



Escuela Universitaria de Enfermería Gimbernat

Trabajo final de grado

Curso académico 2023/2024

**PERSPECTIVA DE LAS MATRONAS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO
GENERAL DE CATALUÑA SOBRE VIOLENCIA OBSTÉTRICA EJERCIDA
DURANTE EL PARTO A MUJERES NULÍPARAS CON UN EMBARAZO NORMAL:
ESTUDIO CUALITATIVO CON UN ENFOQUE FENOMENOLÓGICO.**

Joana Llamas Matesanz

Tutora: Berta Munné Barellas

Sant Cugat del Vallès, Mayo 2024



ESCOLES UNIVERSITÀRIES GIMBERNAT GRAU D'INFERMERIA

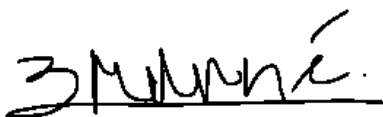
PRESENTACIÓ TREBALL FINAL DE GRAU

Nom i Cognoms autor/a : Joana Llamas Matesanz

Títol treball: PERSPECTIVA DE LAS MATRONAS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO GENERAL DE CATALUÑA SOBRE VIOLENCIA OBSTÉTRICA EJERCIDA DURANTE EL PARTO A MUJERES NULÍPARAS CON UN EMBARAZO NORMAL: ESTUDIO CUALITATIVO CON UN ENFOQUE FENOMENOLÓGICO.

Autoritzo a que aquest sigui presentat el proper mes de : Maig de 2024

Nom i cognoms tutor/a: Berta Munné Barellas



Sant Cugat del Vallès, 21 de maig de 2024

Agradecimientos

En primer lugar, me gustaría agradecer este trabajo a mis padres, Lourdes y Alonso, por hacer posible todo esto y demostrarme siempre su confianza ciega. A mi hermana Aina, que en gran parte me mostró lo precioso que es el proceso del embarazo y descubrí lo bonito de los cuidados.

A David que, aunque ya no camine a mi lado, aguantó tres años de noches eternas repitiéndole el temario y siempre supo darme los empujones de energía que necesitaba.

A mis perras, Airis y Canijja por acompañarme tantas horas de elaboración del TFG.

A mi amigo Pere, por ser siempre quien soluciona cualquier situación de agobio y aguantar tantísimos años.

<h1>Índice</h1>	
Resumen	9
Abstract	10
1. Introducción	11
2. Palabras clave	17
3. Estrategia de búsqueda bibliográfica	17
4. Antecedentes	
• 4.1 Historia de la violencia obstétrica	19
• 4.2 Evolución de la atención obstétrica y situación actual	22
• 4.3 Marco legal y normativo	23
5. Justificación	24
6. Pregunta de investigación	26
7. Objetivo general	26
• 7.1 Objetivos específicos	
8. Marco teórico	27
• 8.1 Maternidad y atención obstétrica	27
• 8.2 Violencia obstétrica	31
• 8.3 Perspectiva de las matronas	36
• 8.4 Factores sociales y culturales en mujeres nulíparas	38
• 8.5 Estrategias de prevención y abordaje de la violencia obstétrica	42

9. Metodología	43
• 9.1 Diseño	43
• 9.2 Ámbito de estudio	44
• 9.3 Participantes y técnicas de muestreo	44
• 9.4 Criterio de selección	45
• 9.5 Recogida de datos	46
• 9.6 Rol del equipo investigador	46
• 9.7 Análisis de los datos	47
• 9.8 Aspectos éticos	48
• 9.9 Criterios de rigor	49
10. Limitaciones del estudio	50
11. Aplicabilidad e investigación	50
12. Cronograma	52
13. Conclusiones	53
ANEXO 1: Guión de la entrevista	61
ANEXO 2: Modelo de consentimiento informado	64

Índice de tablas

Tabla 1. DeCS y MeSH utilizados para la búsqueda bibliográfica	16
Tabla 2. Criterios de inclusión y de exclusión.....	16
Tabla 3. Perfiles de sujetos.....	45

Índice de abreviaturas

HUGC: Hospital Universitario General de Cataluña

VO: Violencia obstétrica

RN: Recién nacido

DPP: Depresión postparto

TFG: Trabajo de Final de Grado

OMS: Organización Mundial de la Salud

TRABAJO FINAL DE GRADO
2023/2024
Joana Llamas Matesanz

Resumen

Introducción: La violencia obstétrica se refiere a las prácticas realizadas por profesionales de la salud a las mujeres durante procesos como el embarazo, parto y puerperio, que son percibidas como violentas. Esta violencia lleva instaurada siglos en nuestra sociedad y puede ser tanto física como psicológica, sin embargo, sigue siendo invisibilizada.

Objetivo: Este estudio pretende conocer las perspectivas de las matronas sobre la violencia obstétrica ejercida durante el parto en mujeres que han dado a luz en el hospital universitario general de Cataluña (HUGC).

Métodos: El proyecto de estudio es de carácter cualitativo fenomenológico. Los datos se recopilarán a través de entrevistas en profundidad que se facilitarán a 14 comadronas del Hospital Universitario General de Cataluña.

Palabras clave: Violencia obstétrica, parto, comadrona

Conclusiones: En conclusión, la violencia obstétrica es un problema complejo que debe afrontarse de manera integral, incluyendo a todos los profesionales que intervienen en el proceso de embarazo, parto y postparto. Además, resultará necesario revisar y actualizar las políticas y protocolos que se relacionan con estos procesos. Toma una gran importancia la inversión en una formación continua sobre cómo prevenir, detectar y abordar la violencia obstétrica desde la perspectiva de las matronas con el objetivo de capacitar y sensibilizar a las profesionales. Por último, apostar por la educación de las madres sobre el curso natural del proceso de parto y las diferentes opciones existentes.

Solo a través de un esfuerzo conjunto y sostenido se podrá lograr un sistema de atención obstétrica que respete plenamente los derechos y la dignidad de todas las mujeres.

Abstract

Introduction: Obstetric violence refers to the practices performed by health professionals on women during processes such as pregnancy, childbirth and puerperium, which are perceived as violent. This violence has been established in our society for centuries and can be both physical and psychological, however it remains invisible.

Objective: This study aims to know the perspectives of midwives on obstetric violence during childbirth in women who have given birth at the General University Hospital of Catalonia.

Methods: The study project is of a qualitative phenomenological nature. Data will be collected through in-depth interviews which will be provided to 14 midwives at the General University Hospital of Catalonia.

Key words: obstetric violence, birth, midwives

Conclusions: In summary, obstetric violence poses a multifaceted challenge that demands a comprehensive response involving all professionals engaged in the pregnancy, childbirth, and postpartum phases. It's imperative to reassess and modernize the policies and protocols governing these procedures. Equally vital is ongoing investment in training programs aimed at equipping midwives with the skills to prevent, identify, and address obstetric violence, thereby empowering and sensitizing healthcare providers. Moreover, prioritizing maternal education on the natural progression of childbirth and the array of available options is essential.

Only through sustained collaborative efforts can we establish an obstetric care framework that fully upholds the rights and dignity of every woman.

1. Introducción

El nacimiento de un hijo es un acontecimiento significativo que creará un gran impacto en la vida de la mujer. Socialmente se espera que la mujer que acaba de tener un hijo sano se sienta feliz y agradecida. Sin embargo, no se contempla la posibilidad de que para muchas mujeres el parto haya sido un evento traumático que impacta seriamente en su adaptación psicosocial a la nueva etapa que le toca vivir: el postparto.

Se considera violencia obstétrica (VO) todo acto realizado a las mujeres por parte del personal sanitario, durante el embarazo, parto y puerperio, que pueda ser percibido como violento. Dentro de estos actos, los más fáciles de detectar son los físicos - uso de procesos innecesarios durante el embarazo y el parto, falta de respeto a los ritmos naturales -, pero lo cierto es que también se practica de forma psicológica: infantilización de las mujeres, trato humillante y despectivo... La VO se lleva practicando siglos y se ha normalizado durante muchos años, incluso hoy.

La violencia obstétrica más reconocida se da durante el parto. El parto podemos dividirlo en tres etapas generales (1):

- Fase de dilatación, donde el cuello del útero se adelgaza y se dilata para permitir que el bebé pase del útero a la vagina.
- Fase de expulsivo, la madre realiza los llamados “pujos” para ayudar al bebé al salir por el canal de parto. Esta etapa finaliza con el nacimiento del recién nacido.
- Fase de alumbramiento, se basa en la expulsión de la placenta y sus membranas.

Durante el transcurso de la historia, el proceso de maternidad ha pasado por una transformación ya que se traslada de un ámbito privado (el hogar) a los centros sanitarios. Cuando esto ocurre, hace más de 250 años, este proceso se medicaliza. Aunque el avance de la medicina ha acarreado beneficios innegables, que se pueden ver reflejados en la reducción de la mortalidad materno-infantil, también ha involucrado un mayor control sobre la mujer embarazada. La medicina basada en la evidencia ha revelado que la incorporación de una serie de intervenciones inútiles, mal sincronizadas, inadecuadas y/o innecesarias ha constituido un grave error en el intento de mejorar los servicios de maternidad (2).

La violencia obstétrica no se origina únicamente debido a protocolos desactualizados y mala praxis, sino que representa una manifestación de violencia de género, ya que deshumaniza a las mujeres, abordándolas de manera condescendiente y humillante. Esta forma de violencia oprime, degrada e intimida a la mujer, y por este motivo, constituye una discriminación de género y representa una violación de los derechos humanos (3), pero está tan normalizado a nivel social que resulta difícil la visibilización del problema.

Existe lo que el sociólogo Johan Galtung (4), denominó "triángulo de la violencia", y que establece la relación entre tres tipos de violencia que podemos encontrar en la sociedad: la violencia cultural, la estructural y la violencia directa.

- La violencia cultural es de tipo simbólico, y se halla en todas aquellas manifestaciones culturales dentro de una sociedad, creando un marco legitimador de estas actitudes, y reprimiendo o inhibiendo la respuesta de quienes las sufren. La violencia simbólica normaliza estereotipos y roles de género. De esta manera, se reproducen los sistemas de poder e invisibilización.
- La violencia estructural se considera la más peligrosa, y se da por no ver satisfechas las necesidades que se tienen (supervivencia, libertad, bienestar, identidad...), por permitir desigualdades e injusticias. Se origina en estructuras sociales, y es la violencia que más mata y afecta a más personas.
- La violencia directa es aquella que se realiza sobre las personas, física o verbalmente. Se trata de la violencia más evidente y se podría representar como la punta del iceberg, ya que esta se asienta sobre los otros dos tipos de violencia, y es en los orígenes donde deben buscarse las causas para poder actuar.

La violencia directa se asienta, por lo tanto, en la violencia estructural y se justifica por la violencia cultural.

La violencia de género es un tipo de violencia que se da contra las mujeres por el mero hecho de ser mujeres. Por ello, la Declaración sobre la Eliminación de la violencia contra las mujeres constituyó un hito a nivel internacional, ya que se abordó la violencia hacia las mujeres dentro del ámbito de los derechos humanos (5).

Según el Convenio de Estambul (6), la violencia contra las mujeres se reconoce como “una violación de los derechos humanos y como una forma de discriminación”, considerando responsables a los Estados si no responden de manera adecuada a este tipo de violencia.

Es decir, según esto, la violencia de género no se limita al ámbito donde normalmente se encasilla: parejas o exparejas.

Volviendo al triángulo de la violencia, podemos afirmar que la violencia contra las mujeres es estructural ya que se debe a cómo se plantean en nuestra sociedad las relaciones entre hombres y mujeres. Las estructuras sociales arrojan esta violencia porque fomentan la desigualdad entre ambos, asignando diferentes roles a hombres y mujeres y defendiendo, directa o indirectamente, la superioridad de unos sobre las otras.

La violencia contra las mujeres es cultural porque las desigualdades están tan interiorizadas que forman parte del sistema de creencias de gran parte de la población, además, se aceptan como algo inevitable en vez de pensar que resultan de índole social y, por ello, susceptibles de ser cambiadas.

La violencia de género es, además, un instrumento para afianzar el sometimiento, perpetuando así la superioridad del poder masculino y sometiendo la libertad femenina. Se da en todo tipo de mujeres y es impartida por todo tipo de hombres, lo que demuestra que el principal factor que predispone a ser víctima de violencia de género es simplemente uno: ser mujer.

Si la violencia obstétrica que vemos es solo la punta del iceberg, entonces significa que esta se asienta sobre las otras dos violencias: una violencia cultural muy fuerte en la que las pacientes en general mantienen un papel de indefensión aprendida respecto a los profesionales de la salud (y doblemente además, por pacientes y por mujeres) y una violencia estructural donde no se está ofreciendo a las mujeres lo que necesitan, no se está respetando su poder de acceso a la información, su poder de decisión.

La asistencia en el embarazo y el parto sigue otorgando a las madres gestantes el papel de enfermas, pasivas en una supuesta enfermedad que en realidad es un proceso fisiológico.

Cada vez son más las personas que reivindican un parto respetado, podemos dividir el respeto durante el parto en cuatro tipos (7):

1. Respeto a la fisiología del parto: consiste en no hacer nada que vaya en contra de ella, como, por ejemplo, obligar a la embarazada a permanecer en una determinada posición, dificultando el descenso del bebé por el canal de parto.
2. Respeto a los deseos y necesidades de la mujer.
3. Respeto a los derechos de la mujer como usuaria del sistema sanitario: derecho a la información y a decidir libremente.
4. Respeto a los derechos del bebé: mantener contacto con su madre desde el inicio y experimentar la lactancia materna sin interrupciones.

Humanizar el parto significa no solo hacer un parto normal, realizar o no procedimientos, sino hacer que la mujer sea la protagonista de dicho momento, dándole libertad de elección en todos los procesos. La humanización del parto incluye el respeto por el proceso fisiológico y la dinámica de cada nacimiento, donde las intervenciones tienen que ser cautelosas, evitando excesos y utilizando los recursos tecnológicos disponibles (8).

El deseo de un parto respetado es el resultado de la toma de conciencia de muchas mujeres sobre la falta de autonomía en sus partos. En resumen, en un parto respetado se permitirá que la madre asuma las posturas que ella considere, no se recurrirá a instrumentos a menos que sean absolutamente necesarios, no se llevará a cabo la episiotomía, ni se realizará la rasuración ni se administrará un enema. Se le permitirá ingerir alimentos y bebidas ligeras. No se llevará al recién nacido (RN) fuera de la habitación ni lejos de la madre, se respetará el tiempo de piel con piel. Y, lo más importante, se le mantendrá informada constantemente sobre el siguiente procedimiento, solicitándole siempre su opinión.

Por otra parte, limitar la VO a la violencia que se ejerce en el proceso de embarazo y parto es reduccionista. Se puede ampliar este tipo de violencia a la violencia que se ejerce sobre los cuerpos de las mujeres y su salud reproductiva a lo largo de toda su vida, estén embarazadas o no (2).

La VO ejercida sobre las mujeres puede tener consecuencias sobre la mujer, a corto y largo plazo. Podemos hablar de consecuencias físicas: problemas en la lactancia materna, incontinencia urinaria de distintos grados, incontinencia fecal, intensos dolores provocados por desgarros severos producto de la instrumentalización del parto. También existen las consecuencias psicológicas que pueden afectar a la autoestima y que producen alteración emocional, perturbación del sueño, ansiedad o sintomatología depresiva. Es habitual que se produzcan alteraciones a nivel emocional como una tristeza momentánea. Pero si esta tristeza no desaparece con el tiempo, puede terminar en una depresión postparto (DPP) (9).

El parto puede ser un evento tan estresante como para desencadenar un síndrome de estrés postraumático (SEPT), se trata de un trastorno de ansiedad y se incluye como síntomas principales la reexperimentación del trauma (en forma de flashbacks y/o pesadillas), la evitación de estímulos relacionados con el trauma y el estado de ansiedad que se desencadena con la reexposición a detalles que recuerdan al evento (10).

En 2004, la psicóloga Cheryl Beck (11), ya describió los sentimientos que experimentan las mujeres que sufren SEPT después del parto:

Muchas mujeres que han tenido un parto traumático lo reviven en forma de pesadilla durante semanas o meses, y no pueden quitárselo de la cabeza. En gran número de ocasiones este malestar hace que la mujer se muestre enfadada, aislada o arisca, y que parezca obsesionada con todo lo relacionado a la atención al parto. Todo este malestar no se exterioriza o no se tiene en cuenta por el entorno que rodea a la mujer, con lo que en la mayoría de los casos tampoco se diagnostica ni se trata. Los síntomas del SEPT suelen alcanzar una intensidad máxima entre las cuatro y seis semanas tras el parto y posteriormente suelen ir disminuyendo, pero en algunos casos persisten meses o años. Un fenómeno bastante típico es la reactivación de los síntomas en el siguiente embarazo. En algunos casos aparece lo que se conoce con el nombre de "tocofobia" o pánico al parto (12,13). Este pánico, a veces, las lleva a solicitar una anestesia general o una cesárea programada, aunque se ha demostrado que, con una adecuada intervención psicológica conjunta, entre psicóloga y matrona, más de la mitad de las madres que pedían una cesárea programada por pánico al parto podían tener un parto vaginal espontáneo y satisfactorio (14).

Dentro de los profesionales, se pueden encontrar diferencias de los discursos de los/las ginecólogos/as y los de las matronas. Se encuentra latente una idea jerárquica donde las personas profesionales de la medicina obstétrica se sitúan en la cúspide, y donde las relaciones se encuentran permanentemente tensionadas, no respetándose el ámbito de cada uno. Si en la sanidad pública las matronas deberían ser las encargadas del parto normal, fisiológico, y los/las ginecólogos/as de los partos patológicos, la queja más común por parte de las matronas es que esto no suele respetarse. Estos conflictos y tensión entre profesionales perjudican a las madres, que no pueden conseguir una atención que vaya de la mano de la evidencia científica más actual.

La violencia obstétrica podría encuadrarse como violencia de género, o como violencia contra los pacientes. Los países que han legislado sobre violencia obstétrica la han encuadrado siempre dentro de la violencia de género. En el caso de Venezuela, su legislación ofrece respuesta a este problema en la ley orgánica venezolana sobre los derechos de las mujeres a una vida libre de violencia (15). En Argentina mediante la Ley Nacional 25.929 de Parto Humanizado de 2004 (16), y en México, mediante la modificación en 2014 de la Ley de Igualdad entre Hombres y Mujeres y la Ley de Derecho de la Mujer a una vida libre de violencia (17).

En España, sin embargo, no existe ningún reconocimiento legal de la violencia obstétrica como tal, aunque en las diferentes legislaciones autonómicas podemos encontrar algunos aspectos relacionados. Por ejemplo, en Andalucía, en el decreto 101/95 (18), se recogen derechos como la no medicalización del parto, el derecho al contacto piel con piel, el acompañamiento, etc.

2. Palabras clave

Los términos de búsqueda utilizados para llevar a cabo la investigación, tanto en castellano como en término MeSH, que corresponde a la base de datos Pubmed, son los siguientes:

Tabla 1. DeCS y MeSH utilizados para la búsqueda bibliográfica

DeCS	MeSH
Violencia	Violence
Obstétrica	Obstetrics
Parto	Delivery, obstetrics
Comadronas	Nurse midwives

Fuente: elaboración propia

Tabla 2. Criterios de inclusión y de exclusión.

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
Textos gratuitos	Publicaciones en las que solo se encuentra el abstract
Idioma: textos en inglés o español	Publicaciones con más de diez años de antigüedad
Violencia obstétrica como tema principal	Publicaciones a las que no se puede acceder con totalidad de manera gratuita

Fuente: elaboración propia

3. Estrategia de búsqueda bibliográfica

La pregunta de investigación empleada ha sido la siguiente: **¿Cuál es la perspectiva de las matronas del Hospital General de Catalunya en relación con la violencia obstétrica ejercida a mujeres nulíparas con un embarazo normal durante el parto?**

Para realizar la búsqueda de información se han utilizado diferentes bases de datos que se muestran a continuación: Pubmed, SciELO, Web of Science.

Para comenzar, se ha realizado una búsqueda bibliográfica con la palabra clave “parto” para poder familiarizarse con el vocabulario científico utilizado para el tema.

Después de esta primera búsqueda, se utilizó “parto” con “violencia obstétrica”, para que así se pudieran encontrar resultados que se ajustaran más al objetivo del trabajo, encontrando artículos más específicos.

Utilizando la herramienta DeCS (Descriptores en Ciencias de la Salud) y MeSH (Medical Subject Headings), establecí los siguientes descriptores: obstetric violence, nurse midwives, primiparous women, birth.

Así, la combinación de la primera búsqueda resultó: (obstetric violence) AND (primiparous women) AND (midwives)

Las bases de datos escogidas, dentro del campo de la salud, fueron: Pubmed, SciELO y CINAHL. Los filtros utilizados en las tres bases de datos fueron:

- Publication date: 5 years
- Language: English, Spanish
- Free Full Text

Resultados de la búsqueda

Al utilizar las bases de datos anteriormente mencionadas, con los respectivos filtros y descriptores, se obtuvieron los siguientes resultados:

Pubmed:

- Primera búsqueda: (birth) AND (obstetric violence): 212 artículos totales.

Después de la lectura de los títulos, 23 fueron de interés y una vez leído el resumen, se excluyeron 14, quedándonos con 9. Muchos de ellos no hablaban del papel de la comadrona durante el parto o no se enfocaban en las madres nulíparas.

- Segunda búsqueda: (obstetric violence) AND (primiparous women) AND (midwives): 4 artículos totales.

Se pudo apreciar que la búsqueda era más específica por la escasez de artículos encontrados. Aunque no hablaban específicamente de mujeres nulíparas, los cuatro artículos encontrados resultaron de interés para la investigación.

SciELO:

- Primera búsqueda: (birth) AND (obstetric violence): 41 artículos totales. 15 títulos fueron de interés para la investigación.
- Segunda búsqueda: (obstetric violence) AND (primiparous women) AND (midwives): 3 artículos totales. En este caso no se ajustaban a lo necesario para la investigación.

CINAHL:

- Primera búsqueda: (birth) AND (obstetric violence): 296 artículos totales. Después de la lectura de los títulos, 30 fueron de interés, al leer el resumen de los artículos: 15 fueron de interés para la investigación.
- Segunda búsqueda: (obstetric violence) AND (primiparous women) AND (midwives): 6 artículos totales. Después de la lectura de los artículos, dos de ellos fueron de interés para la investigación.

4. Antecedentes

4.1 Historia de la violencia obstétrica

En diversas ocasiones, se ha acusado a las mujeres de ser las responsables de escaso progreso de la obstetricia. Según Manuel Usandizaga (19), historiador que se dedicó a estudiar la ginecología y la obstetricia: *"Durante la Edad Media, la obstetricia estaba exclusivamente en manos de mujeres incultas, sin formación alguna, cuyos conocimientos eran adquiridos por transmitírselos unas a otras o simplemente por la observación directa"*.

Por supuesto, no existen estadísticas que demuestren cuáles eran los resultados que tenían las parteras en estas asistencias, ni otras que demuestren que los hombres que se dedicaban a asistir partos tuviesen menores tasas de mortalidad materno-infantil. Manuel Usandizaga tampoco hace referencia a que el patriarcado no permitía que las mujeres de la época pudiesen acceder a cualquier tipo de formación superior y mucho menos a la universitaria.

Si utilizamos el mismo tipo de fuentes que Manuel Usandizaga, nos encontramos una de las primeras referencias a prácticas violentas en los partos conducidos por comadrones (20):

“Dios te dé buena hora pobrecita, seas quien fueres; su piedad te libre de las manotadas de esos osos; de los arrepelones de esos Tigres, y las hocicadas de esos Marranos [...] Gente tan sucia y tan idiota, que no saben cuántas son cinco, ni tren, ni aún uno; porque no entienden de nones, que toda su aritmética, es con los pares. Últimamente estos son saca niños como sacamuelas”.

De este texto concluimos que, a principios del siglo XVIII, ya se había normalizado que los hombres atendiesen partos, al menos en Madrid. Pero los hombres no querían esperar las largas horas que duraba el trabajo de parto y buscaban soluciones que disminuyesen el tiempo que debían dedicar al parto. Como consecuencia durante los siglos XVIII y XIX la atención al parto sufrió un cambio radical, con la introducción de instrumentos y el uso de diferentes sustancias farmacológicas, como el cornezuelo de centeno que utilizaban para acortar los tiempos de parto, sin importarles el gran aumento del dolor que debían sufrir la parturienta por tener contracciones tan potentes.

Al poco tiempo de generalizarse el uso del cornezuelo, algunas voces empezaron a expresar sus dudas sobre la sustancia, debido a su posible relación con el aumento de bebés que nacían muertos y con la rotura uterina que sufrían muchas madres. No obstante, tuvo que pasar casi un siglo para que se desaconsejase su uso y mucho más tiempo para que se dejara de utilizar en la práctica diaria (21).

Otro pilar sobre el que se basó la medicalización del parto fue el uso de diversos instrumentos como el fórceps. Los instrumentos obstétricos eran repudiados por algunos médicos como Babil de Gárate que trató de demostrar que su uso era siempre innecesario. A pesar de las voces críticas como las de Babil en España y James Blundell en Inglaterra, prácticamente ningún tratado de partos escrito entre los siglos XVIII y XIX carecía de sus correspondientes láminas de instrumentos obstétricos. Instrumentos que, además de acortar el tiempo de espera del cirujano servían para establecer la superioridad de los hombres frente a las mujeres como asistentes al parto, ya que, por regla general, las parteras, tituladas o no, no les estaba permitido el uso de instrumental de ningún tipo salvo la jeringa de bautismo intrauterino.

El desplazamiento de las mujeres parteras por los hombres comadrones se produjo fundamentalmente en las ciudades. Madrid fue uno de los mejores ejemplos de usurpación de

la atención por parte de profesionales sanitarios masculinos, que no permitían que las matronas tituladas obtuvieran unos ingresos mínimos para su subsistencia. La matrona Carmen Barrenchea Alcain tuvo la valentía de denunciar la situación además de acusar a los <<comadrones>> de ser auténticos carniceros.

Ya en el siglo XX aparecieron otros factores que contribuyeron a la violencia obstétrica fuese adquiriendo diferentes matices. Entre esos otros factores se encuentran: el desarrollo de nuevos medicamentos para su aplicación durante el parto, la mejora en la técnica de la cesárea, que empezó a utilizarse no sólo cuando había una indicación médica adecuada y, por último, la institucionalización del parto (22).

Antes del siglo XX, las únicas mujeres que parían en un centro específico para ello eran las indigentes, que carecían de un hogar o bien éste no reunía las condiciones mínimas indispensables, y las mujeres que se habían quedado embarazadas fuera del matrimonio. Un embarazo ilegítimo contravenía la norma patriarcal que establecía códigos de conducta sexual diferentes para hombres y mujeres. A lo largo de todo el territorio nacional se inauguraron multitud de centros, como las Casas de Maternidad o las Casas de Recogidas, donde las pobres embarazadas eran encerradas meses antes de su fecha probable de parto. Dentro de los muros de estas instituciones, las mujeres perdían todo tipo de autonomía e identidad. A excepción del director, nadie podía conocer su nombre o filiación e incluso las visitas estaban prohibidas. Los bebés eran trasladados a las inclusas, donde tenían unas probabilidades altísimas de morir. Además de la capacidad de decisión sobre la vida o muerte de una persona, probablemente no haya una demostración más evidente del biopoder que la potestad para decidir si una mujer puede conservar o no a su bebé recién nacido. Esto es lo que ha pasado también en España durante décadas con el escándalo de los “bebés robados”, un problema de muy difícil solución jurídica. A las madres se las engañaba diciéndoles que sus bebés habían nacido muertos o habían fallecido más tarde. Las normas hospitalarias que impedían en aquella época que la mujer estuviese acompañada de su pareja o persona de confianza, más la separación de los bebés de sus madres nada más nacer favorecieron estas prácticas delictivas (23).

4.2 Evolución de la atención obstétrica y situación actual

En las últimas décadas, se ha incentivado a las mujeres a acudir a centros sanitarios para recibir asistencia al nacimiento (24). Después de la segunda Guerra Mundial, la alta tasa de morbimortalidad materna e infantil motivó que los países occidentales tomaran medidas para disminuirla, iniciando campañas de sensibilización con el objetivo de que las mujeres acudieran a controles sanitarios durante el embarazo (25). Con ese fin, a partir de la segunda mitad del siglo XX, en los países occidentales, la asistencia a la gestación y al nacimiento ha ido sufriendo un proceso de medicalización y tecnificación que, por un lado, ha sido considerado como signo de progreso médico, al conseguir mediante el uso de tecnología la mejora del nivel de vida de las personas, pero que, por otro lado, ha conllevado una deshumanización de la atención sanitaria.

Los avances sanitarios conseguidos, como por ejemplo el uso de la oxitocina sintética en la atención al nacimiento, a partir de 1955, que permitía la disminución de los tiempos de dilatación y de expulsivo, el descubrimiento de la gammaglobulina anti-d en 1963, que supuso un avance importante para la disminución de los casos de isoimmunizaciones de Rh, el uso de analgesia epidural o los avances tecnológicos que permitieron el uso de la ecografía obstétrica y de la monitorización fetal, junto con las mejores condiciones sociales y la disminución de la morbimortalidad materno-infantil justificaron que, de forma progresiva, se acabase imponiendo un dominio del proceso de nacimiento por parte del profesional sanitario. De este modo fue como el poder de los sanitarios subordinó la maternidad al modelo biomédico. A partir de esos cambios y debido a esa modificación en el modelo de asistencia al nacimiento, fue como comenzó a valorarse la gestación desde una perspectiva médica, basada en la mayor parte de las ocasiones en un modelo tecnocrático, paternalista y autoritario (26).

El cambio de modelo asistencial y el uso y abuso del paternalismo en las instituciones sanitarias ha llevado a la realización de intervenciones sin previa consulta y sin ofrecer información sobre sus implicaciones a las usuarias. La OMS reconoció que la atención al parto se ha vuelto excesivamente medicalizada, en particular en el caso de los embarazos de

bajo riesgo, también reconoció que la tasa de cesáreas en todo el mundo es mucho mayor de lo deseable y necesario (27).

4.3 Marco legal y normativo

La violencia obstétrica podría encuadrarse en dos ámbitos: o como violencia de género, o como violencia contra los pacientes. |

En España, se aprobó por unanimidad de todos los grupos parlamentarios la Ley Orgánica 1/2004, del 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la violencia de género. El problema de esta ley es que se circunscribe exclusivamente al ámbito sexoafectivo (pareja o expareja), por lo que no se atienden como casos de violencia de género la que pueda sufrirse en otros contextos.

En el año 2018 se propuso adaptar el Convenio de Estambul (ratificado por España en 2014) a la Ley 1/2004, pero de momento no se han realizado los cambios pertinentes. Se quiere ampliar el concepto de violencia machista a los tipos de agresiones a las mujeres recogidos en dicho

Convenio. De esta manera, se ampliará la inclusión de víctimas de violencia de género también a las sometidas a la trata, la explotación, el acoso y la agresión sexual, así como aquellas que sufran mutilación genital y matrimonio y esterilizaciones forzosas.

Los países que han legislado específicamente sobre VO la han encuadrado siempre en el marco de la violencia de género. Venezuela, Argentina y México son algunos de estos países.

En España, podemos encontrar las siguientes legislaciones (28):

1. La Constitución Española, en su artículo 43, apartado 1, dice que "se reconoce el derecho a la protección de la salud".
2. La Ley 41/2002 de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente, expone los derechos y obligaciones de los pacientes en materia de autonomía y en cuanto a la información y documentación clínica. La información no es algo optativo, es un imperativo legal, ético y deontológico.
3. La Ley 14/1986, del 25 de abril, General de Sanidad (artículo 10.5) reconoce como un derecho del paciente el que se le dé la información en términos comprensibles, a él y a

sus familiares. Esta información debe ser completa, continuada, verbal y escrita, sobre su proceso y debe incluir el diagnóstico, pronóstico y las alternativas de tratamiento.

4. Por último, la Ley 44/2003 del 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, regula los aspectos de las profesiones sanitarias tituladas.

Vemos como no existe en España ningún reconocimiento legal de la violencia obstétrica como tal. Las víctimas de VO, en la mayoría de los casos, solo pueden proceder mediante una hoja de reclamaciones o sugerencias de los propios centros hospitalarios, hojas con nulo poder sancionador. Reclamar por la vía legal en España resultará extremadamente complejo. Únicamente los casos de mayor gravedad tienen alguna oportunidad de conseguir alcanzar la vía judicial. Por lo tanto, sería necesario que la legislación española tipifique la VO como un tipo de violencia de género.

5. Justificación

El motivo por el que elegí cursar la carrera de enfermería es que desde pequeña había sentido una gran conexión con la profesión. La primera toma de contacto que tuve fue con 5 años en el nacimiento de mi hermana, en el cual se me permitió entrar. Contra todo pronóstico, salí enamorada de aquella sala de partos.

Un año después, una pareja cercana a mi familia tuvo a su primer hijo, que nació de manera prematura. Recuerdo pegarme al cristal de la sala de incubadoras y no dejar de admirar el trabajo de las enfermeras. Así que puedo afirmar que la conexión por la enfermería y los procesos relacionados con la maternidad fueron simultáneas.

Considero que los procesos de embarazo, parto y puerperio deberían ser de los momentos más bonitos en nuestras memorias. Y me parece una crueldad que estos recuerdos se puedan ver afectados negativamente por la mala praxis de profesionales sanitarios.

Cada mujer es un mundo y cada experiencia es diferente, y no hay obligación de recordar positivamente, si se trata de alguna situación personal de la familia, de algún problema de salud, etc. Cada persona debería poder ser libre de sentir lo que necesite en ese momento, pero sin ser a consecuencia de una mala praxis médica.

Las primeras prácticas de mi carrera las hice en una planta de maternidad, donde terminé de confirmar la pasión que siento hacia todo lo que envuelve a la maternidad. Este año las he realizado en sala de partos, donde he podido apreciar la fuerza que tiene el momento del parto

y la gran importancia que toman las matronas y ginecólogas en ese momento. Y aunque me gustaría poder decir que todas las actitudes que vi me parecían excelentes, no fue así y sí que pude distinguir entre profesionales que tienen en cuenta en todo momento el bienestar de la madre, del acompañante y del bebé y que no se olvidan de comunicar, informar, aliviar y tranquilizar. Por contra, también observé la otra cara de la moneda, donde se realizan procesos sin informar previamente con la excusa de "había que hacerlo" y la esperanza de que como la madre se encuentra en una posición vulnerable, acepte la excusa encantada.

A través de conversaciones con familiares y conocidas sobre sus partos, he seguido siendo consciente de lo normalizada que está la VO y que, además, sigue existiendo generación tras generación. Lo que más me impactaba cuando me explicaban sus partos era que todas ellas lo tenían normalizado y que no podían darse cuenta de lo negativo de esas situaciones porque lo único que les importaba era que su bebé había nacido y estaba vivo, todo lo demás resultaba insignificante.

Creo que hay un factor social muy importante que rodea todo el tema de la VO, y es toda la información que recibe una mujer que va a ser madre por primera vez. La facilidad con la que todas las mujeres de alrededor le explican lo que se sentirá, el nivel de dolor, las noches que no dormirá, etc. Ignorando que hay tanta variedad de experiencias y que no hay que avasallar con las tuyas a no ser que la madre se interese por ellas.

Elegí centrarme en las madres nulíparas porque he podido comprobar que el miedo en ellas, generalmente, es mayor. Se encuentran llenas de dudas, inquietudes, etc. Por ello, considero que es un grupo todavía más vulnerable de sufrir VO.

Tras investigar, descubrí que dos de cada tres mujeres sufren VO en nuestro país, el estudio se realizó un estudio, sus resultados no dejan lugar a dudas: la violencia obstétrica fue reportada por el 67,4% (606) de las mujeres; 25,1% (226) verbal, 54,5% (490) físico y 36,7% (330) psicoafectivo. (29).

Aún así, parece que a día de hoy sigue siendo la violencia que no existe. Teniendo ya constancia del gran número de mujeres que la sufren.

Por lo tanto, me gustaría reflejar en este trabajo la importancia de reconocer la violencia obstétrica como un tipo de violencia de género y la importancia de realizar un buen trabajo

enfermero, siendo conscientes de las obligaciones éticas y profesionales que tenemos como personal sanitario a la hora de atender un parto.

6. Pregunta de investigación

¿Cuál es la perspectiva de las comadronas sobre la violencia obstétrica ejercida durante un parto de una mujer nulípara con un embarazo normal en los hospitales?

Formulación de la pregunta de investigación según el formato SPICE en un paradigma cualitativo.

Ámbito: Hospitales.

Perspectiva: Mujeres víctimas de violencia obstétrica.

Intervención: Describir la percepción de las comadronas sobre la asistencia en un parto con violencia obstétrica.

Comparación: No procede.

Evaluación: Mejora de la asistencia enfermera adaptada a las necesidades de las mujeres víctimas de violencia obstétrica.

7. Objetivo general

El objetivo general de este trabajo es analizar las percepciones de las matronas frente a la VO durante el parto de una mujer nulípara con un embarazo normal en el Hospital General de Catalunya (Sant Cugat del Vallès).

7.1 Objetivos específicos

Explorar la percepción de las matronas sobre VO: Identificar las percepciones y definiciones que las matronas tienen sobre la VO en el contexto del parto de mujeres nulíparas con embarazo normal.

Analizar las prácticas y comportamientos percibidos como violentos: Investigar las prácticas específicas durante el parto que las matronas consideran como potencialmente violentas o generadoras de malestar en las mujeres nulíparas.

Evaluar la influencia de factores contextuales en la perspectiva de las matronas: Analizar cómo factores como la carga de trabajo, el entorno hospitalario y las políticas

institucionales pueden influir en la percepción de las matronas respecto a la violencia obstétrica.

Identificar estrategias utilizadas por las matronas para prevenir o abordar la violencia obstétrica: Explorar las estrategias y enfoques que las matronas emplean para prevenir situaciones de violencia obstétrica o manejarlas de manera efectiva durante el parto de mujeres nulíparas.

Evaluar el impacto de la formación y educación continua en la perspectiva de las matronas: Investigar la relación entre la formación recibida por las matronas en relación con la violencia obstétrica y cómo esto influye en su percepción y práctica durante el parto.

Comparar la perspectiva de las matronas con la experiencia reportada por las mujeres nulíparas: Establecer comparaciones entre la percepción de las matronas y las experiencias relatadas por las mujeres nulíparas, con el objetivo de identificar posibles brechas en la comprensión de la violencia obstétrica.

8. Marco teórico

8.1 Maternidad y atención obstétrica

8.1.1 Fases del embarazo y parto

Durante el embarazo, la mujer experimenta un gran número de cambios fisiológicos que tienen como finalidad adaptarse y dar respuesta a las necesidades de un embarazo de 40 semanas de gestación. Estos cambios van desde cardiovasculares, digestivos, pulmonares, hematológicos y endocrinos, los cuales se revierten de manera gradual durante el puerperio.

En un embarazo normal, los cambios no solo serán físicos, sino también psicológicos.

Los cambios que se presentan en el organismo materno son (30):

- a. Cambios que resultan evidentes para la madre o que se reflejan y provocan algunos síntomas específicos durante el embarazo, por ejemplo, aumento de peso, aumento de volumen abdominal, aumento del tamaño de las mamas, polaquiuria, estreñimiento, pirosis, hiperpigmentación de la piel en algunas zonas, etc.
- b. Cambios que solo son evidentes durante la exploración física, por ejemplo, reducción de la tensión arterial, aumento de la frecuencia cardiaca, presencia de S3 en los ruidos cardíacos, etc.
- c. Cambios sólo detectados mediante estudios paraclínicos, por ejemplo, cambios en la biometría hemática, examen general de orina, etc.

Estos cambios pueden provocar factores estresantes en la madre, por eso es vital que tenga buena salud mental y preparación a la nueva etapa, para que los pueda sobrellevar.

El parto consiste en unas contracciones uterinas rítmicas y progresivas que gradualmente hacen descender al feto por la cérvix (cuello del útero) y la vagina (canal del parto) hacia el exterior. Tiene una duración de entre 12 y 18 horas en la mujer nulípara.

El parto se divide en tres etapas principales (31):

1. período de dilatación (trabajo de parto): este período se divide en fase inicial y fase activa.

En la fase inicial, las contracciones son irregulares al principio, pero se vuelven cada vez más fuertes y rítmicas; las molestias son mínimas y el cuello uterino empieza a hacerse más delgado y se dilata aproximadamente 4 cm.

En la fase activa el cuello se dilata completamente, llegando a los 10cm, y se va borrando hasta unirse con el resto del útero. La cabeza del bebé comienza a descender por la pelvis, esto le provoca a la mujer una necesidad de pujar.

2. Período de expulsión: es el nacimiento del bebé.

Durante esta etapa la mujer empuja y va desde la dilatación completa del útero hasta la expulsión del recién nacido.

3. Período de alumbramiento: expulsión de la placenta y membranas.

Esta etapa va desde el nacimiento del bebé hasta la expulsión completa de la placenta.

8.1.2 Rol de las matronas en el proceso obstétrico

La atención por matronas se ha definido como la profesional principal en la planificación, la organización y la prestación de la atención administrada a una mujer desde la cita inicial hasta el período posnatal. El modelo de atención por matronas se basa en la premisa de que el embarazo y el parto son eventos vitales normales centrados en la mujer. Las diferencias entre el modelo de atención por matronas y otros modelos a menudo incluyen variaciones en la filosofía, el enfoque, la relación con el profesional y el uso de intervenciones durante la maternidad.

La filosofía basada en un modelo de atención por matronas está en la normalidad y la capacidad natural de las mujeres de experimentar el embarazo y el parto con una intervención mínima o sin una intervención habitual, por lo que los modelos de atención por matronas tienen como objetivo proporcionar atención a mujeres sanas con embarazos sin complicaciones o «de bajo riesgo» (32).

8.1.3 Importancia de una atención respetuosa y adaptada a las necesidades de la mujer nulípara

Es normal y positivo que las madres tengan dudas durante su embarazo y los profesionales deben solucionarlas para que así la madre pueda sentir que tiene la posibilidad de tomar decisiones en cuanto a la atención profesional que va a recibir.

Un profesional respetuoso dedica todo el tiempo necesario a escuchar y explicar, sin paternalismos. En definitiva, hacer sentir a la madre que es una persona legítima para tomar decisiones que, durante la atención al embarazo y parto, afectarán a la salud de su bebé y a la suya propia. Durante el parto, un profesional respetuoso escuchará y permitirá que la madre tome decisiones en relación a la atención del mismo (33).

El parto será uno de los momentos más importantes de la vida de la mujer embarazada, por ello es normal que se sientan llenas de miedos y dudas. Si a esto se le suma que se trata de

una mujer nulípara estas dudas y miedos son todavía más grandes, ya que nunca ha vivido una situación similar. Por ello, es muy importante que los profesionales sean conscientes de este dato y lo utilicen para empatizar con la madre, darle herramientas e información para que pueda solucionar todas sus dudas.

La “atención humanizada” es un término complejo que se está integrando poco a poco en los protocolos asistenciales. Aunque la atención al parto continúa siendo intervencionista e institucionalizada, hay una tendencia hacia una atención donde los cuidados se centren en la mujer y estén basados en la evidencia científica. El personal debe empatizar, escuchar y respetar las preferencias de la madre. Con esto lo que se pretende es despatologizar el parto, respetando el proceso del parto natural, rechazando intervenciones innecesarias.

Además, el personal sanitario debe añadir habilidades humanas de cuidado, compasión y acompañamiento.

La percepción de control de la mujer durante el parto es considerada como uno de los elementos más importantes para que se sienta partícipe del proceso y tenga una buena experiencia. Para ello deben poder reflejar sus elecciones, deseos y decisiones sobre cómo quieren que sea su parto y qué tipo de asistencia prefieren en un documento conocido como “plan de parto”, el cual debe ser respetado por los profesionales, siempre que no haya complicaciones que requieran la modificación (34).

La matrona es la figura fundamental en un parto normal, ya que está en contacto directo con las mujeres. Su apoyo continuo las alienta y proporciona seguridad (35,36). Lundgren y Dahlberg (37), plantean que “la relación que se establece entre la matrona y la mujer es el factor clave de un buen apoyo durante el proceso de parto”.

La información que obtengan de los profesionales debe ser real, veraz, fiable y de calidad. Es necesario aumentar la información sobre los diferentes tipos de analgesia, posturas para adoptar durante el parto, y recibir información sobre el postparto.

Numerosos estudios (37–40), determinan que, para tener una experiencia de parto positiva, los elementos más influyentes son:

- Trato más empático y humano.
- Más información, y de calidad durante todo el proceso, favorecerá la participación en la toma de decisiones.
- Proporcionar mayor comodidad y libertad de movimiento, favorecer un mejor manejo del dolor y ofrecer métodos alternativos no farmacológicos, dar apoyo emocional, especialmente la matrona, permitir la presencia de acompañantes, y favorecer un clima de confianza entre la madre y los profesionales.

8.2 Violencia obstétrica

8.2.1 Concepto de violencia obstétrica

La promesa de maternidad feliz desde la que se construyeron 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 en una apropiación del cuerpo y de los procesos reproductivos de la mujer por parte de los y las prestadoras de salud. Es lo que se conoce como violencia obstétrica (41).

Son prácticas que degradan, oprimen e intimidan a las mujeres en la atención a la salud reproductiva, principalmente en el embarazo, parto y postparto. Se trata de una violación de los derechos humanos y reproductivos de las mujeres (9).

8.2.2 Orígenes de la violencia obstétrica

Podemos intuir que la violencia obstétrica no es un fenómeno que haya aparecido nuevo, aunque la realidad es que el concepto sí que lo es. Ya que, como muchas otras violencias contra las mujeres, han estado silenciadas o normalizadas durante años.

El concepto de violencia obstétrica aparece por primera vez, en una publicación inglesa de principios del siglo XIX, escrita por el doctor James Blundell. El doctor utilizaba el concepto

“obstetric violence” para denunciar las terribles prácticas a las que eran sometidas las embarazadas de la época (42).

Con respecto al uso del término en castellano, no se han encontrado referencias hasta finales del siglo XX. Sin embargo, si se ha utilizado frecuentemente el concepto “parto violento” o forzado, una técnica introducida por Fracoise Mauriceau que consiste en la ruptura de las membranas y la dilatación forzada del cuello uterino para conseguir adelantar el parto.

Técnicas que todavía se realizan, pero con otros nombres. Mauriceau también fue el responsable de la introducción de la posición de litotomía en el parto, con la mujer tumbada (43).

8.2.3 Epidemiología de la violencia obstétrica en España

Un estudio sobre la población española de la *International Journal of Environmental Research and Public Health* revela que la información que reciben las mujeres y la solicitud de su consentimiento informado no es casi visible en el sistema sanitario español y que en varias ocasiones atenta contra uno de los derechos humanos. Se pudo llegar a esta conclusión en base a una evaluación de casi 18.000 cuestionarios a mujeres que estuvieron embarazadas, dando a luz o hayan tenido un aborto espontáneo entre enero de 2018 y junio de 2019. Los resultados de esta investigación fueron: el 38,3% afirmaron haber sufrido VO, el 44,4% consideraban haberse sometido a procedimientos innecesarios y dolorosos y el 83,4% reconocieron no haber aceptado el consentimiento informado. Los investigadores apuntan que este dato podría ser mucho mayor, ya que solo fue evaluada la parte socio-económica media o alta (44).

8.2.4 Tipos y manifestaciones de la violencia obstétrica

Esta violencia se concreta en comportamientos que van desde el maltrato físico en el que podemos hablar de exploraciones continuadas innecesarias; fórceps o cesáreas no indicadas; provocación y aceleración del parto sin indicación, etc; hasta el maltrato verbal (insultar, burlarse, tener actitudes sexistas, racistas..., alzar la voz, infantilizar), pasando por la patologización del parto, la medicalización y la tecnificación excesiva del mismo o el hecho de llevarlo a cabo con escasez de profesionales y en instalaciones deficitarias. No dar

información o no seguir de forma correcta y completa la obtención del consentimiento informado o, incluso, el mismo hecho de no ofrecer acompañamiento emocional durante el parto son otras de sus muchas manifestaciones (45).

8.2.5 Consecuencias para la madre y el recién nacido

Consecuencias físicas en las mujeres (46):

- Lactancia materna: La experiencia del parto influye en el establecimiento de la lactancia materna. Los problemas más comunes que pueden surgir en la madre son:
 - Obstrucciones y mastitis provocadas por una alteración de la flora bacteriana por el uso de antibióticos.
 - Con el suero intravenoso aumentan las probabilidades de ingurgitaciones con sus consiguientes problemas de agarre.
 - El dolor provocado por las cesáreas puede dificultar las posturas de amamantamiento. - Las mujeres que han vivido una situación de VO pueden sufrir SEPT y que la lactancia no sea posible o tenga dificultades por ello.
- Incontinencia: Las posturas durante el parto, los pujos dirigidos, la episiotomía o el uso de instrumentos pueden producir incontinencia en diferentes grados. La incontinencia también puede ser fecal.
- Hemorragias: Si las contracciones han sido manipuladas artificialmente mediante la administración de oxitocina sintética, el riesgo a sufrir una hemorragia puerperal aumenta.
- Desgarros: Alrededor de un 4% de las mujeres tienen desgarros de cuarto grado (atraviesa el esfínter anal y el tejido de debajo), que producen un gran dolor durante meses y aumentan considerablemente el riesgo de sufrir incontinencia fecal.

Consecuencias psicológicas en las mujeres (46):

- Depresión postparto: Uno de los factores de riesgo para padecer una DPP es haber sufrido VO.
- Estrés postraumático: Entre un 2 y un 6% de las mujeres desarrollan un trastorno de estrés postraumático completo después del parto y un 35% presenta algún grado de este.
- Secuelas emocionales: No todas las víctimas de VO desarrollan un trastorno de estrés postraumático o una DPP pero sí que queda una huella emocional, de mayor o menor grado y que pueden tardar más o menos tiempo en sanar pero que constituyen una experiencia desagradable.

Consecuencias en el recién nacido:

Según el ginecólogo Michel Odent (47), "para cambiar el mundo *es necesario cambiar la forma de nacer*": si el parto es violento, también se abre una herida en esos recién nacidos.

Según Blaint Rodrigáñez (48), la ruptura de la simbiosis madre-bebé produce una herida psíquica que aparece cuando se analiza la psique de los humanos de nuestra sociedad, es a lo que llamamos "la ruptura de la simbiosis primaria".

Sobre la ruptura de la simbiosis primaria ha hablado el neonatólogo Nils Bergman (49), y explica que las complicaciones durante el nacimiento afectan a la personalidad, a la capacidad relacional, autoestima y esquemas de comportamiento a lo largo de toda la vida. Y según Rodrigáñez (48), si a esto se le suma el rechazo de la madre y la ausencia de unión, podemos constatar una correlación con un comportamiento violento.

8.2.6 Mujeres nulíparas y salud obstétrica

La salud obstétrica en mujeres nulíparas se centra en proporcionar atención integral, educación y apoyo antes, durante y después del parto para garantizar la salud y el bienestar tanto de la madre como del bebé. Un enfoque colaborativo entre la mujer, su familia y los profesionales de la salud es esencial para lograr un resultado positivo. Algunos de los puntos a destacar del cuidado a mujeres nulíparas son (50):

Cuidado prenatal: Es esencial que las mujeres nulíparas busquen atención prenatal temprana y regular. Durante las visitas prenatales, los profesionales de la salud pueden realizar exámenes físicos, pruebas de laboratorio y monitorear el desarrollo del feto. Estas visitas también brindan la oportunidad de educar a las mujeres sobre la importancia de una nutrición adecuada, el control del peso y la adopción de hábitos de vida saludables.

Educación sobre el parto: Las mujeres nulíparas a menudo requieren información detallada sobre el proceso del parto, las opciones de parto y el manejo del dolor. Las mujeres nulíparas, en general, tienen miedos y dudas que pueden ser resueltas en estas consultas. Los cursos de preparación para el parto pueden ser beneficiosos para proporcionar conocimientos prácticos y técnicas de afrontamiento.

Apoyo emocional: El embarazo y el parto son momentos emocionalmente desafiantes, especialmente para las que están experimentando la maternidad por primera vez. El apoyo emocional por parte de familiares, amigos y profesionales de la salud es crucial para ayudar a las mujeres a enfrentar los cambios físicos y emocionales.

Monitoreo continuo durante el parto: Durante el trabajo de parto, las mujeres nulíparas pueden necesitar un monitoreo más intensivo para garantizar que el parto progrese de manera segura. El personal médico supervisará la frecuencia cardíaca del feto, la progresión del trabajo de parto y otros factores para intervenir en caso de complicaciones.

Intervenciones y decisiones informadas: Las mujeres nulíparas pueden enfrentar decisiones cruciales durante el parto. Es importante que se les brinde información completa y apoyo para tomar decisiones informadas sobre su atención obstétrica.

Cuidado postparto: Después del parto, las mujeres nulíparas necesitan atención postparto para garantizar una recuperación adecuada. Esto incluye el monitoreo de la salud física y

emocional de la madre, así como el apoyo en la lactancia materna y el cuidado del recién nacido.

8.3 Perspectiva de las matronas

8.3.1 Papel y responsabilidades de las matronas en el contexto de mujeres nulíparas:

Aunque el papel de las matronas siempre es estar al lado de la mujer, atendiendo a todas sus necesidades durante el embarazo, parto y postparto, independientemente de si se trata de una mujer nulípara o no. Y aunque no se trate de una mujer nulípara, también pueden encontrarse llenas de dudas o miedos, o no recuerden muchas cosas de su último parto o embarazo y eso les haga estar inseguras.

Teniendo en cuenta que cada mujer es diferente y que todas las atenciones por parte de la matrona tienen que estar dirigidas según las necesidades de cada una, éstas podrían ser algunas de las diferencias para la atención de mujeres nulíparas (50):

Educación prenatal:

- **Nulíparas:** Pueden necesitar más información y educación sobre el proceso del parto, cuidado prenatal, y cómo prepararse para el nacimiento y la maternidad. Las matronas pueden dedicar más tiempo a explicar conceptos y responder preguntas específicas.
- **No nulíparas:** Pueden requerir menos orientación sobre el proceso del parto, pero aún pueden beneficiarse de la actualización de información y la revisión de experiencias anteriores.

Apoyo emocional:

- **Nulíparas:** Pueden tener más ansiedad o preocupaciones. Las matronas pueden brindar un apoyo emocional adicional, responder a inquietudes y ayudar a aliviar el miedo al desconocido.
- **No nulíparas:** Mujeres con experiencias previas pueden necesitar menos apoyo emocional en términos de ansiedad sobre el parto, pero aún pueden enfrentar desafíos únicos, como la gestión de múltiples hijos.

Asesoramiento sobre lactancia y cuidado posparto:

- **Nulíparas:** Las matronas pueden ofrecer una mayor orientación sobre la lactancia materna, los cuidados del recién nacido y la adaptación a la maternidad.
- **No nulíparas:** Pueden tener más confianza en sus habilidades de cuidado del bebé, pero aún pueden beneficiarse de asesoramiento sobre la lactancia y el cuidado posparto, especialmente si hay circunstancias nuevas o diferentes.

Seguimiento del parto:

- **Nulíparas:** Durante el parto, las matronas pueden adoptar un enfoque más detallado, explicando cada etapa y proporcionando más orientación activa.
- **No nulíparas:** Las mujeres con experiencias previas pueden tener partos más rápidos, y las matronas pueden adaptarse a esto, brindando apoyo según las necesidades específicas de cada mujer.

8.3.2 Experiencias y percepciones de las matronas sobre la violencia obstétrica

En un estudio se analizó las percepciones del personal del área de maternidad de un hospital de Qatar en relación a la violencia obstétrica. Solo la mitad del personal sanitario que participó, habían escuchado hablar sobre el término de VO (51).

Llobera (52), condujo un estudio para conocer la opinión de un grupo de matronas de Baleares acerca de la atención obstétrica y la mayoría opinó que suele ser respetuosa y brindar un trato humanizado. Aunque en este estudio destacó el respeto a la autonomía de la mujer en este grupo de matronas, también se apreció que en los casos en los que las mujeres cuestionaban la opinión del profesional, asomaba una cierta actitud paternalista.

Un estudio diferente, recoge testimonios de mujeres que reportaron tratos vejatorios por parte de las matronas que las atendieron, incluyendo agresiones físicas además de las verbales. Este estudio se desarrolló en Sri Lanka. También investigó la percepción de las matronas acerca de la VO y casi todas afirmaron que había un predominio de prácticas que entraban dentro de lo que podría considerarse VO. Algunas de ellas admitieron que eran en parte responsables (53).

El estudio llevado a cabo por Rowinski (54), exploró las creencias y actitudes en torno a la VO de un grupo de estudiantes de matrona de Ghana. Entre sus resultados, cabe destacar, que la mayoría reconoció haber participado en alguna ocasión en casos de falta de respeto y abuso hacia las embarazadas; y aunque parecían entender la importancia del respeto en el cuidado hacia las usuarias, solían mostrar una tendencia a justificar y explicar las razones en los casos de abuso y maltrato.

Strivens e Ibargoyen (55), instan a las matronas a acabar con el tabú de la violencia obstétrica y a reconocer que existe, (y que muchas la han podido ejercer en algún momento de su profesión incluso), con el fin de cambiar esta realidad y acabar de una vez con esta violencia.

Por otro lado, Leal (56), al analizar la percepción de las matronas acerca de la violencia obstétrica, encontró que la mayoría de ellas admitía que la falta de conocimiento por parte de las mujeres embarazadas constituía un elemento que las hacía más vulnerables a experimentar alguna forma de violencia obstétrica.

En el trabajo de Junqueira y de Mattos (57), las matronas participantes en las reflexiones sobre VO, comunicaron haber presenciado violencia en los paritorios a la vez que admitieron haber encontrado dificultades a la hora de proteger los derechos de las mujeres durante sus partos y sintieron miedo a confrontar a compañeros de trabajo que vieron ejercer algún tipo de violencia. Estos autores explican, que guardar silencio ante estas situaciones, constituye en sí una forma de violencia.

8.4 Factores sociales y culturales en mujeres nulíparas

8.4.1 Influencia de la cultura en la atención obstétrica

La atención obstétrica puede verse comprometida tanto por barreras lingüísticas como culturales, dado que la maternidad constituye un fenómeno biocultural donde se reflejan valores, sentimientos y creencias.

La influencia de la cultura en los aspectos reproductivos no siempre es entendida por los profesionales sanitarios que, desde una actitud etnocéntrica, pueden manifestar prejuicios o incomprensión ante las diferencias culturales y sociales, lo que puede conducir a desigualdades en la atención. Algunas de las diferencias culturales que se pueden apreciar en la atención obstétrica son (58):

Sentido del pudor

En nuestro medio la atención a la mujer se realiza por profesionales sanitarios de ambos sexos. Algunas mujeres, sobre todo norteafricanas, se niegan a ser examinadas ginecológicamente por hombres. Se trata de una pauta cultural que está en relación con la construcción social del cuerpo femenino, sinónimo de custodia del honor familiar, y con la segregación sexual del espacio en las sociedades musulmanas tradicionales.

Percepción y actitud ante el dolor durante las contracciones de parto

En algunas culturas se insta a que la mujer de parto permanezca en silencio, mientras que en otras se les permite chillar y manifestar el dolor. Observamos, en general, que las mujeres procedentes de Europa del Este y del África Subsahariana son firmes en su comportamiento. Por el contrario, las mujeres norteafricanas suelen tener menos inhibiciones, manifestando más dolor. Estas mujeres en pocas ocasiones piden la epidural, mayoritariamente por una falta de conocimientos. Por el contrario, las mujeres sudamericanas y las de Europa del Este conocen este tipo de anestesia, demandando frecuentemente. En la percepción del dolor también pueden influir las condiciones psico-sociales: encontrarse en un contexto distinto puede aumentar el miedo al parto; la soledad y la ausencia de apoyo emocional las predispone a presentar una tolerancia más baja al dolor.

Acompañamiento durante el parto

En general, los varones musulmanes son los más reacios al acompañamiento. Algunos no quieren presenciar el parto. Otros acompañan a sus esposas en la sala de dilatación, pero se mantienen alejados físicamente de ellas; entran y salen del área de paritorio; lo abandonan nada más haberse producido el expulsivo, etc. También pueden acompañar a sus mujeres

durante la fase de dilatación con una actitud cariñosa, y preferir no presenciar el momento del expulsivo. No es sólo una actitud masculina, algunas mujeres africanas manifiestan que no quieren ser acompañadas por su pareja. Se da también el caso de maridos que muestran manifestaciones de cariño y proximidad física, y que en el postparto inmediato establecen una tierna relación con la mujer y el recién nacido.

Mujeres inmigradas de todas las procedencias que cuentan con apoyo social y familiar, en ocasiones prefieren ser acompañadas por un miembro femenino de su familia. Sin embargo, cuando no tienen familiares, pueden venir a parir acompañadas por amigas, que normalmente sirven también de traductoras. Este fenómeno se observa entre las mujeres norteafricanas y las europeas del Este; sin embargo, prácticamente no se da entre las mujeres subsaharianas, que normalmente vienen a parir solas.

Vivencia y percepción del parto

En nuestra sociedad, la atención al parto se caracteriza por una alta medicalización. En casi todas las culturas la libertad de movimientos se impone, pariendo en una situación vertical. En España, el periodo de dilatación y el expulsivo suelen hacerse en la cama por motivos de comodidad para los profesionales sanitarios, a pesar del reconocimiento de la influencia positiva que tiene sobre la evolución del parto la libertad de movimientos.

Interacción con el recién nacido

Cuando se produce el nacimiento, se esperan manifestaciones de alegría y cariño. Sin embargo, existen mujeres que, aunque tengan embarazos deseados, no muestran interés en el postparto inmediato. Hay autores defienden que hay que distinguir entre el afecto natural y el socializado. En lugares donde las tasas de natalidad y de mortalidad perinatal e infantil son elevadas, puede ser frecuente la vinculación tardía con el recién nacido.

8.4.2 Impacto de la violencia obstétrica en comunidades específicas de mujeres nulíparas

La violencia obstétrica puede tener impactos significativos en comunidades específicas de mujeres nulíparas. Aquí se exploran algunos de los impactos específicos en ciertas comunidades:

Comunidades marginadas y de bajos ingresos :

Las mujeres nulíparas de comunidades marginadas y de bajos ingresos pueden encontrarse con barreras para acceder a atención obstétrica de calidad. La falta de recursos y servicios adecuados puede aumentar la probabilidad de violencia obstétrica y prácticas deshumanizadoras. Esto puede tener resultados negativos para la salud materna y del recién nacido (59).

Comunidades indígenas:

Las mujeres nulíparas pertenecientes a comunidades indígenas pueden enfrentarse a la VO con prácticas relacionadas con la falta de respeto a su cultura, falta de comunicación y discriminación (59).

Comunidades migrantes o refugiadas :

Las mujeres nulíparas en comunidades migrantes o refugiadas pueden enfrentar barreras lingüísticas, falta de acceso a información sobre los sistemas de salud y discriminación, lo que aumenta el riesgo de VO (60).

Comunidades LGTBIQ+:

Las mujeres primerizas de la comunidad LGTBIQ+ pueden enfrentar discriminación y falta de sensibilidad por parte de los profesionales de la salud, esto puede aumentar la ansiedad y el estrés durante el parto, afectando negativamente la experiencia y la salud mental de la parturienta (61).

Comunidades racializadas:

Mujeres nulíparas de comunidades racialmente diversas pueden enfrentar estereotipos culturales, discriminación racial y falta de comprensión de las prácticas culturales específicas (60).

En resumen, la violencia obstétrica tiene un impacto diferenciado en diferentes comunidades de mujeres nulíparas, exacerbando las desigualdades existentes en el acceso a la atención de

calidad y afectando la salud y la experiencia de parto de manera desproporcionada. Abordar estos problemas requiere un enfoque integral que considere las dimensiones sociales, culturales y económicas, con el objetivo de garantizar una atención obstétrica respetuosa, equitativa y centrada en la mujer para todas las comunidades.

8.5 Estrategias de prevención y abordaje de la violencia obstétrica

8.5.1 Iniciativas y programas para prevenir la violencia obstétrica

Se ha conseguido una gran disminución de la VO un cambio en los modelos de atención al parto gracias a movimientos por los derechos de las mujeres. Entre los más destacables, las recomendaciones del *Appropriate Technology for Birth* publicadas por la OMS en 1985, conocidas como las recomendaciones de Fortaleza, establecen como puntos indispensables el derecho a la información de las usuarias y la desmedicalización del parto.

Tiempo más tarde, iniciativas políticas europeas y nacionales, han contribuido a propiciar un cambio en el modelo de atención al parto. En 1993, el Departamento de Salud del Reino Unido publicó el informe *Changing Childbirth*, en el que se hacían recomendaciones fundamentales: el cuidado debía centrarse en la mujer promoviendo la toma de decisiones; todas las mujeres deben tener un acceso universal a los servicios de maternidad; el cuidado debe ser eficaz y eficiente.

En España, han surgido documentos emitidos por el Ministerio de Sanidad y Política Social que acentúan la necesidad de evitar la medicalización de los partos de bajo riesgo; disminuir la tasa de cesáreas e instrumentalización; respetar los tiempos naturales del parto.

La Federación de Asociaciones de Matronas de España, en su última guía de práctica clínica sitúa la excelencia en la actitud expectante, la promoción de un entorno humanizado y el respeto a las necesidades emocionales de las madres.

La mejora de la atención al parto también incluye cambios en la atención al RN como la no separación durante la estancia, el contacto piel con piel y el fomento de la lactancia materna.

Este cambio de modelo se ha de basar en el acompañamiento de una matrona ya que mejora no solo la satisfacción de la mujer sino también los resultados perinatales. Para evitar la medicalización del parto, la matrona ha de ser el profesional referente en la atención al parto normal. Para lograrlo es necesario el empoderamiento de la mujer por lo que se tiene que fomentar la toma de decisiones y la participación, situándola en el centro y en el control del proceso (62).

9. Metodología

9.1 Diseño

Con la finalidad de responder a los objetivos planteados y basándonos en la pregunta de investigación, la metodología utilizada será un estudio cualitativo fenomenológico hermenéutico. El propósito es estudiar las opiniones y vivencias de las matronas y personal de enfermería sobre la violencia obstétrica y descubrir si las vivencias cambian cuando se trata de una mujer nulípara.

En relación con el enfoque del estudio, la fenomenología se enfoca en las vivencias y destaca el sentido que las envuelve. Radica en comprender y hablar de la realidad desde la experiencia de la propia realidad. El método fenomenológico hermenéutico se acerca coherentemente y analiza de manera estricta las dimensiones éticas, relacionales y prácticas propias de la pedagogía cotidiana, que resultan difíciles de abordar con otros métodos de investigación.

El método se divide en cuatro fases diferenciadas:

1. La primera fase es la etapa previa o clarificación de presupuestos. En esta fase se establecen los presupuestos o hipótesis, también son mostrados los conceptos teóricos sobre los cuales está estructurado el marco teórico, así como los sistemas referenciales.
2. La segunda fase es la recogida de la experiencia vivida. Se trata de la etapa descriptiva, cuando se obtienen datos de las experiencias vividas.
3. La tercera fase se trata de la etapa estructural. En esta etapa se reflexiona sobre las experiencias vividas.

4. La cuarta y última fase es la de escribir/reflexionar sobre las experiencias. La finalidad de esta es unir en una sola descripción todas particularidades de todos los sujetos estudiados, para así determinar la estructura que caracteriza al grupo.

Como conclusión, podemos decir que el método de estudio cualitativo fenomenológico hermenéutico, se trata de una investigación basada en las experiencias, estrictamente descriptiva (63).

9.2 Ámbito de estudio

El estudio será realizado en el ámbito de la ginecología y obstetricia al personal de matronas del Hospital Universitario General de Cataluña, localizado en Sant Cugat del Vallès. Sant Cugat del Vallès es un municipio español situado en la comarca del Vallés Occidental y pertenece a la provincia de Barcelona, comunidad autónoma de Cataluña.

El hospital Universitario General de Cataluña es un centro sanitario privado, construido en 1984 y propiedad del grupo Quirón salud (64).

9.3 Participantes y técnicas de muestreo

Los participantes serán elegidos mediante un muestreo no probabilístico tipo intencional, debido a que el interés del estudio recae en la comprensión de los fenómenos y no en la medición (65).

Las participantes del estudio serán enfermeras especializadas en ginecología y obstetricia (matronas) que trabajan en sala de partos del hospital universitario General de Cataluña, que estén de acuerdo con expresar sus experiencias. El número de participantes previsto es de 15 matronas. Las participantes participarán en el estudio de manera voluntaria.

Se analizará la experiencia personal de cada participante. Cuando los datos empiezan a repetirse, la muestra puede considerarse suficiente (Saturación de Datos). Los criterios de selección girarán en torno a 3 ejes (años de experiencia como enfermeras especialistas, formación en violencia obstétrica y género).

En la siguiente tabla se exponen los perfiles de profesionales escogidos:

Tabla 3: Perfiles de sujetos

Género	Años trabajados como matrona	Formación en violencia obstétrica
Mujeres	1-5 años	Con formación VO
		Sin formación VO
	5-10 años	Con formación VO
		Sin formación VO
	Más de 10 años	Con formación VO
		Sin formación VO
Hombres	1-5 años	Con formación VO
		Sin formación VO
	5-10 años	Con formación VO
		Sin formación VO
	Más de 10 años	Con formación VO
		Sin formación VO

Fuente: Elaboración propia

9.4 Criterio de selección

Los participantes del estudio deberán cumplir todos los criterios de selección.

- **Criterios de inclusión:**

- Enfermeras especialistas en ginecología y obstetricia “comadronas”, que hayan atendido partos en el HUGC durante un año, como mínimo.
- Que hayan aceptado participar y firmado el consentimiento informado.

- **Criterios de exclusión:**

- Personas que no firmen el consentimiento informado o no estén de acuerdo con la participación en el estudio.
- Profesionales cuya duración de trabajo en sala de partos del HUGC sea menor a un año.
- Personal sanitario que no cuente con el grado de enfermería y la especialización en ginecología y obstetricia.

9.5 Recogida de datos

La recogida de datos se llevará a cabo mediante entrevistas, se utilizará un guión (Anexo 1). Se calcula que la duración de cada entrevista será de una hora, aproximadamente. Como ya se ha comentado anteriormente, los participantes deberán firmar un consentimiento informado previo a la entrevista (Anexo 2). El objetivo de este tipo de recogida de datos es que cada participante pueda expresar sus experiencias verbalmente, de la manera más natural posible y poder indagar en cada una de ellas para así poder contar con la máxima información posible.

Las entrevistas se realizarán en Hospital Universitario General de Cataluña, en un despacho, y de manera individual para así respetar la confidencialidad en cada entrevista y no contar con interrupciones. Las entrevistas serán grabadas oralmente, si la participante accede. Durante las entrevistas, se tomarán apuntes de manera escrita y se transcribirán de manera completa post entrevista. El objetivo de estos registros es no perder el hilo durante las entrevistas y poder recolectar el máximo de información posible.

9.6 Rol del equipo investigador

Mediante el equipo investigador se puede garantizar la calidad del estudio y participar en mejorar el proceso. La principal investigadora del equipo investigador soy yo, Joana Llamas, encargándome de planificar el estudio, tratar con las participantes del estudio y realizar las entrevistas. En la investigación participarán otros profesionales del área que trata la investigación, es decir, especialistas gineco-obstetras, por tal de ayudar en la coordinación del estudio y poder contrastar científicamente la información.

La investigadora principal conocerá a los participantes en el estudio porque se comparte lugar de trabajo, esto podría afectar a la investigación de la siguiente manera (66):

1. Sesgo de selección: El entrevistador puede tener tendencia a elegir a personas con las que se siente cómodo, lo que podría limitar la diversidad de las perspectivas.
2. Sesgo de interpretación: El entrevistador podría interpretar las respuestas de las personas conocidas de manera diferente a como lo haría con personas desconocidas.
3. Sesgo de respuesta: Las personas conocidas pueden sentirse más inclinadas a responder de manera que creen que el entrevistador espera de ellas.
4. Falta de objetividad: El entrevistador puede tener dificultades para mantener la objetividad al analizar los datos.
5. Riesgo de revelación de información personal: Las personas conocidas pueden sentirse más cómodas compartiendo información personal o sensible, lo que podría afectar la confidencialidad y el anonimato de los participantes.

Para mitigar estos riesgos, es importante que el entrevistador mantenga una actitud reflexiva y crítica durante todo el proceso de investigación. Esto puede implicar mantener un registro detallado de las decisiones metodológicas, buscar la diversidad en la selección de participantes y garantizar la confidencialidad y el anonimato de los datos. Además, el análisis de los datos debe realizarse de manera cuidadosa y transparente, reconociendo y reflexionando sobre cualquier influencia potencial que la relación entre el entrevistador y los participantes pueda tener en los hallazgos del estudio.

9.7 Análisis de los datos

Después de investigar sobre las diferentes maneras de analizar datos, se pretenden analizar mediante un análisis de tipo temático. Este análisis se utiliza en investigaciones con datos de tipo cualitativo y consiste en identificar temas y patrones en estos datos (67). Se trata de un análisis cualitativo y que, por tanto, no se centra en cuantificar, sino en profundizar en cada experiencia. Una vez se hayan identificado los patrones y temas recurrentes, se interpretarán objetivamente. Se triangularán los datos para comparar y contrastar con otras fuentes de información y así comprobar la validez de la información.

El proceso se llevará a cabo de la siguiente manera: Para comenzar se grabarán en formato de voz las entrevistas, con el objetivo de transcribirlas de manera escrita posteriormente a la entrevista. Con esta transcripción conseguiremos que los datos puedan ser analizados de manera efectiva. Antes de comenzar con la codificación, leeremos y revisaremos de manera exhaustiva todos los datos para así familiarizarnos con el contexto de las entrevistas. En la fase de codificación se identifican y etiquetan parámetros de datos relevantes, en esta parte se asignarán etiquetas descriptivas a partes específicas de los datos que resultan relevantes.

A medida que se realizan las codificaciones, pueden aparecer temas comunes. Estos patrones se agrupan para formar categorías más amplias o temas principales. Posteriormente, se realizará un refinamiento de las categorías, en esta etapa se revisan y refinan las categorías que han sido identificadas anteriormente.

Para finalizar, se desarrolla un marco analítico que organiza las categorías en una estructura coherente. Esta etapa proporcionará un mapa conceptual que guiará la interpretación y presentación de los resultados del análisis.

9.8 Aspectos éticos

Durante toda la investigación se tendrá en cuenta la ley de confidencialidad de datos y la ley de autonomía. La ley de confidencialidad de datos asegurará que los datos aportados por las participantes sean utilizados únicamente para el estudio. La ley de autonomía afianzará el respeto a los derechos de los pacientes que sean mencionados en las experiencias de los usuarios participantes del estudio, así como los usuarios, profesionales y centros sanitarios en cuestiones de autonomía, información y documentación clínica.

Como ya se dijo antes, los usuarios participarán en el estudio voluntariamente, firmando un consentimiento informado, mediante el que se protegerán derechos y bienestar de los participantes, asegurando la privacidad, intimidad, confidencialidad y anonimato. Las entrevistas no se realizarán sin que exista el consentimiento informado, previamente firmado. Las grabaciones y anotaciones que se tomen durante la entrevista solo serán accesibles para el investigador.

La protección de datos se tendrá en cuenta el principio ético del respeto por el individuo en la Declaración de Helsinki, para que tengan derecho a la determinación (68).

El estudio se realizará bajo el principio ético de no maleficencia, beneficencia, autonomía y justicia.

Todas las entrevistas serán realizadas a matronas del hospital universitario general de Cataluña, compañeras de trabajo de la investigadora principal. Las entrevistas respetarán el anonimato y se realizarán de manera totalmente profesional, aunque siendo consciente de la sensibilidad que se relaciona con las experiencias de la entrevista.

9.9 Criterios de rigor

Los criterios que se utilizarán para evaluar la calidad de la metodología son (69):

La *credibilidad*, con la que se mira el valor verdad de la investigación. El rol del investigador tiene que ir encaminado a encontrar esta verdad entre datos subjetivos. Así, los procedimientos que se ponen en marcha como la explicitación de la recogida de datos o la ilustración de estos mediante ejemplos específicos, tienen como objetivo conseguir la aceptabilidad de los resultados.

La *transferibilidad*, se refiere al grado de aplicación de los resultados en contextos diferentes. Se pone énfasis en controlar el tipo de muestreo que se lleva a cabo porque las decisiones que se toman serán clave para decidir si se pueden comparar los resultados en otros contextos.

La *confirmabilidad* nos remite a la neutralidad del investigador. Es la aspiración ética de mostrar los posibles sesgos de la investigadora en todo el proceso. Los procesos para lograr este criterio de rigor irían encaminados a conseguir explicar el posicionamiento de la investigadora. Como se ha podido comprobar a lo largo del trabajo, la investigadora parte de un posicionamiento crítico en cuanto a la violencia obstétrica, por lo tanto, esta mirada crítica será aplicada en el análisis, pero no intervendrá en la recogida de datos, con el objetivo que los resultados sean lo más reales posibles.

Por último, la *triangulación* nos ayudaría a conseguir la confiabilidad. La triangulación consiste en la aplicación de diferentes métodos que nos ayudan a ver la realidad desde

diferentes perspectivas para así conseguir un conjunto más real, rico y completo. Se llevará a cabo mediante la grabación de voz de las entrevistas, con previa autorización. Además, se tomarán notas de campo y se transcribirán todas las entrevistas. En el análisis de datos, se contará con una persona experta en análisis y ajena al servicio de ginecología y obstetricia con el objetivo de que exista una mayor neutralidad en el análisis.

10. Limitaciones del estudio

- La violencia obstétrica es un tema que hoy en día sigue siendo un poco tabú, por este motivo no existe la suficiente información y educación a las mujeres sobre qué es violencia obstétrica, qué acciones son normales durante el proceso de embarazo y parto y cuáles no lo son, por este motivo, el estudio puede verse limitado por la normalización de ciertas actitudes violentas.
- El no cumplimiento de los criterios de inclusión y exclusión por parte de las personas participantes en el estudio.
- La búsqueda de información para el estudio, la realización de entrevistas y transcripción puede convertirse en un proceso que necesite mucho tiempo y recursos. Compaginar la realización del trabajo, con las prácticas clínicas de la universidad y el trabajo puede ser una limitación para el estudio.
- Para el estudio solo participarán personas que trabajan en el hospital universitario general de Cataluña, en el servicio de sala de partos.
- Variabilidad del cronograma.
- El tamaño de la muestra puede ser una limitación porque el estudio se centra solo en mujeres nulíparas con un parto normal.

11. Aplicabilidad e investigación

La presente investigación respecto a la violencia obstétrica posee una relevancia tanto a nivel práctico como teórico. Los hallazgos de este estudio pueden informar de la práctica clínica que se lleva a cabo y la capacitación de los profesionales sanitarios, sobre todo la de las matronas, proporcionando así una profunda comprensión de los factores que contribuyen a esta violencia y su implicación en la salud obstétrica. Al comprender mejor las experiencias y percepciones de las matronas, se pueden identificar puntos de mejora en la atención prenatal,

intraparto y postparto, así como también en las interacciones entre las mujeres y los profesionales de la salud.

Desde una perspectiva de investigación, este estudio puede abrir nuevas vías de investigación en el campo de la VO y la atención a la mujer. Al centrarse en las experiencias de las matronas, podemos obtener una comprensión más completa de los factores institucionales, culturales y personales que contribuyen a la perpetuación de ella. Además, puede ayudar a desarrollar intervenciones y políticas que vayan dirigidas a prevenir y abordar la VO, mejorando así la calidad de la atención.

En resumen, puede contribuir a aumentar los conocimientos sobre VO, proporcionando evidencia empírica para informar futuras investigaciones. Al centrarse en la perspectiva de las matronas, puede promover una atención más centrada en la mujer que se base en el respeto y que promueva el bienestar y autonomía de las mujeres durante el embarazo, parto y postparto. Como líneas futuras, se podría explorar el papel de otros profesionales que intervienen durante los procesos de embarazo, parto y postparto o incluso, se podría estudiar la perspectiva de las mujeres en relación con la violencia obstétrica con el objetivo de enriquecer la investigación desde diferentes ángulos y perspectivas.

12. Cronograma

ACTIVIDADES	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY
Búsqueda bibliográfica								
Objetivos y justificación								
Marco teórico								
Metodología								
Conclusiones								

13. Conclusiones

Comencé a interesarme por el concepto de violencia obstétrica cuando empecé a escuchar los testimonios de mujeres de mi alrededor sobre como vivieron sus partos. En estas historias detecté que la gran mayoría de ellas habían normalizado actitudes que podían considerarse violentas. Años más tarde, pude realizar un periodo de prácticas académicas en sala de partos y constaté la importancia de respetar los tiempos naturales del proceso de parto y respetar las decisiones de cada mujer durante su parto. Pude ver lo incómodo que resulta que te obliguen a mantener la litotomía, sin libertad de movimiento y la necesidad de cambiar la manera tan medicalizada que tenemos de ver el parto.

Como se observa en la justificación de este trabajo, muchas mujeres consideran haber sufrido VO obstétrica en nuestro país.

La violencia obstétrica no se origina únicamente debido a protocolos desactualizados y mala praxis, sino que representa una manifestación de violencia de género, ya que deshumaniza a las mujeres. Constituye una discriminación de género y representa una violación de los derechos humanos.

La evidencia muestra que toda mujer es susceptible de sufrir VO, independientemente de si se trata de una mujer nulípara o no. Sin embargo, el nivel de información y educación que tiene cada mujer en relación con la violencia obstétrica hace que le sea más fácil identificarla para así poder denunciarla.

Debido al tabú que existe en torno a la VO y la violencia hacia las mujeres y relacionándolo con el pensamiento social que existe en torno a la perfección de la actuación médica, sigue siendo difícil para las mujeres identificar la violencia obstétrica y debido a la legislación vigente, también resulta complicado demostrarla y denunciarla.

Se concluye que es necesario adoptar un enfoque integral para poder abordar la violencia obstétrica. Es importante invertir en la formación continua de los profesionales obstétrico-ginecológicos y formar en medidas de prevención, detección y abordaje. Además, es imprescindible brindar a cada mujer la información necesaria sobre sus procesos naturales, incluyendo todas las posibilidades para su momento del parto, explicando los beneficios y

riesgos de cada una. Es necesario también que se eduque a las madres en la detección de violencia obstétrica para así eliminar el tabú que existe en torno a esta violencia.

Abordar la VO resultará también de realizar cambios en las políticas y práctica clínica. Solo a través de un esfuerzo conjunto y sostenido se podrá lograr un sistema de atención obstétrica que respete plenamente los derechos y la dignidad de todas las mujeres.

1. comunidad de madrid. parto y postparto comunidad de madrid [Internet]. [cited 2023 Nov 14]. Available from: <https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/parto-postparto>
2. Al Adib Mendiri M, Ibáñez Bernáldez M, Casado Blanco M, Santos Redondo P. La violencia obstétrica: un fenómeno vinculado a la violación de los derechos elementales de la mujer. *Medicina Legal de Costa Rica*. 2017;34(1).
3. Rodríguez Mir J, Martínez Gandolfi A. La violencia obstétrica: una práctica invisibilizada en la atención médica en España. *Gac Sanit* [Internet]. 2021 [cited 2023 Nov 23];35(3). Available from: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.06.019>
4. Poo AM, Gallardo MJ, Herrera-Contreras Y, Baeza B, Poo AM, Gallardo MJ, et al. Representación de la violencia obstétrica que construyen profesionales matronas de la ciudad de Temuco. *Rev Chil Obstet Ginecol* [Internet]. 2021 Nov 15 [cited 2023 Nov 23];86(4):374–9. Available from: <https://doi.org/10.24875/rechog.m21000016>
5. gobierno de españa. ley orgánica 1/2004 [Internet]. 2004 [cited 2023 Nov 23]. Available from: https://www.inmujeres.gob.es/servRecursos/formacion/Pymes/docs/Introduccion/02_Definicion_de_violencia_de_genero.pdf
6. ministerio de igualdad. Delegación del Gobierno contra la violencia de género [Internet]. [cited 2023 Nov 23]. Available from: <https://violenciagenero.igualdad.gob.es/marcoInternacional/ambitoInternacional/ConsejoEuropa/Normativa/home.htm>
7. el parto es nuestro. Parto respetado [Internet]. [cited 2023 Nov 23]. Available from: <https://www.elpartoesnuestro.es/informacion/parto/el-parto-fisiologico/que-es-un-parto-respetado>
8. Lira IM da S, Silva Melo SS e, Gouveia MT de O, Feitosa VC, Guimarães TMM, Lira IM da S, et al. Intervención educacional para la mejora en la asistencia al trabajo de parto normal. *Enfermería Global* [Internet]. 2020 [cited 2023 Nov 23];19(58):226–56. Available from: <https://dx.doi.org/eglobal.382581>
9. Eva Margarita García. la violencia obstétrica como violencia de género [Internet]. [Madrid]: Universidad Autónoma de Madrid; 2018 [cited 2023 Nov 23]. Available from: https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/684184/garcia_garcia_eva_margarita.pdf?sequence=1&isAllowed=y
10. american psychiatric association. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-V [Internet]. ediciones Masson. 2014 [cited 2023 Nov 23]. Available from: Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5
11. Ibone Olza Fernández. el síndrome de estrés postraumático como secuela obstétrica [Internet]. [cited 2023 Nov 23]. Available from: <https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/estresPostraumatico.pdf>
12. O’Connell MA, Khashan AS, Leahy-Warren P, Stewart F, O’Neill SM. Interventions for fear of childbirth including tocophobia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 2021 Jul 7 [cited 2023 Nov 23];2021(7). Available from: <https://doi.org/10.1002/14651858.cd013321.pub2>
13. Kanellopoulos D, Gourounti K. Tocophobia and Women’s Desire for a Caesarean Section: a Systematic Review. *Maedica (Bucur)*. 2022 Mar;17(1):186–93.

14. de la Fuente P, de la Fuente L. Cesárea a petición de la embarazada. *Progresos de Obstetricia y Ginecología* [Internet]. 2007 Jul [cited 2023 Nov 23];50(7):420–8. Available from: [https://doi.org/10.1016/s0304-5013\(07\)73207-7](https://doi.org/10.1016/s0304-5013(07)73207-7)
15. GACETA OFICIAL DE LA REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA. ley violencia obstétrica venezuela [Internet]. 2007 [cited 2023 Nov 23]. Available from: <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2008/6604.pdf>
16. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación. ley 25.929 Argentina [Internet]. 2018. Available from: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/ley_25929_parto_humanizado_decreto_we_b_0.pdf
17. gobierno de ciudad de méxico. LEY DE ACCESO DE LAS MUJERES A UNA VIDA LIBRE DE VIOLENCIA DEL DISTRITO FEDERAL [Internet]. 2019 [cited 2023 Nov 23]. Available from: https://congresocdmx.gob.mx/archivos/transparencia/LEY_DE_ACCESO_DE_LAS_MUJERES_A_UNA_VIDA_LIBRE_DE_VIOLENCIA_DEL_DISTRITO_FEDERAL.pdf
18. Junta de Andalucía. DECRETO 101/1995 junta de Andalucía [Internet]. 1995 [cited 2023 Nov 23]. Available from: <https://www.juntadeandalucia.es/boja/1995/72/4>
19. Ileana Olivares Medina. PARIRÁS CON DOLOR Y MÁS, UNA APROXIMACIÓN SOCIOLÓGICA A LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA Y GINECOLÓGICA [Internet]. [Bogotá]: Universidad Santo Tomás de Bogotá; 2020 [cited 2024 Jan 14]. Available from: <https://repository.usta.edu.co/jspui/bitstream/11634/28780/8/2020ileanaolivares.pdf>
20. Diego de Torres Villarroel. Visiones y visitas de Torres con D.Francisco de Quevedo por la Corte. Madrid; 1727. 23 p.
21. Liabsuetrakul T, Choobun T, Peeyananjarassri K, Islam QM. Prophylactic use of ergot alkaloids in the third stage of labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2007 Apr 18;
22. Juan Ignacio Valle-Racero, Manuel Jesús García Martínez. Las matronas en la historia. Un estudio del siglo XIX. *ROL de enfermería*. 1994;187:61–7.
23. Revuelta Eugercios BA. ¿Qué pasa en La Inclusa?: the role of press scandals, doctors and public authorities in the evolution of La Inclusa de Madrid, 1890-1935. *Dynamis* [Internet]. 2015 [cited 2024 Jan 14];35(1):107–30. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-95362015000100005&lng=en&nrm=iso&tlng=en
24. Troncoso-Espinoza P V., Figueroa-Lassalle CF. Hacia una atención de calidad integral en las maternidades con perspectiva de derechos humanos. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2022 May 25;87(2).
25. Josefina Goberna Tricas. Dones i procreació: Ètica de les pràctiques sanitàries i la relació assistencial en embaràs i naixement [tesis]. [Barcelona]: Universitat de Barcelona; 2009.
26. Walsh DJ. Childbirth embodiment: problematic aspects of current understandings. *Sociol Health Illn*. 2010 Mar 25;32(3):486–501.
27. Lokugamage AU, Pathberiya SDC. Human rights in childbirth, narratives and restorative justice: a review. *Reprod Health*. 2017 Dec 2;14(1):17.
28. Eva Margarita García. Partos arrebatados. Editorial Ménades. 2021; 2021. 40–44 p.
29. Teresa Escudero. El parto es nuestro -violencia obstétrica [Internet]. 2021 [cited 2024 Jan 15]. Available from:

- <https://www.elpartoesnuestro.es/blog/2021/10/06/violencia-obstetrica-dos-de-cada-tres-mujeres-la-sufren-en-espana#:~:text=3%20comentarios-,Violencia%20Obst%C3%A9trica%3A%20dos%20de%20cada%20tres%20mujeres%20la%20sufren%20en,estudio%20transversal%20realizado%20en%20Espa%C3%B1a.>
30. Carrillo-Mora P, García-Franco A, Soto-Lara M, Rodríguez-Vásquez G, Pérez-Villalobos J, Martínez-Torres D. Cambios fisiológicos durante el embarazo normal. *Revista de la Facultad de Medicina*. 2021 Jan 10;64(1):39–48.
 31. Raul Artal-Mittelmark. *Manual MSD*. 2021 [cited 2024 Jan 15]. Trabajo de parto. Available from:
<https://www.msmanuals.com/es-es/hogar/salud-femenina/parto-normal/trabajo-de-parto>
 32. Herrera-Gómez A, Herrera-Gómez A. *Ene : revista de enfermería*. [Internet]. Vol. 16, Ene. [Enfermeros]; 2007 [cited 2024 Jan 15]. Available from:
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2022000100007&lng=es&nrm=iso&tlng=es
 33. El parto es nuestro. La relación con el médico [Internet]. [cited 2024 Jan 17]. Available from:
<https://www.elpartoesnuestro.es/informacion/embarazo/seguimiento-del-embarazo/la-relacion-con-el-medico>
 34. Hidalgo-Lopezosa P, Hidalgo-Maestre M, Rodríguez-Borrego MA. Birth plan compliance and its relation to maternal and neonatal outcomes. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2017 Dec 11 [cited 2024 Jan 17];25(0). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29236838/>
 35. Ferreiro-Losada MT, Díaz-Sanisidro E, Martínez-Romero MD, Rial-Boubeta A, Varela-Mallou J, Clavería-Fontán A. Evaluación mediante grupos focales de las expectativas y percepciones de las mujeres durante el proceso del parto. *Revista de Calidad Asistencial* [Internet]. 2013 Sep [cited 2024 Jan 17];28(5):291–9. Available from:
<https://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-articulo-evaluacion-mediate-grupos-focales-expectativas-S1134282X1300047X>
 36. Nilsson L, Thorsell T, Hertfelt Wahn E, Ekström A. Factors Influencing Positive Birth Experiences of First-Time Mothers. *Nurs Res Pract* [Internet]. 2013 [cited 2024 Jan 17];2013:1–6. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24175090/>
 37. Bravo V P, Uribe T C, Contreras M A. EL CUIDADO PERCIBIDO DURANTE EL PROCESO DE PARTO: UNA MIRADA DESDE LAS MADRES. *Rev Chil Obstet Ginecol* [Internet]. 2008 [cited 2024 Jan 17];73(3). Available from:
https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262008000300007
 38. Johansson C, Finnbogadóttir H. First-time mothers' satisfaction with their birth experience – a cross-sectional study. *Midwifery* [Internet]. 2019 Dec [cited 2024 Jan 17];79:102540. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0266613819302323>
 39. Spaich S, Welzel G, Berlit S, Temerinac D, Tuschy B, Sütterlin M, et al. Mode of delivery and its influence on women's satisfaction with childbirth. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* [Internet]. 2013 Oct [cited 2024 Jan 17];170(2):401–6. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23962715/>
 40. Guittier MJ, Cedraschi C, Jamei N, Boulvain M, Guillemin F. Impact of mode of delivery on the birth experience in first-time mothers: a qualitative study. *BMC Pregnancy Childbirth*

- [Internet]. 2014 Dec 1 [cited 2024 Jan 17];14(1):254. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25080994/>
41. El parto es nuestro. El parto es nuestro - observatorio de violencia obstétrica [Internet]. [cited 2024 Jan 17]. Available from: <https://www.elpartoesnuestro.es/informacion/el-parto-es-nuestro-crea-el-observatorio-de-violencia-obstetrica>
 42. Blundell J. LECTURES ON THE THEORY AND PRACTICE OF MIDWIFERY. The Lancet [Internet]. 1827 Dec [cited 2024 Jan 17];9(222):329–35. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0140673601752853>
 43. Martínez Rojo C, Siles González J, Martínez Roche ME. Los manuales escritos por matronas europeas (1609-1710): el origen de cuidados humanizados en el embarazo. Index de Enfermería. 2014 Jun;23(1–2):106–10.
 44. 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 [Internet]. 2020 Oct 22 [cited 2024 Jan 17];17(21):7726. Available from: <https://www.mdpi.com/1660-4601/17/21/7726>
 45. Carvalho IDS, De Brito RS. Formas de violência obstétrica vivenciadas por puérperas que tiveram parto normal. Enfermería Global [Internet]. 2017 Jun 28 [cited 2024 Jan 17];16(3):71. Available from: <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/250481>
 46. Laínez Valiente NG, Martínez Guerra G de los Á, Portillo Najarro DA, Alvarenga Menéndez AF, Véliz Flores AM. Consecuencias físicas y psicológicas de la violencia obstétrica en países de Latinoamérica. Alerta, Revista científica del Instituto Nacional de Salud [Internet]. 2023 Jan 30 [cited 2024 Jan 17];6(1):70–7. Available from: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2023/02/1413706/violencia-obstetrica.pdf>
 47. Michel Odent. Nacimiento renacido. Creavida. Buenos Aires; 2005.
 48. Angie Simonis. Un discurso en torno al poder de las mujeres [Internet]. [Alicante]: Universidad de Alicante; 2012 [cited 2024 Jan 17]. Available from: https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/29947/1/Tesis_Angie_Simonis.pdf
 49. Olza I, Fernández Lorenzo P, González Uriarte A, Herrero Azorín F, Carmona Cañabate S, Gil Sanchez A, et al. Propuesta de un modelo ecosistémico para la atención integral a la salud mental perinatal. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría [Internet]. 2021 [cited 2024 Jan 17];41(139):23–35. Available from: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352021000100023&lng=es&nrm=iso&tlng=es
 50. Mastarreno-Cedeño MP, Briones-Mera ÁR, Sánchez-Sánchez SA, Farfán-Vélez LC, Mastarreno-Cedeño MP, Briones-Mera ÁR, et al. Gestión del cuidado en obstetricia y ginecología: Una mirada integral. Revista Arbitrada Interdisciplinaria de Ciencias de la Salud Salud y Vida [Internet]. 2023 [cited 2024 Jan 17];7(13):70–9. Available from: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2610-80382023000100070&lng=es&nrm=iso&tlng=es
 51. Gray T, Mohan S, Lindow S, Farrell T. Obstetric violence: Clinical staff perceptions from a video of simulated practice. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol X [Internet]. 2019 Jan [cited 2024 Jan

- 18];1:100007. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2590161319300432>
52. Llobera R. Humanización de la atención obstétrica: qué opinan las matronas. 2019 [cited 2024 Jan 17]; Available from: <http://dspace.uib.es/xmlui/handle/11201/149616>
53. Perera D, Lund R, Swahnberg K, Schei B, Infanti JJ. 'When helpers hurt': women's and midwives' stories of obstetric violence in state health institutions, Colombo district, Sri Lanka. BMC Pregnancy Childbirth. 2018 Dec 7;18(1):211.
54. Rominski SD, Lori J, Nakua E, Dzomeku V, Moyer CA. When the baby remains there for a long time, it is going to die so you have to hit her small for the baby to come out": justification of disrespectful and abusive care during childbirth among midwifery students in Ghana. Health Policy Plan. 2016 Sep 4;czw114.
55. Strivens H, Ibarгойen J. Matronas, las que acompañan a las mujeres. 2019 [cited 2024 Jan 18]; Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7247548>
56. Leal SYP, Lima VLDA, Silva AF da, Soares PDFL, Santana LR, Pereira Á. PERCEPÇÃO DA ENFERMEIRA OBSTETRA ACERCA DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA. Cogitare Enfermagem. 2018 Apr 18;23(1).
57. Oliveira VJ, Penna CM de M. DISCUSSING OBSTETRIC VIOLENCE THROUGH THE VOICES OF WOMEN AND HEALTH PROFESSIONALS. Texto & Contexto - Enfermagem. 2017;26(2).
58. Fundación Index. MA, SPARC (Organization) MI. Index de enfermería. [Internet]. Vol. 14, Index de Enfermería. Fundación Index; 2005 [cited 2024 Jan 18]. 9–13 p. Available from: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962005000100002&lng=es&nrm=iso&tlng=es
59. Fundación Index. I, SPARC (Organization) J, Parra-Torres NM, Mendoza-Catalán GS, Almonte-Becerril M, Salvador-Vázquez I, et al. Index de enfermería. [Internet]. Vol. 30, Index de Enfermería. Fundación Index; 2021 [cited 2024 Jan 18]. 193–197 p. Available from: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962021000200009&lng=es&nrm=iso&tlng=es
60. Gleason EG, Molina Berrío DP, López Ríos JM, Mejía Merino CM. "Parir no es un asunto de etnia, es un asunto de humanidad": experiencias frente a la violencia obstétrica durante la atención al parto en mujeres indígenas. Salud Colect [Internet]. 2021 Nov 23 [cited 2024 Jan 18];17:e3727. Available from: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652021000103727
61. Instituto de investigaciones de estudios de género. Huellas de una relación incómoda: disputas en torno al cuerpo maternal entre activistas por el parto humanizado y militantes feministas en Buenos Aires. revista uruguaya de antropología y etnografía [Internet]. 2023 Jun 12 [cited 2024 Jan 18];8(1). Available from: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2393-68862023000101205
62. gobierna josefina, boladeras margarita. violencia obstétrica y el debate actual sobre la atención al nacimiento. editorial tecnos. madrid; 2018.
63. Fuster Guillen DE. Investigación cualitativa: Método fenomenológico hermenéutico. Propósitos y Representaciones. 2019 Jan 1;7(1):201.
64. hospital universitario general de cataluña [Internet]. [cited 2024 Mar 10]. Available from: <https://www.hgc.es/es/centro/estructura-direccion>

65. Otzen T, Manterola C. Técnicas de Muestreo sobre una Población a Estudio. International Journal of Morphology [Internet]. 2017 Mar [cited 2024 Mar 10];35(1):227–32. Available from: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95022017000100037
66. tipos de sesgos [Internet]. [cited 2024 May 6]. Available from: <https://www.lecturio.com/es/concepts/tipos-de-sesgos/#:~:text=Definici%C3%B3n%20de%20Sesgo,-El%20sesgo%20es&text=2%20grandes%20subtipos%20de%20sesgo,medir%20o%20recoger%20los%20datos>
67. Guía definitiva de la investigación cualitativa - Parte 2: Tratamiento de datos cualitativos [Internet]. [cited 2024 Mar 14]. Available from: Guía definitiva de la investigación cualitativa - Parte 2: Tratamiento de datos cualitativos
68. Manzini JL. DECLARACIÓN DE HELSINKI: PRINCIPIOS ÉTICOS PARA LA INVESTIGACIÓN MÉDICA SOBRE SUJETOS HUMANOS. Acta Bioeth [Internet]. 2000 Dec [cited 2024 Mar 15];6(2). Available from: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2000000200010
69. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. Atención primaria [Internet]. Vol. 24, Atención Primaria. Elsevier; 1999 [cited 2024 Mar 14]. 295–300 p. Available from: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-el-rigor-investigacion-cualitativa-13354>

ANEXO 1: GUIÓN DE LA ENTREVISTA

1. ¿Qué piensa de la violencia obstétrica? ¿Se ha encontrado con alguna situación, durante su carrera profesional, que considere violencia obstétrica? Explíquela.
2. ¿Cree que existe algún factor predisponente para que las mujeres nulíparas sean más susceptibles de recibir violencia obstétrica?
3. ¿Cuál es su experiencia personal en la identificación y abordaje de violencia obstétrica en la práctica profesional?
4. ¿Cree que actualmente se respeta el ritmo natural de cada mujer durante el parto? ¿Cómo se podría mejorar?
5. ¿Cómo afectan los factores contextuales (carga de trabajo, jornadas laborales largas, etc) en la atención a la mujer?
6. ¿Qué barreras o desafíos enfrentan las matronas al intentar o prevenir la violencia obstétrica?
7. ¿Cuáles son los indicadores o señales que podrían alertar a una matrona sobre la posible presencia de violencia obstétrica durante la atención?
8. ¿Cree que las mujeres están correctamente informadas sobre el trato que deben recibir durante el parto? ¿Cómo afecta esta información en la manera de trabajar del personal sanitario y en la de las matronas, en específico?
9. ¿Como profesional de la salud, cómo cree que puede afectar un parto traumático en el proceso de postparto de la mujer? ¿Cree que la VO puede afectar de manera más negativa en una mujer nulípara?
10. ¿Ha recibido alguna formación sobre violencia obstétrica que le sirva a la hora de identificarla y abordarla?
11. ¿De qué manera afecta en el profesional formar parte de un parto donde se ejerce violencia obstétrica?
12. ¿Cómo influyen las políticas y protocolos institucionales en la prevención y abordaje de la violencia obstétrica?
13. ¿Cómo se aborda en la mujer, desde la perspectiva de las matronas, las consecuencias de la violencia obstétrica?
14. ¿Ha observado diferencias en la prevalencia o manifestaciones de la violencia obstétrica en mujeres nulíparas y en mujeres que ya han tenido partos anteriormente?

15. ¿Qué opinión tiene sobre el impacto de los estereotipos de género y las expectativas sociales en la perpetuación de la VO en mujeres nulíparas?
16. ¿Cómo abordan la promoción del consentimiento informado y la toma de decisiones compartidas con las mujeres nulíparas con el objetivo de prevenir la VO?
17. ¿Cuál es su opinión sobre el papel de la formación continua y el desarrollo profesional en la capacitación de las matronas para identificar y abordar la VO?
18. ¿Cómo pueden las matronas trabajar en colaboración con otros profesionales de la salud, como obstetras y psicólogos, para abordar de manera integral la VO?
19. ¿Qué recomendaciones o acciones considera necesarias a nivel individual, institucional y sociocultural para prevenir y erradicar la VO?

ANEXO 2: CONSENTIMIENTO INFORMADO

Investigación de la Perspectiva de las Matronas sobre Violencia obstétrica en mujeres nulíparas.

Investigador responsable: Joana Llamas Matesanz

Propósito del estudio: Está siendo invitada a participar en una entrevista que forma parte de un estudio académico sobre la perspectiva de las matronas de la violencia obstétrica en mujeres nulíparas. El objetivo de este estudio es comprender mejor, a través de opiniones y experiencias de matronas, la detección y abordaje de la violencia obstétrica.

Procedimiento: En caso de que decida participar, será entrevistada en persona por la investigadora responsable. La entrevista tendrá una duración aproximada de 90 minutos. Las preguntas de la entrevista se centrarán en tu opinión y experiencias durante la práctica clínica en relación con la violencia obstétrica.

Confidencialidad: Todas las respuestas serán tratadas de forma confidencial, igual que su identidad. Los datos recopilados se utilizarán únicamente para fines académicos y serán anonimizados. Su nombre o cualquier información que pueda identificarle, no serán revelados.

Voluntariedad y derecho a retirarse: La participación en la entrevista es voluntaria y puedes retirarte en cualquier momento. Si decides retirarte, no se utilizarán tus datos en el estudio y se respetará tu decisión sin preguntas adicionales.

Beneficios y Riesgos: No se prevén riesgos significativos asociados con la participación en esta entrevista. Sin embargo, al compartir experiencias, puede experimentar emociones. Si se siente incómoda en algún momento, puede interrumpir la entrevista o solicitar un descanso. Usted no recibirá beneficios directamente por participar en este estudio, pero su aportación será importante para mejorar esta propuesta en el sistema sanitario.

Contacto: Si tienes alguna duda sobre el estudio, puedes ponerte en contacto con la investigadora responsable a través de: jllamasm@campus.eug.es

Consentimiento: Al firmar este documento, confirmas que has leído y comprendido la información proporcionada sobre el estudio y que estás de acuerdo en participar en la entrevista de manera voluntaria.

Firma del participante: _____

Fecha: __/__/____