

# LES CONSEQÜÈNCIES PSIGOLÒGIQUES DE LA VIOLÈNCIA OBSTÈTRICA

## REVISIÓ BIBLIOGRÀFICA

**Autora:** Carla Vall-Ilosera Fernández

Treball Final de Grau

**Tutora:** Dra. Concepció Fuentes Pumarola

Grau en Infermeria

Curs 2021-2022



## AGRAÏMENTS

M'agradaria començar donant-li les gràcies a la meva tutora, la Dra. Concepció Fuentes, per haver-me guiat, acompanyat i orientat en totes les fases i etapes d'aquest treball. Gràcies per ajudar-me en cada moment de dubtes, per estar disponible sempre que ho he necessitat i per donar-me el suport que necessitava.

Per altra banda, vull donar les gràcies a la meva família, la qual ha estat al meu costat durant aquests quatre anys. M'han vist de totes les formes possibles: contenta, plorant, eufòrica, a punt de llençar la tovallola, enfadada... però mai han deixat de creure en mi. Gràcies per estimar-me tan bé com ho feu, mai tindrè les paraules suficients per agrair-vos cada sacrifici que heu fet per mi.

Vull donar-li les gràcies a ell també, el qual m'ha ajudat quan el foli estava completament en blanc, m'ha aconsellat quan les paraules plasmades en aquest document no tenien sentit i ha suportat el meu mal humor les setmanes d'abans d'entregar aquest treball.

Finalment, m'agradaria donar les gràcies a totes les persones que durant aquests anys m'han marcat d'una forma o d'una altre. He crescut com a persona i, com a infermera, gràcies a totes elles.

# ÍNDIX

Resum.....	5
Abstract.....	6
1. Marc teòric.....	7
1.1 Definició de violència masclista.....	7
1.2 Definició de violència obstètrica.....	10
1.3 Formes de violència obstètrica durant l'embaràs.....	10
1.4 Formes de violència obstètrica en el moment del part.....	12
1.4.1 Falta d'informació.....	13
1.4.2 Falta d'intimitat i respecte.....	14
1.4.3 Rasurat i enemes.....	14
1.4.4 Inducció al part.....	14
1.4.5 Limitació de moviments.....	15
1.4.6 Ús d'analgèsia.....	16
1.4.7 Maniobra de Kristeller.....	16
1.4.8 Realització de cesària.....	16
1.4.9 Realització d'episiotomia.....	17
1.4.10 Part instrumentat.....	17
1.4.11 Pell amb pell després del naixement.....	18
1.5 Formes de violència obstètrica durant el postpart.....	19
1.6 Atenció maternal respectuosa.....	19
1.7 Epidemiologia de la violència obstètrica.....	23
1.8 Marc legal de la violència obstètrica.....	25
1.9 Justificació.....	26
2. Objectiu.....	27
3. Material i mètodes.....	27
4. Resultats.....	31
4.1 Resum dels articles seleccionats.....	36
5. Discussió.....	47

5.1 El part traumàtic degut a la violència exercida.....	47
5.2 La violència obstètrica i el Trastorn d'Estrès Post-Traumàtic .....	47
5.3 Trastorn d'Estrès Post-Traumàtic i Depressió Postpart.....	48
6. Limitacions i dificultats .....	48
7. Conclusions .....	49
8. Aplicabilitat a la pràctica assistencial .....	49
Bibliografia.....	51

## **RESUM**

**Introducció:** La violència obstètrica és una forma de maltractament envers la dona exercit pel professional sanitari que intervé durant el procés de l'embaràs, el part i el postpart. Aquesta violència origina conseqüències físiques i psicològiques negatives sobre el cos i la ment de la dona. Una atenció maternal respectuosa per part de tots els professionals que intervenen durant l'etapa de la gestació pot millorar la salut física, però també mental de les dones que donen a llum. Els trastorns psicològics que s'originen en el postpart poden estar originats per una atenció irrespectuosa durant el part.

**Objectiu:** Descriure les conseqüències psicològiques que presenten les dones que pateixen violència obstètrica durant l'embaràs, el part i el postpart.

**Material i mètodes:** S'ha dut a terme una revisió bibliogràfica utilitzant les bases de dades PubMed, PsycInfo i Scopus durant els mesos de Gener a Març de l'any 2022. La recerca s'ha limitat als articles publicats entre els anys 2017 i 2022. L'estudi s'ha realitzat amb un total de 13 articles seleccionats segons els criteris d'inclusió i exclusió pactats prèviament.

**Resultats:** Els estudis seleccionats demostren que la violència obstètrica comporta conseqüències psicològiques, com ara el Trastorn d'Estrès Post-Traumàtic i la Depressió Postpart, sobre les dones que la pateixen durant el part.

**Conclusions:** En la present revisió bibliogràfica s'han obtingut uns resultats que verifiquen i demostren la relació que hi ha entre la violència obstètrica i la salut mental materna en l'etapa del postpart. Els diferents estudis publicats assenyalen que els procediments violents i les tècniques irrespectuoses durant el part poden influir en la percepció d'una experiència traumàtica en el moment del naixement, el que origina en determinats casos trastorns mentals.

**Paraules clau:** *Violència obstètrica, naixement, dones, depressió postpart, salut mental, ansietat, postpart, trastorn d'estrès post-traumàtic i abús.*

## **ABSTRACT**

**Introducció:** Obstetric violence is a form of mistreatment of women by health professionals involved in the process of pregnancy, childbirth and postpartum. This violence causes physical and psychological negative consequences in women's health. Respectful maternal care by all professionals involved during pregnancy can improve the physical but also mental health of women giving birth. Psychological disorders that arise in the postpartum can be caused by disrespectful care during childbirth.

**Objectiu:** Describe the short- and long-term psychological consequences of women suffering obstetric violence during pregnancy, childbirth, and postpartum.

**Material i mètodes:** A literature review was conducted using the PubMed, PsycInfo, and Scopus databases from January to March of 2022. The search was limited to articles published between 2017 and 2022. The study was carried out with a total of 13 articles selected according to the, previously agreed, inclusion and exclusion criteria.

**Resultats:** Selected studies show that obstetric violence has psychological consequences, such as Post-Traumatic Stress Disorder and Postpartum Depression, on women who suffer this kind of violence during childbirth.

**Conclusions:** In the present literature review, the results obtained verify and demonstrate the relationship between obstetric violence and maternal mental health in the postpartum stage. Various published studies indicate that violent procedures and disrespectful techniques during childbirth can influence the perception of a traumatic experience at birth, which in some cases leads to mental disorders.

**Paraules clau:** *Obstetric violence, childbirth, women, postpartum depression, mental health, anxiety, postpartum, post-traumatic stress disorder and abuse.*

## **1. MARC TEÒRIC**

### **1.1 Definició de violència masclista**

La Organització de les Nacions Unides (ONU) defineixen la violència contra la dona com “tot acte de violència tot acte de violència basat en el gènere que té com a resultat possible o real un dany físic, sexual o psicològic, incloses les amenaces, la coerció o la privació arbitrària de la llibertat, ja sigui que ocorri en la vida pública o en la vida privada.

La violència contra la dona impedeix l'assoliment dels objectius de desenvolupament de la igualtat i la pau, que vulnera i perjudica el gaudiment dels drets fonamentals i la participació en els seus deures” (1).

Tanmateix, a Catalunya, la Llei 5/2008 del dret de les dones a erradicar la violència masclista incorpora una definició jurídica sobre la Violència Masclista (VM): com la violència que s'exerceix contra les dones, com a manifestació de la discriminació i de la situació de desigualtat en el marc d'un sistema de relacions de poder dels homes sobre les dones i que, produïda per mitjans físics, econòmics o psicològics, incloses les amenaces, les intimidacions i les coaccions, tingui com a resultat un dany o un patiment físic, sexual o psicològic, tant si es produeix en l'àmbit públic com en el privat (2).

No obstant això, la Llei 17/2020, del 22 de desembre, de modificació de la Llei 5/2008, del dret de les dones a erradicar la violència masclista modifica les referències a les dones incloses en la llei i s'entén que s'aplica a les nenes i adolescents, i, per tant, també les dones, nenes i adolescents transgènere (3).

D'altra banda, es modifica l'article 3 de la Llei 5/2008, i als efectes de la llei, s'entén violència masclista com la violació dels drets humans a través de la violència que s'exerceix contra les dones com a manifestació de la discriminació i de la situació de desigualtat en el marc d'un sistema de relacions de poder dels homes sobre les dones i que, produïda per mitjans físics, econòmics o psicològics, incloses les amenaces, les intimidacions i les coaccions, té com a resultat un dany o un patiment físic, sexual o psicològic, tant si es produeix en l'àmbit públic com en el privat (3).

Les diferents formes de violència masclista redactades dins la Llei 17/2020 del dret de les dones a erradicar la violència masclista són (3):

- **Violència física:** compren qualsevol acte de força contra el cos d'una dona, amb el resultat o el risc de produir-li una lesió física o un dany.
- **Violència psicològica:** comprèn tota conducta o omisió que produeix en una dona una desvaloració o un patiment, per mitjà d'amenaques, humiliació, vexacions, menysteniment, menyspreu, exigència d'obediència o submissió, coerció verbal, insults, aïllament o qualsevol altra limitació del seu àmbit de llibertat. La violència masclista també es pot dur a terme amb l'amenaça o la causació de violència física o psicològica contra l'entorn afectiu de la dona, especialment els fills i filles o altres familiars que hi convisquin o hi tinguin una relació directa, quan es dirigeixi a afligir la dona. També inclou la violència ambiental, que es duu a terme per mitjà de l'exercici de la violència sobre béns i propietats de la dona, amb valor econòmic o sentimental, o sobre els animals amb els quals té un vincle d'afecte, amb la finalitat d'afligir-la o de crear un entorn intimidatori.
- **Violència sexual:** comprèn qualsevol acte que atempti contra la llibertat sexual i la dignitat personal de la dona creant unes condicions o aprofitant-se d'un context que, directament o indirectament, imposin una pràctica sexual sense tenir el consentiment ni la voluntat de la dona, amb independència del vincle que hi hagi entre la dona i l'agressor o agressors. Inclou l'accés corporal, la mutilació genital o el risc de patir-ne, els matrimonis forçats, el tràfic de dones amb finalitat d'exploració sexual, l'assetjament sexual i per raó de sexe, l'amenaça sexual, l'exhibició, l'observació i la imposició de qualsevol pràctica sexual, entre altres conductes.
- **Violència obstètrica i vulneració dels drets sexuals i reproductius:** consisteix a impedir o dificultar l'accés a una informació veraç, necessària per a la presa de decisions autònomes i informades. Pot afectar els diferents àmbits de la salut física i mental, incloent-hi la salut sexual i reproductiva, i pot impedir o dificultar a les dones prendre decisions sobre llurs pràctiques i preferències sexuals, i sobre llur reproducció i les condicions en què es duu a terme, d'acord amb els supòsits inclosos en la legislació sectorial aplicable. Inclou l'esterilització forçada, l'embaràs forçat, l'impediment d'avortament en els supòsits legalment establerts i la dificultat per a accedir als mètodes contraceptius, als mètodes de prevenció d'infeccions de transmissió sexual i del VIH, i als mètodes de reproducció



assistida, i també les pràctiques ginecològiques i obstètriques que no respectin les decisions, el cos, la salut i els processos emocionals de la dona.

- **Violència econòmica:** consisteix en la privació intencionada i no justificada de recursos per al benestar físic o psicològic d'una dona i, si escau, de llurs fills o filles, en l'impagament reiterat i injustificat de pensions alimentàries estipulades en cas de separació o divorci, en el fet d'obstaculitzar la disposició dels recursos propis o compartits en l'àmbit familiar o de parella i en l'apropiació il·legítima de béns de la dona.
- **Violència digital:** consisteix en els actes de violència masclista i misogínia en línia comesos, instigats, amplificats o agreujats, en part o totalment, amb l'ús de tecnologies de la informació i de la comunicació, plataformes de xarxes socials, webs o fòrums, correu electrònic i sistemes de missatgeria instantània i altres mitjans semblants que afectin la dignitat i els drets de les dones. Aquests actes causen danys psicològics i, fins i tot, físics; reforcen estereotips; danyen la dignitat i la reputació; atempten contra la privacitat i la llibertat d'obrar de la dona; li causen pèrdues econòmiques, i obstaculitzen la seva participació política i la seva llibertat d'expressió.
- **Violència de segon ordre:** consisteix en la violència física o psicològica, les represàlies, les humiliacions i la persecució exercides contra les persones que donen suport a les víctimes de violència masclista. Inclou els actes que impedeixen la prevenció, la detecció, l'atenció i la recuperació de les dones en situació de violència masclista.
- **Violència vicària:** consisteix en qualsevol tipus de violència exercida contra els fills i filles amb la finalitat de provocar dany psicològic a la mare.

La violència masclista o de gènere es pot manifestar en diferents àmbits, com ara: dins la parella, familiar, laboral, social i/o comunitari. Quan es parla de VM dins l'àmbit social o comunitari s'inclouen la mutilació genital femenina o el risc de patir-la, tràfic i explotació sexual de dones i menors, matrimonis forçats, assetjaments i agressions, violència derivada de conflictes armats, la violència contra els drets sexuals i reproductius de les dones, violència en l'àmbit institucional, agressions per raó de gènere i els feminicidis d'entre altres (3).

## **1.2 Definició de violència obstètrica**

No hi ha un consens actual sobre la correcta definició de la Violència Obstètrica (VO) però l'Organització Mundial de la Salut (OMS) fa referència al maltractament físic, abús verbal i humiliació, procediments mèdics coercitius o no consentits, la no obtenció del consentiment informat, la negativa a administrar medicaments per al dolor, descuit de l'atenció o violacions greus de la intimitat com algunes accions que la descriuen (4).

No obstant això, l'Observatori de Violència Obstètrica d'Espanya defineix la VO com "l'acte d'ignorar les necessitats emocionals de la mare i del nadó en qualsevol moment de l'embaràs, del part i del postpart immediat, així com l'autoritat i l'autonomia que les dones tenen sobre la sexualitat, els cossos, els nadons i les experiències de gestació i part. D'altra banda, també es considera la violència obstètrica qualsevol acte d'ignorar l'espontaneïtat, les postures, els ritmes i els temps que el part requereix per progressar amb normalitat" (5).

En la Llei 17/2020, del 22 de desembre, en la modificació de l'article 4 de la Llei 5/2008 del dret de les dones a erradicar la violència masclista, manifesta que la VO "consisteix a impedir o dificultar l'accés a una informació veraç, necessària per a la presa de decisions autònomes i informades. Pot afectar els diferents àmbits de la salut física i mental, incloent-hi la salut sexual i reproductiva, i pot impedir o dificultar a les dones prendre decisions sobre llurs pràctiques i preferències sexuals, i sobre llur reproducció i les condicions en què es duu a terme, d'acord amb els supòsits inclosos en la legislació sectorial aplicable. Inclou l'esterilització forçada, l'embaràs forçat, l'impediment d'avortament en els supòsits legalment establerts i la dificultat per a accedir als mètodes contraceptius, als mètodes de prevenció d'infeccions de transmissió sexual i del VIH, i als mètodes de reproducció assistida, i també les pràctiques ginecològiques i obstètriques que no respectin les decisions, el cos, la salut i els processos emocionals de la dona." (3)

## **1.3 Formes de violència obstètrica durant l'embaràs**

Es denomina embaràs, gestació o gravidesa al període que transcorre des de la implantació a l'úter de l'òvul fecundat, al moment del part. Durant aquest període de temps, la dona s'ha d'adaptar a una sèrie de canvis físics i emocionals i prestar especial atenció en les seves cures personals i alimentaris (6).

Tot i que la violència obstètrica s'expressa més intensament durant el moment del part, en el transcurs de la totalitat de l'embaràs, també es poden identificar formes de violència que atempten contra la llibertat i els drets de les dones gestants. Dins la “*Guía de recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo*” (7) trobem una sèrie de recomanacions per portar a terme una correcta atenció prenatal. Algunes de les recomanacions són:

- Es recomana brindar assessorament a les embarassades sobre la importància de una alimentació saludable i l'activitat física durant l'embaràs, per tal que es mantinguin sanes i no augmentin excessivament de pes.
- En poblacions desnodrides es recomana proporcionar a les embarassades informació nutricional sobre la importància d'augmentar la ingesta diària calòrica i de proteïnes per reduir el risc de donar a llum nonats amb insuficiència ponderal.
- Per prevenir l'anèmia materna, la sèpsia puerperal, el baix pes en néixer i el naixement prematur es recomana que les dones gestants prenguin un suplement diari per via oral de ferro elemental i àcid fòlic.
- En entorns d'alta prevalença de VIH i sífilis, les proves haurien de considerar-se un component sistemàtic del conjunt de serveis de salut que es brinden a les embarassades a tots els centres d'atenció prenatal.
- Per tal de millorar els resultats materns i prenatals no es recomana la realització sistemàtica d'una cardiotocografia prenatal.
- Per prevenir la mortalitat neonatal per tètanus es recomana vacunar contra el tètanus a totes les embarassades, depenent de la seva exposició prèvia a la vacuna antitetànica.
- Es recomana que cada embarassada porti les seves pròpies dades clíniques durant la gestació per millorar la continuïtat i la qualitat de l'atenció i la seva experiència de l'embaràs.

D'altra banda, en les consultes de seguiment de l'embaràs, els professionals sanitaris han de proporcionar la informació necessària sobre les intervencions que es realitzaran: analítiques en cada trimestre, el Test de O'Sullivan, l'amniocentesis, les ecografies, l'amnioscòpia, observar la presència d'*Streptococo Agalactiae* mitjançant un exsudat vaginorectal entre la setmana trenta-cinc i la setmana trenta-set de gestació i el triple screening. Quan no es dona la informació suficient o no es tenen en compte les necessitats

de la gestant, sempre que l'estat de salut de la dona i del fetus ho permeti, es considerar violència obstètrica (7,8).

L'OMS declara, dins de l'*Human Reproduction Programme* redactat al 2014, que totes les dones tenen dret a rebre el més alt nivell de cures en salut, que inclou el dret a una atenció digna i respectuosa en l'embaràs i en el part, i el dret a no patir violència ni discriminació (9). A les visites de seguiment i control de la gestació, tan amb la llevadora com amb el o la ginecòleg/a, el professional sanitari ha de dedicar temps a escoltar a la dona gestant i ha de proporcionar la informació necessària per resoldre els dubtes i els temors. Tanmateix, s'ha de tractar a la dona embarassada de forma educada, sense jutjar, humiliar o infantilitzar. Quan un professional sanitari dona ordres, no explica el per què d'un procediment, no respon a les preguntes plantejades, no presenta informació actualitzada sobre l'atenció en el moment del part, renya o infantilitza a la dona per accions portades a terme durant l'embaràs, utilitza el paternalisme per aconseguir un fi o aprofita les incerteses i els temors per programar una inducció o una cesària, es tracta de violència obstètrica (10).

Finalment, un document important, sobretot a l'últim trimestre de l'embaràs, és el Pla de part. El pla de part és un document on la dona manifesta la seva voluntat en relació al procés de part, la seva atenció i les intervencions sanitàries que d'aquesta se'n derivin (11).

Aquest document està relacionat amb la Llei 41/2002, del 14 de novembre, bàsica reguladora de l'autonomia del pacient que manifesta en el segon article de principis bàsics que "tota actuació en l'àmbit de la sanitat requereix, amb caràcter general, el previ consentiment del pacient o usuari després de que aquest rebi la informació adequada" i "el pacient o usuari té dret a decidir lliurement, després de rebre la informació adequada, entre les opcions clíniques disponibles" (12).

#### **1.4 Formes de violència obstètrica en el moment del part**

Abans d'esmentar les diferents formes de violència obstètrica que pot experimentar una dona en el procés del part, cal tenir present que l'Estratègia Nacional de Salut Sexual i Reproductiva del Sistema Nacional de Salut (ENSSR) promou des de fa més d'una dècada un model d'atenció al part basat en l'evidència científica i, per tant, vetlla pel respecte amb

la fisiologia del part i del naixement, defenent el menor intervencionisme possible prioritzant l'atenció personalitzada i el principi d'autonomia de les dones (13).

Les fases o etapes del part es poden dividir en tres: dilatació, expulsió i alumbrament (14).

- **Dilatació:** dins de la dilatació, trobem la fase latent i l'activa. La primera fase, la latent, comença amb l'inici del part i es caracteritza per la presència de contraccions variables en intensitat i duració i, es produeix l'esborrament del coll de l'úter i la dilatació fins a màxim els quatre centímetres. A la fase activa, hi ha un augment en la regularitat, la intensitat i la freqüència de les contraccions, juntament amb una ràpida progressió de la dilatació.
- **Expulsió:** aquesta etapa comença amb la dilatació cervical completa i finalitza amb el naixement del nadó.
- **Alumbrament:** etapa que s'inicia en el naixement del nounat i finalitza amb l'expulsió de la placenta.

L'OMS declara, dins de l'*Human Reproduction Programme* redactat al 2014, que totes les dones tenen dret a rebre el més alt nivell de cures en salut, que inclou el dret a una atenció digna i respectuosa en l'embaràs i en el part, i el dret a no patir violència ni discriminació (9).

Així doncs, es considera Violència Obstètrica, qualsevol de les accions que s'exposen a continuació en el moment del part:

#### **1.4.1 Falta d'informació (12,14)**

Proporcionar informació a la gestant quan ingressa a un centre hospitalari quan s'apropa el moment del naixement és fonamental per reforçar la seva autonomia a l'hora de decidir sobre el seu part. Tanmateix, abans de realitzar qualsevol pràctica clínica sobre el cos de la dona gestant i/o del fetus s'ha de demanar el seu consentiment, prèviament havent explicat detalladament el perquè de la realització de la tècnica, en que consisteix i com es realitzarà. Segons la Llei 41/2002, del 14 de novembre, bàsica reguladora de l'autonomia del pacient "tota actuació en l'àmbit de la sanitat requereix, amb caràcter general, el previ consentiment del pacient o usuari després de que aquest rebi la informació adequada."

És per això, que quan la informació donada és insuficient o no es tenen en compte les necessitats de la gestant i/o els seus desitjos, sempre que l'estat de salut de la dona i del nounat ho permeti, es considera una forma de violència obstètrica.

#### **1.4.2 Falta d'intimitat i respecte (15)**

La intimitat i el respecte també són dos conceptes clau que han d'estar presents durant el transcurs de totes les fases del part.

Alguns de les accions que poden indicar una falta d'intimitat i respecte a la dona gestant són: no tancar la porta o no recórrer la cortina en el moment de realitzar una exploració, deixar al descobert parts del cos que no són necessàries a l'hora de portar a terme una ecografia abdominal, realitzar més tactes vaginals dels que són requerits i/o que els facin diversos professionals, un nombre de persones excessiu en la fase d'expulsió entre d'altres.

#### **1.4.3 Rasurat i enemes (16)**

L'administració d'un ènema consisteix en introduir un laxant per via rectal per aconseguir la neteja del colon i evitar que la dona defeqüi en el moment de l'expulsió del nadó.

D'altra banda, en alguns centres hospitalaris públics i privats segueixen tenint escrit dins del protocol que és necessari realitzar un rasurat de la zona perineal per disminuir l'aparició d'infeccions i facilitar una possible sutura de la zona.

L'evidència bibliogràfica actual és insuficient per recomanar la realització de rasurat perineal a la dona gestant per prevenir infeccions; tanmateix, no s'aconsella l'ús d'enemes per evitar o disminuir la probabilitat de defecació en la fase expulsiva.

#### **1.4.4 Inducció al part**

La inducció del treball del part es descriu com la utilització de tractaments per provocar la maduració cervical i la dilatació del coll uterí. Per portar a terme la inducció al part s'utilitzen mètodes mecànics com la maniobra de Hamilton o l'amniorrexis, i mètodes farmacològics com l'administració d'hormones com l'oxitocina i les prostaglandines. L'objectiu consisteix en provocar contraccions o que les ja presents siguin més fortes (17).

La maniobra de Hamilton es realitza durant un examen vaginal on el/la ginecòleg/oga o la matrona introdueix un dit dins l'orifici cervical i amb un moviment circular d'aquest desenganxa l'inferior de les membranes uterines del segment uterí inferior, d'aquesta manera es produeix una alliberació de prostaglandines (17).

D'altra banda, l'amniorrexís es defineix com la ruptura espontània o artificial (exercida per un professional de la salut) de la bossa de les aigües. Al part normal és recomanable no interferir en el procés normal de trencament espontània de membranes, ja que poden produir efectes adversos i complicacions com augment del risc d'infecció o aparició de patrons anormals de la Freqüència Cardíaca Fetal (FCF) (16).

El part també es pot veure induït per l'administració, com s'ha exposat anteriorment, de prostaglandines i oxitocina, que s'encarrega de produir contraccions de l'úter més intenses i amb major freqüència, i facilitar l'estimulació de la secreció de llet.

Aquestes tècniques suposen un risc per la mare com pel nadó, i en molts hospitals es porten a terme de forma rutinària sense tenir en compte les conseqüències que poden generar. La Societat Espanyola de Ginecologia i Obstetrícia ha publicat les indicacions i contraindicacions per portar a terme la inducció al part (14,16–18).

D'aquesta manera, sempre i quan l'actuació de la inducció del part no estigui justificada sota un supòsit mèdic que indiqui patiment fetal, es considera violència obstètrica interferir en el procés natural del cos donat que aquestes pràctiques poden produir complicacions pel nadó (14).

#### **1.4.5 Limitació de moviments (16,19)**

El monitoratge fetal de forma contínua, l'ús de l'epidural i l'administració de fàrmacs a través de la via intravenosa dificulten, en moltes ocasions, la llibertat de moviments que la dona gestant hauria de tenir en la fase de dilatació i expulsió. Tanmateix, en alguns hospitals i centres privats es segueixen protocols on la posició en litotomia és l'única que es pot portar a terme durant l'expulsió del nadó.

No obstant això, segons l'evidència científica actual es destaca que les posicions verticals i la llibertat de moviments de la pelvis durant el treball del part poden disminuir el temps de la fase de dilatació, millorar l'eficàcia de les contraccions i facilitar el descendiment del fetus pel canal del part. La OMS en el document redactat sobre les recomanacions de

les cures durant el part manifesta la gran importància de facilitar els moviments per reduir el dolor.

Quan els protocols del centre sanitari limiten els moviments de la dona, sempre i quan les condicions de salut siguin òptimes, parlem de violència obstètrica, ja que no es té en compte l'evidència científica corroborada actualment.

#### **1.4.6 Ús d'analgèsia (14,20)**

L'analgèsia en el part s'utilitza per reduir el dolor durant les contraccions del coll de l'úter. Hi ha mesures no farmacològiques com l'accés d'un acompanyant de confiança, generar un ambient tranquil i càlid, afavorir la mobilitat i la relaxació de la dona, ús de banyera, o dutxa d'aigua calenta.. Tanmateix també existeixen mesures farmacològiques, sent la més coneguda l'epidural, però també l'òxid nítric per exemple.

La llevadora ha d'explicar a la dona gestant els diferents tipus d'analgèsia que hi ha disponibles al centre, així com els beneficis, els desavantatges i els efectes adversos més freqüents. Quan la informació que la dona rep és insuficient, quan no s'especifiquen les accions no farmacològiques que es poden duu a terme o s'impedeix alguna de les esmentades anteriorment, estem parlant de violència obstètrica.

#### **1.4.7 Maniobra de Kristeller (14,16)**

La Maniobra de Kristeller és una pràctica que consisteix fer pressió durant la fase d'expulsió sobre l'abdomen de la dona gestant, d'aquesta manera s'aconsegueix augmentar la pressió uterina i ajudar al nadó a descendir pel canal del part.

Segons les recomanacions de la OMS per les cures durant el part, no es recomana la realització de la maniobra per facilitar la fase expulsiva. Tanmateix, la Guia de Pràctica Clínica sobre l'Atenció al Part Normal descriu que dita maniobra és un factor de risc per la morbiditat materna i fatal.

#### **1.4.8 Realització de cesària**

La cesària és un procediment quirúrgic que consisteix en realitzar una incisió a l'inferior de l'abdomen i l'úter per extreure al nadó (21).



Quan es pateixen complicacions durant l'embaràs o durant el període de part es pot recórrer a una cesària programada o d'urgència. Es pot recomanar una cesària quan el treball de part no progressa adequadament, si hi ha presència de patiment fetal, quan el nadó té una presentació podàlica o transversa, en casos d'un embaràs múltiple o de macrosomia fetal, placenta prèvia, prolapse del cordó umbilical i problemes de salut greus maternals. D'altra banda, també es pot recomanar l'ús d'una cesària quan anteriorment ja s'havia practicat en un embaràs previ (16).

L'OMS recomana la realització d'entre un 10 i 15% de les cesàries; no obstant això, segons l'Institut d'Estadística de Catalunya, a l'any 2020 un 24,7% dels parts van ser cesàries (22).

#### **1.4.9 Realització d'episiotomia**

Quan parlem d'episiotomia ens referim a una incisió que es practica en el perineu, és a dir, el teixit entre l'obertura vaginal i l'anus, durant el transcurs del part. Aquesta tècnica es realitza per evitar esquinçaments i facilitar la sortida del nadó (23).

La Guia de Pràctica Clínica sobre l'Atenció al Part Normal i la OMS desaconsellen aquesta tècnica de forma rutinària ja que la pròpia cicatrització és lenta, dolorosa, molestar al asseure's, pot produir disúria en les relacions sexuals i incontinència urinària i fecal (14,16).

Aquesta pràctica està aconsellada sempre i quan siguin estrictament necessària per aturar el patiment fetal, no s'ha de realitzar de forma rutinària segons l'evidència científica actual. D'altra banda, un punt a destacar són totes les episiotomies que es porten a terme sense el previ consentiment de la dona gestant i, si tenim en compte la Llei 41/2002, del 14 de novembre, bàsica reguladora de l'autonomia de la persona atesa "tota actuació en l'àmbit de la sanitat requereix, amb caràcter general, el previ consentiment del pacient o usuari després de que aquest rebi la informació adequada" (12).

#### **1.4.10 Part instrumentat**

Un part instrumentat és tot aquell que s'executa mitjançant l'ús de fòrceps, espàtules i ventoses. El seu ús pot ocasionar un augment en la realització d'episiotomies, esquinçaments, dolor en el puerperi i lesions al nadó. Aquest procediment s'ha de

restringir a les indicacions estrictament necessàries, ja que es poden originar lesions immediates i seqüeles tardanes (14).

Aquestes pràctiques estan aconsellades sempre i quan siguin estrictament necessàries per aturar el patiment fetal, no s'han de realitzar de forma rutinària segons l'evidència científica actual (14).

#### **1.4.11 Pell amb pell després del naixement**

El contacte pell a pell és la col·locació del recent nascut sense roba sobre el pit al descobert de la mare, cobert únicament per una barretina, llençol o mussolina. L'OMS recomana mantenir als nounats, que no presentin cap complicació, en contacte pell amb pell amb la mare, ja que es redueix la mortalitat infantil al menys un 40% i la hipotèrmia en més d'un 70% (16,24).

L'Agència Espanyola de Pediatria (AEP) afegeix també que aquesta tècnica millora el vincle afectiu entre el nadó i la mare i, augmenta el nivell d'oxitocina el qual té un efecte antiestrés per la mare i potencia la contractilitat uterina i la ejecció del calostre (25).

No obstant això, en molts protocols d'hospitals públics i clíniques privades, quan es realitza una cesària, el nadó realitza un primer pell amb pell amb el segon progenitor mentre la mare es recupera de la intervenció. Hi ha moltes barreres que poden dificultar portar a terme aquesta pràctica com ara la temperatura del lloc, la cirurgia major o el trasllat de la mare a la sala de reanimació entre d'altres. Tot i així, l'AEP especifica que s'hauria de facilitar l'inici del contacte en la sala de quiròfan i seguir dins la unitat de reanimació postanestèsica si les condicions del servei i la situació clínica de mare i fill ho permeten (25).

Per altra banda un punt que s'ha de mencionar dins d'aquest apartat és la separació del recent nascut quan es sospita o es confirma el positiu en COVID-19 de la mare. L'OMS recomana mantenir el nen a la mateixa habitació que la mare des del seu naixement perquè aquesta pugui alletar-lo i mantenir el contacte pell amb pell, fins i tot en els casos en què hi hagi sospita o es confirmi la presència de COVID-19. Segons un estudi publicat a la revista *The Lancet* no aplicar aquest primer contacte amb la mare suposa un major risc per la vida que contraure la infecció COVID-19 i emmalaltir de forma greu (26).

### 1.5 Formes de violència obstètrica durant el postpart

El postpart o puerperi comença en el moment de l'expulsió de la placenta i té un límit variable d'aproximadament sis setmanes, on el cos de la dona torna a la normalitat. Està caracteritzat per una sèrie de transformacions anatòmiques i funcionals. Aquest període és divideix en tres etapes (27):

- **Puerperi immediat:** les primeres vint-i-quatre hores després de donar a llum.
- **Puerperi precoç:** des del segon dia fins al setè dia, és a dir, la primera setmana.
- **Puerperi allunyat:** des del vuitè dia fins els quaranta dies, amb el retorn de la menstruació.

En el puerperi hospitalari es recomana monitoritzar de manera freqüent la temperatura corporal de la mare, la pressió arterial, el ritme cardíac i la freqüència respiratòria.

A més, cal valorar la possibilitat d'atonía uterina, d'un sagnat excessiu o la presència de signes d'hemorràgia interna, de distensió de la bufeta, de dispnea o de dolor pleurític com a símptoma d'alerta d'un embolisme pulmonar. Tanmateix, a totes les dones que se'ls hagi realitzat una episiotomia s'haurà de valorar l'aparició de signes d'edema, presència de dolor o secrecions a la zona de la incisió (28).

D'altra banda, és fonamental que els professionals sanitaris donin la informació necessària sobre la lactància materna i els seus beneficis pel nadó; no obstant això, la mare del recent nascut ha de tenir la llibertat per decidir si vol fer lactància materna o artificial. En cap dels supòsits l'equip assistencial pot imposar els seus ideals, creences o opinions per sobre la llibertat d'elecció de la dona. Quan es jutja la decisió o es fan comentaris negatius envers la tipologia de lactància escollida, estem parlant de violència obstètrica (28).

### 1.6 Atenció maternal respectuosa

Segons la "*Guide for advocating for respectful maternity care*" (29) l'atenció maternal respectuosa és un dret humà universal que s'ha de reivindicar per totes les dones embarassades en tots els sistemes de salut del món. Segons refereix la guia, les situacions experimentades per les dones amb els professionals sanitaris poden apoderar-les i reconfortar-les o, en certes ocasions, poden originar danys perllongats en el temps i traumes emocionals.

Dins d'aquest document s'exposen una sèrie de drets sobre l'atenció maternal respectuosa; aquests drets humans són drets fonamentals de tota persona. Totes les dones en edat reproductiva necessiten i han de rebre atenció basada en el respecte, incloses les cures especials requerides per protegir el binomi mare i recent nascut, incloent a les dones que es troben dins d'un context de marginació o presenten major vulnerabilitat (per exemple, adolescents, dones amb discapacitats físiques o mentals, minories ètniques o dones que presenten VIH) (29).

Els set drets que es descriuen dins la "*Guide for advocating for respectful maternity care*" són els següents (29):

- **Totes les dones tenen dret a no patir violència ni maltractaments:** totes les dones gestants tenen dret a experimentar un part lliure d'abús físic. La violència física en el moment del part es pot expressar mitjançant la pràctica de la Maniobra de Kristeller, impedir la mobilitat durant el treball de part, practicar episiotomies innecessàries o no utilitzar anestèsia en el moment de realitzar-les.
- **Tota dona té dret a rebre informació, a donar el seu consentiment informat, a negar-se a la realització de procediments i a que les seves decisions siguin respectades:** cap professional sanitari hauria de practicar una intervenció sense donar informació prèviament i tenir el consentiment de la dona.
- **Totes les dones tenen dret a la privacitat i a la confidencialitat:** cap persona pot exposar o revelar informació personal. La privacitat i la confidencialitat es poden veure violades quan el treball de part o el naixement de la criatura es porta a terme davant de moltes persones, quan les portes o cortines es deixen obertes durant l'exposició de les parts íntimes del cos o, quan els professionals sanitaris comparteixen informació vulnerable (patologies com VIH o hepatitis C, història mèdica, situació familiar o estat civil) de manera que pot ser escoltada per persones externes.
- **Tota dona té dret a ser tractada amb dignitat i respecte:** ningú pot humiliar o abusar verbalment d'una persona, incloent a les dones gestants. La culpabilització a la dona, els crits, reganyar, demanar que deixin de plorar i/o sentir dolor són algunes de les pràctiques que es consideren abús respecte a la dona.
- **Tota dona té dret a la igualtat, a no patir discriminació i a rebre atenció amb equitat:** totes les dones són iguals i han de ser tractades amb respecte, sense

importar el seu origen ètnic, la seva cultura, el nivell social o acadèmic ni la situació econòmica.

- **Totes les dones tenen dret a rebre atenció sanitària:** ningú pot impedir que les dones gestants rebin les cures maternes necessàries. Algunes de les pràctiques que es poden veure en un servei hospitalari i que van en contra d'aquest dret són la denegació a l'acompanyament per part d'un familiar durant el procés del part, la no supervisió per part del personal sanitari durant el treball de part o deixar sola a la dona gestant, dins la sala de part, sense cap atenció mèdica.
- **Tota dona té dret a la llibertat, la autonomia i la autodeterminació i, a no patir cap mena de coacció:** la llibertat i la autonomia són drets fonamentals que s'han de complir per part dels professionals sanitaris, respectant sempre la decisió de les dones gestants, sempre i quan no interfereixi en el seu estat de salut o en el del nounat.

D'altra banda, la *Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO)* en el document de "*Marco ético para una atención materna respetuosa durante el embarazo y el parto*"(30) publicat al mes de Setembre de 2021, recull una sèrie de recomanacions basades en els principis de la beneficència, de no maleficència, de justícia i d'autonomia per donar una atenció materna respectuosa (30):

#### **Principi de beneficència:**

- L'atenció de la salut materna ha de ser de suport, individualitzada i basada en el valor: la millor manera de fer-ho és mitjançant un model de col·laboració entre els professionals de la salut i la «mare-nadó-família».
- S'espera que els professionals sanitaris proporcionin de forma rutinària cures per a la mare, el nadó i la família: cal assegurar-se que les seves pràctiques es guiïn per les necessitats i expectatives de salut, així com pels resultats sanitaris i la rendibilitat basada en l'optimització dels processos normals del part.
- S'espera que els professionals de la salut segueixin una pràctica basada en l'evidència, és a dir, que promoguin pràctiques que hagin demostrat ser beneficioses per donar suport a la fisiologia normal del part, el naixement i els períodes postpart i neonatal.

**Principi de no maleficència:**

- S'espera que els professionals de la salut evitin les pràctiques perjudicials: evitaran els procediments, el benefici dels quals no estigui prou demostrat, que superin el risc per al seu ús rutinari o freqüent en l'embaràs normal, el treball de part, el naixement i el període postpart i neonatal .
- Els professionals de la salut han d'evitar la manca de respecte i el maltractament: han de dedicar atenció a definir, identificar i eliminar la manca de respecte i el maltractament a les mares i als nadons.

**Principi de justícia:**

- Proporcionar respecte, dignitat i elecció informada: l'atenció de la salut materna incorpora un enfocament basat en els drets, evitant l'exclusió i el maltractament de les persones marginades i desfavorides socioeconòmicament. En cap cas no es permet el maltractament físic, verbal o emocional de les dones, els seus nadons i les seves famílies.
- Proporcionar atenció gratuïta o assequible amb transparència de costos: respectar el dret de tota dona a accedir i rebre una atenció no discriminatòria i gratuïta o assequible al llarg de tota la maternitat.
- Promoure el benestar i la prevenció de malalties com a bases per millorar la salut materna i neonatal.

**Principi d'autonomia:**

- Els professionals de la salut han d'escoltar el que diuen les dones i les seves famílies: tot professional sanitari, durant tot el procés de l'embaràs, ha d'escoltar a les dones gestants i, comunicar els coneixements i la informació sobre la salut d'una forma culturalment segura i sensible, en un idioma que s'entengui per part de la dona i els familiars, evitant l'ús de tecnicismes.
- Els professionals de la salut han de prestar sempre una atenció respectuosa i digna: els sanitaris han de tractar a totes les dones i els nadons amb respecte i dignitat. Han d'informar i comunicar-se plenament amb la dona i la seva família en la presa de decisions sobre les cures per a ella i el seu nadó, garantint-li el dret al consentiment informat i al rebuig. La presa de decisions ha de ser un esforç de col·laboració entre la dona embarassada, la família i l'equip assistencial.

## **1.7 Epidemiologia de la violència obstètrica**

Una eina fonamental per poder estudiar i observar els diferents índex i xifres que fan referència a la violència obstètrica arreu del món són els Observatoris de VO que s'han fundat en diferents països com ara: Argentina, Xile, Espanya, França, Itàlia i Colòmbia (31–33).

Per poder parlar de l'epidemiologia de la violència obstètrica a l'estat espanyol, ens basarem primer en l'anàlisi de l'atenció perinatal a Espanya realitzat entre els anys 2010 i 2018 i publicat el 2020 per part del Ministeri de Sanitat (34).

Actualment a Espanya hi ha un total de cinc-cents vuit hospitals, públics i privats que ofereixen atenció ginecològica i obstètrica; setanta-vuit d'aquests es troben dintre la comunitat autònoma de Catalunya (34).

L'any 2018 es van atendre un total de 368.368 parts, dels quals un 81,1% van ser atesos dins del Sistema Nacional de Salut (SNS). De tots aquests parts, la taxa de cesàries realitzades a hospitals públics va ser del 21,8% i, en hospitals privats, del 36,5%. D'altra banda, si estudiem la incidència de les amniorrèxis realitzades al 2018 podem observar que en 31.732 parts es va realitzar aquesta pràctica, és a dir, en un 13% del total. Tanmateix, del total de parts atesos a Espanya al 2018, en 83.624 es va portar a terme alguna tècnica d'inducció, és a dir, en el 34,2% de naixements (34).

Ara bé, quan parlem de les episiotomies realitzades a l'any 2018 a Espanya ens trobem que en 68.530 parts es va portar a terme aquesta pràctica, és a dir, el percentatge de parts amb episiotomia en hospitals públics va ser del 27,5% (34).

D'altra banda, un estudi publicat al any 2019 on es valora la taxa d'episiotomies realitzades a l'Hospital Clínico Universitario de La Arrixaca, a la comunitat de Murcia, va reportar una taxa d'episiotomies realitzades entre els anys 2016 i 2017 és del 36,5% d'entre un total de 1.630 dones ateses (35). Aquest percentatge supera la recomanació actual de l'OMS, que indica que una taxa superior al 20% no està justificada (16).

En relació als parts instrumentalitzats i les seves conseqüències dins l'estat espanyol a l'any 2018 un total de 47.188 parts van ser instrumentalitzats, en un 17,5%; d'aquests es va fer ús de fòrceps en 9.714 (3,9%) i ús de vacum extractor en 32.920 (11,9%). Com s'ha exposat anteriorment, 47.188 parts van ser instrumentalitzats i d'aquests en 2.172

(4,6%) es van produir estrips perineals severes (GIII i GIV); comparat amb els 201.079 parts no instrumentalitzats on es van produir 1.772 (0'88%) estrips perineals severes (GIII i GIV). (34).

Per altra banda, també hi ha altres xifres que fan referència a la violència obstètrica exercida sobre les dones en altres parts del món. Segons l'informe del 2015 presentant pel Observatori de Violència Obstètrica d'Argentina (OVO) (31) es manifesta un alt índex de maltractament verbal envers les dones que es troben donant a llum als hospitals públics i privats del país; així com 3 de cada 10 dones no van poder estar acompanyades durant el treball del part i 4 de cada 10 va haver de fer front al part o a la cesària sense cap familiar o acompanyant (36).

Aquest estudi també mostra que 4 de cada 10 dones no es podien moure lliurement durant el treball del part i 7 de cada 10 no van tenir llibertat de moviment durant la fase de l'expulsiu. La ruptura artificial de la bossa d'aigües, és a dir, amniorrexis es va practicar a 7 de cada 10 dones i, la Maniobra de Kristeller es va realitzar a 3,3 dones de cada 10. Finalment, la episiotomia sense causes justificades es va exercir a 6 de cada 10 dones en les sales de part argentines (36).

Tanmateix, segons es mostra en l'informe de l'OVO, un nombre elevat de dones no van ser informades ni es va demanar consentiment per realitzar pràctiques com ara amniorrexis, episiotomia, Maniobra de Kristeller o la inducció del part (36).

Pel que fa a la taxa d'episiotomies realitzades en alguns països d'Amèrica del Sud, torna a superar les recomanacions de l'OMS. Al primer semestre de l'any 2016 a l'Hospital Universitari San José, a Colòmbia, en un 30 % dels 197 parts totals es va portar a terme aquesta pràctica (37). Pel que fa a dades de Xile, un estudi publicat l'any 2018, constata que en el 44% dels parts a hospitals i el 41% dels parts, en clíniques privades, portats a terme entre els anys 1970 i 2017, es va realitzar una episiotomia a la dona gestant en el moment del part (38).

En un altre sector del món, a l'Àfrica, quan es parla de violència obstètrica s'ha de fer referència al terme de fístula obstètrica, una de les principals conseqüències greus dels parts on el nadó comprimeix els teixits durant hores i es produeix una falta de flux sanguini que origina la mort o la necrosi del teixit. Aquest fet fa que apareixin fístules entre la vagina i l'úter, la vagina i el recte o ambdós casos provocant incontinència



urinària i/o fecal. Aquesta conseqüència és prevenible en la majoria dels casos i en els països desenvolupats on hi ha un accés universal a l'atenció obstètrica l'índex de taxes és zero. Les estimacions més generalment acceptades indiquen que als països en desenvolupament hi ha entre 2 milions i 3,5 milions de dones que viuen amb la fístula obstètrica, i que cada any s'hi afegeixen entre 50.000 i 100.000 casos nous (39).

### **1.8 Marc legal de la violència obstètrica**

El primer cop que es va admetre el terme de violència obstètrica dins dels paràmetres de la llei va ser al país de Veneçuela, a l'any 2007, amb la creació de la Llei Orgànica pel dret de la Dona a una Vida Lliure de Violència on es va establir la violència obstètrica com a una forma de violació als drets de les dones (40).

La violència obstètrica es pot trobar dins de dos àmbits: violència de gènere perquè el col·lectiu afectat són les dones gestants i violència contra les persones degut al dret a la salut com a dret humà (3). Dit això, dins la legislació espanyola es recullen una sèrie de lleis que fan referència a la violència contra la dona i als drets que tenen els usuaris d'assistència sanitària a ser atesos de forma correcta:

- Dins de la Constitució Espanyola, a l'article 43, apartat 1 diu, diu el següent: “es reconeix el dret a la protecció de la salut” (41).
- La Llei 41/2002 del 14 de novembre, bàsica reguladora de l'autonomia del pacient manifesta quins són els drets i obligacions dels pacients en matèria d'autonomia i segons la informació i documentació clínica. Dins l'article 2, de principis bàsics, s'exposa que tota actuació de l'àmbit de la sanitat requereix, amb caràcter general, el previ consentiment dels pacients després de rebre la informació adequada. Tanmateix, l'usuari/ària té dret a decidir lliurement, després de rebre la informació adequada i, els professionals sanitaris que intervenen en l'activitat assistencial estan obligats a aportar la correcta prestació de les tècniques, a complir els drets d'informació i documentació clínica i a respectar les decisions adoptades de forma lliure i voluntària per part del pacient (12).
- En la Llei 17/2020, del 22 de desembre, en la modificació de l'article 4 de la Llei 5/2008 del dret de les dones a erradicar la violència masclista trobem la següent modificació:

*“La violència masclista es pot exercir de manera puntual o reiterada d'alguna de les maneres següents:*

*[...]*

*Violència obstètrica i vulneració de drets sexuals i reproductius: consisteix a impedir o dificultar l'accés a una informació veraç, necessària per a la presa de decisions autònomes i informades. Pot afectar els diferents àmbits de la salut física i mental, incloent-hi la salut sexual i reproductiva, i pot impedir o dificultar a les dones prendre decisions sobre les seves pràctiques i preferències sexuals, i sobre la seva reproducció i les condicions en què es duu a terme, d'acord amb els supòsits inclosos a la legislació sectorial aplicable. Inclou l'esterilització forçada, l'embaràs forçat, l'impediment d'avortament en els supòsits legalment establerts i la dificultat per accedir als mètodes anticonceptius, als mètodes de prevenció d'infeccions de transmissió sexual i del VIH, i als mètodes de reproducció assistida, així com les pràctiques ginecològiques i obstètriques que no respectin les decisions, el cos, la salut i els processos emocionals de la dona.”(3)*

## **1.9 Justificació**

Com ha quedat exposat en les darreres pàgines, la violència obstètrica és un tipus de violència masclista que està present en el dia a dia de molts hospitals públics i centres privats. Aquestes pràctiques portades a terme per professionals sanitaris representen un problema de salut pública per totes les dones que decideixen ser mares i la pateixen durant tot el procés de l'embaràs, el part i en el postpart.

És per això, que com a professionals sanitaris és essencial saber identificar quines pràctiques son perjudicials per la dona gestant i pel nounat. En aquesta línia, el fet de conèixer i identificar les conseqüències físiques i psicològiques que es poden desencadenar degut a la violència obstètrica són aspectes clau per garantir una assistència maternal respectuosa.

En aquesta revisió bibliogràfica, i després de presentar les conseqüències físiques que pateixen les dones que donen a llum després de patir episodis de violència obstètrica, es vol explorar quines són les conseqüències psicològiques de les pràctiques o situacions viscudes d'aquest tipus de violència durant totes el procés d'embaràs, part i post-part.

## 2. OBJECTIU

Descriure les conseqüències psicològiques a curt i llarg termini que presenten les dones que pateixen violència obstètrica durant l'embaràs, el part i el postpart.

## 3. MATERIAL I MÈTODES

S'ha realitzat una recerca d'articles i estudis científics entre el gener i febrer de l'any 2022. Les bases de dades consultades han estat: PubMed, Psycinfo i Scopus. S'ha seguit el mètode PRISMA per identificar les fases de la revisió (42).

En la cerca bibliogràfica s'han utilitzat termes MESH com *obstetric violence, childbirth, women, postnatal depression, mental health, anxiety, postpartum, post-traumatic stress disorder (PTSD) i abuse* combinats amb l'operador boolean AND. Com a llengües vehiculars de recerca, s'han utilitzat l'anglès i el castellà.

Per poder focalitzar la recerca bibliogràfica als objectius de l'estudi, s'han establert els criteris d'inclusió i exclusió redactats a continuació:

### **Criteris d'inclusió:**

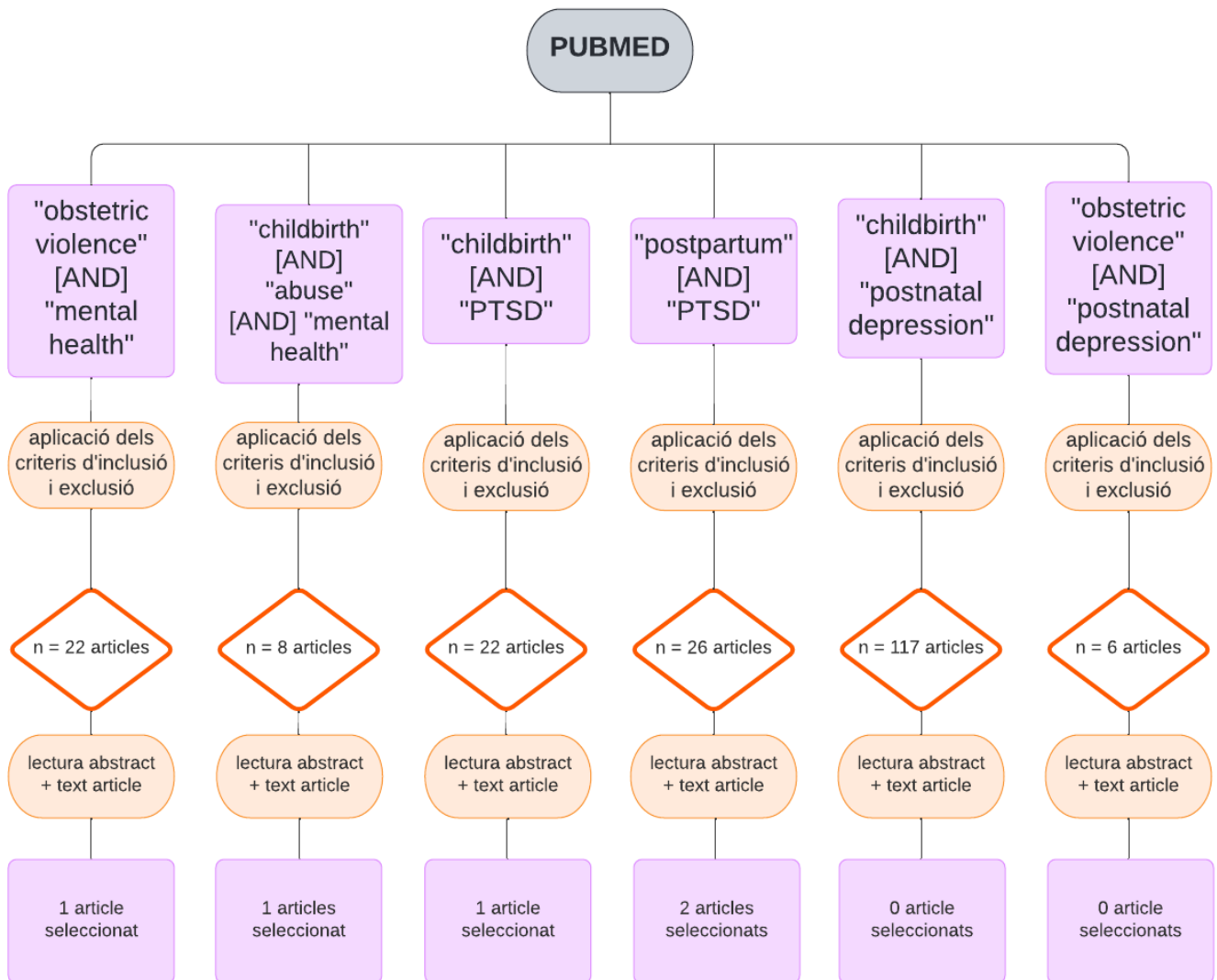
- Informació publicada entre els anys 2017 i 2022.
- Articles d'accés lliure i gratuït.
- Publicacions de qualsevol metodologia d'estudi.
- Articles redactats en llengua espanyola o anglesa.

### **Criteris d'exclusió:**

- Articles incomplets o d'accés no gratuït.
- Publicacions duplicades en altres bases de dades.
- Articles que no responguin al objectiu de la revisió bibliogràfica.

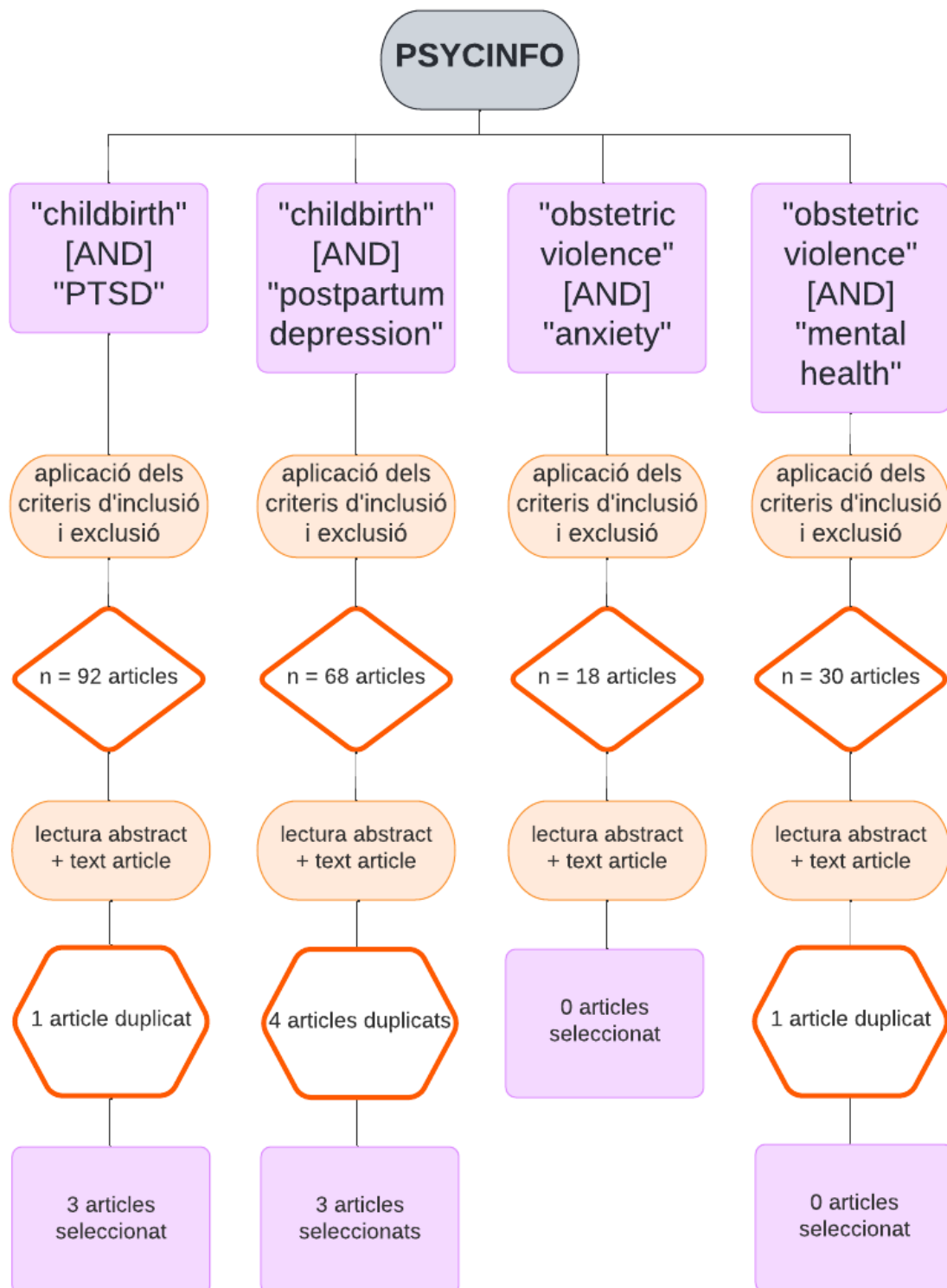
Tot seguit, s'exposa el procés realitzat en les diverses bases de dades emprades per localitzar els articles seleccionats per la revisió bibliogràfica, juntament amb els algorismes de cerca. En total s'han seleccionat 13 articles.

La primera base de dades consultada ha estat Pubmed, on s'han obtingut un total de 5 articles. Seguidament es mostra el procés d'algorithmes i cerca (Figura 1):



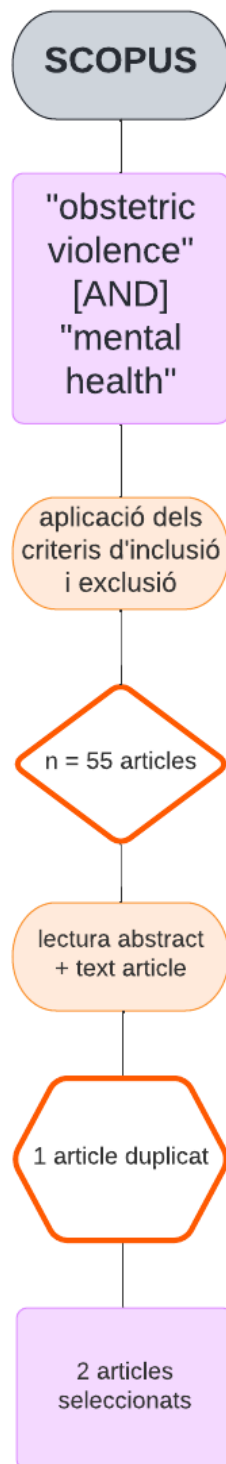
**Figura 1:** Algorisme de cerca Pubmed.

Tot seguit es mostra el procés de recerca amb la base de dades PsycInfo on s'han trobat un total de 6 articles que compleixen els criteris d'inclusió i exclusió marcats (Figura 2):



**Figura 2:** Algoritme de cerca PsycInfo.

L'últim cercador utilitzat per realitzar la revisió bibliogràfica ha estat la base de dades Scopus on s'han trobat 2 articles. A continuació s'exposa l'algoritme de cerca fet servir (Figura 3):



**Figura 3:** Algoritme de cerca Scopus.

#### **4. RESULTATS**

Seguidament, a la Taula 1 es mostra una síntesis dels articles seleccionats de les tres bases de dades per realitzar la revisió bibliogràfica. En dita taula s'hi descriu la informació principal de cadascun d'ells: autors, any de publicació, títol de l'article, revista on s'ha publicat, la base de dades d'on s'ha extret, el tipus d'estudi i les conclusions principals (Taula 1).

**Taula 1:** Descripció dels articles seleccionats.

<b>AUTORS</b>	<b>ANY DE PUBLICACIÓ</b>	<b>TÍTOL</b>	<b>TÍTOL DE LA REVISTA</b>	<b>BASE DE DADES</b>	<b>DISSENY DE L'ESTUDI</b>	<b>CONCLUSIONS</b>
Zhang et al. (43)	2019	Maternal violence experiences and risk of postpartum depression: A meta-analysis of cohorts studies.	Eur. Psychiatry	PubMed	Metanàlisis d'estudis de cohorts	El metanàlisis assenyala que les experiències de violència materna tenen una relació significativa amb el risc de desenvolupar depressió postpart.
Minckas et al. (44)	2021	Disrespect and abuse as a predictor of postnatal care utilisation and maternal-newborn well-being: a mixed-methods systematic review.	BMJ Glob. Health	Pubmed	Revisió bibliogràfica	La revisió arriba a la conclusió de que les dones sotmeses a una falta de respecte i abús durant el part, tenen més probabilitats d'experimentar depressió postpart.
Hernández et al. (45)	2019	Postpartum post-traumatic stress disorder: Associated perinatal factors and quality of life.	J. Affect. Disord.	PubMed	Estudi quantitatiu, transversal, descriptiu	Les conclusions senyalen que el tipus de part, les pràctiques d'humanització, els plans de part respectats tenen una relació amb la presència de PTSD al postpart.



Martinez et al. (46)	2021	Factors associated with postpartum post-traumatic stress disorder following obstetric violence: A cross-sectional study.	J. Pers. Med.	PubMed	Estudi transversal, observacional, descriptiu	La conclusió principal de l'estudi és que s'han identificat diverses pràctiques clíniques amb el risc de PTSD, destacant diversos tipus de violència obstètrica.
Ayers et al. (47)	2021	When birth is not as expected: A systematic review of the impact of a mismatch between expectations and experiences.	BMC Pregnancy Childbirth	PubMed	Revisió bibliogràfica	La revisió conclou que un desajust entre les expectatives i les experiències del naixement pot augmentar el risc de desenvolupar PTSD postnatal.
Ertan et al. (48)	2021	Post-traumatic stress disorder following childbirth.	BMC Psychiatry	APA PsycInfo	Estudi quantitatiu, transversal, descriptiu	L'estudi relaciona l'impacte de diversos factors de risc com el part d'emergència, experiències traumàtiques o esdeveniments angoixants durant el naixement amb el PTSD.
Dekel et al. (49)	2020	Beyond postpartum depression: Posttraumatic stress depressive response following childbirth.	Arch. Women's Ment. Health	APA PsycInfo	Estudi quantitatiu, transversal, descriptiu	Els resultats de l'estudi suggereixen que les dones pateixen PTSD arran d'una experiència negativa o traumàtica del part.

Çapik i Durmaz (50)	2018	Fear of childbirth, postpartum depression, and birth-related variables as predictors of posttraumatic stress disorder after childbirth	Worldviews Evid. Based Nurs	APA PsycInfo	Estudi qualitatiu, transversal, retrospectiu	La conclusió principal de l'estudi és que el nivell de satisfacció amb les actituds del personal sanitari durant el part està relacionat amb l'aparició d'estrès posttraumàtic després del naixement.
Liu et al. (51)	2021	Postpartum depression and postpartum post-traumatic stress disorder: Prevalence and associated factors.	BMC Psychiatry	APA PsycInfo	Estudi quantitatiu, transversal, descriptiu	L'estudi conclou que la presència d'estrès posttraumàtic és el major factor de risc per patir depressió postpart.
Silveira et al. (52)	2019	The association between disrespect and abuse of women during childbirth and postpartum depression.	J. Affect. Disord.	APA PsycInfo	Estudi longitudinal descriptiu, observacional	L'estudi arriba a la conclusió que la falta de respecte i l'abús durant el part augmenten les probabilitats de patir depressió postpart tres mesos després del naixement.
Bay i Deniz (53)	2021	Perception of traumatic childbirth of women and its relationship with postpartum depression.	Women & Health	APA PsycInfo	Estudi transversal descriptiu observacional	Els resultats d'aquest article revela que en un terç de les dones participants el risc de depressió postpart augmenta a mesura que augmenta el nivell de percepció traumàtica del part.

Reed et al. (54)	2017	Women's descriptions of childbirth trauma relating to care providers actions and interactions	BMC Pregnancy Childbirth	SCOPUS	Estudi de mètodes mixts	L'estudi conclou que algunes intervencions portades a terme en el moment del part poden originar una experiència traumàtica per la dona.
Martínez et al. (55)	2021	Long-term high risk of postpartum post-traumatic stress disorder (PTSD) and associated factors.	J. Clin. Med.	SCOPUS	Estudi quantitatiu, transversal, descripciu	L'estudi conclou que algunes pràctiques mèdiques durant el part identificades com a violència obstètrica estan associades a un major risc de patir PTSD després del naixement.

#### 4.1 Resum dels articles seleccionats

**Zhang et al.** (43) avaluaren l'associació entre les experiències de violència materna viscudes i el risc de desenvolupar depressió postpart mitjançant un metanàlisis d'estudis de cohorts.

Per portar-ho a terme realitzen cerques, a diferents buscadors com ara PubMed, Google Scholar, Cochrane Libraries i China Biology Medicine entre d'altres.

En la primera recerca de dades es seleccionen els articles publicats entre els anys 2002 i 2017, donant un total de 508 troballes. No obstant això, la majoria d'articles s'exclouen seguint els criteris d'inclusió i exclusió marcats per realitzar el metanàlisis, deixant un total de 32 articles per analitzar.

Els resultats del metanàlisis suggereixen que, en general, les dones que pateixen qualsevol esdeveniment de violència en comparació amb aquelles que no experimenten cap episodi, tenen un risc més gran de desenvolupar depressió postpart.

Com a conclusió, les experiències de violència materna s'associen significativament amb el risc de desenvolupar una depressió postpart. Aquest descobriment destaca la gran necessitat de protegir a les dones de qualsevol esdeveniment violent i promoure estratègies preventives per promoure la salut mental materna.

**Minckas et al.** (44) realitzaren una revisió amb l'evidència disponible sobre l'associació de la falta de respecte i l'abús, a la mare i al recent nascut durant el part i el període postnatal immediat, amb la utilització de l'atenció postnatal sanitària, les formes d'alimentació del recent nascut, l'augment de pes en el nadó i, amb la salut mental materna.

En aquesta investigació es realitzen cerques sistemàtiques en PubMed, Embase, Web of Science, LILACS i Scopus. Es realitza una revisió sistemàtica de tots els estudis qualitius, quantitius i de mètodes mixtos publicats sobre la falta de respecte i abús i les seves conseqüències postnals a tots els països. Es busquen articles publicats entre els anys 2010 i 2020 que complien els objectius de la recerca. Per tal de poder portar a

terme aquesta revisió es seleccionen un total de quatre estudis quantitius, setze qualitius i un de mètodes mixtos.

Tant per als estudis quantitius com qualitius, s'extreuen dades sobre el país, el disseny de l'estudi, la mida de la mostra i les característiques de la mostra (edat, lloc de residència, ocupació, gènere/sexe, educació, nivell socioeconòmic i estat civil).

Els resultats dels estudis quantitius exposen, entre d'altres qüestions, la gran associació entre patir faltes de respecte i abús durant el part i postpart immediat amb els problemes de salut mental més comuns durant el postpart, és a dir, la depressió postnatal i el Trastorn d'Estrès Post-Traumàtic.

En conclusió, aquesta revisió sistemàtica identifica i examina l'efecte postnatal, en la mare i el recent nascut, que produeix la falta de respecte i patir abús durant el part. Poder comprendre les conseqüències negatives per la salut que genera una experiència negativa del part ens ajuda a avançar en la promoció l'atenció maternal respectuosa.

**Hernández et al.** (45) tenien com a objectiu determinar la prevalença del Trastorn d'Estrès Post-Traumàtic entre la quarta i sexta setmana del postpart i, la seva relació amb variables perinatals i la qualitat de vida materna.

Per portar a terme aquest estudi transversal es seleccionen 2990 dones puèrperes que van rebre assistència sanitària al donar a llum en Espanya a l'any 2017. Es van excloure totes les dones que van patir la mort del fill en el moment del naixement i les menors de divuit anys. Per la recollida de dades es va utilitzar un qüestionari en línia dissenyat pels autors amb 35 ítems (3 preguntes obertes, 32 preguntes tancades) sobre característiques clíniques sociodemogràfiques, resultats obstètrics i dades del nadó. El diagnòstic de Trastorn d'Estrès Post-Traumàtic i la gravetat dels símptomes durant el període perinatal es van mesurar utilitzant el Qüestionari de Trastorn d'Estrès Posttraumàtic Perinatal (PPQ).

Després de realitzar l'anàlisi de les respostes es van identificar els factors protectors i els factors de risc contra el TEPT. Es va observar que una edat de la mare igual o superior als trenta-cinc anys, multiparitat, tenir un pla de part, l'ús d'analgèsia epidural i realitzar contacte pell amb pell són factors protectors contra el Trastorn d'Estrès Post-Traumàtic.

No obstant això, el part instrumental, la cesària, la realització de maniobra de Kristeller i l'extracció manual de la placenta es van presentar com a factors de risc.

En conclusió, les dones amb símptomes d'estrès post-traumàtic tenen una pitjor qualitat de vida en les primeres setmanes del postpart. El tipus de part, els mètodes d'analgèsia utilitzats, i les pràctiques realitzades pels professionals sanitaris són factors que es relacionen amb aquesta patologia.

**Martinez et al.** (46) en el seu estudi varen voler determinar si existeix una associació entre experiment violència obstètrica i el risc de patir Trastorn d'Estrès Post-Traumàtic.

Es va fer un estudi transversal amb dones que havien donat a llum a Espanya. Els criteris d'inclusió van ser dones que haguessin donat a llum en els darrers 12 mesos i que fossin majors d'edat. Els únics criteris d'exclusió van ser no poder entendre l'idioma espanyol i que no hagués transcorregut un mínim d'un mes des de la data de naixement. La recollida de dades es va fer de setembre a desembre de l'any 2019. En la mostra es van incloure a 899 dones.

Les dades es van recopilar fent servir un qüestionari en línia prèviament provat redactat expressament per aquest estudi. L'enquesta recollia informació sobre variables sociodemogràfiques, clíniques i relacionades amb l'experiència de la dona durant el part. La principal variable independent va ser la violència obstètrica i els seus tres components, verbal, físic i psicoafectiu. Es va utilitzar un qüestionari per determinar la seva freqüència preguntant sobre diverses pràctiques i situacions que la dona ha viscut durant el procés de part. El risc de Trastorn de l'Estrès Post-Traumàtic (TEPT), que es va avaluar mitjançant el Qüestionari de Trastorn d'Estrès Posttraumàtic Perinatal (PPQ).

Es van identificar com a factors de risc tenir un pla de part no respectat, tenir una cesària programada o d'emergència, ingrés del nounat en unitat de cures intermèdies neonatals, ingrés en unitat de cures, patir violència obstètrica verbal i psicoafectiva. Com a factors protectors es va observar l'inici de la lactància a la primera hora del postpart i la percepció de suport de la parella durant l'embaràs, part i puerperi.

En conclusió, diverses pràctiques clíniques van ser identificades amb risc de TEPT, destacant diversos tipus de violència obstètrica; cal sensibilitzar els professionals sobre aquest tema ja que el tractament i l'atenció que ofereixen a les dones gestants poden influir en la probabilitat de desenvolupar un Trastorn d'Estrès Post-Traumàtic.

**Ayers et al.** (47) es plantejaren com a objectiu revisar l'evidència disponible sobre l'impacte d'un desajust entre les expectatives del naixement i l'experiència del part i la seva associació amb els resultats adversos postnatsals de la mare, la parella i el nounat, utilitzant estudis prospectius.

La recerca de publicacions científiques es va realitzar en Academic Search Complete, CINAHL, Medline, PsycINFO, PsychArticles, PubMed, SCOPUS i Web of Science. Els estudis es van incloure si formaven part d'investigacions empíriques prospectives que examinaven l'associació entre un desajust en les expectatives i/o l'experiència del part i els resultats postnatsals en les dones, els fills i en les parelles. Les dades es van sintetitzar qualitativament utilitzant un enfocament descriptiu on es van extreure i resumir les característiques de l'estudi, el context i la qualitat metodològica i, després, es van utilitzar les diferències i similituds entre els estudis per treure'n conclusions.

Es van identificar un total d'onze articles quantitius publicats en nou països, la majoria de parla anglesa. Quatre estudis analitzaven l'impacte d'un desajust entre les expectatives de naixement i les experiències sobre la satisfacció amb el naixement. Els resultats suggerien que si una dona complia les seves expectatives de part, era més probable que qualificés la seva experiència de part com a satisfactòria; tanmateix, quan les expectatives del naixement no es complien, la satisfacció del part era baixa.

A més, dos estudis exposaven que més experiències de part qualificades com a negatives s'associaven amb més símptomes de Trastorn d'Estres Post-Traumàtic després del naixement. Tot i això, ambdós estudis van identificar altres factors que també es van associar amb el desenvolupament de símptomes de TEPT postnatal, com la intensitat del dolor, la impotència, els antecedents de trauma sexual, el suport social, les intervencions mèdiques, la durada del treball de part i la percepció negativa de l'atenció sanitària rebuda durant el naixement.

Com a conclusió, un desajust entre les expectatives de naixement i les experiències s'associa amb la satisfacció del naixement i pot augmentar el risc de desenvolupar un Trastorn d'Estrès Post-Traumàtic durant el postpart. Per garantir que es compleixin les expectatives de les dones i, per tant, experimentar una experiència de part satisfactòria, el personal sanitari ha de garantir una atenció sensible, que reconegui les necessitats i preferències de les dones, basant-se en una comunicació oberta i clara, i que permeti a les dones prendre les seves pròpies decisions sobre el treball de part.

**Ertan et al.** (48) es plantejaren examinar el vincle entre la vivència d'esdeveniments traumàtics, la pèrdua d'un fill, les formes de naixement, el part angoixant, el suport social, el vincle mare-fill percebut, la depressió postpart i els símptomes de Trastorn d'Estrès Post-Traumàtic.

Per portar a terme l'estudi, a través d'una enquesta transversal en línia, es van recopilar dades biogràfiques, mèdiques, psicològiques, obstètriques i antecedents traumàtics d'un total de 916 dones que havien donat a llum i 64 parelles. Es van excloure totes aquelles dones que havien donat a llum feia menys d'un mes o més d'un any; tanmateix, no van poder participar en l'estudi les parelles de les dones que havien donat a llum feia menys d'un mes o més d'un any.

Els resultats ressalten el possible impacte de diversos factors de risc com ara les cesàries d'emergència, les experiències traumàtiques i els esdeveniments angoixants durant el part. En conclusió, l'estudi demostra el vincle significatiu entre els factors de risc psicològics, traumàtics i relacionats amb el part, així com el suport social percebut amb el Trastorn d'Estrès Post-Traumàtic posterior al naixement en les mares i les seves parelles. Donat això, s'ha de donar una atenció específica als símptomes del TEPT i a les alteracions psicològiques que es produeixen després del part, tant a les mares com a les seves parelles. D'altra banda, també es important informar a les famílies, el més aviat possible, sobre les possibles complicacions durant l'embaràs i el part per preparar-les per els possibles esdeveniments traumàtics o angoixants.

**Dekel et al.** (49) tenien com a objectiu examinar la naturalesa de la comorbiditat dels símptomes del Trastorn d'Estrès Post-Traumàtic relacionat amb el part i la depressió postpart.



Van estudiar una mostra de 685 dones i van recopilar dades sobre la salut mental relacionada amb el TEPT, la depressió, l'angoixa general i l'experiència del part. Els símptomes de TEPT relacionats amb l'experiència del naixement es van avaluar amb els criteris del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5), l'angoixa del naixement i els símptomes de depressió postpart es va mesurar utilitzant el *Brief Symptom Inventory* (BSI).

Els resultats van exposar que la gran majoria de les dones amb símptomes elevats de TEPT relacionats amb el part també pateixen símptomes elevats de depressió postpart. L'anàlisi dels resultats revela que els factors estressants del part, incloses les complicacions obstètriques i l'angoixa peritraumàtica al part, van predir la probabilitat de desenvolupar TEPT i depressió postpart comòrbids relacionats amb el part.

En conclusió, les troballes suggereixen que més enllà de la depressió postpart, les dones en el postpart pateixen una resposta depressiva d'estrès posttraumàtic arran d'una experiència traumàtica en el moment del naixement. Es justifica augmentar la consciència en l'atenció postpart de rutina sobre el part traumàtic i les seqüeles emocionals associades a aquest.

**Çapik i Durmaz** (50) examinaren el vincle entre de la por al part, la depressió postpart i certes variables obstètriques amb el Trastorn d'Estrès Post-Traumàtic en el postpart.

La investigació es va portar a terme entre l'1 de desembre del 2015 i el 29 de febrer del 2016 en la unitat maternal d'un hospital de Erzurum, en la província de Turquia. Es basa en un estudi transversal amb una població d'estudi composta per totes les dones embarassades que van passar per la unitat durant les dates mencionades anteriorment.

La mostra de l'estudi va ser de 222 dones embarassades que complien els criteris d'inclusió, els quals eren: estar embarassada per mitjans naturals, tenir un part previ vaginal en cas de ser multípara, estar dins del tercer trimestre de l'embaràs, no tenir una gestació de risc ni cap trastorn mental diagnosticat en l'actualitat i no desenvolupar complicacions postpart greus ni la mare ni el nadó.

Per extreure la informació i els resultats es van fer servir formularis d'informació personal prenatal i postal elaborats pels investigadors, el *Delivery Expectancy and*

*Experience Questionnaire*, la *Postnatal Depression Scale* (EPDS) i la *Posttraumatic Stress Disorder Symptom Scale* (PTSD-SR).

Segons els resultats de l'anàlisi, la insatisfacció amb les actituds del personal mèdic durant el part és un predictor significatiu de l'estrès post-traumàtic postpart.

Com a conclusions finals, la por al part, la depressió postpart, experimentar problemes en el postpart per part de la mare, la insatisfacció amb les actituds del personal mèdic durant el naixement i la definició de l'experiència del part per part de la mare són predictors de patir TEPT en el postpart.

**Liu et al.** (51) portaren a terme un estudi amb l'objectiu de determinar la prevalença de la depressió postpart i el Trastorn d'Estrès Post-Traumàtic postpart a la Xina i, buscaren examinar les relacions que hi ha entre les variables sociodemogràfiques, les condicions durant l'embaràs, els factors del naixement, l'estat del nou-nat i l'aparició de depressió i Trastorn d'Estrès Post-Traumàtic en el postpart.

Es va realitzar un estudi transversal amb una mostra de 1.136 dones, portat a terme entre el juny i el desembre del 2019 a Shanghai. Les dones van ser inscrites en l'estudi durant les seves visites rutinàries pel control durant el postpart a la consulta obstètrica d'un centre sanitari materno-infantil, complint els criteris d'inclusió i exclusió imposats prèviament.

Es van recollir dades sobre les característiques sociodemogràfiques, obstètriques i del recent nascut mitjançant uns formularis redactats previ a l'estudi i consultant la història clínica després d'obtenir el consentiment informat. El suport social i els símptomes de depressió i Trastorn d'Estrès Post-Traumàtic en el postpart es van mesurar amb la *Perceived Social Support Scale* (PSSS), la *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS) i amb el *Perinatal Post-traumatic Stress Questionnaire* (PPQ).

Les dades recollides relacionades amb l'embaràs incloïen el nombre d'embarassos previs, si era una gestació planificada, els antecedents d'embaràs anormal i la modalitat de part (vaginal normal, instrumentat o cesària).

Els resultats van mostrar que la presència d'estrès post-traumàtic és un factor de risc per patir símptomes de depressió postpart; tanmateix, la presència de depressió postpart és un factor de risc per patir símptomes d'estrès post-traumàtic.

En conclusió, cal proporcionar atenció i ajuda a les dones que són susceptibles a patir DP i TEPT, donat que aquests dos trastorns mentals molt freqüentment estan relacionats i provoquen malestar psicològics i efectes negatius a la qualitat de vida de les dones, les seves famílies i als seus fills.

**Silveira et al.** (52) pretenien examinar l'efecte dels diferents tipus d'experiències irrespectuoses i abusives, com ara l'abús verbal i/o físic, la negació a l'atenció i la pràctica de procediments no desitjats, amb l'aparició de la depressió postpart materna.

La mostra de l'estudi estava composta per participants de l'estudi de cohorts, publicat a l'any 2017, de naixements de Pilotes (Brasil) de 2015; una cohort basada en la població de tots els nascuts vius de mares que vivien a l'àrea urbana de la ciutat de Pilotes, al sud del Brasil. De l'1 de gener al 31 de desembre del 2015, es van visitar diàriament les maternitats i es van detectar els naixements. Un total de 4.333 dones van donar a llum als hospitals de la ciutat, de les quals 4275 (98,7%) van acceptar participar en l'estudi.

Les experiències de manca de respecte i abús cap a les dones per part de l'equip assistencial durant el part es van examinar durant les entrevistes realitzades a les llars amb les mares biològiques tres mesos després del naixement. Els símptomes de depressió postpart es van avaluar en les entrevistes utilitzant la *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS) entre les setmanes setze i vint-i-quatre de la gestació i, es van tornar a valorar els símptomes tres mesos després del part utilitzant el mateix procediment.

Els resultats manifesten que el 17% de les dones presentaven antecedents de depressió i aproximadament un 30% de les dones presentaven símptomes depressius durant l'embaràs. Qualsevol falta de respecte i experiència d'abús durant el part va ser reportat pel 18% de les dones, el maltractament verbal i físic va estar present en el 9% i el 5%, respectivament, i un 6% de la mostra va exposar haver patit negació de cures pràctiques de procediments indesitjables o no consentits.

Les dones que van informar almenys un tipus de falta de respecte i abús tenien 1,6 vegades més probabilitats de presentar depressió postpart mentre que les que van patir abús físic

tenien 2,3 vegades més probabilitats respecte a les que no ho pateixen durant el naixement. L'abús físic durant el naixement es va associar amb un augment de les probabilitats d'aparició de depressió postpart; les dones que van experimentar tres o més tipus de manca de respecte i abús tenen el triple de probabilitats de tenir depressió postpart que aquelles que no van experimentar cap forma.

En conclusió, la manca de respecte i l'abús durant el part augmenten les probabilitats de patir depressió postpart tres mesos després del naixement. Cal elaborar estratègies per promoure una atenció de salut materna respectuosa i d'alta qualitat per prevenir resultats adversos tant per la mare com pel el nen.

**Bay i Deniz** (53) es proposaren dos objectius al efectuar aquest estudi. El primer d'ells fou determinar les percepcions de les dones sobre un part traumàtic, els símptomes de depressió postpart i els factors que influeixen; el segon fou identificar la relació entre la depressió postpart i una experiència de part traumàtic.

Per efectuar aquesta investigació es va realitzar un estudi de tipus quantitatiu transversal entre l'1 de Març del 2018 i l'1 de Febrer del 2019 en 68 centres de salut situats a la localitat de Turquia. La mostra de l'estudi va ser de 550 dones, de més de divuit anys d'edat, les quals es trobaven dins del primer mes de postpart, havien donat a llum entre les trenta-set i les quaranta-dos setmanes de gestació, tenien els fills vius sense anomalies, no havien patit complicacions durant el part i el postpart i no havien experimentat trastorns psicològics durant l'embaràs.

Per poder recopilar dades es va elaborar un formulari de 25 preguntes relacionades amb la situació sociodemogràfica i obstètrica de les participants. Tanmateix, es van utilitzar dues escales per mesurar la percepció d'un part traumàtic i els símptomes de depressió postpart: *Perception of Traumatic Childbirth Scale* (PTCS) i *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS).

Els resultats van manifestar que el 33,80% de les dones incloses a l'estudi havien patit o tenien la percepció d'haver patit una experiència de part traumàtica i, el 25,3% tenia risc de depressió postpart. A mesura que augmenten els resultats a l'escala de valoració de la percepció del part traumàtic, el risc de depressió postpart també augmenta. Especialment en dones que tenen una percepció de part traumàtic alt i molt alt, el risc de depressió postpart augmenta de 4 a 5 vegades.

En conclusió, els resultats de l'estudi suggereixen que tenir una percepció de part traumàtica pot succeir en un terç de les dones que donen a llum i, la probabilitat de depressió augmenta en el període del postpart. Per tant, els factors que afecten a la percepció del part s'han d'analitzar bé i cal prendre les precaucions necessàries. Tenir un naixement insatisfactori a nivell assistencial, sentiments de soledat just després de donar a llum, no sentir-se segura durant el part, no complir amb les expectatives creades durant l'embaràs sobre el moment del naixement i sentir ansietat durant el part són fets que augmenten la percepció traumàtica però es poden evitar. Cal adoptar i seguir els protocols sanitaris per evitar situacions angoixants que puguin derivar a problemes psicològics per les mares.

**Reed et al.** (54) tenien com a objectiu determinar els factors interpersonals que influeixen en la percepció de les dones d'una experiència traumàtica en el part.

Es va realitzar un estudi de mètodes mixts amb una mostra de 948 dones, les quals van completar una enquesta en línia on havien de contestar a la següent pregunta: "Descriu l'experiència del teu part i els factors que vas trobar traumàtics". Només 748 dones, procedents la gran majoria d' Austràlia i Amèrica del Nord, van respondre a la pregunta formulada.

Els resultats van manifestar que la majoria de dones (66,7%) descriuen les accions i les interaccions de l'equip assistencial com l'element traumàtic de la seva experiència. A partir de les dades relacionades amb els factors interpersonals, es van identificar quatre temes generals: prioritzar l'agenda de treball de l'equip sanitari, ignorar els coneixements i opinions de les dones gestants, utilitzar mentires i amenaces amb la finalitat d'aconseguir el consentiment per realitzar pràctiques i, patir abús físic i verbal per parts dels sanitaris.

En conclusió, les accions i les interaccions dels professionals sanitaris poden influir en l'experiència traumàtica de les dones durant el part. És necessari abordar el trauma interpersonal del naixement. El desenvolupament i la provisió de serveis de maternitat han d'estar recolzats per un paradigma i un marc que prioritzi les necessitats físiques i emocionals de les dones. L'equip assistencial requereix la capacitat i el suport necessaris per minimitzar una experiència de part traumàtica originada per factors interpersonals.

**Martínez et al.** (55) realitzaren un estudi amb l'objectiu determinar els factors associats amb els símptomes del Trastorn d'Estrès Post-Traumàtic a llarg termini, és a dir, un any després del part.

Es va realitzar un estudi transversal durant l'any 2019 que tenia com a població de referència totes aquelles dones que havien donat a llum a Espanya en hospitals públics, privats o al domicili. Es va utilitzar un qüestionari online construït pel grup de recerca que contenia 64 ítems amb preguntes obertes i tancades; aquest qüestionari recollia informació sobre variables sociodemogràfiques, característiques clíniques, resultats obstètrics, pràctiques clíniques realitzades, queixes i opinions de les participants.

Per poder valorar la violència obstètrica, percebuda per les dones, es va redactar un qüestionari que avaluava diferents elements considerats maltractaments durant l'atenció rebuda en el part (violència verbal, física i psicoafectiva).

Els resultats es van calcular a partir d'una mostra de 1.301 dones. Els factors de risc identificats que influeixen en patir Trastorn d'Estrès Post-Traumàtic fins un any després del part van ser: no respectar un pla de part, implementar la lactància artificial durant l'ingrés, intervenció quirúrgica postpart, readmissió hospitalària, així com patir violència obstètrica verbal i psicoafectiva.

En conclusió, és fonamental sensibilitzar al personal, que treballa a les sales de part, de les mesures necessàries perquè una dona percebi el seu tracte com a adequat durant el seu part. L'actuació dels professionals sanitaris que assisteixen en el moment d'un naixement juga un paper fonamental en la reducció del risc d'estrès posttraumàtic postpart a llarg termini. La majoria dels factors identificats com a factors de risc estan relacionats amb la pràctica dels professionals de la salut: violència obstètrica, incompliment del pla de part, entre d'altres. Per totes aquestes raons, els professionals de la salut han de ser conscients de la importància dels seus comportaments durant l'assistència al part.

## **5. DISCUSSIÓ**

Com s'ha exposat prèviament, algunes pràctiques realitzades per professionals sanitaris durant l'embaràs i, sobretot, el part, poden arribar a perjudicar la salut mental materna en el puerperi immediat i tardà. La violència obstètrica, no només s'ha demostrat que influeix en la salut física, també pot influir en la salut mental originant Trastorn d'Estrès Post-Traumàtic i depressió postpart entre d'altres.

### **5.1 El part traumàtic degut a la violència exercida**

Hi ha una relació entre les formes de violència obstètrica efectuades durant el part i la salut mental materna com bé van observar Minckas et al. (44) i Zhang et al. (43) els quals exposen que les faltes de respecte i abús durant el part i postpart immediat tenen una relació directe amb la depressió postpart i el Trastorn d'Estrès Post-Traumàtic.

Tanmateix, Bay i Deniz (53) en el seu estudi conclouen que tenir un part insatisfactori a nivell assistencial, no sentir-se segura durant el naixement del fill o patir ansietat durant l'expulsió augmenten la percepció traumàtica.

Finalment, Reed et al. (54) posa en manifesta en el seu estudi que el 66,7% de les dones de la mostra van descriure les accions i interaccions de l'equip assistencial com l'element traumàtic de la seva experiència.

### **5.2 La violència obstètrica i el Trastorn d'Estrès Post-Traumàtic**

Hernández et al. (45), Martínez et al. (46) i Ertan et al. (48) en les seves recerques conclouen que el part no respectat i/o instrumentat, la cesària programada o d'emergència, la realització de la maniobra de Kristeller, l'extracció manual de la placenta i patir violència obstètrica verbal i/o psicoafectiva són factors de risc per l'aparició del Trastorn d'Estrès Post-Traumàtic.

D'altra banda, Ayers et al. (47) determina que un desajust entre les expectatives del naixement i les experiències reals associades a aquest poden augmentar el risc de desenvolupar un Trastorn d'Estrès Post-Traumàtic durant el postpart i; Çapik i Durmaz (50) en el seu estudi publicat assenyalen que la insatisfacció amb les actituds del personal mèdic durant el part també es considera un factor predictor significatiu del Trastorn d'Estrès Post-Traumàtic.

Com s'ha observat el Trastorn d'Estrès Post-Traumàtic empitjora la qualitat de vida de les dones durant les primeres setmanes de postpart (45). És important garantir una experiència de part satisfactòria junt amb una atenció humanitzada i sensible, que reconegui les preferències i necessitats de les dones i permeti que siguin elles les que prenguin les decisions sobre el seu cos per disminuir els risc de l'aparició del Trastorn d'Estrès Post-Traumàtic en el postpart (47).

### **5.3 Trastorn d'Estrès Post-Traumàtic i Depressió Postpart**

Dekel et al. (49) conclouen que la majoria de dones que tenen símptomes de Trastorn d'Estrès Post-Traumàtic també manifesten símptomes de depressió postpart; Liu et al. (51) observen en el seu estudi que la presència d'estrès post-traumàtic és un factor de risc per patir símptomes de depressió postpart i, la presència de depressió postpart és un factor de risc per patir símptomes d'estrès post-traumàtic.

És a dir, les dones que donen a llum poden arribar a patir una resposta depressiva d'estrès post-traumàtic arran d'una experiència traumàtica durant el naixement (49); la depressió postpart i el Trastorn d'Estrès Post-Traumàtic són trastorns mentals freqüents i, relacionats entre ells, en dones que es troben el postpart immediat i tardà (51).

## **6. LIMITACIONS I DIFICULTATS**

La revisió bibliogràfica realitzada té una temàtica relacionada amb unes pràctiques i conductes reconegudes com a perjudicials des de fa relativament un curt període de temps; és a dir, tot i que la violència obstètrica ha estat present al llarg dels anys a diferents hospitals públics, concertats i/o privats, no ha estat fins ara, a l'actualitat, on s'ha reconegut com a tal.

És per això, que la principal limitació de l'estudi ha estat la poca bibliografia que hi ha publicada en els països europeus, sent la majoria articles i publicacions basats en països de l'Àfrica o de l'Amèrica del Sud. Tanmateix, les conseqüències psicològiques que es poden originar arran de conductes identificades com a violència obstètrica no estan tan estudiades com ara les físiques.



Per tant, aquesta revisió bibliogràfica compta amb la limitació afegida de la poca evidència científica publicada i els escassos estudis realitzats sobre el tema a analitzar.

## **7. CONCLUSIONS**

En la present revisió bibliogràfica s'han obtingut uns resultats que verifiquen i demostren la relació que hi ha entre la violència obstètrica i la salut mental materna en el postpart. Les patologies i trastorns mentals freqüentment són infravalorats i invisibilitats per la societat, tot i que cada cop més es fan campanyes de visibilització per conscienciar a la població sobre la importància de tractar aquestes alteracions.

Quan ens referim a la relació que hi ha entre la violència obstètrica i les patologies mentals associades encara hi ha un gran estigma; la violència obstètrica es un terme relativament recent tot i que s'efectua des de fa desenes d'anys en diferents institucions sanitàries i, la salut mental en el postpart no ha pres importància fins els darrers anys.

Tot i que la recerca efectuada sobre aquest camp encara és mínima, els diferents estudis publicats assenyalen que procediments violents i tècniques irrespectuoses durant el part, juntament amb l'abús exercit per part d'alguns professionals sanitaris, poden influir en la percepció d'una experiència traumàtica en el moment del naixement d'un fill, el que origina a curt i llarg termini en determinats casos trastorns mentals en les dones com ara depressió postpart i Trastorn d'Estrès Post-Traumàtic.

Per aquesta raó és de gran necessitat formar als professionals sanitaris que assisteixen a la dona gestant durant tot el període de l'embaràs, el part i el postpart en un model assistencial d'atenció maternal respectuosa, humanitzant el part ja sigui eutòcic o distòcic i proporcionant les cures necessàries, respectant els desitjos i decisions de les dones per garantir una experiència satisfactòria.

## **8. APLICABILITAT A LA PRÀCTICA ASSISTENCIAL**

L'equip d'infermeria, així com les llevadores, ginecòlegs/gues i la resta de professionals sanitaris que atenen a les dones gestants durant tota l'experiència de l'embaràs, el part i el puerperi han de ser conscients de les tècniques i conductes identificades com a violència obstètrica que poden originar alteracions físiques i/o psicològiques a la dones en aquesta etapa.

Tenir els coneixements i saber identificar accions que poden originar conseqüències negatives sobre el cos i/o la ment de la persona que es troba a consulta és clau per disminuir les problemàtiques de salut associades a qualsevol de les formes de la violència obstètrica.

Els estudis com aquest, són necessaris per realitzar un canvi en els paradigmes i protocols dels centres hospitalaris, els quals només es modifiquen si els professionals de salut són conscients de les mancances que hi ha dins del model d'atenció al part actual.

Tanmateix, tenir coneixements sobre els diferents processos psicològics patològics que es poden originar durant el puerperi ens garanteixen poder proporcionar una atenció integral i individualitzada per a cada dona, identificant el problema o problemes de salut que estiguin presents.

## BIBLIOGRAFIA

1. World Health Organization. Violencia contra la mujer [Internet]. 2021 [citad 19 novembre 2021]. Disponible a: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>
2. Comunitat Autònoma de Catalunya. Ley 5/2008, de 24 de abril, del derecho de las mujeres a erradicar la violencia machista [Internet]. Sec. 1, Ley 5/2008 maig 30, 2008 p. 25174-94. Disponible a: <https://www.boe.es/eli/es-ct/l/2008/04/24/5>
3. Llei 17/2020, del 22 de desembre, de modificació de la Llei 5/2008, del dret de les dones a erradicar la violència masclista. [Internet]. [citad 8 febrer 2022]. Disponible a: <https://dogc.gencat.cat/ca/document-del-dogc/?documentId=889760>
4. OMS. Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud [Internet]. WHO. World Health Organization; 2016 [citad 19 novembre 2021]. Disponible a: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/134590>
5. Informe anual del Observatorio de la Violencia Obstétrica 2016. [Internet]. El Parto es Nuestro. 2016 [citad 19 novembre 2021]. Disponible a: <https://www.elpartoesnuestro.es/blog/2016/11/25/informe-anual-del-observatorio-de-la-violencia-obstetrica-2016>
6. Hospital Clínic Barcelona. Embaràs i Part [Internet]. Clínic Barcelona. 2018 [citad 9 febrer 2022]. Disponible a: <https://www.clinicbarcelona.org/ca/asistencia/malalties/embaras-i-part>
7. OMS | Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo [Internet]. WHO. World Health Organization; 2016 [citad 9 febrer 2022]. Disponible a: <https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-RHR-16.12>
8. Pruebas durante el embarazo. [Internet]. El Parto es Nuestro. 2021 [citad 9 febrer 2022]. Disponible a: <https://www.elpartoesnuestro.es/informacion/embarazo/pruebas-durante-el-embarazo>
9. OMS. Human Reproduction Programme (HRP) revised programme budget 2020-2021 [Internet]. World Health Organization; 2020 [citad 4 gener 2022]. Disponible a: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/334381>
10. La relación con el médico. [Internet]. El Parto es Nuestro. 2021 [citad 9 febrer 2022]. Disponible a: <https://www.elpartoesnuestro.es/informacion/embarazo/la-relacion-con-el-medico>
11. Dona Llum: Pla de Part i Consentiment Informat. [Internet]. Associació Catalana

- per un Part Respectat. 2020 [citat 9 febrer 2022]. Disponible a: <https://www.donallum.org/part-respectat/drets/pla-de-part-i-consentiment-informat/>
12. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente. [Internet]. 2002 [citat 19 novembre 2021]. Disponible a: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2002-22188>
  13. Ministerio de Sanidad. Salud Sexual y Reproductiva [Internet]. Gobierno de España: Ministerio de Sanidad. 2020 [citat 10 desembre 2021]. Disponible a: <https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/equidad/saludGenero/saludSexualReproduccion/home.htm>
  14. Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal [Internet]. GuíaSalud. 2015 [citat 20 novembre 2021]. Disponible a: [https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2019/01/GPC\\_472\\_Parto\\_Normal\\_Aguas\\_paciente\\_cat.pdf](https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2019/01/GPC_472_Parto_Normal_Aguas_paciente_cat.pdf)
  15. Violencia obstétrica: las prácticas agresivas que sufren algunas mujeres en el parto [Internet]. 2018 [citat 19 novembre 2021]. Disponible a: <https://www.publico.es/sociedad/violencia-obstetrica-practicas-agresivas-mujeres-parto.html>
  16. WHO. Intrapartum care for a positive childbirth experience [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2018 [citat 19 novembre 2021]. Disponible a: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/260178>
  17. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Área de la Mujer. [Internet]. SEGO. 2022 [citat 19 novembre 2021]. Disponible a: [https://sego.es/Area\\_de\\_la\\_Mujer#partoypuerperio](https://sego.es/Area_de_la_Mujer#partoypuerperio)
  18. Gilart P. Maniobra de Hamilton. [Internet]. Rev Elect Port Med. 2016 [citat 19 novembre 2021]. Disponible a: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/maniobra-hamilton-induccion-parto/>
  19. Luces AM, Mosquera L, Onandia M, Tizón E. La lenteja de parto: un recurso favorecedor de la movilidad pélvica. 2016 [citat 20 novembre 2021];10(1). Disponible a: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1988-348X2016000100004&lng=es&nrm=iso&tlng=es](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1988-348X2016000100004&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
  20. Ortiz J, Palacio F, Fornet I. Técnicas analgésicas para el parto. An Sist Sanit Navar [Internet]. desembre 2014 [citat 20 novembre 2021];37(3):411-27. Disponible a: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1137-66272014000300010&lng=es&nrm=iso&tlng=es](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1137-66272014000300010&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
  21. Kayem G, Raiffort C. Técnicas quirúrgicas de la cesárea. EMC - Ginecol-Obstet

- [Internet]. febrer 2019 [citat 9 febrer 2022];55(1):1-12. Disponible a: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1283081X19417025>
22. Institut d'Estadística de Catalunya. Estadística de naixements. [Internet]. Idescat. 2021 [citat 20 novembre 2021]. Disponible a: <https://www.idescat.cat/pub/?id=naix&n=5121>
23. Belihu F, Small R, Davey M. Episiotomy and severe perineal trauma among Eastern African immigrant women giving birth in public maternity care: A population based study in Victoria, Australia. *Women Birth* [Internet]. agost 2017;30(4):282-90. Disponible a: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27889259/>
24. García P, Coronado I, Valencia C, Nuñez J. Contacto piel a piel al nacimiento. *Perinatol Reprod Humana* [Internet]. 2017 [citat 20 novembre 2021];31(4):170-3. Disponible a: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0187533718300335>
25. Asociación Española de Pediatría. Contacto piel con piel en las cesáreas. [Internet]. AEP. 2017 [citat 20 novembre 2021]. Disponible a: <https://www.aeped.es/comite-nutricion-y-lactancia-materna/lactancia-materna/documentos/contacto-piel-con-piel-en-las-cesareas>
26. Minckas N, Medvedev M, Adejuyigbe E, Brotherton H, Chellani H, Estifanos AS, et al. Preterm care during the COVID-19 pandemic: A comparative risk analysis of neonatal deaths averted by kangaroo mother care versus mortality due to SARS-CoV-2 infection. *EClinicalMedicine* [Internet]. 2021 [citat 20 novembre 2021]; Disponible a: [https://www.thelancet.com/journals/eclinm/article/PIIS2589-5370\(21\)00013-4/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/eclinm/article/PIIS2589-5370(21)00013-4/fulltext)
27. ¿Qué es el puerperio? ¿Cuánto dura? [Internet]. El Parto es Nuestro. 2020 [citat 9 febrer 2022]. Disponible a: <https://www.elpartoesnuestro.es/informacion/posparto/que-es-el-puerperio-cuanto-dura>
28. Guía de Práctica Clínica de Atención en el Embarazo y Puerperio [Internet]. GuíaSalud. 2015 [citat 9 febrer 2022]. Disponible a: <https://portal.guiasalud.es/gpc/embarazo-puerperio/>
29. Ansari H, Yeravdekar R. Respectful Maternity Care Resources. *J Postgrad Med* [Internet]. 2020 [citat 8 febrer 2022];66(3):133-40. Disponible a: <https://www.whiteribbonalliance.org/rmcresources/>
30. International Federation of Gynecology and Obstetrics. Marco ético para una atención de la salud materna respetuosa durante el embarazo y el parto [Internet]. FIGO. 2021 [citat 8 febrer 2022]. Disponible a: <https://www.figo.org/es/%20recursos%20/%20declaraciones-figo%20/%20marco->

%C3%A9tico-cuidado-materno-respetuoso-durante-el-embarazo-y-parto

31. Las Casildas. Observatorio de la Violencia Obstétrica. [Internet]. Las Casildas. 2022 [citad 10 febrer 2022]. Disponible a: <https://lascasildas.com.ar/proyectos.html>
32. Observatorio de Violencia Obstétrica de Chile [Internet]. OVO Chile. 2022 [citad 10 febrer 2022]. Disponible a: <http://ovochile.cl/>
33. Observatorio de Violencia Obstétrica. [Internet]. OVO España. 2022 [citad 10 febrer 2022]. Disponible a: <https://observatorioviolenciaobstetrica.es/>
34. Ministerio de Sanidad. Salud sexual y reproductiva. [Internet]. Gobierno de España: Ministerio de Sanidad. 2020 [citad 9 desembre 2021]. Disponible a: <https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/equidad/saludGenero/saludSexualReproduccion/home.htm>
35. García A, Viguera M, Ballesteros C, Fernández M, Carrillo C, Martínez M, et al. Tasa de episiotomía en el Hospital Clínico Universitario de La Arrixaca y factores que influyen en su práctica. Rev Esp Salud Pública [Internet]. 2019 [citad 10 febrer 2022];93. Disponible a: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1135-57272019000100059&lng=es&nrm=iso&tlng=es](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1135-57272019000100059&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
36. Informe final Observatorio de Violencia Obstétrica.pdf [Internet]. OVO Argentina. 2015 [citad 8 gener 2022]. Disponible a: <https://es.scribd.com/document/381808365/Informe-Final-OVO>
37. Mellizo A, López L, Montoya R, Ortiz R, Gil C. Frecuencia de la realización de episiotomía y complicaciones en el servicio de obstetricia del Hospital Universitario San José, Popayán. Rev Colomb Obstet Ginecol [Internet]. 2018 [citad 10 febrer 2022];69(2):88-97. Disponible a: <https://revista.fecolsog.org/index.php/rcog/article/view/3030>
38. Sadler M, Leiva Rojas G, Bussenius P, Leon T, Valdebenito Zárata J, Chile O. Resultados Primera Encuesta sobre el Nacimiento en Chile. OVO Chile. 2018.
39. United Nations Population Fund. Obstetric fistula [Internet]. UNFPA. 2021 [citad 8 gener 2022]. Disponible a: <https://www.unfpa.org/obstetric-fistula>
40. Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela [Internet]. Pandectas Digital. 2007 [citad 9 desembre 2021]. Disponible a: [https://pandectasdigital.blogspot.com/2017/09/gaceta-oficial-de-la-republica\\_102.html](https://pandectasdigital.blogspot.com/2017/09/gaceta-oficial-de-la-republica_102.html)
41. Boletín Oficial del Estado. Constitución Española [Internet]. Constitución. Disponible a: [https://www.boe.es/eli/es/c/1978/12/27/\(1\)](https://www.boe.es/eli/es/c/1978/12/27/(1))
42. Page M, McKenzie J, Bossuyt P, Boutron I, Hoffmann T, Mulrow C, et al. The

- PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ* [Internet]. 2021 [citad 1 abril 2022]; Disponible a: <https://www.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmj.n71>
43. Zhang S, Wang L, Yang T, Chen L, Qiu X, Wang T, et al. Maternal violence experiences and risk of postpartum depression: A meta-analysis of cohort studies. *European Psychiatry: The Journal of the Association of European Psychiatrists* [Internet]. Gener 2019;55:90-101. Disponible a: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30445371/>
44. Minckas N, Gram L, Smith C, Mannell J. Disrespect and abuse as a predictor of postnatal care utilisation and maternal-newborn well-being: a mixed-methods systematic review. *BMJ Glob Health* [Internet]. abril 2021;6(4):e004698. Disponible a: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33883187/>
45. Hernández A, Rodríguez J, Molina M, Infante N, Donate M, Martínez JM. Postpartum post-traumatic stress disorder: Associated perinatal factors and quality of life. *J Affect Disord* [Internet]. abril 2019;249:143-50. Disponible a: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30772741/>
46. Martinez S, Rodríguez J, Hernández A, Martínez JM. Factors Associated with Postpartum Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) Following Obstetric Violence: A Cross-Sectional Study. *J Pers Med* [Internet]. abril 2021;11(5):338. Disponible a: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33923164/>
47. Webb R, Ayers S, Bogaerts A, Jeličić L, Pawlicka P, Van Haeken S, et al. When birth is not as expected: a systematic review of the impact of a mismatch between expectations and experiences. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. juliol 2021;21(1):475. Disponible a: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34215219/>
48. Burlacu E, Ertan D, El-Hage W, Hingray C, Sterlé A. Post-traumatic stress disorder following childbirth. [Internet]. *APA PsycInfo*. 2021 [citad 14 març 2022]. Disponible a: <https://www.proquest.com/psycinfo/docview/2507718848/FD3722BE6DDB4364PQ/16?accountid=15295>
49. Dekel S, Dishy G, Ein-Dor T, Mayopoulos P. Beyond postpartum depression: Posttraumatic stress-depressive response following childbirth. [Internet]. *APA PsycInfo*. 2020 [citad 14 març 2022]. Disponible a: <https://www.proquest.com/psycinfo/docview/2574430665/FD3722BE6DDB4364PQ/20?accountid=15295>
50. Çapik A, Durmaz H. Fear of childbirth, postpartum depression, and birth-related

variables as predictors of posttraumatic stress disorder after childbirth. *Worldviews on Evidence-Based Nursing* [Internet]. 2018 [citat 14 març 2022];15(6):455-63. Disponibile a:

<https://www.proquest.com/psycinfo/docview/2118094929/FD3722BE6DDB4364PQ/2>

51. Guo N, Jiang H, Liu Y, Zhang L. Postpartum depression and postpartum post-traumatic stress disorder: Prevalence and associated factor. [Internet]. *APA PsycInfo. BMC Psychiatry*. 2021 [citat 14 març 2022]. Disponibile a:

<https://www.proquest.com/psycinfo/docview/2615319729/902A9169BC8C4087PQ/2?accountid=15295>

52. Silveira M, Mesenburg M, Bertoldi A, De Mola C, Bassani D, Domingues M, et al. The association between disrespect and abuse of women during childbirth and postpartum depression: Findings from the 2015 Pelotas birth cohort study. *J Affect Disord* [Internet]. 2019 [citat 14 març 2022];256:441-7. Disponibile a:

<https://www.proquest.com/psycinfo/docview/2301547397/76992D4718DE49E4PQ/2>

53. Bay F, Sayiner F. Perception of traumatic childbirth of women and its relationship with postpartum depression. [Internet]. *APA PsycInfo. Women & Health*. 2021 [citat 20 març 2022]. Disponibile a:

<https://www.proquest.com/psycinfo/docview/2528220214/13FDF4935DDF4E36PQ/26?accountid=15295>

54. Reed R, Sharman R, Inglis C. Women's descriptions of childbirth trauma relating to care provider actions and interactions [Internet]. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2017. Disponibile a:

<https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-016-1197-0>

55. Martínez S, Rodríguez J, Hernández A, Delgado M, Martínez J. Long-term high risk of postpartum post-traumatic stress disorder (PTSD) and associated factors [Internet]. *Journal of Clinical Medicine*. 2021. Disponibile a:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33573115/>