L. "Círculo de mujeres re-habitando mi cuerpo, re-estableciendo mis vínculos" una apuesta pedagógica basada en el autocuidado para la restitución emocional y corporal de mujeres víctimas de violencia ginecobstétrica. Repositorio Institucional Universidad Pedagógica Nacional [Internet]. 2016 [accedido el 10 de abril de 2019]. Disponible en: <http://repository.pedagogica.edu.co/bitstream/handle/20.500.12209/2347/TE-19820.pdf?sequence=1>
24. Bedley C, Sedlicka N, Daly D. Respectful and disrespectful care in the Czech Republic: an online survey. NCBI [Internet]. 2018 [accedido el 12 de abril de 2019]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6280471/>

25. Asefa A, Bekele D, Morgan A, Kermode M. Service providers' experiences of disrespectful and abusive behavior towards women during facility based childbirth in Addis Ababa, Ethiopia. NCBI [Internet]. 2018 [accedido el 12 de abril de 2019]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5756390/>
26. Rodríguez P, Aguilera L. La violencia obstétrica, otra forma de violencia contra la mujer. El caso de Tenerife. Musas [Internet]. 2017 [accedido el 12 de abril de 2019]. 2(2): 56-74. Disponible en: <http://revistes.ub.edu/index.php/MUSAS/article/view/vol2.num2.4/21984>
27. Borja C. Violencia obstétrica: percepciones de las prácticas de atención de salud. Repositorio USFQ [Internet]. 2017 [accedido el 12 de abril de 2019]. Disponible en: <http://repositorio.usfq.edu.ec/jspui/bitstream/23000/6592/1/131233.pdf>
28. Zavala J. Atenciones recibidas y satisfacción hospitalaria desde la percepción de ser madre: Componentes de una atención (humanizada) a la mujer en parto con base en la evidencia. Repositorio Institucional USON [Internet]. 2017 [accedido el 12 de abril de 2019]. Disponible en: <http://www.repositorioinstitucional.uson.mx/bitstream/handle/unison/278/zavalasotojoseoctaviod.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
29. Figueroa O, Hurtado R, Valenzuela D, Bernal J, Duarte C, Cazares F. Violencia obstétrica: percepción de las usuarias sonorenses. Sarus [Internet]. 2017 [accedido el 12 de abril de 2019]. 14-21. Disponible en: <http://sanus.uson.mx/revistas/articulos/3-SANUS-3-03.pdf>
30. Alvarez E, Russo P. Violencia obstétrica: naturalización del modelo de atención médico hegemónico durante el proceso de parto. UNC [Internet]. 2016 [accedido el 16 de abril de 2019]. Disponible en: [https://rdu.unc.edu.ar/bitstream/handle/11086/4514/Tesis-Violencia-Obst%C3%A9trica.-Alvarez-Russo%20\(1\).pdf?sequence=1](https://rdu.unc.edu.ar/bitstream/handle/11086/4514/Tesis-Violencia-Obst%C3%A9trica.-Alvarez-Russo%20(1).pdf?sequence=1)

31. Domínguez D, Sánchez B. Percepción de las usuarias sobre la atención obstétrica recibida en los hospitales de Guayaquil. Repositorio UG [Internet]. 2018 [accedido el 10 de abril de 2019]. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/re dug/31609/1/CD%20445-%20DOMINGUEZ%20ONTANO%2C%20DOMENICA.pdf>
32. Guanulema Y. Estrategias Comunicacionales sobre “Parto Cultural Adecuado” y su incidencia en disminución de violencia obstétrica en los Centros de Salud de la ciudad de Ambato. Repositorio UTA [Internet]. 2018 [accedido el 16 de abril de 2019]. Disponible en: <http://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/27854/1/Guanulema%20Ya dira.pdf>
33. Villarrea S, Olza I, Recio A. El parto es nuestro El impacto de una asociación de usuarias en la reforma del sistema obstétrico de España. Dilemata [Internet]. 2015 [accedido el 12 de abril de 2019]. 18: 157-183. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5106942>
34. García E. Hacia los partos empoderados: recuperando nuestros cuerpos secuestrados por la biomedicina. Dossiers feministes [Internet]. 2017 [accedido el 16 de abril de 2019]. 22: 87-106. Disponible en: <https://www.raco.cat/index.php/DossiersFeministes/article/view/328066/418603>
35. Shimoda K, Horiuchi S, Leshabari S, Shimpuku Y. Midwives’ respect and disrespect of women during facility-based childbirth in urban Tanzania: a qualitative study. NCBI [Internet]. 2018 [accedido el 10 de abril de 2019]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5763614/>
36. Burrowes S, Holcombe S, Jara D, Carter D, Smith K. Midwives’ and patients’ perspectives on disrespect and abuse during labor and delivery care in Ethiopia: a qualitative study. NCBI [Internet]. 2017 [accedido el 10 de abril de 2019]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5567643/>

37. Restrepo A, Rodríguez D, Marecela N. "Me des-cuidaron el parto": la violencia obstétrica y el cuidado recibido por el personal de la salud a mujeres durante su proceso de parto. Repository Javeriana [Internet]. 2016 [accedido el 16 de abril de 2019]. Disponible en: <https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/20447/RodriguezMartinezDaniela2016.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
38. Calafell N. La violencia obstétrica y sus modelos de mundo. Cuestiones de género: de la igualdad y la diferencia [Internet]. 2015 [accedido el 20 de abril de 2019]. 10: 331-354. Disponible en: <http://revpubli.unileon.es/ojs/index.php/cuestionesdegenero/article/view/1350/1382>
39. Contreras-Tinoco K. Violencia obstétrica en mujeres asistidas por aborto espontáneo en Guadalajara, México: expresiones de violencia institucional y autoritarismo médico. Musas [Internet]. 2018 [accedido el 20 de abril de 2019]. 3: 52-70. Disponible en: <http://revistes.ub.edu/index.php/MUSAS/article/view/vol3.num2.4/23952>
40. Oliveira V, Penna C. O discurso da violência obstétrica na voz das mulheres e dos profissionais de saúde. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2017 [accedido el 16 de abril de 2019]. 26(2). Disponible en: [http://www.scielo.br/pdf/tce/v26n2/pt\\_0104-0707-tce-26-02-e06500015.pdf](http://www.scielo.br/pdf/tce/v26n2/pt_0104-0707-tce-26-02-e06500015.pdf)
41. Gonçalves M, Carreira M, Pinheiro L, Carcaman R, Kakuda A. Violência obstétrica na visão de enfermeiras obstetras. Revista Rene [Internet]. 2014 [accedido el 16 de abril de 2019]. 15(4): 720-728. Disponible en: [http://repositorio.ufc.br/ri/bitstream/riufc/11479/1/2014\\_art\\_mgsilva.pdf](http://repositorio.ufc.br/ri/bitstream/riufc/11479/1/2014_art_mgsilva.pdf)
42. Campiglia M. La institucionalización del nacimiento. El vínculo roto. CIESAS [Internet]. 2017 [accedido el 20 de abril de 2019]. Disponible en: <https://ciesas.repositorioinstitucional.mx/jspui/bitstream/1015/643/1/TE%20C.C.%202017%20Mercedes%20Campiglia%20Calveiro.pdf>



43. Paucar R. Violencia obstétrica: percepción de las gestantes en trabajo de parto. Hospital regional docente de Cajamarca. Repositorio UNC [Internet]. 2018 [accedido el 20 de abril de 2019]. Disponible en: [http://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/UNC/1801/T016\\_72540406\\_T.p df?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/UNC/1801/T016_72540406_T.p df?sequence=1&isAllowed=y)
44. Silva-Carvalho I, Santana-Brito R. Formas de violencia obstétrica experimentada por madres que tuvieron un parto normal. Enfermería Global [Internet]. 2017 [accedido el 20 de abril de 2019]. 16. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412017000300071&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412017000300071&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
45. Pereira D, Herdy V, Garcia L, Vidal A, Branco M, Asturiano L. A peregrinação no período reprodutivo: uma violência no campo obstétrico. Esc Anna Nery [Internet]. 2015 [accedido el 16 de abril de 2019]. 19(4). Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452015000400614](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452015000400614)
46. Marques J, Pires A, Blima L. Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde. FAPES [Internet]. 2013 [accedido el 16 de abril de 2019]. Disponible en: [https://scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2013001600015](https://scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013001600015)
47. Rominski S, Lori J, Nakua E, Dzomeku V, Moyer C. When the baby remains there for a long time, it is going to die so you have to hit her small for the baby to come out": justification of disrespectful and abusive care during childbirth among midwifery students in Ghana. Health Policy and Planning [Internet]. 2016 [accedido el 10 de abril de 2019]. 32(2): 215-224. Disponible en: <https://academic.oup.com/heapol/article/32/2/215/2555427>

## ANEXOS

## Anexo I. Plan de Parto del Servicio de Salud de Castilla y León.

DATOS DE FILIACIÓN	
Centro: Dirección: CP:      Provincia: Población:	Paciente: Dirección: CP:      Provincia:      Telf.:      CIPA: Fecha de Nacimiento:      DNI: Lugar de Nacimiento:      Sexo: <input type="checkbox"/> Hombre <input checked="" type="checkbox"/> Mujer
NECESIDADES ESPECIALES POR DIFERENCIA DE CAPACIDAD	<input type="checkbox"/> Necesaria:
NECESIDADES ESPECIALES POR MOTIVOS DE CULTURA O IDIOMA	<input type="checkbox"/> Necesaria:
PERIODO DE DILATACIÓN	
INTIMIDAD	<input type="checkbox"/> Deseo que se respete mi derecho a la intimidad y que para ello solo esté presente el personal necesario.
INFORMACIÓN Y TOMA DE DECISIONES	<input type="checkbox"/> Deseo recibir información sobre la evolución del parto y participar en las decisiones sobre el mismo, tras ser informada de las diferentes alternativas. <input type="checkbox"/> Deseo conocer el nombre y el cargo del profesional que me atienda. <input type="checkbox"/> Deseo tener una matrona de referencia durante el proceso. <input type="checkbox"/> Prefiero no recibir información sobre la evolución de mi parto.
ACOMPañAMIENTO	<input type="checkbox"/> La persona que deseo que me acompañe durante el parto es... <input type="checkbox"/> Prefiero estar sola.
MOVILIDAD Y ADOPCIÓN DE DIFERENTES POSICIONES	<input type="checkbox"/> Deseo poder moverme con libertad durante el parto y poder elegir la posición que prefiera en cada momento.
MATERIAL DE APOYO	<input type="checkbox"/> Desearía utilizar:
TRATAMIENTO Y MANEJO DEL DOLOR	<input type="checkbox"/> Deseo analgesia farmacológica durante el parto.Especificar... <input type="checkbox"/> Prefiero utilizar otros métodos de alivio del dolor y medidas de apoyo.Especificar... <input type="checkbox"/> Prefiero elegirlo más tarde..
INGESTA DE LÍQUIDOS	<input type="checkbox"/> Deseo poder beber los líquidos recomendados durante el proceso de parto.
EVOLUCIÓN DEL PROCESO DE DILATACIÓN	<input type="checkbox"/> Si la evolución de mi proceso es normal, no deseo que me administren fármacos ni se realicen procedimientos para acelerar de forma artificial la dilatación.
PERIODO EXPULSIVO	
POSICIÓN A ADOPTAR	<input type="checkbox"/> Deseo poder elegir la postura para el momento del nacimiento.
EPISIOTOMÍA	<input type="checkbox"/> Deseo que, siempre que sea posible, no se me realice episiotomía. Deseo que se valore cuando llegue el momento la posibilidad de no realizar la episiotomía.
NACIMIENTO	<input type="checkbox"/> Deseo estar acompañada por... <input type="checkbox"/> Deseo estar sola. <input type="checkbox"/> Me gustaría tener un ambiente íntimo y respetado para este momento y que para ello solo esté presente el personal necesario.
CORTE DEL CORDÓN UMBILICAL	<input type="checkbox"/> Deseo, si es posible, que mi pareja corte el cordón umbilical. <input type="checkbox"/> He autorizado la extracción de sangre de cordón para su donación.

## MI PLAN DE PARTO Y NACIMIENTO

Página 2 de 2

ATENCIÓN AL RECIÉN NACIDO	
REALIZACIÓN DEL PIEL CON PIEL	<input type="checkbox"/> Salvo que las circunstancias lo requieran, deseo tener a mi hijo/a en contacto piel con piel al nacimiento. <input type="checkbox"/> Si yo no puedo hacerlo, consultarlo con mi pareja.
INICIO DE LA LACTANCIA	<input type="checkbox"/> Deseo iniciar la lactancia materna en la primera hora de vida de mi hijo/a. <input type="checkbox"/> He decidido dar a mi hijo/a leche artificial. <input type="checkbox"/> Tomaré la decisión más adelante.
ATENCIÓN INICIAL DEL RECIÉN NACIDO	<input type="checkbox"/> Siempre que sea posible, deseo permanecer junto a mi hijo/a, y que se pospongan las actuaciones no urgentes.
HIGIENE DEL RECIÉN NACIDO	<input type="checkbox"/> Deseo realizar yo misma los cuidados e higiene de mi hijo/a. <input type="checkbox"/> Deseo realizar los cuidados e higiene del bebé con el apoyo y ayuda de mi acompañante o pareja. <input type="checkbox"/> Si yo no puedo hacerlo, deseo que mi pareja u otra persona realice dichos cuidados.
ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS	<input type="checkbox"/> Deseo que se administre vitamina K oral a mi hijo/a tras el nacimiento y me comprometo a la continuidad de su administración en domicilio de acuerdo con la pauta que se prescriba. <input type="checkbox"/> Deseo que se administren según el protocolo del centro hospitalario.
PERIODO POSTPARTO	
TRASLADO A PLANTA Y ESTANCIA EN LA MATERNIDAD TRAS EL NACIMIENTO	<input type="checkbox"/> Deseo que el traslado del recién nacido se realice en piel con piel conmigo y poder estar acompañados por:
DURACIÓN DE LA ESTANCIA Y COHABITACIÓN	<input type="checkbox"/> Deseo cohabitación con mi hijo/a durante el ingreso en planta de hospitalización.
OTRAS CUESTIONES IMPORTANTES PARA MÍ	
<b>DECLARO</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Que he leído y he comprendido el presente documento y he cumplimentado las opciones que he estimado convenientes para determinar mi PLAN DE PARTO Y NACIMIENTO.</li> <li>• Que he sido informada de otras alternativas existentes y de las ventajas e inconvenientes de cada una.</li> <li>• Que la decisión que tomo es libre y voluntaria, y en todo caso me reservo el derecho a modificar el mismo antes del parto o a revocarlo de forma oral total o parcialmente durante el parto y la estancia hospitalaria sin expresar la causa.</li> <li>• Que se me entrega una copia de este documento.</li> </ul>	
<b>LUGAR, FECHA Y FIRMA DEL DOCUMENTO</b> En _____, a _____ de _____ de _____ PACIENTE	<b>LUGAR, FECHA Y FIRMA DE LA REVOCACIÓN DEL DOCUMENTO</b> He decidido revocar mi anterior autorización En _____, a _____ de _____ de _____ PACIENTE

Anexo II. Indicaciones y contraindicaciones para la inducción al parto. Tabla de elaboración propia <sup>(12)</sup>.

INDUCCIÓN AL PARTO	
INDICACIONES	CONTRAINDICACIONES
Complicaciones médicas y del embarazo.	Contraindicación de parto vaginal, donde esté indicada la realización de cesárea.
Rotura prematura de membranas son comienzo del parto en un plazo de 24 horas.	Desproporción entre el tamaño de la cabeza fetal y la pelvis de la madre.
Infecciones o muerte fetal dentro del útero.	Sufrimiento fetal.
Sospecha de riesgo fetal por no recibir los nutrientes o el oxígeno suficiente a través de la placenta.	Situación anómala de la placenta.
Embarazo prolongado de más de 41 semanas de gestación.	Colocación anormal del bebé.
Inducción electiva con madurez fetal y sin complicaciones médicas.	Madre con antecedentes de rotura uterina, cirugías complicadas de útero o distensión uterina exagerada.

## Anexo III. Métodos de analgesia farmacológica y no farmacológica para el parto.

Tabla de elaboración propia <sup>(10, 12, 17)</sup>.

<b>ANALGESIA FARMACOLÓGICA</b>	<b>ANALGESIA NO FARMACOLÓGICA</b>
Anestesia inhalatoria.	Apoyo durante el parto: acompañante y matrona.
Analgesia parenteral (intramuscular o intravenosa).	Inmersión en agua caliente.
Bloqueo de nervios pudendos y paracervicales.	Masaje y contacto físico.
Analgesia local (piel y músculos en la episiotomía).	Libertad de movimiento.
Bloqueo espinal (epidural y subaracnoideo).	Inyección de agua estéril (intradérmica a los lados de la base de la columna).
Anestesia general.	Acupuntura.
	Técnicas de relajación e hipnosis.
	Material de apoyo (pelotas de parto, cuerdas, cojines).
	Psicoprofilaxis.
	Estimulación nerviosa eléctrica transcutánea.
	Musicoterapia y aromaterapia.

Anexo IV. Posibles complicaciones en la cesárea. Tabla de elaboración propia <sup>(12)</sup>.

<b>COMPLICACIONES EN LA CESÁREA</b>	Infección de la cavidad uterina.
	Sangrado.
	Lesiones de órganos pélvicos.
	Accidentes tromboembólicos.
	Complicaciones derivadas de la analgesia utilizada.

Anexo V. Motivos de rechazo de la lactancia materna. Tabla de elaboración propia <sup>(12)</sup>.

<b>RECHAZO DE LACTANCIA MATERNA</b>		
Tras la primera toma	Rechaza un pecho	Rechaza ambos pechos
El recién nacido duerme durante 8-10 hora después de la primera toma.	Postura inadecuada que dificulta el agarre.	Experiencia desagradable que provoca rechazo oral (sondas, aspiración).
	Pezón plano o demasiado grande.	Cambio de rutina.
	Dolor de oído, fractura de clavícula, molestias por la vacunación.	Cambio del sabor de la leche por embarazo o menstruación.
	Mastitis que modifica el sabor de la leche.	Cambio del olor de la madre por colonias o jabones.
	El bebé se queda satisfecho con el primer pecho.	Ruidos fuertes que incomoden al recién nacido.