

Efectividad de una intervención educativa grupal sobre la percepción de violencia obstétrica y la salud mental posparto



Proyecto de investigación no finalizado

Lucía Fernández Irigoyen

Trabajo Final de Grado

Tutora: Marta Roqueta Vall-Ilosera

Universidad de Girona- Facultad de enfermería

Curso 2024-2025

AGRADECIMIENTOS

A la Dra. Marta Roqueta Vall-Ilosera por guiarme y brindarme la ayuda necesaria durante toda la realización de este proyecto.

A la gente que ha formado parte de mi vida estos cuatro años. A mis amores, mis Zanpabar, gracias por hacer de Girona un hogar, por acompañarme y apoyarme incondicionalmente. Por nuestra pequeña familia que siempre estará en mi corazón.

A mi familia por ser mi soporte y darme la oportunidad de cumplir mis sueños.

ÍNDICE

RESUMEN.....	5
ABSTRACT.....	6
1. MARCO TEÓRICO.....	7
1.1. Definición de Violencia Obstétrica.....	7
1.2. Epidemiología.....	9
1.3. Violencia obstétrica como violencia contra las mujeres: Violencia de género...	10
1.4. Violencia Obstétrica como vulneración de los derechos Humanos.....	11
1.5. Conceptualización y tipos de violencia obstétrica.....	13
1.6. Explicación de algunos de los procedimientos considerados violencia obstétrica.....	14
1.7. Causas y factores asociados a la violencia obstétrica.....	17
1.8. El impacto de la Violencia Obstétrica.....	18
1.8.1. Consecuencias en la mujer y en el recién nacido.....	18
1.8.2. Consecuencias en el entorno.....	21
1.9. La situación legal de la violencia obstétrica en España.....	22
1.10. El papel de enfermería en la prevención y erradicación de la violencia obstétrica.....	23
1.11. Justificación.....	24
2. BIBLIOGRAFÍA.....	27
3. OBJETIVOS.....	34
3.1. Objetivo General.....	34
3.2. Objetivos específicos.....	34
4. MATERIAL Y MÉTODOS.....	35
4.1. Diseño del estudio.....	35
4.2. Población y ámbito del estudio.....	35
4.3. Determinación de la muestra.....	35
4.4. Variables del estudio.....	36
4.5. Recogida de datos e Instrumentos.....	42
4.5.1. Instrumentos.....	42
4.5.2. Procedimiento de recogida de datos.....	45
4.6. Intervenciones.....	47
4.6.1. Intervención convencional:.....	47
4.6.2. Intervención experimental:.....	47
4.7. Consideraciones éticas.....	50
4.8. Análisis estadístico.....	50

5. FASES DEL PROYECTO Y CRONOGRAMA.....	51
6. PRESUPUESTO.....	53
7. LIMITACIONES.....	54
8. ANEXOS.....	55
ANEXO I. Cuestionario ad hoc.....	55
ANEXO II: Escala de Estrés de Depresión por Ansiedad (DASS 21).....	56
ANEXO III: Escala (PCL-5) (77).....	57
ANEXO IV: Escala "Childbirth Fear Questionnaire" (CFQ)(72).....	58
ANEXO V: Consentimiento informado.....	62
ANEXO VI: Cuestionario de registro de variables clínicas del parto.....	63
ANEXO VII: Cuestionario ad hoc medicalización y percepción de violencia obstétrica.....	64
ANEXO VIII: Carta informativa del estudio.....	66

RESUMEN

La violencia obstétrica, una forma de violencia de género, que vulnera los derechos humanos de las mujeres durante el embarazo, parto y postparto. Se manifiesta en prácticas como intervenciones sin consentimiento, trato deshumanizado y abuso físico o verbal, afectando a la madre y al recién nacido. Sus causas son multifactoriales y sus consecuencias pueden tener efectos duraderos, afectando la salud física y emocional de las mujeres. Las enfermeras juegan un papel clave en su prevención, promoviendo una atención respetuosa y centrada en la mujer.

Este estudio tiene como objetivo evaluar la efectividad de una intervención educativa grupal para mejorar el bienestar emocional y psicológico de las mujeres en el postparto.

El estudio será un ensayo clínico multicéntrico, aleatorizado y controlado, con medidas pre y post intervención en dos grupos paralelos. Se realizará en cuatro centros ASSIR del Área Territorial del Gironès-Pla de l'Estany, con una muestra de 60 mujeres seleccionadas por conveniencia. Se analizarán cómo las variables clínicas y sociodemográficas influyen en los resultados, así como la percepción de violencia obstétrica y miedo al parto antes y después de la intervención. También se examinarán los cambios en la ansiedad, depresión y estrés postraumático relacionados con la experiencia del parto y la relación entre la percepción de violencia obstétrica y la salud mental en el postparto. Además, se evaluará el grado de satisfacción de las participantes con la intervención. Se utilizarán cuestionarios validados como la PCL-5, DASS-21 y el Childbirth Fear Questionnaire (CFQ) para evaluar la salud mental y bienestar de las participantes. El estudio se ajustará a los principios éticos, garantizando la confidencialidad y obteniendo el consentimiento informado. Los datos se analizarán mediante técnicas estadísticas descriptivas y comparativas para evaluar la efectividad de la intervención.

Palabras clave: violencia obstétrica, violencia de género, salud mental, postparto, intervención educativa, bienestar emocional, estrés postraumático, DASS-21, PCL-5, CFQ, enfermería, intervención grupal.

ABSTRACT

Obstetric violence, a form of gender-based violence, violates the human rights of women during pregnancy, childbirth, and the postpartum period. It is expressed through practices such as non-consensual interventions, dehumanizing treatment, and physical or verbal abuse, affecting both the mother and the newborn. Its causes are multifactorial, and its consequences can have long-lasting effects on women's physical and emotional health. Nurses play a key role in its prevention by promoting respectful, woman-centered care.

This study aims to evaluate the effectiveness of a group educational intervention to improve the emotional and psychological well-being of postpartum women.

The study will be a multicenter, randomized, controlled clinical trial with pre- and post-intervention measurements in two parallel groups. It will be conducted in four ASSIR centers in the Territorial Area of Gironès–Pla de l'Estany, with a convenience sample of 60 women. The study will analyze how clinical and sociodemographic variables influence outcomes, as well as the perception of obstetric violence and fear of childbirth before and after the intervention. It will also examine changes in anxiety, depression, and post-traumatic stress related to the childbirth experience, and the relationship between the perception of obstetric violence and postpartum mental health. Additionally, participants' satisfaction with the intervention will be assessed. Validated questionnaires such as the PCL-5, DASS-21, and the Childbirth Fear Questionnaire (CFQ) will be used to evaluate participants' mental health and well-being. The study will adhere to ethical principles, ensuring confidentiality and obtaining informed consent. Data will be analyzed using descriptive and comparative statistical techniques to assess the effectiveness of the intervention.

Keywords: obstetric violence, gender-based violence, mental health, postpartum, educational intervention, emotional well-being, post-traumatic stress, DASS-21, PCL-5, CFQ, nursing, group intervention.

1. MARCO TEÓRICO

1.1. Definición de Violencia Obstétrica

La violencia obstétrica consiste en el conjunto de prácticas constitutivas de violencia física, verbal y/o psicológica ejecutadas por el personal sanitario en la atención al embarazo, el parto y el posparto, las cuales dañan la salud de la madre y el recién nacido (1). La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la violencia obstétrica como: “Un tipo de violencia institucional expresada en relaciones de poder que legitiman y naturalizan una serie de procedimientos entre los que se da una apropiación del cuerpo de las mujeres y de los procesos fisiológicos presentes durante el embarazo y las etapas de la gestación” (2).

Algunos ejemplos son que se induzca el parto sin necesidad, que no se informe a la parturienta de los procedimientos que se le realizan, que no se le permita estar con un acompañante en las visitas de seguimiento del embarazo o en el parto, que se le falte al respeto y no se tenga en cuenta su opinión, que a la hora de parir le sean realizados tactos vaginales sin su permiso y por distintas personas, que le suministren fármacos y anestesia sin informarla, que haya estudiantes en el parto sin su consentimiento, que se le haga una episiotomía por rutina, una cesárea innecesaria o una maniobra de Kristeller, o que la separen del recién nacido sin motivo, entre otros (1). Estas prácticas constituyen una discriminación de género y representa una violación de los derechos humanos desde un enfoque de los derechos de la salud y de los derechos sexuales y reproductivos de la mujer, entendidos como derechos inalienables e indivisibles de los derechos humanos. (3).

La promesa de maternidad feliz desde la que se construyen muchos relatos de partos no siempre coincide con la realidad. A menudo, a lo largo del proceso de atención al nacimiento se desarrollan algunas actuaciones asistenciales y algunas prácticas técnico- sanitarias que se traducen como una apropiación del cuerpo y de los procedimientos reproductivos de las mujeres por parte de los profesionales de salud, esto es lo que se conoce como violencia obstétrica. Comportamientos que van desde el maltrato físico (exploraciones continuadas innecesarias; fórceps o cesáreas;

provocación y aceleración del parto sin indicación), hasta el maltrato verbal(insultar, burlarse, tener actitudes sexistas, racistas..., alzar la voz, infantilizar), pasando por la patologización del parto, la medicación y tecnificación excesiva del mismo o el hecho de llevarlo a cabo con escasez de profesionales y en instalaciones deficitarias (4). No dar información o no seguir de forma correcta y completa la obtención del consentimiento informado(5), además de la desinformación sobre procedimientos a los que se les somete, o no darles la oportunidad de participar en la toma de decisiones (6).

Haciendo un análisis histórico de la violencia obstétrica nos permite comprender cómo a lo largo del tiempo el parto y la atención a las mujeres durante el embarazo y el postparto han estado marcados por prácticas médicas que han vulnerado la autonomía y dignidad de las mujeres. Desde tiempos antiguos, el parto era visto como un proceso natural asistido por parteras, pero en el siglo XVIII y XIX comienza la medicalización de la obstetricia, donde aparece la figura del médico que empieza a reemplazar a la partera, instaurando una figura de control y dominación sobre el cuerpo femenino (5). La obstetricia pasó a ser controlada casi exclusivamente por hombres, excluyendo a las mujeres de la profesión al negarles la oportunidad de recibir formación profesional adecuada. Las prácticas de las matronas, consideradas empíricas y supersticiosas, fueron descalificadas frente a la biomedicina, una ciencia dominada por hombres (7).

A lo largo de la historia, las desigualdades sociales relacionadas con el acceso a recursos han profundizado la violencia obstétrica, ya que las mujeres de clases bajas han sido las más afectadas por una atención médica deshumanizada y abusiva. (8). En siglos pasados, mientras las mujeres de clases altas tenían acceso a cirujanos y servicios privados que ofrecían un trato más respetuoso, las de clases populares recurrían a matronas o eran atendidas en hospitales públicos, donde la atención era más impersonal y propensa a la negligencia. La medicalización del parto, promovida principalmente por la biomedicina dominada por hombres, transformó el parto en un acto rutinario y controlado, especialmente para las mujeres de menores recursos, quienes eran objeto de intervenciones sin su consentimiento y sin opción a decidir sobre su propio cuerpo (7).

El concepto de violencia obstétrica aparece ya en una publicación inglesa de principios del siglo XIX. Hasta el momento, la primera persona en utilizar el concepto de violencia obstétrica fue el doctor James Blundell (9) que utilizaba para denunciar las terribles prácticas a las que eran sometidas las embarazadas de la época. En la lengua castellana no se ha encontrado referencia del término hasta finales del siglo XX, pero si se utilizaban términos como “parto violento” o “parto forzado”, para la descripción de una técnica introducida por Françoise Mauriceau que consiste en la ruptura de membranas y la dilatación forzada del cuello uterino con el objetivo de adelantar el parto. Técnicas que hoy en día se siguen realizando, pero que han cambiado a un nombre menos desagradable y más científico (5). Sin embargo, a partir de finales del siglo XX y principios del XXI, se comenzó a reconocer este fenómeno como una forma de violencia de género, impulsada por movimientos feministas y organismos internacionales, lo que ha dado lugar a un cambio en las prácticas y una mayor concientización sobre los derechos reproductivos.

1.2. Epidemiología

La situación de la violencia obstétrica varía significativamente según el país y el contexto social. En muchos países de América Latina, como Argentina, México y Brasil, la violencia obstétrica es un tema de debate público, y algunos han implementado leyes específicas para combatirla (10). Sin embargo, en muchos lugares, persisten altos niveles de violencia obstétrica debido a la falta de recursos, la sobrecarga de los servicios de salud y la persistencia de normas culturales patriarcales.

En España, el parto se ha convertido en el principal motivo de ingreso hospitalario, aunque factores como la zona geográfica y el tipo de hospital (público o privado) influyen más que la complejidad del parto (6). Diferentes estudios han demostrado que en España un 38,3 % de las usuarias ha percibido violencia obstétrica en su atención durante el periodo de 2009 a 2018 (11). Un 44,4% de las usuarias reportaron la aplicación de procedimientos innecesarios y/o dañinos, de los cuales el 83,4% no había dado su consentimiento informado (11). Esta violencia obstétrica es percibida principalmente en el contexto hospitalario, siendo el parto el momento más violento,

con hasta un 74,2% de mujeres reportando la falta de información y el ausente consentimiento informado, y hasta un 87,6% percibiendo críticas y trato infantilizador (12). Entre las prácticas más denunciadas, la maniobra de Kristeller fue identificada por un 34,2% de las mujeres, a pesar de que está desaconsejada debido a los riesgos de lesiones graves (13). Esta maniobra sigue realizándose con una tasa de uso del 25%, y muchas veces no se registra adecuadamente en las historias clínicas (12). Según información proporcionada por el propio Ministerio, en 2020, la tasa de episiotomías en los hospitales públicos en España era del 27,5 %. Sin embargo, hace más de dos décadas, entre 1995 y 1996, esta cifra alcanzaba el 89%, por lo que sigue una tendencia descendente (1,14)).

Las diferencias en la percepción de la V.O. también son significativas según la gestión del centro de salud que imparte la asistencia, evidenciando una prevalencia mayor en el ámbito privado en comparación con el ámbito público. Las figuras profesionales más involucradas en actos considerados violencia obstétrica son las matronas y los ginecólogos (13). La presencia de estas prácticas y la falta de sensibilización sobre los derechos reproductivos y la atención respetuosa indican que se requieren reformas sustanciales para garantizar una atención de calidad y libre de violencia en los sistemas de salud españoles.

1.3. Violencia obstétrica como violencia contra las mujeres: Violencia de género.

La violencia obstétrica es una forma de violencia ejercida hacia las mujeres que implica la vulneración y violación de sus derechos, ejercida por los profesionales de la salud, durante el embarazo, el parto y el puerperio (15).

La violencia obstétrica al dirigirse específicamente contra las mujeres por el simple hecho de serlo, puede ser considerada como una manifestación de violencia de género y una forma clara de discriminación hacia ellas. Lo cual representa un obstáculo para la plena participación de las mujeres en igualdad de condiciones con los hombres en todos los ámbitos de la vida política, social, económica y cultural, y también afecta negativamente al bienestar de las personas, familias y la sociedad en general (16). Esta situación es consecuencia, entre otros factores, de la cultura patriarcal que aún

impregna numerosos ámbitos de nuestras sociedades, la cual ha normalizado actuaciones en el área sanitaria sin pararse a reflexionar sobre si las mismas respetan los derechos de las madres – las usuarias – o, por el contrario, imponen las decisiones del equipo médico. Todo ello, además, guarda una estrecha relación con un aspecto que consideramos esencial a la hora de abordar esta violencia estructural e institucional: la poca atención que se le ha prestado en comparación con otros tipos de violencia hacia las mujeres que ha conllevado un silencio difícil de abordar (7).

1.4. Violencia Obstétrica como vulneración de los derechos Humanos.

La violencia obstétrica es considerada un problema de salud pública y sistemático, que no solo viola los derechos de las mujeres a una atención respetuosa, sino que también amenaza al derecho de la vida, a la salud y la integridad física (3). El derecho a la vida no debe considerarse separado del derecho a la salud, ni este último desvinculado del derecho a la dignidad, salud sexual y reproductiva, ya que todos los derechos humanos son universales, indivisibles e interdependientes. Sin embargo, es notable la falta de menciones directas a la violencia obstétrica en muchos textos sobre violencia hacia las mujeres (17). Todas las mujeres tienen derecho a recibir el más alto nivel de cuidados en salud, que incluye el derecho a una atención digna y respetuosa en el embarazo y en el parto, y el derecho a no sufrir violencia ni discriminación, sin embargo, muchas mujeres reportan que en varias instituciones de salud se violan sistemáticamente sus derechos reproductivos durante este proceso, naturalizando de esta forma la violencia.

El Instituto de Género Derecho y Desarrollo (INSGENAR) junto al Comité de América Latina han documentado los derechos comúnmente vulnerados durante la atención obstétrica (17), los cuales se desarrollan a continuación:

En primer lugar, el derecho a la integridad personal, según el artículo 5 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos (18) todas las personas tienen derecho a que su integridad física, psíquica y moral sea respetada. En el contexto de la violencia obstétrica, este derecho se ve vulnerado a través de prácticas invasivas innecesarias, como episiotomías, cesáreas no indicadas y ligaduras de trompas sin el consentimiento de la mujer.

En segundo lugar, el derecho a la privacidad e intimidad, también señalado en el artículo 5 y 12 en la Convención Americana sobre Derechos Humanos (18). Incluye la protección de la honra y la dignidad de las personas, así como la protección frente a ataques a la reputación. Es decir, cuando se exponen innecesariamente el cuerpo de las mujeres durante el parto o la consulta ginecológica, sin ofrecerles la posibilidad de decidir sobre su propio cuerpo ni explicarles.

En tercer lugar, el derecho a la información y a la toma de decisiones libres e informadas sobre la salud, según el artículo 6 de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos (19) toda intervención médica debe realizarse con el consentimiento previo, libre e informado de la persona. La violación de este derecho se produce a través de la desinformación lo que les impide tomar decisiones sobre su salud sexual y reproductiva.

En cuarto lugar, el derecho a no recibir tratos crueles, inhumanos y degradantes, de acuerdo con el artículo 5 de la Declaración Universal de Derechos Humanos (20) que en la atención obstétrica, este derecho se vulnera mediante agresiones físicas, verbales y psicológicas.

Por último, el Derecho a estar libre de discriminación descrita en la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos (2005) donde se establece que las mujeres tienen derecho a no ser discriminadas en el acceso a servicios de salud. Los Estados deben garantizar una atención médica adecuada durante el embarazo, parto y posparto, asegurando condiciones de igualdad entre hombres y mujeres en la atención sanitaria.

El análisis de las violaciones a los derechos humanos que sufren las mujeres al acceder a los servicios públicos de salud reproductiva, en gran parte por su condición de mujeres y por las desigualdades sociales que las colocan en situaciones vulnerables, demuestra la urgente necesidad de abordar y corregir esta problemática que pone en riesgo su bienestar.

1.5. Conceptualización y tipos de violencia obstétrica.

La violencia obstétrica es un fenómeno que involucra una serie de prácticas y actitudes violentas hacia las mujeres durante el proceso de embarazo, parto y posparto, que van en contra de su dignidad y derechos fundamentales. Además de ser una clara violación a los derechos humanos, la violencia obstétrica se presenta como una manifestación de la violencia de género, en la que las mujeres son sometidas a un trato desigual y discriminatorio, debido a su condición de género (21). Este tipo de violencia puede adoptar diversas formas (22):

La violencia física en el contexto obstétrico se refiere a la situación en la que el personal de salud realiza procedimientos invasivos o administra medicación sin justificación médica, lo que provoca una alteración en el estado de salud tanto de la gestante como la del recién nacido. Se consideran dentro de esta dimensión de violencia prácticas como: El uso rutinario de la episiotomía, aplicación de la maniobra de Kristeller, uso de uterotónicos, instrumentalización, realización de cesáreas sin justificación médica, la manipulación excesiva, indiferencia al dolor y la imposición de posiciones incómodas durante el parto (23,24).

Por otro lado, **la violencia psicológica** se define como el conjunto de agresiones verbales y emocionales que la mujer recibe durante el parto. Esta forma de violencia abarca agresiones verbales, amenazas, insultos, calificativos negativos e incluso órdenes de hacer silencio o no gritar, o culpar a la mujer sobre la dificultad de empujar durante el periodo de expulsión (24).

Además de las formas de violencia física y psicológica, el **abuso sexual** también constituye una grave manifestación de violencia obstétrica. Este tipo de abuso se manifiesta mediante la realización de tocamientos y tactos vaginales sin guantes, de forma agresiva y con faltas de respeto, sin el debido respeto hacia la intimidad de la

mujer. Asimismo, el tacto rectal sin el consentimiento de la mujer también se considera una forma de violencia obstétrica (22).

A su vez, tal y como describe la autora Andrea Lizbeth (22) **la violencia institucional** se materializa en situaciones donde las mujeres son objeto de negligencia, desinformación o indiferencia por parte de los servicios de salud. Incluye la falta de atención oportuna, la no explicación de los procedimientos, la denegación de alternativas en el parto.

Asimismo, existe la **discriminación social** como forma de violencia obstétrica que se manifiesta en el momento en el que el personal de salud brinda un trato diferente y perjudicial a la paciente o en la labor del parto debido a su raza, políticas, religión, nivel socioeconómico o nivel de educación (25).

Finalmente, el **uso inadecuado de procedimientos (mala praxis) o de prácticas basadas en bajo valor de evidencia científica** constituye otra forma de violencia obstétrica, dado que involucra prácticas sin una justificación científica adecuada o que carecen de un respaldo empírico sólido. Son situaciones donde existe un uso abusivo de la oxitocina, inmovilización de la mujer en la cama de parto durante el procedimiento, obligación de realizar el parto en posición de litotomía, realizar un ayuno prolongado, prohibiendo incluso la ingesta de agua, manejo inadecuado del dolor, utilización de enemas previos al parto, no realizar el contacto piel con piel inmediatamente después del parto, o el pinzamiento precoz del cordón umbilical.

1.6. Explicación de algunos de los procedimientos considerados violencia obstétrica.

En referencia a las prácticas de bajo valor clínico y/o evidencia, entre las cuales se encuentra la realización rutinaria de la episiotomía, las cesáreas consideradas no justificadas técnicamente (innecesarias), la maniobra de Hamilton, la maniobra de Kristeller, o la administración de laxantes. A continuación, se describen algunas de las más comunes:

Según Mellizo-Gaviria et al.(26) se define la **episiotomía** como “Un procedimiento quirúrgico realizado para ampliar la parte inferior de la vagina, en anillo vulvar y el tejido perineal durante la parte de expulsión fetal del parto. Es uno de los procedimientos más comunes en obstetricia, a pesar de que la evidencia científica actual no apoya su práctica rutinaria”. Está demostrado que sus inconvenientes son mayores que sus beneficios, la cicatrización de la episiotomía es lenta, dolorosa, molesta al sentarse, y puede llegar a producir incontinencia urinaria y fecal, dolores en las relaciones sexuales y sensación general de tirantez (27).

La episiotomía también suele usarse en los **partos instrumentales**, porque de ese modo se agranda el espacio de maniobra en el canal del parto para que así quepa el instrumento. Los instrumentos utilizados durante este proceso son: fórceps (dos palas articuladas con la que se extrae el bebé tirando de su cabeza), espátulas (parecidas a los fórceps, pero sin articular entre sí) y ventosas (se extrae al bebé mediante una campana que hace el vacío). Pueden causar desgarros, lesiones, hematomas y dolor en la madre y heridas, hemorragias, laceraciones, fracturas y dolor en el bebé (7), por consiguiente, es importante priorizar su utilización solamente en casos donde haya una indicación clínica clara.

Conforme a **las cesáreas innecesarias o no justificadas clínicamente**, la tasa recomendada de cesáreas debería oscilar entre el 10% y el 15% según la OMS (28) por contra en España esta tasa de cesáreas se incrementa hasta el 26,9% (29). Una cesárea es un procedimiento quirúrgico, que implica realizar una incisión en el abdomen y en el útero, cortando varias capas de tejido para extraer al bebé, y se lleva a cabo cuando el parto vaginal no es posible o presenta riesgos para la madre o el bebé. Las indicaciones clínicas de una cesárea son las siguientes: La amenaza inmediata para la vida de la mujer o el feto (por ejemplo, sospecha de ruptura uterina, desprendimiento importante de placenta, prolapso del cordón, hipoxia o bradicardia fetales persistente) (30). Otra de las indicaciones es que el bebé tiene una posición o presentación anormal, como la posición transversal o de nalgas (31). Este tipo de

intervención tiene tasas de morbilidad y mortalidad materna y fetal significativamente más altas que un parto vaginal, y puede dejar secuelas tanto en la madre como en el recién nacido, como: Infecciones, hemorragias, dificultades en la recuperación postoperatoria, lesión de vejiga, parálisis intestinal, dolor pélvico, dolor en las relaciones sexuales... (32).

Una cesárea es una operación importante, los riesgos de complicaciones son ligeramente superiores en el caso de las cesáreas en comparación con el parto vaginal, entre estas se incluye la pérdida de sangre, formación de un coágulo sanguíneo que podría desprenderse y entrar en el torrente sanguíneo, lesión en el intestino o vejiga, debilitar la pared uterina por la incisión, anomalías placentarias en embarazos futuros o riesgos derivados de la anestesia (33). Además, existe una gran afectación a nivel psicológico, ya que disminuye la autoestima, aumenta la sensación de haber fallado, y aumentan las probabilidades de depresión postparto y el no desarrollar el vínculo con el bebé desde el primer momento, disminuyendo las tasas de lactancia materna exitosa(32).

En este contexto, la no **realización del contacto piel con piel** con el recién nacido constituye otra intervención realizada en el parto que se engloba dentro de violencia obstétrica, ya que la OMS recomienda este contacto inmediato como una medida esencial para garantizar la supervivencia de los bebés pequeños y prematuros (34). El contacto piel con piel se define como colocar al recién nacido desnudo sobre el pecho de la madre, cubierto únicamente con una manta o gorro. Este acto tiene beneficios científicamente comprobados tanto para la madre como para el bebé. Facilita la creación del vínculo afectivo, promueve la lactancia materna y ayuda en la adaptación del bebé a la vida fuera del útero. Además, el contacto directo ayuda a reducir el estrés, regular los niveles de glucosa, equilibrar el pH y mantener la temperatura corporal del bebé (35). Para la madre, el contacto piel con piel estimula la producción de oxitocina, lo que favorece la contracción del útero y previene emociones negativas relacionadas con el parto (36).

En referencia a la utilización de la **maniobra de Kristeller**, esta consiste en apretar durante el expulsivo fuertemente en el abdomen de la parturienta, ejerciendo así presión sobre el fondo uterino para aumentar la presión abdominal y ayudar al bebé a bajar. Aun así, en España se sigue utilizando sin tener en cuenta sus consecuencias (7).

Asimismo, la **maniobra de Hamilton** es una técnica que se realiza aprovechando un tacto vaginal, despegan con los dedos las membranas amnióticas de las paredes del útero, se utiliza para ayudar a inducir el parto ya que produce un aumento de la producción local de prostaglandinas, además de producir contracciones, hemorragias y la rotura prematura de membranas (37). Hoy en día se realiza de manera protocolaria cuando la embarazada cumple las 40 semanas de gestación y en la mayoría de las ocasiones sin informar previamente a la mujer ni demandar el consentimiento informado (32).

De modo semejante, se suele realizar de forma protocolaria en muchos hospitales, la **administración de un laxante** por vía rectal con el propósito de limpiar el colón de la mujer y evitar de esta forma que defecue durante el parto. La evidencia muestra que no tienen ninguna utilidad real, pero aún se sigue realizando en algunos centros. (32). En muchos de los casos, este procedimiento se realiza sin una necesidad médica explícita, y lo que debería ser una decisión informada y consensuada entre la mujer y el equipo de salud, se convierte en una práctica impuesta.

1.7. Causas y factores asociados a la violencia obstétrica

La violencia obstétrica es un fenómeno que involucra una serie de factores interrelacionados, y estos pueden ser analizados desde diversas perspectivas, esta puede ser entendida a través de diversas causas y factores que influyen en la práctica médica durante el parto. Según Margarita Garcia (32) **factores profesionales** como los incentivos económicos, donde los profesionales pueden obtener mayores beneficios por intervenciones rápidas como las cesáreas, y el temor a posibles demandas legales, favorecen la realización de procedimientos innecesarios. Además de existir una violencia en las relaciones de poder que también juega un papel crucial, ya que se

refiere a la sumisión, pasividad y obediencia de la mujer ante los valores históricos y culturales asociados al personal de salud, donde la figura del médico, como autoridad, se vuelve incuestionable. Esto genera una relación de poder que refuerza prácticas discriminatorias, limitando la autonomía de la mujer y perpetuando un sistema de desigualdad en el trato médico, donde las decisiones sobre su salud son tomadas sin su plena participación (38).

A nivel personal, la falta de formación en **aspectos emocionales y psicológicos** del parto, junto con prejuicios que consideran al parto como un evento peligroso, pueden llevar a una medicalización excesiva, en la que se perciben intervenciones invasivas como necesarias cuando no lo son (39). Por último, los **factores físicos**, como el cansancio extremo o el síndrome de burnout debido a turnos largos y condiciones laborales estresantes, también inciden en la calidad de la atención, fomentando un trato deshumanizado y una mayor probabilidad de aplicar intervenciones innecesarias, lo que aumenta el riesgo de violencia obstétrica (32,39).

1.8. El impacto de la Violencia Obstétrica

En el contexto del parto y el postparto, la violencia obstétrica no solo deja huellas físicas y psicológicas en la mujer, sino que también afecta profundamente a su recién nacido y a su entorno familiar. La intervención invasiva y desconsiderada, como la realización de dichos procedimientos genera consecuencias que afectan no solo la salud de la madre, sino también la de su bebé (40).

1.8.1. Consecuencias en la mujer y en el recién nacido

Pueden aparecer consecuencias físicas y psicológicas a la madre y el bebé. En referencia a las consecuencias físicas asociadas a la violencia obstétrica, diferentes estudios han encontrado evidencia de consecuencias físicas sobre la salud de la mujer. Por un lado, el **establecimiento de la lactancia materna**, que puede estar influenciada por el tipo de parto, en este caso, hay muchas posibilidades que si un parto ha sido excesivamente medicalizado, o se han realizado intervenciones como son la episiotomía o cesárea dejan secuelas que dificultan la adopción de una postura cómoda y adecuada para realizar la lactancia materna (32). Psicológicamente, un parto

muy medicalizado disminuye la autoconfianza de las mujeres en sus procesos corporales, lo que igualmente puede entorpecer el establecimiento de la lactancia (40, 41).

Por otro lado, el bebé también puede verse afectado, las inducciones antes de las 14 semanas de gestación o sin indicación clínica dan como resultado recién nacidos inmaduros aún con un reflejo de succión inmadura para poder amamantar de manera eficiente, o la administración de oxitocina que provoca a los niños irritación por lo que interfiere en un establecimiento tranquilo y reposado de la lactancia (42, 32).

A su vez, se calcula que un 10 % de las mujeres que tienen un parto vaginal padece incontinencia severa que, de no tratarse correctamente, se agudiza aún más con los años (43). Las posturas antinaturales (sin verticalidad) durante el parto, los pujos dirigidos, la episiotomía de rutina o el uso de instrumentalización pueden producir incontinencia en las mujeres en distintos grados (43). Además, la incontinencia también puede ser fecal, produciendo además graves secuelas psicológicas en la víctima, alterando gravemente su calidad de vida (7).

Después del parto, es común la pérdida de sangre, especialmente en las mujeres que han tenido una cesárea. Se define **hemorragia postparto** como la pérdida hemática superior a 500 ml tras un parto vaginal o a 1000 ml tras una cesárea (44). En aproximadamente un 5% de los casos, se presentan hemorragias puerperales, ya que el útero no tiene suficiente fuerza para contraerse correctamente. En un 5% de los casos presentan hemorragias puerperales, ya que el útero no tiene suficiente fuerza para contraerse correctamente, este riesgo aumenta si las contracciones han sido provocadas artificialmente mediante la administración de oxitocina sintética (7).

Por otro lado, en los partos respetados, los **desgarros** son generalmente menores, sin embargo, en aquellos partos instrumentalizados los desgarros son mucho más graves y de mayor tamaño hasta poder atravesar tejido vaginal, piel del perineo, músculos y, en algunos casos atravesar el esfínter anal (45). Además, la episiotomía, lejos de prevenir

esto, aumenta el riesgo de que se produzcan, ya que al cortar el tejido se debilita la zona y facilita la posibilidad de desgarros más extensos y complicados (32).

Las **consecuencias psicológicas** de la violencia obstétrica son variadas y afectan profundamente el bienestar de las mujeres. Una de las más relevantes es la depresión postparto, un trastorno grave del estado de ánimo que afecta a las mujeres durante el período posparto(46). Es una forma grave de depresión que ocurre después del nacimiento del recién nacido, estrechamente relacionada con la violencia obstétrica, esta condición puede generar sentimientos persistentes de tristeza, desánimo y una pérdida de interés en actividades que anteriormente eran placenteras. El estudio realizado por la autora demuestra que las mujeres que han sido víctimas de violencia obstétrica tienen el doble de probabilidades de desarrollar depresión postparto en comparación con aquellas que no han sufrido este tipo de abuso que, consecuentemente produciendo aislamiento social, dificultades en las relaciones familiares y una disminución en la calidad de vida (47).

Por otro lado, es importante considerar el impacto del **estrés postraumático**, que constituye otra de las consecuencias psicológicas derivadas de la violencia obstétrica (41). Uno de los criterios diagnósticos para el síndrome de estrés postraumático según la clasificación DSM-IV (48) es la exposición de la persona a un acontecimiento traumático que ha amenazado su integridad física, este se manifiesta mediante síntomas como recuerdos intrusivos, pesadillas y una sensación constante de amenaza. En este contexto, se incluye cualquier parto en el que la madre o el bebé hayan sufrido graves secuelas físicas. Si este trastorno no es diagnosticado ni tratado de manera adecuada, puede persistir durante meses o incluso años, afectando no solo el bienestar emocional de la madre, sino también su fertilidad. Además, puede influir en su comportamiento y en futuros embarazos y partos, condicionado su capacidad para enfrentar de manera positiva y segura estas experiencias (47,49).

A raíz de lo anterior, es necesario señalar que, aunque la violencia obstétrica no siempre da lugar a trastornos graves como la depresión o el estrés postraumático, deja **secuelas emocionales** significativas (41). Estas secuelas se manifiestan especialmente cuando las mujeres se sienten despreciadas o humilladas durante su atención médica. Incluso si no desarrollan un trastorno psicológico reconocido, muchas mujeres recuerdan con gran detalle los aspectos de la atención que recibieron y los sentimientos que estos les generaron en ese momento (50). En un estudio realizado en Cifre, se destaca que “las mujeres son capaces de recordar, incluso con gran detalle, los aspectos de la atención recibida y los sentimientos que estos les generaron en ese momento, y continúan recordando esos detalles con el paso del tiempo” (51).

1.8.2. Consecuencias en el entorno

Las consecuencias de la violencia obstétrica no solo afectan a la víctima directa, sino que también salpican al entorno más próximo a la víctima, principalmente el familiar, tal y como ocurre con cualquier otra forma de violencia de género (52). Al igual que los hijos de mujeres maltratadas suelen enfrentar graves problemas de salud, tanto físicos como emocionales, se desconoce el impacto que la violencia obstétrica puede tener en el entorno cercano de la víctima, particularmente en sus hijos. La violencia obstétrica, por tanto, se convierte en un problema de salud pública, ya que el número de personas afectadas, directa o indirectamente, es mucho mayor de lo que se percibe a simple vista (7).

La violencia obstétrica tiene un impacto profundo en diversos aspectos de la vida de las mujeres y la sociedad, no solo a nivel físico, que causa daños inmediatos, complicaciones de salud y trastornos psicológicos, sino también en términos económicos (47). Es decir, las mujeres afectadas pueden enfrentar gastos médicos adicionales y pérdida de ingresos debido a incapacidades o dificultades emocionales. Además del impacto en la salud sexual y reproductiva, que puede generar miedo o aversión hacia la sexualidad, afectando la planificación familiar y la confianza en los servicios de salud. Además, esta forma de violencia perpetúa desigualdades sociales y

culturales, normalizando la discriminación de género y contribuyendo a la desconfianza en el sistema de salud (53)

1.9. La situación legal de la violencia obstétrica en España

La violencia obstétrica, entendida como una forma de violencia de género asociado a la mala praxis médica, ha sido objeto de legislación en varios países de América Latina, como México, Argentina y Venezuela. En México, se reconoce la violencia obstétrica a través de la Ley de Igualdad entre Hombres y Mujeres (54) y la Ley del Derecho de la Mujer a una Vida Libre de Violencia (55) que fueron modificadas en el año 2014 para incluir de manera explícita la violencia obstétrica. En Argentina, existe la Ley Nacimiento del Parto Humanizado de 2004 (56) que establece un marco normativo en el que se protege el derecho de las mujeres y la prevención de la violencia obstétrica. Venezuela, por su parte, fue pionera al aprobar en 2007 una Ley (55) que incorpora la violencia obstétrica dentro de los tipos de violencia de género. Es decir, la V.O. es abordada dentro de violencia de género, lo que se comprende como una manifestación de las desigualdades de poder entre hombres y mujeres en el ámbito de la salud.

En España, la legislación vigente reconoce el derecho a la protección del paciente y se regulan diversos aspectos relacionados con los derechos de los pacientes, pero la violencia obstétrica no está específicamente contemplada en la legislación (57). En España encontramos las siguientes legislaciones (32, 21) :

La Constitución Española, en su **Artículo 43**, apartado 1, reconoce el derecho a la protección de la salud, garantizando así el acceso a una atención sanitaria adecuada y de calidad. Este derecho se extiende a diversos marcos legales, como la **Ley 41/2002** de autonomía del paciente, que regula el derecho a la información y el consentimiento informado, protegiendo los derechos fundamentales de los pacientes. Sin embargo, aunque estas leyes tratan aspectos esenciales de la atención sanitaria, no abordan de manera explícita ni vinculan la violencia obstétrica con la violencia de género. De manera similar, la **Ley 14/1986** General de Sanidad, en su artículo 10.5, y la **Ley 44/2003** de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, aunque regulan los derechos de

los pacientes y las responsabilidades de los profesionales de la salud, no incluyen un enfoque específico sobre la violencia obstétrica. Esta omisión genera un vacío legal importante, ya que no se reconoce la violencia obstétrica como una forma de violencia estructural vinculada a las desigualdades de género, lo que deja desprotegidas a las mujeres frente a abusos o maltrato durante el parto y otros procesos reproductivos.

En Cataluña la violencia obstétrica se reconoce como una manifestación de violencia machista según lo establecido en la **Ley 5/2008** (58) sobre el derecho de las mujeres a erradicar este tipo de violencia. Esta normativa, actualizada mediante la **Ley 17/2020** (59) incorpora explícitamente la violencia obstétrica, entendida como la transgresión de los derechos de las mujeres durante el embarazo y el parto.

En conclusión, aunque España no cuenta con un reconocimiento legal específico de la violencia obstétrica a nivel nacional, algunas comunidades han abordado aspectos relacionados con los derechos de la mujer durante el parto a través de decretos, como el caso de Andalucía, donde el **Decreto 101/95** (60) establece derechos como la no medicalización del parto, el derecho del piel con piel y la posibilidad de ser acompañada durante el proceso. Sin embargo, la falta de legislación nacional que reconozca explícitamente la violencia obstétrica y la vincule con la violencia de género deja un vacío importante en la protección integral de las mujeres. Es necesario que se avance hacia una legislación que aborde de manera clara esta problemática, garantizando un trato respetuoso y digno en todos los ámbitos de la atención sanitaria.

1.10. El papel de enfermería en la prevención y erradicación de la violencia obstétrica

El papel de enfermería es esencial en la promoción de una atención respetuosa y humanizada, especialmente en este ámbito de salud materna. Las enfermeras -al estar en contacto con las mujeres durante el embarazo, parto y postparto, tienen la oportunidad de prevenir y erradicar la violencia obstétrica, asegurando que los pacientes reciban cuidados dignos, empáticos y sin discriminación (61). Este rol se alinea con varios **objetivos de desarrollo sostenible (ODS)** establecidos por la ONU

en 2015 dentro de la Agenda 2030 para el desarrollo sostenible. Estos son un conjunto de metas globales orientadas a mejorar la vida de las personas y proteger el planeta, con énfasis en áreas clave como la salud, la igualdad de género y la reducción de desigualdades (62).

En particular, el **ODS 3** de salud y bienestar, que busca asegurar una vida sana para todas las personas, y enfermería desempeña un papel fundamental en la implementación de las prácticas de atención respetuosa y humana, protegiendo a las mujeres de abusos durante el parto, asegurando su bienestar físico y emocional. (63). En esta línea, el **ODS 5** que habla de la Igualdad de género, muy relacionado con la prevención de la violencia obstétrica, ya que las enfermeras pueden empoderar a las mujeres, garantizando que tengan control sobre sus decisiones reproductivas y recibiendo una atención sin discriminación ni abuso (64). Además, el **ODS 10** de Reducción de las desigualdades que enfatiza la importancia de ofrecer una atención equitativa, especialmente a las mujeres más vulnerables, para evitar que sufran violencia obstétrica (65).

Así, la labor de las enfermeras es clave para la prevención y erradicación de la violencia obstétrica, contribuyendo a la creación de un entorno de salud respetuoso y equitativo que respete los derechos de las mujeres, en línea con los objetivos de salud, igualdad y justicia de la ONU.

1.11. Justificación

La principal barrera para abordar la violencia obstétrica y ginecológica es la falta de conciencia sobre qué es, lo que dificulta que las mujeres identifiquen las violaciones a sus derechos y presenten su caso. La falta de reconocimiento social y legal de esta violencia lleva a un desconocimiento generalizado por parte de pacientes y proveedores de salud, y a la reticencia de las víctimas a buscar justicia. Además, los profesionales de la salud no reconocen estos comportamientos como violencia, ya que no coinciden con su ética profesional. Esto contribuye a la percepción de que la violencia obstétrica es un fenómeno aislado, lo que limita las acciones políticas para abordarlo (66).

A nivel estructural, aunque algunas mujeres reconozcan haber sido víctimas de esta violencia, diversas barreras, como plazos estrictos para presentar quejas, dificultan el proceso. Muchas mujeres no identifican la violencia a tiempo, y cuando lo hacen, el proceso de denuncia es complicado, especialmente por las dificultades asociadas al cuidado de un recién nacido o la recuperación. Esto reduce el número de denuncias y, a menudo, las que se presentan no están lo suficientemente documentadas para ser aceptadas (66). En España, a menudo no se entrega toda la documentación clínica de las mujeres, y cuando se entrega, muchas veces no se registran ciertas prácticas, como la maniobra de Kristeller, y el partograma suele estar incompleto. Esto se complica aún más por el hecho de que las víctimas deben probar la relación entre el daño y lo que ocurrió durante el parto, lo que es difícil y costoso.

En definitiva, respecto a las recomendaciones para prevención de la violencia obstétrica, abarcan diversas áreas, tanto en los servicios de salud como en la formación de profesionales y en el empoderamiento de las mujeres.

En cuanto a los servicios de salud, es crucial revisar de manera sistemática los protocolos obstétricos y posparto, así como diseñar modelos de atención humanizados centrados en la mujer. Se recomienda implementar protocolos de evaluación para la depresión posparto (DPP) y el trastorno de estrés postraumático (TEPT), al menos a los 6 meses y 1 año después del parto. También se deben desarrollar escalas de violencia obstétrica adaptadas a factores sociales y estudiar su relación con variables psicosociales.

Y en cuanto a los profesionales de salud, es fundamental fomentar la formación en género para los profesionales sanitarios, informar a las mujeres sobre cada intervención durante el embarazo y prepararles para los cambios en el parto. Además, se debe detectar sistemáticamente la depresión posparto y el TEPT, considerando factores como edad, educación, estatus económico y apoyo social, con diagnósticos adecuados.

Finalmente es fundamental fomentar que las mujeres expresen sus emociones y dificultades, soliciten ayuda cuando lo necesiten y ejerzan control sobre su propia salud, fortaleciendo así su autonomía y el apoyo social del que disponen (66,67). En este sentido, el formato grupal se presenta como una intervención especialmente útil en el contexto del posparto, sobre todo para aquellas mujeres que han vivido situaciones de violencia obstétrica. Diversos estudios respaldan la eficacia del trabajo grupal en las fases iniciales del tratamiento, ya que promueve un entorno de apoyo mutuo, facilita la recuperación emocional y permite compartir experiencias sin juicio (68). Además, esta modalidad contribuye a normalizar vivencias, movilizar recursos personales, mejorar las habilidades sociales y reducir el aislamiento, aspectos clave en la recuperación psicosocial tras experiencias traumáticas (69).

2. BIBLIOGRAFÍA

1. Vivas E. La violencia obstétrica es una forma de violencia de género. InMujeres Monogr Fem. 2022;(1):66-73.
3. Rodríguez Mir J, Martínez Gandolfi A. La violencia obstétrica: una práctica invisibilizada en la atención médica en España. Gac Sanit. 1 de mayo de 2021;35(3):211-2.
4. Moreno Sánchez JA. Violencia obstétrica: ¿Es el término, o sus implicaciones? Rev CONAMED. 2023;28(3):148-54.
5. Goberna-Tricas J, Boladeras Cucurella M. El concepto violencia obstétrica y el debate actual sobre la atención al nacimiento. 1.^a ed. Madrid: Tecnos (Grupo Anaya, S. A.); 2018. 192 p.
6. Recio Alcaide A. La atención al parto en España: Cifras para reflexionar sobre un problema. Dilemata. 2015;(18):13-26.
7. García García EM. La violencia obstétrica como violencia de género. Estudio etnográfico de la violencia asistencial en el embarazo y el parto en España y de la percepción de usuarias y profesionales [Internet] [doctoralThesis]. 2018 [citado 6 de diciembre de 2024]. Disponible en: <https://repositorio.uam.es/handle/10486/684184>
8. Braga de Queiroz Souza C. Acaso non son muller?: análise da violencia obstétrica dende a interseccionalidade. ¿Acaso no soy mujer?: análisis de la violencia obstétrica desde la interseccionalidad [Internet]. 2020 [citado 4 de marzo de 2025]; Disponible en: <https://ruc.udc.es/dspace/handle/2183/30759>
9. Rodríguez-Garrido P. Violencia obstétrica capacitista hacia mujeres con discapacidad: Una revisión integradora de la literatura. Salud Colect. 8 de enero de 2024;19: e4676.
10. «Obstetric Violence and the Law»: British Academy Postdoctoral Research Fellow Camilla Pickles | Oxford Law Blogs [Internet]. 2017 [citado 4 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://blogs.law.ox.ac.uk/centres-institutes/centre-criminology/blog/2017/01/obstetric-violence-and-law-british-academy>
11. Mena-Tudela D, Iglesias-Casás S, González-Chordá VM, Cervera-Gasch Á, Andreu-Pejó L, Valero-Chilleron MJ. Obstetric Violence in Spain (Part I): Women's Perception and Interterritorial Differences. Int J Environ Res Public Health. enero de 2020;17(21):7726.

12. Tudela DM. observatorioviolenciaobstetrica.es. 2021 [citado 2 de enero de 2025]. Violencia obstétrica en España: una práctica evidenciada. Disponible en: <https://observatorioviolenciaobstetrica.es/violencia-obstetrica-en-espana-una-practica-evidenciada/>
13. Mena-Tudela D, Iglesias-Casás S, González-Chordá VM, Cervera-Gasch Á, Andreu-Pejó L, Valero-Chilleron MJ. Obstetric Violence in Spain (Part II): Interventionism and Medicalization during Birth. *Int J Environ Res Public Health*. enero de 2021;18(1):199.
14. Ministerio de Sanidad. Atención perinatal en España Análisis de los recursos físicos, humanos, actividad y calidad de los servicios hospitalarios, 2010-2018 [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2020 jul. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/Informe_Atencion_Perinatal_2010-2018.pdf
15. Araujo-Cuauro JC. Obstetric violence: a hidden dehumanizing practice, exercised by medical care personnel: Is it a public health and human rights problem? *Rev Mex Med Forense Cienc Salud*. 17 de julio de 2019;4(2):1-11.
16. Carmona MC, Vilaplana MBB. El personal sanitario frente a la violencia obstétrica. Una primera aproximación para el debate. *IQual Rev Género E Igual*. 27 de febrero de 2023;(6):45-69.
17. Belli LF. La violencia obstétrica: Otra forma de violación a los derechos humanos. enero de 2013 [citado 23 de diciembre de 2024]; Disponible en: <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/12868>
18. Convención Americana sobre Derechos Humanos (Pacto de San José). 1969.
19. Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos [Internet]. 2006 [citado 7 de marzo de 2025]. Disponible en: https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000146180_spa
20. Nations U. United Nations. United Nations; [citado 7 de marzo de 2025]. La Declaración Universal de los Derechos Humanos | Naciones Unidas. Disponible en: <https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights>
21. Mendiri MAAM, Bernáldez MI, Blanco MC, Redondo PS. LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA: UN FENÓMENO VINCULADO A LA VIOLACIÓN DE LOS DERECHOS ELEMENTALES DE LA MUJER. *Med Leg Costa Rica* [Internet]. 2017 [citado 7 de enero de 2025];34(1). Disponible en: <https://www.binasss.sa.cr/ojssalud/index.php/mlcr/article/view/34>
22. Urgiles Fernández AL. Violencia obstétrica. 2021 [citado 7 de enero de 2025]; Disponible en: <https://dspace.ucacue.edu.ec/handle/ucacue/11434>
23. Martínez-Galiano JM, Martínez-Vazquez S, Rodríguez-Almagro J,

- Hernández-Martínez A. The magnitude of the problem of obstetric violence and its associated factors: A cross-sectional study. *Women Birth*. 1 de septiembre de 2021;34(5):e526-36.
24. Lainez Valiente NG, Martínez Guerra G de los Á, Portillo Najarro DA, Alvarenga Menéndez AF, Véliz Flores Ana Mercedes. Physical and psychological consequences of obstetric violence in Latin American countries. *Alerta Rev Científica Inst Nac Salud*. 30 de enero de 2023;6(1):70-7.
 25. Perrotte V, Chaudhary A, Goodman A. "At Least Your Baby Is Healthy" Obstetric Violence or Disrespect and Abuse in Childbirth Occurrence Worldwide: A Literature Review. *Open J Obstet Gynecol*. 6 de noviembre de 2020;10(11):1544-62.
 26. Mellizo-Gaviria AM, López-Veloza LM, Montoya-Mora R, Ortiz-Martínez RA, Gil-Walteros CC. Frecuencia de la realización de episiotomía y complicaciones en el servicio de obstetricia del Hospital Universitario San José, Popayán (Colombia), 2016. Exploración de factores maternos y perinatales asociados a su realización. *Rev Colomb Obstet Ginecol*. 29 de junio de 2018;69(2):88-97.
 27. Barjon K, Vadakekut ES, Mahdy H. Episiotomy. En: *StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 [citado 7 de marzo de 2025]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK546675/>*
 28. Sexual and Reproductive Health and Research (SRH) O. Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea [Internet]. [citado 10 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-RHR-15.02>
 29. Alonso-Colon M, Ramis-Prieto R. Partos por cesárea en España (2010-2018) | *Boletín Epidemiológico Semanal. BES*. 2023;31(1):44-55.
 30. National Institute for Health and Care Excellence. Recommendations | Caesarean birth | Guidance | NICE. 29 de septiembre de 2023 [citado 10 de marzo de 2025]; Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng192/chapter/Recommendations#factors-affecting-the-likelihood-of-emergency-caesarean-birth-during-intrapartum-care>
 31. Morris RK, Johnstone E, Lees C, Morton V, Smith G. Investigation and Care of a Small-for-Gestational-Age Fetus and a Growth Restricted Fetus (Green-top Guideline No. 31). *BJOG Int J Obstet Gynaecol*. 1 de agosto de 2024;131(9):e31-80.
 32. Garcia EM. Partos arrebatados. La violencia obstétrica y el mercado de la sumisión femenina. *Ménades*; 2021.
 33. Cleveland Clinic. Cleveland Clinic. [citado 10 de marzo de 2025]. C-Section (Caesarean Section): Procedure, Risks & Recovery. Disponible en: <https://my.clevelandclinic.org/health/treatments/7246-caesarean-birth-c-section>

34. OMS. La OMS recomienda el contacto inmediato de piel con piel para lograr la supervivencia de los bebés pequeños y prematuros. En 2022 [citado 10 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/15-11-2022-who-advises-immediate-skin-to-skin-care-for-survival-of-small-and-preterm-babies>
35. Moore ER, Bergman N, Anderson GC, Medley N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev.* 25 de noviembre de 2016;2016(11):CD003519.
36. Lucchini Raies C, Márquez Doren F, Uribe Torres C. Efectos del contacto piel con piel del recién nacido con su madre. *Index Enferm.* diciembre de 2012;21(4):209-13.
37. Sanchez-Ramos L, Levine LD, Sciscione AC, Mozurkewich EL, Ramsey PS, Adair CD, et al. Methods for the induction of labor: efficacy and safety. *Am J Obstet Gynecol.* 1 de marzo de 2024;230(3):S669-95.
38. Valenzuela-Banda A, Rodríguez FA de la T. Violencia obstétrica. Artículo de revisión. *Lux Médica.* 20 de mayo de 2019;14(41):43-58.
39. Edward MM, Kibanda Z. Obstetric violence: A public health concern. *Health Sci Rep.* 28 de diciembre de 2022;6(1):e1026.
40. Kohan S, Mena-Tudela D, Youseflu S. The impact of obstetric violence on postpartum quality of life through psychological pathways. *Sci Rep.* 8 de febrero de 2025;15(1):4799.
41. Silva-Fernandez CS, de la Calle M, Arribas SM, Garrosa E, Ramiro-Cortijo D. Factors Associated with Obstetric Violence Implicated in the Development of Postpartum Depression and Post-Traumatic Stress Disorder: A Systematic Review. *Nurs Rep.* diciembre de 2023;13(4):1553-76.
42. Mallada PL, Martín LSF, Papí AG. Lactancia materna en el recién nacido prematuro tardío y en el recién nacido término precoz. Puesta al día. *Rev Lact Materna.* 30 de septiembre de 2023;1:e31140-e31140.
43. Faundes A, Miranda L, Cuello M. Comentario sobre la asociación entre la vía de parto y el daño perineal e incontinencia urinaria y fecal. *Rev Chil Obstet Ginecol.* junio de 2020;85(3):201-7.
44. Karlsson H, Pérez Sanz C. Hemorragia postparto. *An Sist Sanit Navar.* 2009;32:159-67.
45. Ramar CN, Vadakekut ES, Grimes WR. Perineal Lacerations. En: StatPearls [Internet] [Internet]. StatPearls Publishing; 2024 [citado 17 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559068/>
46. Herrera Bermúdez CJ. Violencia obstétrica como factor de riesgo del desarrollo de

- depresión post parto: revisión sistemática. 2024 [citado 9 de enero de 2025]; Disponible en: <https://repositorio.upao.edu.pe/handle/20.500.12759/38711>
47. Rodríguez L. Violencia obstétrica, su impacto psicológico en las mujeres y desafíos para la protección de los derechos humanos: una revisión sistemática. *Rev Estud Psicológicos*. 30 de septiembre de 2024;4(3):46-62.
 48. Ramírez Iglesias G, Villarán Landolt V, Gargurevich R, Quiroz del Pozo N. Escala de trastorno de estrés post traumático del DSM-V (CAPS-5): propiedades psicométricas en mujeres violentadas. *CienciAmérica Rev Divulg Científica Univ Tecnológica Indoamérica*. 2020;9(3):41-63.
 49. Olza Fernández I. Estrés postraumático secundario en profesionales de la atención al parto. Aproximación al concepto de violencia obstétrica. *Cuad Med Psicosomática Psiquiatr Enlace*. 2014;(111):79-83.
 50. Valiente NGL, Guerra G de los ÁM, Najarro DAP, Menéndez AFA, Flores AMV. Consecuencias físicas y psicológicas de la violencia obstétrica en países de Latinoamérica. *Alerta Rev Científica Inst Nac Salud*. 30 de enero de 2023;6(1):70-7.
 51. Cifre RL. Violencia obstétrica. La perspectiva de mujeres que la han sufrido. *Investig Fem*. 30 de mayo de 2019;10(1):167-84.
 52. Ferrão AC, Sim-Sim M, Almeida VS, Zangão MO. Analysis of the Concept of Obstetric Violence: Scoping Review Protocol. *J Pers Med*. 30 de junio de 2022;12(7):1090.
 53. Salgado F, Díaz M. Violencia obstétrica y de género mediante la medicalización del cuerpo femenino. *Rev Latinoam Estud Sobre Cuerpos Emociones Soc*. (29):23-34.
 54. Pérez Contreras M de M. Comentarios a la Ley General para la Igualdad de Hombres y Mujeres. *Bol Mex Derecho Comp*. abril de 2010;43(127):359-74.
 55. UNESCO. SITEAL. 2007 [citado 29 de abril de 2025]. Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una vida libre de violencia. Disponible en: <https://siteal.iiep.unesco.org/bdnp/1121/ley-organica-derecho-mujeres-vida-libre-violencia>
 56. Semana Mundial del Parto Respetado | UNICEF [Internet]. [citado 26 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://www.unicef.org/argentina/parto-respetado>
 57. Jefatura del Estado. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica [Internet]. Sec. 1, Ley 41/2002 nov 15, 2002 p. 40126-32. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/l/2002/11/14/41>
 58. BOE-A-2008-9294 Ley 5/2008, de 24 de abril, del derecho de las mujeres a erradicar la violencia machista. [Internet]. [citado 2 de mayo de 2025]. Disponible

en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2008-9294>

59. Comunidad Autónoma de Cataluña, BOE. Ley 17/2020, de 22 de diciembre, de modificación de la Ley 5/2008, del derecho de las mujeres a erradicar la violencia machista [Internet]. Sec. 1, Ley 17/2020 ene 13, 2021 p. 3096-113. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es-ct/l/2020/12/22/17>
60. DECRETO 101/1995, de 18 de abril, por el que se determinan los derechos de los padres y de los niños en el ámbito sanitario durante el proceso del nacimiento. [Internet]. Disponible en: <https://www.juntadeandalucia.es/boja/1995/72/4>
61. Organización Mundial de la Salud. Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud [Internet]. 2014 [citado 4 de enero de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-RHR-14.23>
62. La Asamblea General adopta la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible [Internet]. Desarrollo Sostenible. 2015 [citado 22 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/2015/09/la-asamblea-general-adopta-la-agenda-2030-para-el-desarrollo-sostenible/>
63. Salud [Internet]. Desarrollo Sostenible. [citado 26 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/>
64. Moran M. Igualdad de género y empoderamiento de la mujer [Internet]. Desarrollo Sostenible. [citado 26 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/gender-equality/>
65. Moran M. Reducir las desigualdades entre países y dentro de ellos [Internet]. Desarrollo Sostenible. [citado 22 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/inequality/>
66. Silvia B, Magali GB, Beth S, Eneidia B, Clémence S, Virginie R. Obstetric and gynaecological violence in the EU - Prevalence, legal frameworks and educational guidelines for prevention and elimination. abril de 2024;
67. International Confederation of Midwives [Internet]. [citado 17 de marzo de 2025]. Obstetric Violence, Mistreatment, and Violence Against Women in Reproductive Health Services. Disponible en: <https://internationalmidwives.org/resources/obstetric-violence-and-mistreatment-and-violence-against-women-in-reproductive-health-services/>
68. Segarra Gutiérrez G, Farriols Hernando N. Prevalencia, impacto y tratamiento psicológico grupal de los trastornos de ansiedad: una revisión en el ámbito de la atención primaria. Aloma Rev Psicol Ciènc Educ Esport. 2011;(28):209-25.
69. Antón-Menárguez V, Jareño B, Lara-Espejo I, Redondo-Jiménez M, García-Marín P. Eficacia de la intervención psicológica grupal en atención primaria. Med Fam

SEMERGEN. 1 de marzo de 2019;45(2):86-92.

70. INE [Internet]. [citado 24 de marzo de 2025]. Población por sexo, municipios y edad (año a año)(33793). Disponible en: https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=33793#_tabs-grafico
71. Bados A, Solanas A, Andrés R. Psychometric properties of the Spanish version of Depression, Anxiety and Stress Scales (DASS) | Psicothema. 31 de diciembre de 2005;17(4):679-83.
72. González-de la Torre H, Domínguez-Gil A, Padrón-Brito C, Rosillo-Otero C, Berenguer-Pérez M, Verdú-Soriano J. Validation and Psychometric Properties of the Spanish Version of the Fear of Childbirth Questionnaire (CFQ-e). J Clin Med. enero de 2022;11(7):1843.
73. Fairbrother N, Collardeau F, Albert A, Stoll K. Screening for Perinatal Anxiety Using the Childbirth Fear Questionnaire: A New Measure of Fear of Childbirth. Int J Environ Res Public Health. 16 de febrero de 2022;19(4):2223.
74. CEIM [Internet]. CAT - IDIBGI. [citado 15 de abril de 2025]. Disponible en: <https://idibgi.org/serveis/ceim/>
75. World Medical Association. World Medical Association Declaration of Helsinki: Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. JAMA. 27 de noviembre de 2013;310(20):2191-4.
76. World Rugby Passport - Apéndice 2 - Escala de Estrés de Depresión por Ansiedad (DASS 21) [Internet]. [citado 29 de abril de 2025]. Disponible en: <https://passport.world.rugby/es/bienestar-del-jugador/perspectiva-un-recurso-de-salud-mental-para-medicos-de-equipos/apendices/apendice-2-escala-de-estres-de-depresion-por-ansiedad-dass-21/>
77. Jiménez-Fernández R, Soria MEH, Granger MP, Losa-Iglesias ME, Bengoa-Vallejo RB de, Corral-Liria I. Reliability and validity of the Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5) test for post-traumatic stress disorder in mental health nurses in Spain. Arch Psychiatr Nurs. 1 de junio de 2024; 50:122-8.
78. Lansky S, Souza KV de, Peixoto ER de M, Oliveira BJ, Diniz CSG, Vieira NF, et al. Obstetric violence: influences of the Senses of Birth exhibition in pregnant women childbirth experience. Cienc Saude Coletiva. 5 de agosto de 2019;24(8):2811-24.

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo General

Evaluar la efectividad de una intervención educativa en el postparto orientada a promover el bienestar emocional y psicológico de las mujeres, e incorporar la identificación de posibles experiencias de violencia obstétrica durante la atención al parto.

3.2. Objetivos específicos

- Determinar cómo las variables clínicas y sociodemográficas condicionan la efectividad de la intervención grupal y en la salud mental de las participantes.
- Conocer la percepción de violencia obstétrica y de miedo en el parto entre las participantes antes y después de la intervención.
- Analizar los cambios en el bienestar psicológico, la sintomatología ansiosa, depresiva y de estrés postraumático relacionados con la experiencia de parto antes y después de la intervención.
- Relacionar la percepción de violencia obstétrica y la salud mental posparto.
- Evaluar el grado de satisfacción con la intervención grupal en el grupo experimental.

4. MATERIAL Y MÉTODOS

4.1. Diseño del estudio

Se va a desarrollar un ensayo clínico multicéntrico, aleatorizado y controlado, sin enmascaramiento, con medidas repetidas pre-post de dos grupos paralelos, grupo experimental (A) y grupo control (B).

4.2. Población y ámbito del estudio

El estudio se llevará a cabo en el Área Territorial del Gironés-Pla de l'Estany del Instituto Catalán de la Salud de ámbito público, bajo el **Programa de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva (ASSIR)** en atención primaria, la cual depende de la Unidad Obstétrica del Hospital Trueta de Girona. Esta área geográfica incluye 4 unidades de ASSIR (ASSIR Güell, ASSIR Banyoles, ASSIR Sarrià y ASSIR Celrà) y cubre a una población de 69,112 mujeres (70). Se ha optado por incluir una muestra diversa que abarque tanto a población urbana como rural con el fin de captar las posibles diferencias en el acceso, las percepciones y las experiencias de las participantes en distintos entornos. Todos estos centros ofrecen atención integral, garantizando una muestra diversa y representativa de la población local y sus alrededores.

4.3. Determinación de la muestra

La población estudiada estará compuesta por 60 mujeres que realizan el control de gestación y postparto en la Área Territorial del Gironés-Pla de l'Estany, los cuales forman parte del Programa **de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva (ASSIR)**, y está compuesto por 4 centros: ASSIR Güell (Girona), ASSIR Banyoles, ASSIR Sarrià y ASSIR Celrà). Se ha calculado que se necesitaran 30 mujeres para el grupo experimental (A) y 30 mujeres para el grupo control (B). Se utilizará un muestreo de conveniencia no probabilístico ofreciendo participar en el estudio a todas las mujeres que acudan a los centros participantes a realizar el control del embarazo en el momento de reclutamiento.

Los criterios de participación al estudio se muestran en la Tabla 1:

Tabla 1: Criterios de inclusión y exclusión	
Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
<ul style="list-style-type: none"> • Mujeres de 28 semanas de gestación. • Mujeres dispuestas a participar en el estudio. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mujeres gestantes en situación de diagnóstico de patología mental activo que pueda interferir en los resultados. • Mujeres gestantes que no firmen el documento del consentimiento informado.

4.4. Variables del estudio

A. Variables sociodemográficas:

En la tabla 2 se presentan las variables sociodemográficas:

Tabla 2: Variables sociodemográficas

Variable	Tipo	Justificación	Valor
Edad	Cuantitativa continua	Identificar posibles diferencias en el nivel de conocimientos y percepción según la edad	En años
Género	Cualitativa nominal	Se incluye para garantizar un enfoque inclusivo que reconozca y respete la diversidad de identidades de género en el análisis de datos.	1.Mujer, 2.Hombre 3.No binario
Estado civil	Cualitativa nominal	El estado civil puede influir en aspectos como el acceso a ayudas sociales, decisiones laborales, tiempo disponible...	1.Soltero/a, 2.Casado/a, 3.Divorciado/a, 4.Viudo/a, 5.Pareja de hecho, Otro
Nivel educativo	Cualitativa ordinal	Identificar posibles desigualdades o barreras sociales.	1. Primarios o inferiores 2. Secundarios o universitarios 3. No sabe /

			no contesta
Situación laboral	Cualitativa nominal	Permite evaluar necesidades de apoyo económico, compatibilidad con la vida familiar, entre otros.	1.Trabajando, 2.Desempleada 4.Estudiante, 5.No sabe / no contesta
Número de hijos	Cuantitativa discreta	Permite medir la carga familiar y relacionarla con la inserción laboral o la necesidad de ayuda social.	0, 1, 2, 3, 4, ...
Baja maternal	Cualitativa dicotómica (nominal)	Sirve para analizar si las mujeres tienen acceso real a sus derechos, y cómo esto puede depender de su situación laboral o educativa.	Sí, No

B. Variables clínicas:

En la tabla 3 se presentan las variables clínicas que han sido objeto de estudio:

Tabla 3: Variables clínicas

Variable	Tipo	Justificación	Valor
Tipo de parto	Cualitativa nominal	Relaciona tipo de parto con salud y recuperación	1.Vaginal, 2.Cesárea intraparto 3.Instrumental
Tipo de inicio de parto	Cualitativa nominal	Permite identificar el método de inicio del parto, lo cual puede influir en la experiencia y recuperación postparto.	1. Espontáneo 2. Inducido 3. Cesárea programada
Complicaciones del parto	Cualitativa nominal múltiple	Evalúa riesgos y calidad del parto	1.Ninguna 2.Desgarros 3.Hemorragias, 4.Infecciones 5.Otras

Categorización de riesgo de embarazo	Cualitativa nominal	Permite identificar el riesgo del embarazo, que puede influir en la planificación del parto y las intervenciones médicas.	1.Bajo riesgo 2.Riesgo moderado (HTA, diabetes gestacional) 3.Alto riesgo (preeclampsia, gestaciones múltiples, trastornos psiquiátricos graves)
Número de partos a término	Cuantitativa discreta	Refleja cuántos partos ocurrieron a las 37 semanas o más	0, 1, 2, 3, etc.
Número de partos pretérmino	Cuantitativa discreta	Indica cuántos partos ocurrieron antes de las 37 semanas	0, 1, 2, 3, etc.
Número de abortos	Cuantitativa discreta	Incluye abortos espontáneos o inducidos antes de la semana 20	0, 1, 2, 3, etc.
Número de hijos vivos	Cuantitativa discreta	Determina cuántos hijos nacidos están vivos en el momento actual	0, 1, 2, 3, etc.
Antecedentes de salud	Cualitativa nominal	Permite identificar factores de riesgo clínico y agrupar por condiciones prevalentes	1.Ninguna 2.Hipertensión arterial (HTA) 3.Diabetes 4.Obesidad 5.Trastornos mentales 6.Otras (especificar)
Uso de medicamentos	Cualitativa nominal	Permite identificar tratamientos farmacológicos asociados a riesgos físicos y mentales	1.No usa medicación 2.Antidepresivos 3.Ansiolíticos 4.Antihipertensivos 5.Antieméticos

			6.Suplementos (hierro, yodo, ácido fólico, etc.) 7.Otros (especificar)
--	--	--	---

C. Variables medicalización al parto y percepción de violencia obstétrica:

En la tabla 4 se presentan las variables de medicalización al parto y percepción de violencia obstétrica que han sido objeto de estudio:

Tabla 3: Variables medicalización y percepción de violencia obstétrica

Variable	Tipo	Registro en Historia Clínica	Consentimiento percibido
Episiotomía	Cualitativa nominal	Sí/No	Sí/No (Autorreferido si se dio consentimiento informado)
Amniotomía	Cualitativa nominal	Sí/No	Sí/No (Autorreferido si se dio consentimiento informado)
Oxitocina intraparto	Cualitativa nominal	Sí/No	Sí/No (Autorreferido si fue consentido)
Uso laxante	Cualitativa nominal	Sí/No	Sí/No (Autorreferido si se dio consentimiento informado)
Rasurado	Cualitativa nominal	Sí/No	Sí/No (Autorreferido si fue consentido)
Maniobra de Kristeller	Cualitativa nominal	Sí/No	Sí/No (Autorreferido si fue consentido)
Analgesia	Cualitativa nominal	Sí/No	Efectiva/No efectiva (Autorreferido si se percibió como

			efectiva)
Inducción del parto	Cualitativa nominal	Sí/No	Sí/No (Autorreferido si se dio consentimiento informado)

D. Variables salud mental y bienestar emocional

En la tabla 4 se presentan las variables que valoraran la de salud mental y emocional de los participantes de estudio:

Tabla 4: Variables de salud mental y emocional

Variable	Instrumento	Tipo	Justificación	Valor
Depresión postparto	DASS-21 (subescala depresión)	Cuantitativa continua	Detectar depresión postparto	0-42 / Normal a Muy grave
Ansiedad	DASS-21 (subescala ansiedad)	Cuantitativa continua	Evaluar ansiedad postparto	0-42 / Normal a Muy grave
Estrés general	DASS-21 (subescala estrés)	Cuantitativa continua	Medir sobrecarga emocional	0-42 / Normal a Muy grave
Miedo al parto	Childbirth Fear Questionnaire	Cuantitativa continua	Analizar relación entre miedo y tipo de parto	0-100 o más / Bajo a alto
Estrés postraumático	Escala L-5	Cuantitativa continua	Identificar trauma tras el parto	0-25 o más / Sin síntomas a probable TEPT

E. Variables independientes

En la tabla 5 se presentan las variables independientes que han sido objeto de estudio:

Tabla 5: Variables independientes

Variable	Instrumento	Tipo	Justificación	Valor
Tipo de Intervención	Asignación de intervención	Cualitativa nominal	Variable manipulada para evaluar efecto	Grupo experimental / Grupo control

F. Variables dependientes

En la tabla 6 se presentan las variables dependientes que han sido objeto de estudio:

Tabla 6: Variables dependientes

Variable	Instrumento	Tipo	Justificación	Valor
Transtorno estrés postraumático	Escala L-5 (TEPT)	Cuantitativa continua	Evalúa impacto emocional del parto	0-42 / Normal a Muy grave
Bienestar psicológico postparto	DASS-21	Cuantitativa continua	Mide salud mental y efecto del grupo	0-42 por dimensión / niveles clínicos
Miedo al parto	Childbirth Fear Questionnaire	Cuantitativa continua	Evalúa temor y trauma asociado al parto	0-100 o más / Bajo a alto

4.5. Recogida de datos e Instrumentos

4.5.1. Instrumentos

En este apartado se detallan los instrumentos utilizados para la recopilación de datos. Para este estudio se han desarrollado cuatro cuestionarios diferentes, cada uno de ellos diseñados para medir variables específicas relacionadas con los objetivos del proyecto.

Cuestionario Ad hoc de datos sociodemográficos (ad hoc): (Anexo I).

En el marco de la investigación, se han incluido variables sociodemográficas clave como la edad, el estado civil, el nivel educativo, la situación laboral, el número de hijos y si la persona se encuentra actualmente de baja maternal. Estas variables forman parte del cuestionario Ad hoc (Anexo I) diseñado para la recopilación de datos, con el objetivo de proporcionar un perfil detallado de las participantes. Su inclusión permite analizar cómo estos factores personales y contextuales pueden influir en la experiencia de las personas gestantes y su relación con la salud mental, aportando una visión más completa desde una perspectiva interseccional.

Registro de variables clínicas del parto: (Anexo VI).

Como parte del diseño metodológico, se recogerán variables clínicas y obstétricas a partir de la historia clínica (HC) de las participantes, registradas por la matrona. Estas incluyen aspectos como tipo e inicio del parto, complicaciones, el nivel de riesgo del embarazo, y antecedentes reproductivos como partos anteriores, abortos y número de hijos/as vivos/as. También se incorporan antecedentes médicos relevantes y el uso de medicación durante el embarazo. Estas variables permitirán analizar su relación con el bienestar psicológico, la percepción de violencia obstétrica y la eficacia de la intervención

Cuestionario de variables clínicas del parto autorreferido (ad hoc): (Anexo VII).

Con el objetivo de explorar la percepción de las participantes sobre las intervenciones realizadas durante el parto y su vivencia respecto al consentimiento informado, se ha elaborado un cuestionario ad hoc que será autocompletado por las mujeres tras el

parto. Este instrumento recoge variables relacionadas con la medicalización del proceso, como la realización de episiotomía, amniotomía, administración de oxitocina, uso de laxantes, rasurado, maniobra de Kristeller, tipo de analgesia e inducción del parto. Para cada práctica, se pregunta si fue realizada y si la participante percibió haber dado o no su consentimiento, permitiendo así identificar experiencias de intervención no consentida y posibles situaciones de violencia obstétrica.

Cuestionario de variables clínicas (Ad hoc): (Anexo II, III, IV).

Para la recolección de datos de variables clínicas, se utilizará un cuestionario de evaluación pre y post intervención compuesto por escalas validadas que miden **depresión, ansiedad y estrés**, tales como la **Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21)**, la **Escala de Estrés Postraumático (L-5)** y la **escala "Childbirth Fear Questionnaire" (CFQ)**, y estos instrumentos se aplicarán a las participantes antes de la intervención (pretest) y después de finalizar las intervenciones (postest). El diseño de las preguntas será estructurado, pero permitirá una comparación precisa de los cambios experimentados en las participantes en ambos grupos.

La **Escala de Estrés de Depresión por Ansiedad (DASS-21)** (71) (Anexo II) es una herramienta psicométrica diseñada para evaluar la severidad de los síntomas de estrés, depresión y ansiedad en individuos. La versión validada en español por los autores Arturo Bados, Antonio Solanas y Raquel Andrés en su estudio publicado en el 2005 establece que la escala DASS-21 consta de 21 ítems, distribuidos en tres subescalas: **7 ítems para la depresión** (Incluye ítems que miden sentimientos de tristeza, desesperanza, falta de interés en las actividades diarias y dificultades cognitivas.), **7 para la ansiedad** (Evalúa síntomas como la preocupación excesiva, nerviosismo, ataques de pánico y tensión física.) y 7 para el estrés (Mide niveles de irritabilidad, frustración, dificultades para relajarse y sensación general de tensión).

Cada uno de los 21 ítems se responde en una escala de 4 puntos, que va desde "Nunca" (0) hasta "Casi siempre" (3). Las puntuaciones se interpretan en categorías de severidad (sin síntomas, leves, moderados, severos y muy severos). Y respecto a los resultados: Las puntuaciones más bajas, entre **0 y 9**, indican una ausencia de síntomas

o síntomas leves, mientras que puntuaciones moderadas (**10-13**) sugieren malestar psicológico notable. Puntuaciones entre **14 y 20** reflejan síntomas severos, y aquellas superiores a **21** indican síntomas muy severos, lo que podría requerir intervención profesional.

Otra de las escalas que vamos a utilizar para realizar el estudio es **La Escala de Estrés Postraumático (PCL-5)** (Anexo III) una herramienta de medición diseñada para evaluar los síntomas del trastorno de estrés postraumático (TEPT). Consta de **20 ítems** que se dividen en cuatro áreas principales: **Reexperimentación** (como recuerdos intrusivos o pesadillas), **evitación** (evitar pensamientos, sentimientos o situaciones asociadas con el trauma), **alteraciones cognitivas y del estado de ánimo** (dificultad para recordar aspectos importantes del trauma, sentimientos de culpa o desapego), y **EL nivel de activación o alerta** (hiperactivación, que incluye síntomas como irritabilidad, dificultad para dormir y respuestas físicas exageradas). Los participantes califican cada ítem en una escala de **0 a 4**, donde 0 significa "no se ha producido en absoluto" y 4 significa "extremadamente frecuente". La puntuación total obtenida a partir de las respuestas indica la intensidad de los síntomas de TEPT.

La escala "**Childbirth Fear Questionnaire**" (**CFQ**) (Anexo IV), desarrollada por Nichole Fairbrother y validada en español por Héctor González-de la Torre y otros (72), es un cuestionario multidimensional de **40 ítems** que evalúa el miedo al parto en mujeres. Se divide en 9 subescalas, que miden miedos a situaciones como el dolor del parto, intervenciones médicas, la cesárea, el daño al bebé, la muerte, el daño corporal y los cambios en la apariencia y función sexual. Además, incluye una escala de interferencia con 7 ítems. Cada ítem se califica en una escala tipo Likert de **0=Nada a 4= Extremadamente**. La puntuación total varía entre 0 y 160 puntos (73).

4.5.2. Procedimiento de recogida de datos

El procedimiento de recogida de datos se segmenta en cuatro etapas:

1. Fase 1:

- a. **Reclutamiento:** Esta primera etapa se llevará a cabo durante la consulta de la matrona en la visita de las 28 semanas de gestación en los centros de salud mencionados. En este muestreo serán las participantes que decidirán y acepten formar parte del estudio. Durante esta primera visita se entregarán a las personas gestantes interesadas en participar el Consentimiento Informado (Anexo V), brindándoles la libertad de decidir si desean firmarlo o no.
- b. **Aleatorización del grupo de intervención:** A cada participante se le ubicará un código identificativo de caso mediante el proceso de pseudoanonimización, que permitirá realizar el seguimiento durante todo el ensayo. Los casos se irán ubicando en grupo experimental o de intervención convencional aleatoriamente mediante un listado anonimizado.
- c. **Primera recogida:** Se llevará a cabo la primera recogida de datos, con el cuestionario ad hoc (Anexo I), la escala del miedo al parto "Childbirth Fear Questionnaire" (CFQ) (Anexo IV) y también la Escala de Estrés de Depresión por Ansiedad (DASS-21) (Anexo II). Esta recogida se realizará independientemente del grupo de intervención de las participantes.

2. Fase 2: Postparto ambulatorio: En última visita que se realiza a la 4ª semana postparto con la matrona. Durante esta visita se recogerán las variables clínicas mediante el cuadro clínico estructurado (Anexo VI), completado por la profesional sanitaria. También se repetirá la Escala CFQ (Anexo IV) para valorar el miedo al parto después de la experiencia real, además de pedir a la participante que realice el cuestionario ad hoc sobre la medicalización y percepción de violencia obstétrica (Anexo VII).

3. Fase 3: La intervención: Inicio de las intervenciones a partir de la 4ª semana posparto (1 mes), en el grupo experimental serán 6 sesiones de 90 minutos, y en

el grupo convencional 6 sesiones de 60 min, con objetivos y dinámicas diferentes.

- 4. Fase 4: Fin de la intervención.** Finalizada la intervención (10ª semana posparto) se realizará una última recogida de datos para evaluar el impacto sostenido de la intervención en la salud mental y emocional de las participantes. En esta etapa se aplicarán nuevamente: La escala del miedo al parto "Childbirth Fear Questionnaire" (CFQ) (Anexo IV), el cuestionario ad hoc sobre la medicalización y percepción de violencia obstétrica (Anexo VII), la Escala de Estrés de Depresión por Ansiedad (DASS-21) (Anexo II) y la Escala PCL-5 (Anexo III) para valorar la evolución de los síntomas de TEPT.

En la tabla 6 se muestra el procedimiento de recogida de datos del estudio:

TABLA 6: RECOGIDA DE DATOS					
	FASE 1 Gestacional Visita 28 sem	FASE 2 4ª semana posparto	FASE 3 4ª-10ª semana posparto	FASE 4 10ª semana posparto	Responsable
Consentimiento informado Anexo V	✓				Participante
Cuestionario ad hoc Anexo I	✓				Participante
Escala "Childbirth Fear Questionnaire" (CFQ) Anexo IV	✓	✓		✓	Participante
Registros variables clínicas Anexo VI		✓			Matrona
Cuestionario ad hoc medicalización y percepción de violencia obstétrica Anexo VII		✓		✓	Participante
Escala (DASS-21) Anexo II	✓	✓		✓	Participante
Escala (PCL-5) Anexo III				✓	Participante

4.6. Intervenciones

Este ensayo clínico contempla dos tipos de intervención durante el postparto, ambas con una duración de 6 sesiones de una hora distribuidas en el transcurso del posparto.

4.6.1. Intervención convencional:

Se trata del Programa de educación en salud para el postparto que se realiza en los centros ASSIR de Girona. Consta de 6 sesiones de 1 hora, distribuidas a lo largo de una semana, y tiene como objetivo ofrecer orientación práctica y emocional para facilitar la recuperación de la madre y su adaptación a esta nueva etapa. En las sesiones se abordan temas como el cuidado del recién nacido, la lactancia materna y los síntomas comunes del postparto. El programa es impartido principalmente por una matrona o enfermera especializada en obstetricia. También pueden participar un pediatra o neonatólogo para resolver dudas sobre la salud del bebé y, en algunos casos, un psicólogo.

4.6.2. Intervención experimental:

La intervención en el **grupo experimental** consistirá en un programa de apoyo y duelo, que se desarrollará en 6 sesiones semanales de una hora de duración, orientadas a promover el bienestar emocional de las mujeres en el postparto e incluir espacios de reflexión y acompañamiento para identificar posibles situaciones de violencia obstétrica vividas durante el embarazo, el parto o la atención sanitaria recibida. El objetivo de este programa es ofrecer un espacio para la gestión del trauma y el empoderamiento personal a través de la intervención psicológica y el acompañamiento emocional, facilitado por un equipo interdisciplinario compuesto por psicólogos y personal de enfermería especializado (Anexo VIII).

Objetivo de la intervención:

Esta intervención enfermera propone una nueva metodología grupal dirigida al acompañamiento posparto de mujeres que hayan podido vivir experiencias de violencia obstétrica. A diferencia de un grupo de apoyo convencional, esta intervención se plantea como una herramienta estructurada desde el ámbito de los cuidados enfermeros, con un enfoque terapéutico, educativo y reivindicativo, donde se tratan

temas como la violencia obstétrica, el impacto emocional del parto, la validación de las experiencias personales, el empoderamiento de la madre, el autocuidado emocional, la educación sobre los derechos en la atención obstétrica y el apoyo psicoemocional durante el postparto. Todo ello a través de sesiones diseñadas con base en la evidencia y con perspectiva de género, se trabajarán contenidos como la elaboración del trauma obstétrico, la identificación de prácticas no consentidas, la recuperación de la autonomía y la salud mental, así como la educación en derechos sexuales y reproductivos. Esta metodología pretende ofrecer un espacio seguro y profesionalizado para la expresión emocional, el empoderamiento y la reconstrucción del bienestar psicosocial de las mujeres en el periodo posparto.

Duración:

El programa de apoyo para mujeres centrado en la violencia obstétrica se llevará a cabo durante un período de tres meses, comenzando en diciembre de 2025. Las sesiones se realizarán de manera quincenal, con una duración de 90 minutos cada una, ofreciendo un espacio seguro y de acompañamiento emocional para las participantes.

Recursos humanos:

La intervención será dirigida y coordinada por la enfermera y con ayuda de una psicóloga con experiencia en violencia de género y salud mental. La enfermera coordinadora especializada en salud materno-infantil que apoyará a las participantes en relación con las preocupaciones sobre la atención obstétrica. Ambas profesionales trabajarán de manera conjunta para ofrecer un espacio de acompañamiento emocional y abordar las necesidades de las mujeres que han podido sufrir violencia obstétrica o que la pueden sufrir.

Recursos materiales:

Se utilizará la sala de educación maternal de los centros ASSIR, que dispone de un espacio adecuado y cómodo para las sesiones, con sillas, mesas, materiales de escritura como hojas y bolígrafos, y un ordenador con pantalla o proyector para

presentaciones y dinámicas grupales. Además, se utilizarán materiales informativos sobre violencia obstétrica, derechos de las mujeres y recursos disponibles.

Planificación de las sesiones:

Sesión	Objetivo	Contenido	Duración
Sesión 1	Presentación y creación de vínculo	Crear un espacio seguro, presentación de participantes, establecer normas de grupo. Enfoque en la expresión libre de expectativas y emociones del posparto, fomentando el vínculo y la confianza entre las participantes	90 minutos
Sesión 2	Narrativa del parto y validación	Facilitar la elaboración emocional de la experiencia del parto. Técnicas narrativas, escucha activa, validación emocional.	90 minutos
Sesión 3	Violencia obstétrica y derechos	Identificar y nombrar prácticas de violencia obstétrica. Educación sobre derechos en la atención obstétrica.	90 minutos
Sesión 4	Impacto emocional y trauma	Abordar el trauma emocional derivado del parto y sus efectos psicológicos. Conceptos básicos de trauma, ansiedad, depresión posparto y TEPT.	90 minutos
Sesión 5	Cuidado y autonomía	Reforzar el autocuidado y la recuperación del control personal. Herramientas de autocuidado físico y mental, empoderamiento en salud.	90 minutos
Sesión 6	Cierre e integración	Evaluar la experiencia grupal, promover redes de apoyo y cerrar el proceso. Evaluación de la intervención, estrategias de seguimiento.	90 minutos

4.7. Consideraciones éticas

Respecto a los aspectos éticos, este estudio se llevará a cabo garantizando el anonimato y la confidencialidad de los participantes. En este proyecto se garantiza la conformidad con ley Orgánica 3/2018 de protección de datos y el Reglamento (UE) 2016/679 sobre privacidad, antes de comenzar la recogida de datos, cada participante firmará un consentimiento informado (Anexo V), El proyecto será evaluado por el Comité de Ética e Investigación Clínica de Girona (CEIC), actualmente llamado Comité de Ética de Investigación Clínica con medicamentos (CEIm) (74).

Además, se respetarán los principios éticos establecidos en la Declaración de Helsinki (75). Garantizando que no se cause daño a los participantes y que se mantenga la confidencialidad de la información proporcionada. El estudio se ajustará a todas las normativas legales y éticas para proteger los derechos de los participantes. Los datos serán tratados de forma pseudonimizada y confidencial, y se preservará su seguridad y posterior destrucción conforme a la normativa vigente.

4.8. Análisis estadístico

Se realizará un análisis descriptivo univariante utilizando estadísticos de tendencia central (media y mediana) y de dispersión (desviación estándar o rango intercuartílico) para las variables numéricas. Las variables categóricas se expresarán en frecuencias y porcentajes. Si los datos numéricos siguen una distribución normal, se aplicará un análisis bivariante mediante la prueba t de Student para comparar las medias de dos grupos independientes, y la prueba ANOVA cuando haya más de dos grupos. En caso de que no se cumpla la normalidad, se utilizará el test de Kruskal-Wallis. Para las variables categóricas se empleará la prueba de chi-cuadrado de Pearson. Además, se realizará un análisis multivariante para identificar factores predictivos de mejora en la salud mental de las mujeres. Los resultados se considerarán significativos si el valor de p es menor a 0,05. El análisis se llevará a cabo utilizando el programa estadístico SPSS para Windows.

5. FASES DEL PROYECTO Y CRONOGRAMA

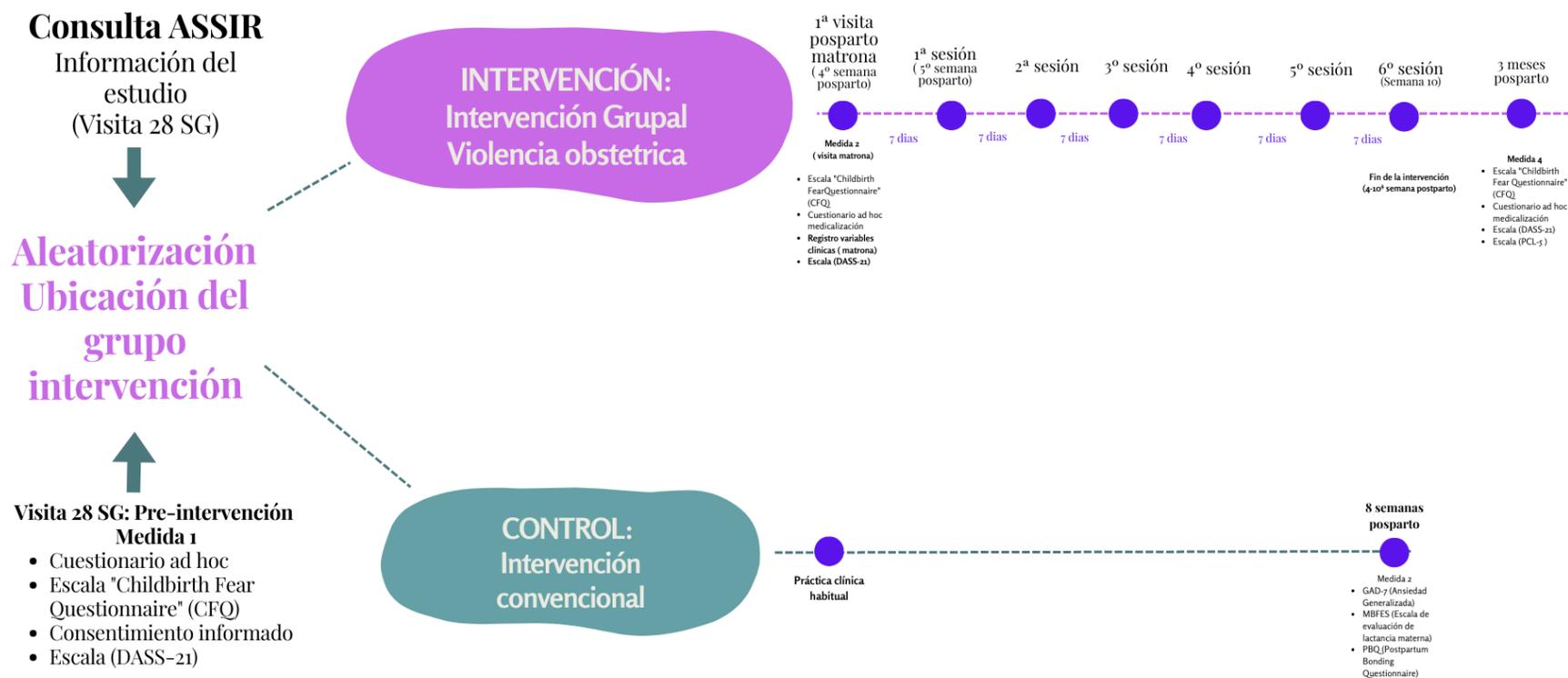


Figura 1. Esquema de las fases del proyecto (Elaboración propia).

5. CRONOGRAMA

CRONOGRAMA DEL PROYECTO

TAREAS	2024			2025			2025			2026		
	SEP OCT 2024	NOV DIC 2024	ENE FEB 2025	MAR ABR 2025	MAY JUN 2025	JUL AGO 2025	SEP OCT 2025	NOV DIC 2025	ENE FEB 2026	MAR ABR 2026	MAY JUN 2026	JUL AGO 2026
Presentación al CEIm y aprobación dle estudio	■											
Presentación del proyecto a los centros ASSIR elegidos	■											
Reclutamiento de las participantes 28 SG		■										
Recogida de datos a partir de los cuestionarios		■										
Analisis de datos						■						
Redacción de los resultados y conclusiones								■				
Difusión del estudio										■		

Figura 2. Cronograma del proyecto (Elaboración propia).

6. PRESUPUESTO

En la siguiente tabla se presenta el presupuesto económico:

Presupuesto económico

CONCEPTO	CANTIDAD	PRECIO/UNIDAD (€)	TOTAL (€)
GASTO EN MATERIAL			
LIBRETAS	PAQUETE DE 3 UNIDADES	5,50€	16,50€
BOLÍGRAFO	CAJA DE 10 BOLÍGRAFOS	3,75€	3,75€
NOTAS ADHESIVAS	PAQUETE MULTICOLOR	2,30€	4,60€
CARPETAS DE PLÁSTICO	PACK DE 5 CARPETAS	6,20€	6,20€
GASTO EN RECURSOS HUMANOS			
COORDINADOR DEL PROYECTO	1	150€/MES (6 MESES)	900€
COLABORADOR	1	200€/MES (4 MESES)	1.600€
GASTO EN RECURSOS OPERATIVOS			
IMPRESIÓN DE MATERIALES	800 COPIAS	0,12€/COPIA	96€
DIFUSIÓN DEL PROYECTO	150 FOLLETOS	0,20€/UNIDAD	30€
GASTO EN RECURSOS INFORMÁTICOS			
SOFTWARE DE ANÁLISIS	1	60€	60€
ALMACENAMIENTO EN LA NUBE	6 MESES	2€/MES	12€

7. LIMITACIONES

- En primer lugar, se debe considerar el posible sesgo de deseabilidad social, ya que las personas que aceptan participar en este tipo de intervenciones grupales suelen estar más predispuestas al cambio o a la mejora, lo que podría influir en los resultados obtenidos y limitar su generalización.
- Asimismo, el criterio de exclusión por barrera idiomática puede reducir la diversidad de la muestra y dejar fuera a mujeres migrantes o no hispanohablantes, quienes también pueden haber vivido experiencias significativas de violencia obstétrica, pero no podrán participar por limitaciones en la comunicación.
- El estudio también está condicionado por el protocolo de seguimiento del embarazo en el sistema público, ya que el reclutamiento se realiza en un momento muy concreto (visita de las 28 semanas con la matrona), lo que puede limitar el número de participantes elegibles y disponibles durante el período de implementación.
- Otra limitación importante es la presencia de variables no controladas o no contempladas en el diseño del estudio, que podrían influir en la salud mental posparto y en la percepción de la violencia obstétrica, y que no serán objeto de análisis en esta intervención. Esto limita la capacidad para establecer relaciones causales firmes entre las variables consideradas.

8. ANEXOS

ANEXO I. Cuestionario ad hoc



INTERVENCION EDUCATIVA GRUPAL SOBRE LA PERCEPCION DE VIOLENCIA OBSTETRICA Y SALUD MENTAL POSPARTO

IDENTIFICADOR _____

Edad _____

Genero Mujer Hombre No binario

Estado Civil Soltera Casada Divorciada Viuda Pareja de hecho Otro

Nivel Educativo

Primarios o
inferiores

Secundarios o
universitarios

No sabe / no
contesta

Situación Laboral

Trabajando

Desempleada

Estudiante

No sabe / no contesta

Número de hijos

Número: _____

Baja maternal

Si

No

ANEXO II: Escala de Estrés de Depresión por Ansiedad (DASS 21)

(76)

DASS21		Nombre:	Fecha:
<p>Lea cada expresión y marque con un círculo el número 0, 1, 2 o 3 que indica cuánto se aplica la expresión a usted <i>durante la última semana</i>. No hay respuestas correctas o incorrectas. No utilice demasiado tiempo en ninguna declaración.</p> <p><i>La escala de puntajes es la siguiente:</i></p> <p>0 No se aplica a mí en absoluto 1 Se aplica a mí hasta cierto punto, o parte del tiempo 2 Se aplica a mí en un grado considerable, o buena parte del tiempo 3 Se aplica mucho a mí, o la mayoría del tiempo</p>			
1	Me resulta difícil relajarme	0	1 2 3
2	Noté la sequedad en mi boca	0	1 2 3
3	Pareciera que no puedo experimentar ningún sentimiento positivo	0	1 2 3
4	Tuve dificultades al respirar (por ej.: respiración excesivamente rápida, dificultad para respirar sin ningún esfuerzo físico)	0	1 2 3
5	Me resultó difícil tener iniciativa para hacer cosas	0	1 2 3
6	Tendía a reaccionar en exceso ante las situaciones	0	1 2 3
7	Tuve temblores (por ej.: en las manos)	0	1 2 3
8	Sentí que estaba usando mucha energía nerviosa	0	1 2 3
9	Estuve preocupado por situaciones en las que podría entrar en pánico y parecer un tonto	0	1 2 3
10	Sentí que no tenía nada que esperar	0	1 2 3
11	Me encontré agitado	0	1 2 3
12	Tuve dificultades para relajarme	0	1 2 3
13	Me sentí abatido y triste	0	1 2 3
14	No toleraba nada que me impidiera continuar con lo que estaba haciendo	0	1 2 3
15	Sentí que estaba cerca del pánico	0	1 2 3
16	No pude entusiasmarme con nada	0	1 2 3
17	Sentí que no valía mucho como persona	0	1 2 3
18	Sentí que estaba bastante susceptible	0	1 2 3
19	Fui consciente del trabajo de mi corazón en ausencia de esfuerzo físico (por ej.: sensación de aumento de la frecuencia cardíaca, falta de latido del corazón)	0	1 2 3
20	Sentí miedo sin ninguna razón	0	1 2 3
21	Sentí que la vida no valía nada	0	1 2 3

Significado	Depresión	Ansiedad	Estrés
Normal	0-9	0-7	0-14
Leve	10-13	8-9	15-18
Moderado	14-20	10-14	19-25
Grave	21-27	15-19	26-33
Extremadamente grave	28+	20+	34+

ANEXO III: Escala (PCL-5) (77)

PCL-5

Instrucciones: A continuación hay una lista de problemas que a veces tienen las personas en respuesta a una experiencia muy estresante. Por favor, lea cada problema cuidadosamente y luego circule uno de los números a la derecha para indicar cuánto le molestó ese problema durante el pasado mes.

Durante el pasado mes, ¿cuánta molestia ha sentido por:	Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Extremadamente
1. recuerdos repetidos, perturbadores e indeseados sobre la experiencia estresante?	0	1	2	3	4
2. sueños repetidos y perturbadores sobre la experiencia estresante?	0	1	2	3	4
3. sentir o actuar repentinamente como si la experiencia estresante estuviera sucediendo nuevamente (<i>como si estuviera reviviéndola</i>)?	0	1	2	3	4
4. sentirse muy angustiado cuando algo le hizo recordar la experiencia estresante?	0	1	2	3	4
5. tener reacciones físicas intensas cuando algo le hizo recordar la experiencia estresante (<i>por ejemplo, latidos cardiacos muy fuertes, problemas para respirar, sudoración</i>)?	0	1	2	3	4
6. evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos relacionados con la experiencia estresante?	0	1	2	3	4
7. evitar claves o recordatorios externos de la experiencia estresante (<i>por ejemplo, personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos o situaciones</i>)?	0	1	2	3	4
8. dificultad para recordar partes importantes de la experiencia estresante?	0	1	2	3	4
9. tener creencias negativas fuertes acerca de sí mismo, de otras personas o del mundo (<i>por ejemplo, tener pensamientos como: soy malo, hay algo en mí que está muy mal, no se puede confiar en nadie, el mundo es completamente peligroso</i>)?	0	1	2	3	4
10. culparse a sí mismo o a otros por la experiencia estresante, o por lo que sucedió después de ésta?	0	1	2	3	4
11. tener sentimientos negativos intensos, como miedo, terror, ira, culpa o vergüenza?	0	1	2	3	4
12. pérdida de interés en actividades que antes disfrutaba?	0	1	2	3	4
13. sentirse distante o enajenado de otras personas?	0	1	2	3	4
14. dificultad para sentir emociones positivas (<i>por ejemplo, ser incapaz de sentir alegría o sentimientos de amor por las personas cercanas a usted</i>)?	0	1	2	3	4
15. irritabilidad, explosiones de rabia o actuar agresivamente?	0	1	2	3	4
16. tomar demasiados riesgos o hacer cosas que pudieron haberle causado daño?	0	1	2	3	4
17. estar "extremadamente alerta", o vigilante, o en guardia?	0	1	2	3	4
18. sentirse muy nervioso o sobresaltarse fácilmente?	0	1	2	3	4
19. tener dificultad para concentrarse?	0	1	2	3	4
20. tener dificultad para dormirse o mantener el sueño?	0	1	2	3	4

ANEXO IV: Escala "Childbirth Fear Questionnaire" (CFQ)(72)

Cuestionario de miedo al parto-CFQ-e VERSIÓN PRIMERA. A cumplimentar por la gestante
Gracias por colaborar en este estudio. A continuación se adjunta una serie de situaciones del parto y nacimiento que a algunas mujeres les pueden generar miedo o terror. Para cada una de las situaciones reseñadas, indique cuanto miedo le genera (marque con un cruz o círculo). Use esta escala como guía:

Nada en absoluto	0 No tengo miedo en absoluto de este aspecto del parto.
Un poco	1 Tengo algo de miedo a este aspecto del parto.
Moderadamente	2 Tengo bastante miedo a este aspecto del parto.
Mucho	3 Tengo mucho miedo a este aspecto del parto.
Extremadamente	4 Tengo un miedo extremo a este aspecto del parto.

SITUACIÓN	MIEDO				
	Nada en absoluto	Un poco	Moderadamente	Mucho	Extremo

Cuanto miedo te genera...

1. Que te hagan daño por una asistencia médica incompetente ?	0	1	2	3	4
2. Sufrir un desgarro o daño rectal como consecuencia del parto?	0	1	2	3	4
3. Morir durante el parto?	0	1	2	3	4
4. Recibir anestesia general?	0	1	2	3	4
5. Que te administren inyecciones?	0	1	2	3	4
6. Que dañen o perjudiquen al bebé como consecuencia del parto?	0	1	2	3	4
7. Que otras personas te vean desnuda durante el parto?	0	1	2	3	4
8. Sufrir un desgarro vaginal durante el parto?	0	1	2	3	4
9. Que el bebé sufra algún daño durante el parto?	0	1	2	3	4
10. Que dañen al bebe en una intervención médica durante el parto (ej. ventosa, anestesia, forceps...)?	0	1	2	3	4

11. Que no te hagan una cesárea, cuando es lo que tu prefieres?	0	1	2	3	4
12. Que tu vagina se estire por tener un parto vaginal?	0	1	2	3	4
13. Disfrutar menos de las relaciones sexuales por el estiramiento de la vagina a causa del parto vaginal?	0	1	2	3	4
SITUACIÓN	MIEDO				
	Nada en absoluto	Un poco	Moderadamente	Mucho	Extremo Mucho
<i>Cuanto miedo te genera ...</i>					
14. Perder el control de tus emociones frente a otras personas (ser maleducada, gritar) durante el parto?	0	1	2	3	4
15. Que tu cuerpo sea menos atractivo tras el parto?	0	1	2	3	4
16. Que el bebé se asfixie durante el parto?	0	1	2	3	4
17. Necesitar un forceps o ventosa?	0	1	2	3	4
18. No recibir la medicación para el dolor que necesites?	0	1	2	3	4
19. Que te realicen una episiotomía (que te realicen un corte en tu vagina)?	0	1	2	3	4
20. Que el bebé se muera durante el parto?	0	1	2	3	4
21. Que otras personas te vean orinar durante el parto?	0	1	2	3	4
22. Que te administren la epidural?	0	1	2	3	4
23. Sentirte observada por desconocidos durante el parto?	0	1	2	3	4
24. Que tu vagina se vea menos atractiva tras un parto vaginal?	0	1	2	3	4
25. Que te queden cicatrices tras la cesárea?	0	1	2	3	4
26. Disfrutar menos de las relaciones sexuales por sentir dolor o molestias tras	0	1	2	3	4
27. Que tu pareja disfrute menos de las relaciones sexuales después del parto por el estiramiento de tu vagina tras el parto	0	1	2	3	4
28. Necesitar puntos de sutura tras el parto?	0	1	2	3	4
29. Que no te pongan la epidural durante el parto en el caso de quererla o necesitarla?	0	1	2	3	4
30. Sentir dolor durante el parto?	0	1	2	3	4

31. Tener un parto vaginal?	0	1	2	3	4
32. Que otras personas te vean defecar durante el parto ?	0	1	2	3	4
33. No poder tener un parto via vaginal a pesar de ser lo que prefieres?	0	1	2	3	4

SITUACIÓN	MIEDO				
	Nada en absoluto	Un poco	Moderadamente	Mucho	Extremo

Cuanto miedo te genera ...

34. Sentir dolor mientras empujas al bebé?	0	1	2	3	4
35. Sentir dolor durante un parto vía vaginal?	0	1	2	3	4
36. Tener una cesárea?	0	1	2	3	4
37. Sentir dolor durante las contracciones?	0	1	2	3	4
38. Que te sonden (un tubo que se inserta en la uretra para recoger la orina)?	0	1	2	3	4
39. Sentir dolor durante una cesárea?	0	1	2	3	4
40. No poder tener el tipo de parto que te gustaría (por ejemplo: vaginal o cesárea)?	0	1	2	3	4
Otros (especifica): _____	0	1	2	3	4

ESCALA DE INTERFERENCIA

Algunas veces nuestros miedos pueden afectar en nuestras vidas; por ejemplo en nuestro trabajo, familia u otras cosas que nos gusta hacer. Indique, utilizando la siguiente escala, cuánto afectan sus miedos al parto en tu vida:

Ninguna interferencia	0	Mi miedo no interfiere en ningún aspecto de mi vida.
Interferencia leve	1	Mi miedo interfiere en mi vida, pero solo en pequeñas cosas.
Interferencia moderada	2	Mi miedo interfiere en algunas actividades que son importantes para mí. Definitivamente mi miedo causa problemas en mi vida.
Interferencia severa	3	Mi miedo me impide que haga cosas importantes en mi vida. (ejemplo, acudir a citas médicas importantes, trabajo, cuidado de mis hijos).
Interferencia extrema	4	Mi miedo me impide que haga muchas actividades importantes. Mi miedo causa serios problemas en mi vida.

ESFERA DE LA VIDA	INTERFERENCIA				
	Ninguna	Leve	Moderad	Severa	Extrema
1. En la relación con mi pareja o marido.	0	1	2	3	4
2. En la relación con mi familia.	0	1	2	3	4
3. En otras relaciones de mi vida	0	1	2	3	4
4. En la relación con los profesionales sanitarios encargados del control de mi embarazo	0	1	2	3	4
5. En mi vida laboral	0	1	2	3	4
6. En mis actividades de ocio	0	1	2	3	4
7. En la preparación para la llegada de mi bebé	0	1	2	3	4
8. Otros (especifica): _____	0	1	2	3	4

INSTRUCCIONES DE PUNTUACIÓN CFQ-E PRIMERA VERSIÓN

CFQ-e PUNTUACIÓN TOTAL: Sumar la puntuación de los 40 ítems

Puntuación en las Subescalas: Para cada una de las nueve subescalas enumeradas a continuación, sume los elementos de la subescala. Para crear la puntuación media (para poder comparar entre subescalas), divida la puntuación de la subescala por el número de elementos de la misma.

ANEXO V: Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

INTERVENCION EDUCATIVA GRUPAL SOBRE LA PERCEPCION DE VIOLENCIA OBSTETRICA Y SALUD MENTAL POSPARTO

Yo, _____,

Declaro que he recibido, leído y comprendido la información relativa al estudio titulado "Intervención educativa grupal sobre la percepción de violencia obstétrica y la salud mental posparto". He tenido la oportunidad de hacer preguntas, y todas mis dudas han sido aclaradas de forma satisfactoria.

Entiendo que:

- Mi participación en este estudio es completamente voluntaria.
- Puedo retirarme en cualquier momento, sin necesidad de justificar mi decisión y sin que ello afecte mi atención sanitaria.
- Los datos recogidos serán tratados con total confidencialidad y utilizados exclusivamente para los fines del estudio.
- Se me entregará una copia firmada de este consentimiento informado.

Por lo tanto, doy mi consentimiento libre e informado para participar en el mencionado estudio.

En _____, a ____ de _____ de 20.

Firma de la participante: _____

Firma del investigador/a responsable: _____

ANEXO VI: Cuestionario de registro de variables clínicas del parto.

INTERVENCIÓN EDUCATIVA GRUPAL SOBRE LA PERCEPCIÓN DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA Y SALUD MENTAL POSPARTO

Cuestionario de Registro de Variables Clínicas del Parto

Datos de identificación (solo para uso interno del estudio):

Código del participante: _____

Centro de salud: _____

Fecha de registro: ___ / ___ / _____

1. Tipo de parto

- Eutócico (parto vaginal espontáneo) Instrumentado (fórceps/ventosa) Cesárea programada Cesárea urgente

2. Tipo de inicio de parto

- Espontáneo Inducido Cesárea programada

3. Complicaciones del parto (marcar todas las que correspondan)

- Ninguna Hemorragia posparto Desgarros perineales grado III-IV Infecciones Otras

4. Categorización de riesgo del embarazo

- Bajo riesgo Riesgo moderado (HTA, diabetes gestacional) Alto riesgo _____ (indicar motivo principal)

5. Número de partos a término

Número: _____

6. Número de partos pretérmino

Número: _____

7. Número de abortos

- 0 1 2 o más

8. Número de hijos vivos actualmente

Número: _____

9. Antecedentes de salud relevantes

- Ninguna Hipertensión Diabetes gestacional Trastornos mentales previos Otras (especificar): _____

10. Uso de medicación actual

- No Antidepresivos Ansiolíticos Antihipertensivos Antieméticos Otros (especificar): _____

ANEXO VII: Cuestionario ad hoc medicalización y percepción de violencia obstétrica

INTERVENCION EDUCATIVA GRUPAL SOBRE LA PERCEPCION DE VIOLENCIA OBSTETRICA Y SALUD MENTAL POSPARTO

Cuestionario de variables clínicas del parto autorreferido

Datos de identificación (solo para uso interno del estudio):

Código del participante: _____

Centro de salud: _____

Instrucciones: Por favor, marca la opción que mejor refleje tu experiencia durante el trabajo de parto y el parto. Tus respuestas son confidenciales.

1. Episiotomía (corte en el periné para ampliar la salida del bebé)

¿Te realizaron una episiotomía?

Sí No

¿Te informaron y pediste o diste consentimiento antes de que te la realizaran?

Sí No

2. Amniotomía (rotura artificial de la bolsa)

¿Te realizaron una amniotomía?

Sí No

¿Te informaron y pediste o diste consentimiento antes de que te la realizaran?

Sí No

3. Administración de oxitocina durante el parto

¿Te administraron oxitocina (por vena) durante el parto?

Sí No

¿Te informaron y pediste o diste consentimiento antes de que te la administraran?

Sí No

4. Uso de laxante antes del parto

¿Te administraron un laxante antes o durante el parto?

Sí No

¿Te informaron y pediste o diste consentimiento antes de que te la administraran?

Sí No

5. Rasurado del vello púbico

¿Te rasuraron el vello púbico antes del parto?

Sí No

¿Te informaron y pediste o diste consentimiento antes de que lo hicieran?

Sí No

6. Maniobra de Kristeller (presión en el abdomen para empujar al bebé)

¿Alguien aplicó presión con fuerza sobre tu abdomen para ayudarte a pujar (maniobra de Kristeller)?

Sí No

¿Te informaron y pediste o diste consentimiento antes de que te la realizaran?

Sí No

7. Analgesia (anestesia, epidural, etc.)

¿Recibiste algún tipo de analgesia o anestesia para aliviar el dolor?

Sí No

Si recibiste analgesia, ¿la sentiste efectiva?

Sí, fue efectiva No, no fue efectiva

8. Inducción del parto (inicio del parto con medicamentos u otros métodos)

¿Tu parto fue inducido (no inició de forma espontánea)?

Sí No

¿Te informaron y pediste o diste consentimiento antes de inducir el parto?

Sí No

ANEXO VIII: Carta informativa del estudio

CARTA INFORMATIVA PARA PARTICIPACIÓN DEL ESTUDIO

INTERVENCIÓN EDUCATIVA GRUPAL SOBRE LA PERCEPCIÓN DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA Y SALUD MENTAL POSPARTO

Estimadas participantes,

Les invitamos a participar en un estudio sobre la salud emocional de las mujeres en el postparto, con el objetivo de evaluar una intervención educativa grupal que pueda mejorar el bienestar psicológico tras el parto.

El estudio se llevará a cabo en cuatro centros ASSIR del Área Territorial del Gironès-Pla de l'Estany. Las participantes serán asignadas al azar a uno de dos grupos: uno recibirá la intervención y el otro continuará con la atención habitual. Se utilizarán cuestionarios antes y después para valorar aspectos como ansiedad, depresión, miedo al parto y percepción de violencia obstétrica.

Participar puede ayudarte a comprender mejor tu experiencia y contribuir a mejorar la atención que reciben otras mujeres. No se prevén riesgos, aunque algunas preguntas podrían generar emociones. En ese caso, contarás con apoyo profesional.

La participación es voluntaria y puedes retirarte en cualquier momento sin afectar tu atención sanitaria. La información será confidencial y tratada con fines exclusivamente científicos, cumpliendo con todas las normas éticas y de protección de datos.

Antes de comenzar, se te informará en detalle y deberás firmar un consentimiento informado. Si tienes dudas, el equipo investigador estará disponible para ayudarte. Gracias por tu interés y por contribuir a mejorar el cuidado y la salud de las mujeres.

Atentamente,

Equipo investigador del estudio.