

Mimount Allali Allali

Fatima Zahra Lamhani

**EL IMPACTO DE LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA DURANTE EL PARTO Y EL
PUERPERIO Y EL ROL DE LA ENFERMERÍA.
REVISIÓN SISTEMÁTICA**

TRABAJO DE FIN DE GRADO

Dirigido por: Dr. José Fernández Sáez

Grado en Enfermería

TORTOSA 2022



UNIVERSITAT ROVIRA i VIRGILI
Facultat d'Infermeria

Campus Terres de l'Ebre



AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, nuestro sincero agradecimiento a nuestro tutor el Dr. José Fernández Sáez por su invaluable apoyo y orientación durante la elaboración de nuestro trabajo de fin de grado. Su compromiso y dedicación han sido fundamentales para la ejecución de este trabajo, brindándonos su experiencia y conocimientos y guiándonos en cada etapa.

Asimismo, queremos agradecer a nuestras familias y seres queridos su apoyo incondicional a lo largo de nuestra carrera académica. Su comprensión y amor han sido fundamentales durante este proceso. Gracias por estar a nuestro lado, por creer en nosotras y brindarnos el soporte emocional y motivacional necesario para afrontar los retos de este trayecto.

Además, queremos expresar nuestro agradecimiento a todos los profesores y profesoras de la URV por su constante dedicación y esfuerzo durante toda esta etapa académica.

En resumen, estamos profundamente agradecidas por el apoyo de nuestro tutor, el respaldo incondicional de nuestras familias y la oportunidad de crecimiento personal y profesional. Ha sido un largo viaje de aprendizaje y desarrollo y estamos seguras de que estos conocimientos y experiencias adquiridas a lo largo de estos últimos cuatro años nos serán de gran ayuda en nuestro futuro, tanto personal como profesional. Estamos emocionadas y ansiosas por aplicar estos conocimientos y continuar creciendo como enfermeras.



ÍNDICE

1. Resumen.....	4
2. Introducción.....	7
3. Marco conceptual.....	8
3.1. Antecedentes obstétricos.....	8
3.2. Concepto de violencia obstétrica.....	11
3.3. Formas de manifestación de la violencia obstétrica.....	12
3.4. Población de riesgo.....	12
3.5. Marco legal.....	13
4. Hipótesis.....	14
5. Objetivos.....	14
5.1. Objetivos generales.....	14
5.2. Objetivos Específicos.....	14
6. Metodología.....	14
6.1. Diseño de estudio.....	14
6.2. Estrategia de búsqueda.....	14
6.2.1. Fuentes utilizadas y secuencia de búsqueda.....	14
6.2.2. Resultados. Tabla estratégica de búsqueda.....	16
7. Diagrama de flujo.....	17
8. Resultados. Tabla de resultados.....	18
9. Análisis / Discusión.....	21
9.1. La prevalencia de la VO.....	21
9.2. Factores causantes de la VO.....	22
9.3. Perspectiva enferma hacia la VO.....	24
9.4. Promoción de una atención obstétrica de calidad.....	26
10. Limitaciones.....	27
11. Conclusión.....	28
12. Implicaciones para las políticas y la práctica enfermera.....	29
13. Bibliografía.....	30



1. Resumen

Introducción: La OMS (organización mundial de la salud), define la violencia obstétrica (VO) como “aquella que sufren las mujeres durante el embarazo o el parto al recibir un maltrato físico, humillación y abuso verbal, o procedimientos médicos coercitivos o no consentidos”. Y a su vez, la ONU (organización de las naciones unidas) reconoce que el maltrato y la violencia contra las mujeres en los servicios de salud reproductiva, es una violación y vulneración de derechos humanos.

Objetivo: Analizar las consecuencias de la violencia obstétrica tanto en el parto como en el puerperio y el papel de la enfermería en estas situaciones.

Metodología: Revisión bibliográfica sistemática a través de una búsqueda estructurada en 4 bases de datos: Pubmed, Cinahl, Scopus y Scielo. Aplicando a su vez una serie de filtros relacionados con el año de publicación, idiomas, acceso gratuito al texto completo y adecuación al tema tratado.

Resultados y discusión: Los artículos incluidos en este estudio, fueron un total de 9, que cumplían los criterios de inclusión establecidos. Según estos, la prevalencia de la violencia obstétrica en España es de un 38,3% y entre los factores causantes de esta se encontraban aquellos relacionados con las características de la mujer gestante como son la edad, la apariencia física y el nivel educativo, etc. Y a su vez, los relacionados con los profesionales sanitarios como son, las restricciones innecesarias, negligencias y el uso indiscriminado de oxitocina.

Conclusión: La consecuencia principal de la VO, es una insatisfacción general con el sistema sanitario.

Palabras claves: Violencia obstétrica, cuidados de enfermería, parto humanizado y puerperio.



Resum

Introducció: L'OMS defineix la violència obstètrica com “aquella que pateixen les dones durant l'embaràs o el part en rebre un maltractament físic, humiliació i abús verbal, o procediments mèdics coercitius o no consentits”. I alhora, l'ONU reconeix que el maltractament i la violència contra les dones en els serveis de salut reproductiva, és una violació i vulneració de drets humans.

Objectiu: Analitzar les conseqüències de la Violència obstètrica tant al part com al puerperi i el paper de la infermeria en aquestes situacions.

Metodologia: Revisió bibliogràfica sistemàtica mitjançant d'una cerca estructurada a 4 bases de dades: Pubmed, Cinahl, Scopus i Scielo. Aplicant al mateix temps una sèrie de filtres relacionats amb l'any de publicació, idiomes, accés gratuït al text complet i adequació al tema tractat.

Resultats i discussió: Els articles inclosos en aquest estudi van ser un total de 9 que compleixen els criteris d'inclusió establerts. Segons aquests, la prevalença de la Violència obstètrica a Espanya és d'un 38,3% i entre els factors causants es troben aquells relacionats amb les característiques de la dona gestant com són l'edat, l'aparença física i el nivell educatiu, etc. I alhora, els relacionats amb els professionals sanitaris com són: les restriccions innecessàries, negligències i l'ús indiscriminat d'oxitocina.

Conclusió: La conseqüència principal de la VO és una insatisfacció general amb el sistema sanitari.

Paraules claus: Violència obstètrica, cura d'infermeria, part humanitzat i puerperi.



Abstract

Introduction: The World Health Organization (WHO) defines obstetric violence as “the violence suffered by women during pregnancy or childbirth, which includes physical mistreatment, humiliation, verbal abuse, or coercive or non-consented medical procedures”. Furthermore, the United Nations recognizes that mistreatment and violence against women in reproductive health services constitute a violation and infringement of human rights.

Objective: To analyze the consequences of obstetric violence in childbirth and postpartum period, as well as the role of nurses in these situations.

Methodology: A systematic literature review through a structured search in four databases; Pubmed, Cinahl, Scopus and Scielo. Filters were applied related to the year of publication, languages, free full-text access, and relevance to the topic being addressed.

Results and discussion: A total of 9 articles were included in this study, who met the established inclusion criteria. According to these articles, the prevalence of obstetric violence in Spain is 38,3% and among the factors causing it were those related to the characteristics of the pregnant women, such as age, physical appearance, educational level, etc. And also those related to healthcare professionals such as unnecessary restrictions, negligence, and indiscriminate use of oxytocin.

Conclusion: The main consequence of obstetric violence is overall dissatisfaction with the healthcare system.

Keywords: Obstetric violence, nursing care, Humanized childbirth , postpartum.



2. Introducció

El embarazo, el parto e incluso el puerperio son etapas de la vida de una mujer embarazada que incluyen grandes cambios. Nueve meses de embarazo que varían en cuanto a la sintomatología e intensidad, dependiendo de cada caso. Grandes cambios a todos los niveles fisiológicos y emocionales que acaban en una serie de contracciones uterinas indicando el inicio del proceso de parto. Un nuevo reto, que puede durar desde unas horas a unos días y dependiendo de la complicidad y de los factores fisiológicos, puede ser un parto vaginal o acabar en un quirófano sometiendo a una cesárea. Después del parto comienza la última etapa, el llamado puerperio (Bezares et al., 2009), que dura desde la expulsión de la placenta hasta la recuperación anatómica y fisiológica de la gestante. Y a su vez, al igual que las etapas anteriores, se sufren grandes cambios y adaptaciones emocionales.

En cuanto a las estadísticas (Mena-Tudela, D. et al., 2020), un estudio realizado por Environmental Research and Public Health, publicado en 2020, refleja la prevalencia de la violencia obstétrica en el territorio español, donde se muestra que un total de 38,3% de madres manifestaron haber sufrido este tipo de violencia, un 44,4% afirmaron haber sido sometidas a procesos innecesarios o dolorosos, de los cuales un 83,4% no fueron aceptados mediante un consentimiento informado. Y hablando concretamente de Cataluña, nos enfrentamos a un total de 38,2% de madres víctimas de la violencia obstétrica.

A lo largo de las etapas de embarazo, los sanitarios presentan una gran presencia en la vida de la gestante, para el acompañamiento y el control. Esta presencia es imprescindible para garantizar la salud y el bienestar, pero en algunas ocasiones puede convertirse en violencia obstétrica debido a determinadas conductas deshumanizadas o malas praxis y puede tener lugar en cualquiera de las etapas nombradas anteriormente.

La intervención médica es imprescindible durante todo el proceso de gestación, para reducir la mortalidad materno e infantil, mediante la aplicación de conocimientos científicos. Conocimientos que en algunas ocasiones provocan la instrumentalización del proceso reproductivo, sustituyendo así el papel dominante de la mujer durante su propio embarazo, parto e incluso en el puerperio, por la autoridad del sistema sanitario. La instrumentalización junto a otras conductas negativas conducen, en muchas ocasiones, a la violencia contra las mujeres embarazadas. Según algunos autores y países se trata de un tipo de violencia de género, un verdadero problema de salud pública. El trato deshumanizado a las gestantes, la tendencia a patologizar el proceso reproductivo natural y sus

múltiples manifestaciones que amenazan la atención sexual, el embarazo, el parto y el puerperio. (Belli, 2017)

La figura de la enfermera, es un elemento imprescindible para eliminar este tipo de violencia y garantizar la humanización de los cuidados. Las matronas consideran de gran relevancia la necesidad del aumento de la autonomía de las mujeres embarazadas y la toma de decisiones propias, centrándose en un modelo de cuidados biopsicosocial humanizado. Objetivo que se podrá alcanzar mediante una necesaria formación de los profesionales desde un inicio de su proceso educativo y, a su vez, una formación a lo largo del embarazo para las mujeres gestantes. (Martín, 2022)

En resumen, se trata de un tema de gran interés social y profesional, una cuestión que viola los derechos de las madres y sus hijos. Un tema sobre el cual todos hemos escuchado relatar historias vividas de madres conocidas, en nuestro caso por parte de seres queridos. Historias que nos provocan una sensación de impotencia y sobre todo como futuros profesionales, posiblemente futuras matronas y madres, nos manifiesta esa voluntad de conseguir cambios en cuanto a las malas prácticas que se dan en este ámbito de la salud y a su vez mantener las buenas y reforzarlas. Una revisión sistemática relacionada con la violencia obstétrica como un primer paso hacia una posible futura investigación con el fin de una mayor humanización de los cuidados obstétricos.

3. Marco conceptual.

3.1. Antecedentes obstétricos.

La historia de proceso reproductivo, (Gutiérrez, 2018) se remonta a la antigua Grecia, donde se habla por primera vez del parto, haciendo referencia al parto solitario, con la figura de Homero en el himno de Apolo. Demostrando así, la capacidad de la mujer de atender su propio parto. Pero debido a la situación de debilidad de la madre y del hijo, después de varias horas de contracciones dolorosas, se comienza a hablar en el año 6000 a.C, sobre la necesidad de una figura acompañante a la mujer, que ejerza el rol tanto de acompañamiento como de protección de ambos, esta es la comadrona. Esta comenzó a ganar fama entre las mujeres gracias a las experiencias compartidas de unas a otras.

En el año 1700 a.C se comenzó a hablar del concepto de enfermedad en el entorno místico, causada por uno de los 6000 demonios. Definición que a su vez se adoptó por el proceso de parto, causando así el aislamiento de la gestante en proceso de parto. (Gutiérrez, 2018)



Las primeras huellas de la obstetricia tuvieron lugar en el antiguo Egipto, del año 7000 a 1000 a.C y el más famoso fue en el año 1550 a.C, *el Papiro Ebers*, libro donde se describieron por primera vez prácticas ginecológicas y tratamiento de enfermedades, entre las cuales se encuentran las infecciones, irritación vaginal e incluso una orientación sobre la lactancia materna. Durante este periodo también destacaron prácticas realizadas por judíos y egipcios donde buscaban la perfección de la higiene, realizaban exploraciones genitales, embriotomías y cesáreas post mortem. Esta última se siguió practicando en Grecia y Roma de manera obligatoria hasta los años 500 a.C con justificación mística. (Gutiérrez, 2018)

Los griegos a su vez fueron los primeros en describir un parto natural. En primer lugar, Hipócrates (460-377 a.C) en su ensayo *Naturaleza de niño*, habla sobre el parto en cuclillas, mencionando que se trata de la manera idónea, ya que facilita el proceso. Más tarde, Sorano de Efeso (98-138 d.C), el padre de la ginecología y la obstetricia, cita que el parto debe de ser atendido por parte de la comadrona en la cama y posteriormente trasladar a la madre a la silla del parto, durante el proceso expulsivo. (Gutiérrez, 2018)

Este mismo, más tarde, publicará en su libro *Magnum Opus*, un capítulo sobre el parto, el cual será la guía en los siguientes 15 siglos. Capítulo donde describió maniobras de movimiento del feto en posición podálica, para pasarlo a cefálica, facilitando así tanto el parto.(Gutiérrez, 2018)

En 1513 Eucharius Roslin, médico Germano, publicó su libro *Jardín Rosa*, el cual fue el más famoso del s. XVIII para atender a los partos y a su vez incluyó una guía sobre la alimentación de la mujer gestante. (Gutiérrez, 2018)

En cuanto a la primera cesárea, no está claro cuando fue por primera vez en mujeres vivas, pero se habla de una primera vez en el año 1500 por parte de un castrador de cerdos. Más tarde, Jacob Nufer, la realizó a su mujer donde resultó efectiva y consiguió mantener en vida a ambos, la madre y el recién nacido. Pero no fue hasta el 21 de abril de 1610 donde se dio la primera cesárea médica, realizada por Gerónimo Tautman, que tuvo como resultado la muerte de la madre a los 25 días de postparto, pero a la cual el niño sí sobrevivió. Y la primera inducción al parto pre-término fue por Luis de Bourgeois en 1609, debido a una estrechez pelviana. (Docente et al., 2001)

En cuanto al empleo de instrumentos en el parto, se dio por primera vez en el año 1554, por parte de Jacob Rueff. Se trataba de unos similares al fórceps, instrumento que fue determinante su uso en



el s. XVII gracias a Palfyn quien lo hizo público en el año 1721 y por lo cual recibió un gran reconocimiento. (Docente et al., 2001)

Hasta este punto, la mujer gestante se consideraba como un enfermo y lo importante en todo el proceso era el fruto, el recién nacido. El parto era considerado sucio, herencia de la edad media, por lo que se seguía aislando a las mujeres. A su vez, las muertes maternas eran frecuentes por la falta de higiene. (Docente et al., 2001)

Durante los siguientes siglos, el hombre comenzó a interesarse por el proceso de parto, y empezó así una era de continuos avances. Entre los cuales destacamos (Docente et al., 2001):

- La primera sinfisiotomía por parte de Jean Rene Sigault en 1777.
- Separación de la obstetricia y la ginecología como diferentes disciplinas en el S.XIX.
- En 1804, Wenzel atiende el primer parto prematuro oficial.
- En 1805, tiene lugar la primera cesárea baja cervical por parte de Osiander.
- En 1847, la anestesia fue usada por primera vez por parte de Young Simpson, la cual no se aprobó hasta el año 1853, cuando fue empleado por John Snow quien la administró a la reina de Inglaterra.
- En 1903, Catherin publicó un tratado de anestesia epidural para cesáreas y fue Stockel en 1911 quien la aplicó por primera vez en un parto normal, para el alivio de dolor.

Todos estos avances, (Al adib et al, 2016) se duplicaron gracias a las nuevas tecnologías, dando lugar a un proceso gestacional completamente controlado y medicalizado por parte del personal sanitario. Mediante monitorizaciones continuas y buscando la comodidad del personal que atiende, en varias ocasiones, caemos en el olvido de que la principal protagonista es la gestante.

En conclusión, a lo largo de la historia de la humanidad se han presenciado importantes transformaciones en el proceso de atención obstétrica. Desde los partos naturales en el hogar asistidos por parteras sin formación profesional como la única opción disponible, hasta llegar a partos medicalizados y asistidos por un equipo de profesionales sanitarios, incluso en ausencia de patologías o riesgos. Esta moderna medicalización no se limita solo al momento del parto, sino que abarca todo el proceso de maternidad, incluyendo el puerperio, dando lugar a la aparición del concepto de la violencia obstétrica. Todo esto, ha impulsado a las mujeres a luchar por un proceso reproductivo más humanizado, iniciando un camino de concienciación sobre sus derechos.

3.2. Concepto de violencia obstétrica.

El término de violencia es un elemento característico de la sociedad humana, su naturaleza es transhistórica y no se manifiesta de la misma manera en todas las sociedades ni sigue una evolución determinada. Según Engels, existe una forma de violencia directa, visible, con un agresor y una víctima claramente identificables y en el cual el daño es causado directamente por el agresor. Sin embargo, también se puede hablar de una forma de violencia sistémica, oculta, indirecta o institucional, que no siempre es sencillo identificarla. (La Parra et al, 2003).

El concepto de violencia obstétrica se extiende, principalmente, en los países de Latinoamérica, destacando las aportaciones de Venezuela, México o Argentina, estados donde ya se empleaba este término desde el siglo XIX. El reconocimiento de este tipo de violencia nace de la necesidad de visibilizar este término, con el objetivo de apoyar los derechos de las mujeres, conocer el impacto que causa en la salud mental y lograr su erradicación. (Castrillo, 2016)

En el año 2007, Venezuela, fue el país pionero en definir por primera vez el término de la violencia obstétrica, incluyéndolo en la “Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres en una vida libre de violencia” mediante la siguiente definición: “la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por prestadores de salud, que se expresa en un trabajo jerárquico deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres” (D'Gregorio, 2010). Y a su vez describe los actos constitutivos de la violencia obstétrica (Bellón, 2015);

- No atender de manera eficaz las emergencias obstétricas.
- Forzar una posición de parto concreta sin causa que lo justifique.
- No facilitar de manera precoz el contacto piel con piel sin causa médica justificada.
- Alterar el proceso natural del parto, mediante el empleo de técnicas de aceleración sin el consentimiento de la madre.
- Practicar cesáreas en partos sin ningún tipo de complicación sin el consentimiento de la gestante.

La OMS define la violencia obstétrica como “aquella que sufren las mujeres durante el embarazo o el parto al recibir un maltrato físico, humillación y abuso verbal, o procedimientos médicos coercitivos o no consentidos” y en su declaración para la “Prevención y erradicación de la falta de respeto y el

maltrato durante la atención del parto en centros de salud”, afirma que gran número de gestantes alrededor de mundo sufren un trato irrespetuoso y ofensivo durante el parto en los centros de salud, violando así los derechos de estas a una atención respetuosa y amenazando a su vez su derecho a la vida, la salud, la integridad física y la no discriminación. (OMS, 2014)

Por otra parte, la ONU (Organización de Naciones Unidas) en 2019 publicó un informe titulado “Enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva, con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica”, donde reconoce que el maltrato y la violencia contra las mujeres en los servicios de salud reproductiva y durante la atención del parto, es una violación y vulneración de derechos humanos. Admite que la violencia obstétrica nace de una forma continuada de las violaciones que se producen en el contexto de la desigualdad estructural, la discriminación y el patriarcado. (Šimonović, 2019).

3.3. Formas de manifestación de la violencia obstétrica

La violencia obstétrica se puede ver reflejada, como hemos mencionado anteriormente, en todas las etapas de proceso de maternidad y a su vez existen diversas formas de ejercerla. La OMS cita los siguientes: (OMS, 2014)

- Prácticas de rutina, que no tienen justificación y exceso de medicalización.
- Vías venosas, monitoreo fetal continuo y posición de litotomía: obstáculos para el movimiento.
- Maniobra de Kristeller.
- Episiotomía innecesaria.
- Cesárea innecesaria.
- No respeto de los tiempos del parto biológico.
- Tratos deshumanizados, crueles y degradantes.
- Omisión de consentimiento informado.

3.4. Población de riesgo.

Según un estudio dirigido por la OMS (OMS,2019), publicado en The Lancet, alrededor de un tercio de las gestantes en cuatro países de bajos ingresos son víctimas de la violencia obstétrica durante el proceso de parto en los centros hospitalarios. Además, destaca que las gestantes más vulnerables a sufrir este tipo de violencia son aquellas jóvenes con menor nivel educativo.

Estas prácticas abarcan desde procedimientos médicos sin consentimiento de la paciente hasta poder llegar al abuso físico mediante el empleo de la fuerza. Los maltratos físicos son más comunes en países tercermundistas, donde las gestantes pueden ser víctimas de bofetadas, golpes o incluso puñetazos por parte del personal sanitario. (Eva, 2018)

En conclusión, existen 3 principales factores de riesgo que aumentan la posibilidad de ser víctimas de la violencia obstétrica: la pobreza, la juventud y el bajo nivel educativo.

3.5. Marco legal

A nivel internacional, relacionado con el tema de legislación de este tipo de violencia, la obstétrica, se abarca desde una perspectiva u otra dependiendo de cada país. Donde unos la consideran desde la visión legal como una violencia de género, como es el caso de países latinoamericanos como Venezuela, Argentina o México. (D'Gregorio, 2010) Mientras que otros países la encuadran dentro de la violencia contra los pacientes, como es el caso de España.

En España, focalizan la violencia obstétrica desde la perspectiva del derecho de la salud como un derecho humano. Podemos destacar las siguientes legislaciones:

- La constitución Española, en el artículo 43, apartado 1, resalta el derecho de la protección de la salud. (BOE, 2002)
- La Ley 41/2002 de 14 de noviembre, reguladora de la autonomía del paciente. Expone que toda actuación en el ámbito de la sanidad requiere el previo consentimiento de los pacientes. El paciente tiene el derecho a decidir de manera libre, tras recibir toda la información adecuada y necesaria, entre las opciones clínicas. A su vez, estos tienen el deber de facilitarle datos leales y verdaderos sobre su salud y reconocer su derecho a negarse al tratamiento. (BOE, 2002)
- La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, reconoce el derecho a la información completa y continuada en términos comprensibles y a su vez el derecho a infracciones y sanciones en el ámbito sanitario, lo que corresponde a las hojas de reclamaciones. (BOE, 2002)

Estas leyes, entre otras, son las únicas en las que nos podemos basar para denunciar la violencia obstétrica, es decir, no existe en España hoy en día ninguna legislación específica que aborde



directamente la problemática de la violencia obstétrica. Aunque en el caso de algunas comunidades autónomas sí que podemos encontrar legislaciones en defensa del proceso natural de parto, el derecho a la no medicalización del parto, etc.

4. Hipótesis

Adecuadas intervenciones enfermeras reducen la violencia obstétrica durante el parto y el puerperio.

5. Objetivos

5.1. Objetivos generales

- Analizar las consecuencias de la VO tanto en el parto como en el puerperio y el papel de la enfermería en estas situaciones.

5.2. Objetivos Específicos

- Determinar el impacto físico y psicológico de la VO.
- Determinar el rol de la enfermería en la prevención de la VO.

6. Metodología

6.1. Diseño de estudio

Se ha llevado a cabo una revisión sistemática con el propósito de analizar las consecuencias de la VO tanto en el parto como en el puerperio y el papel de la enfermería en estas situaciones.

6.2. Estrategia de búsqueda

En primer lugar, se formuló la hipótesis del tema de interés, luego se utilizaron las siguientes palabras claves para la búsqueda: violencia obstétrica, parto humanizado, enfermería y puerperio en lenguaje DeCS (Descriptors in health science) y MeSH (Medical Subject Headlines), junto al operador booleano AND.

6.2.1. Fuentes utilizadas y secuencia de búsqueda

Para la elaboración de la búsqueda se seleccionaron 4 bases de datos; Pubmed, Cinhal, Scopus y Scielo. Los artículos obtenidos en la primera búsqueda fueron diversos en cuanto a tipología, tema y año de publicación. La búsqueda se llevó a cabo entre octubre de 2022 y abril de 2023, siguiendo criterios de inclusión y exclusión predefinidos con la finalidad de obtener aquellos artículos de interés. Se ha descartado todo artículo de investigación secundaria, solamente se incluyeron estudios

en inglés, francés, portugués y español, publicados en los últimos 10 años y de acceso gratuito al texto completo.

Tras aplicar los criterios establecidos, se obtuvo un resultado más reducido de artículos. Posteriormente, se llevó a cabo una revisión exhaustiva para seleccionar aquellos acordes al tema tratado, comprobando a su vez que cumplan los criterios de inclusión y eliminando los artículos duplicados.

Una vez seleccionados los artículos a incluir en la revisión sistemática, se procedió a valorar la calidad de estos, para ellos se empleó la herramienta de valoración CASP. Todos estos, han obtenido un valor de CASP entre 8 y 9, lo que indica que han sido evaluados como estudios de alta calidad en términos de metodología y rigor científico. Estos, cumplen con la mayoría de los criterios establecidos en la escala CASP, lo que significa que han abordado de manera adecuada los objetivos de investigación, han seleccionado de manera apropiada a los participantes, han empleado métodos de recopilación de datos adecuados, han llevado a cabo un análisis riguroso y han interpretado los resultados de manera correcta. Estos valores obtenidos, afirman la confiabilidad y validez de los estudios incluidos en esta revisión bibliográfica sistemática.

Tabla 1. Descriptores DeCS i MeSH

Palabra clave	Descriptor DeCS /Nº Identificador único	Descriptor MeSH	Palabra clave (inglés)
Violencia obstétrica	Obstetric violence / DDCS0595 93	Obstetric violence	Obstetric violence
Cuidados de enfermería.	Nursing Care / D009732	Nursing care	Nursing care
Puerperio	Postpartum Period / D049590	Postpartum period	Postpartum period
Parto humanizado	Humanizing Delivery / DDCS036394	Humanizing Delivery	Humanizing Delivery

Fuente: Elaboración propia.

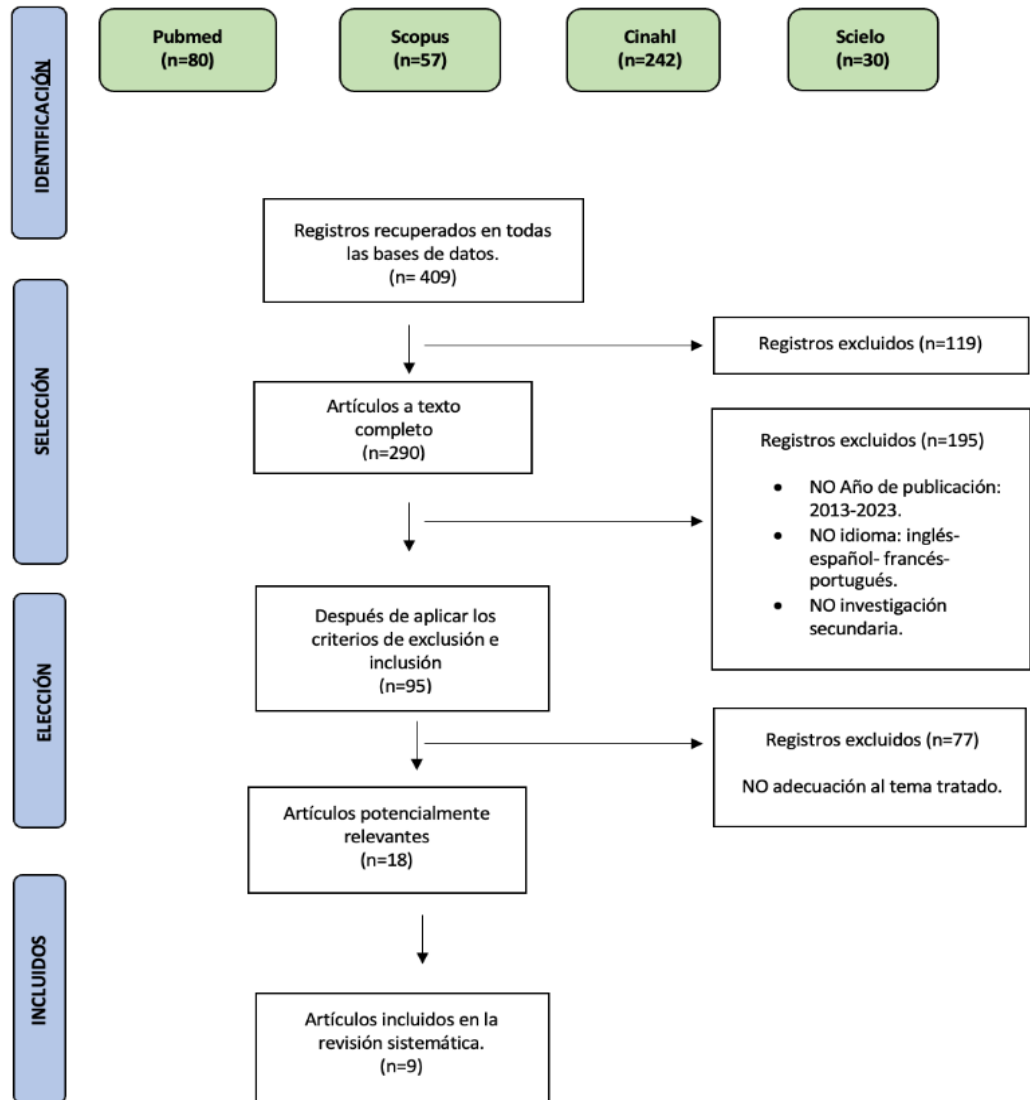
6.2.2. Resultados. Tabla estratégica de búsqueda.

Tabla 2. Secuencia de búsqueda.

Base de datos	Estrategia de búsqueda	Número de artículos	Número de artículos utilizados
PubMed	Obstetric violence AND Nursing Care AND Delivery	80	0
Scopus	Obstetric violence AND Nursing Care AND Postpartum Period	2	0
	Obstetric violence AND Nursing Care	55	4
CINAHL	Obstetric violence AND Nursing Care	8	1
	Obstetric violence AND Nursing Care AND Humanizing Care	234	2
Scielo	Obstetric violence AND Nursing Care	30	2
	Obstetric violence AND Nursing Care AND Postpartum Period	0	0

Fuente: Elaboración propia.

7. Diagrama de flujo



8. Resultados. Tabla de resultados

Autor, país y años	Nombre artículo	Objetivos	Metodología	Resultados/ Conclusiones	CASP
(Mayra, k., et al. 2020) India	Why do some health care providers disrespect and abuse women during childbirth in India?	Identificar las causas de la violencia obstétrica durante el parto ejercida por parte de los sanitarios en la India.	-Estudio cualitativo con un total de 34 entrevistas a líderes de partería y enfermería en la India. -Los datos obtenidos se analizaron mediante NVivo12.	Los factores causantes de la VO son: -En relación con las características de las mujeres embarazadas; la edad, la apariencia física, el nivel educativo, el estatus social, la cultura de abuso, mitos sobre el parto y por último la discriminación basada en el sexo. -Los relacionados con las matronas son; el género, la carga de trabajo, la jerarquía médica, el acoso y la impotencia.	8/10
(Pereira Lima Melo., et al. 2022) Brasil.	Obstetric violence in the light of the theory of culture care diversity and universality.	Analizar los relatos de puérperas sobre la VO presente en la atención obstétrica, basándose en la teoría de la diversidad y universalidad del cuidado cultural.	-Estudio transversal con enfoque cualitativo con un total de 10 entrevistas semiestructuradas a parturientas -Los resultados se organizaron y se adaptaron al modelo Sunrise.	-La mayoría de las participantes fueron jóvenes, casadas, primíparas y con parto vaginal. -Se destacó, a partir de sus relatos; la falta de conocimiento sobre el parto, la medicación, la violencia ejercida contra las mujeres fruto de la falta de comunicación, la deshumanización, la exposición del cuerpo y descontento. Fenómenos causantes de una insatisfacción hacia el servicio de salud.	9/10
(Mena-Tudela, D., et al. 2020) España	Obstetric violence in Spain (Part I): Women's perception and interterritorial differences.	Visibilizar la presencia de la VO en España como criterio de equidad interterritorial.	-Estudio descriptivo, retrospectivo y transversal. Con un total de 17.541 cuestionarios a mujeres atendidas en hospitales españoles desde 2009-2019.	-Un 38,3% percibió haber sufrido VO. -Un 44,4% fue sometido a procedimientos innecesarios y/o dolorosos, de los cuales un 83,4% no se les pidió su consentimiento informado. -La satisfacción media con la atención fue de 6,94 puntos en la muestra general. En mujeres que se percibían como víctimas de VO fue un 4,85 puntos.	9/10



<p>(Campos, V. S., et al. 2020) Brasil</p>	<p>Conventional practices of childbirth and obstetric violence under the perspective of puerperal women.</p>	<p>Comprender la experiencia de las puérperas con las prácticas convencionales de parto y VO.</p>	<p>-Estudio cualitativo, descriptivo y exploratorio, con un total de 8 entrevistas semiestructuradas a mujeres en unidades de atención primaria en Bahía. -Los datos obtenidos fueron analizados mediante la técnica de Bardin.</p>	<p>-Una atención obstétrica deficiente, irrespetuosa, medicalizada, centrada en la decisión del profesional y en ocasiones violenta. -Una experiencia de parto negativa, frustrante y traumática. -Se mantienen prácticas convencionales, con falta de evidencia que dan lugar a la VO.</p>	<p>9/10</p>
<p>(Flores-Romero L, et al. 2022) México.</p>	<p>Obstetric violence in childbirth care in baja california: Nursing Personnel perceptions.</p>	<p>Analizar la visión enfermera sobre la VO en el embarazo y el parto.</p>	<p>-Estudio cualitativo, con un total de 23 entrevistas a enfermeras de hospitales de la Baja California.</p>	<p>-Los enfermeros manifestaron que la violencia verbal es la más frecuente. -Otro tipo es el uso frecuente de técnicas invasivas para agilizar el parto sin el previo consentimiento. -Factores institucionales como la falta de personal, material o estrés pueden ser los fenómenos desencadenantes de la VO.</p>	<p>9/10</p>
<p>(Zanchetta Santos ., et al. 2021) Brasil.</p>	<p>Amplifying voices on obstetric violence: recommendations for advocacy by an obstetric nurse.</p>	<p>-Conocer las demandas de las mujeres para mejorar la calidad de la atención obstétrica. -Estudiar los posibles cambios sugeridos en las encuestas. -Plantear recomendaciones para la promoción por parte de la enfermera en aspectos de violencia obstétrica.</p>	<p>-Es una investigación exploratoria, con un total de 414 encuestas a mujeres del sureste de Brasil. -Los datos obtenidos fueron tratados mediante estadísticas descriptivas y análisis temáticos.</p>	<p>-El apoyo familiar fue planteado como una estrategia para combatir la violencia obstétrica. -Movilización del poder profesional hacia una atención más humanizada. -Una necesaria educación a la población sobre sus derechos en la atención obstétrica y humanizada.</p>	<p>8/10</p>



<p>(Gray Thomas, et al. 2019) Qatar.</p>	<p>Obstetric violence clinical staff perceptions from a video of simulated practice.</p>	<p>Valorar el conocimiento y las actitudes acerca de la VO en una cohorte multinacional del personal de enfermería obstétrica y obstetras.</p>	<p>-Estudio de cohorte multinacional llevado a cabo desde un hospital de maternidad privado en Qatar, con un total de 217 encuestas completadas.</p> <p>-Fueron encuestas anónimas, acompañadas de un video que refleja la VO. A partir del cual, se procedió a evaluar el conocimiento de los sanitarios hacia este tema.</p>	<p>-Un 52% había escuchado previamente hablar sobre la VO.</p> <p>-Un 48% son capaces de definir el concepto de VO a la perfección.</p> <p>-Un 63% fueron testigos de la VO.</p>	<p>9/10</p>
<p>(De Alexandria, et al. 2019) Brasil.</p>	<p>Obstetric violence under the perspective of nursing professionals of the birth care.</p>	<p>Valorar el conocimiento de los enfermeros obstétricos acerca de la VO.</p>	<p>-Estudio cualitativo, donde se exigían unos criterios de inclusión para las enfermeras obstétricas que participaron las encuestas semiestructuradas del estudio:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pertenecer al hospital de maternidad del estudio. • Haberse graduado en un periodo mínimo de 6 meses. • Haber ejercido de manera directa en cuidados obstétricos. <p>-Los datos obtenidos fueron organizados mediante la técnica de análisis de contenido.</p>	<p>-Las enfermeras fueron capaces de citar las técnicas y prácticas consideradas VO.</p> <p>-Se identificó la gran presencia actual de este tipo de violencia y se destacó la posible reducción de esta mediante acciones estratégicas y protocolos de asistencia.</p>	<p>9/10</p>
<p>(Silva Thalita., et al. 2020) Brasil.</p>	<p>Obstetric violence: theme approach in the training of Certified Nurse-Midwives.</p>	<p>Construir un discurso colectivo de las enfermeras obstétricas sobre la VO.</p>	<p>-Estudio descriptivo cualitativo, con un total de 20 entrevistas guiadas, empleando un cuestionario semiestructurado a enfermeras estudiantes de obstetricia.</p> <p>-Los datos obtenidos fueron procesados mediante el software Iramu•• TeQ y una clasificación jerárquica descendente.</p>	<p>-Se confirmó la importancia de capacitar a las enfermeras frente a la VO.</p> <p>-Las expresiones claves fueron:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Formación académica. • Conocimiento en la práctica educativa. • Asistencia de calidad. • Desajustes científicos, tecnológicos y humanísticos. • El fortalecimiento del modelo de atención. • La planificación estratégica en el sector de la salud. • La base humanística y la visión clínica profesional. 	<p>8/10</p>

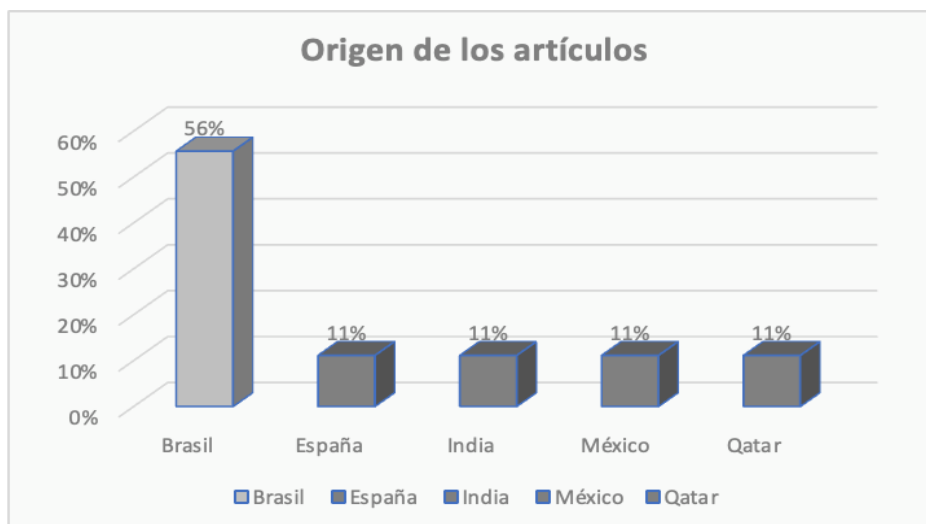
Fuente: Elaboración propia.

9. Análisis / Discusión

Tras leer y analizar los 9 artículos seleccionados, hemos realizado un análisis mediante la puesta en común de las diferentes investigaciones. Seleccionando los temas comunes y de interés más relevantes relacionados con el objetivo de estudio. Obteniendo así 4 subtemas:

- La prevalencia de la VO.
- Factores causantes de la VO.
- Perspectiva enfermera hacia la VO.
- Promoción de una atención obstétrica de calidad.

Figura 1. Gráfica de distribución del país de origen de los artículos incluidos.



Fuente:Elaboración propia.

9.1. La prevalencia de la VO

La VO es un tema de complejo abordaje que existe hasta hoy en día. Sin embargo, no es del todo aceptado tanto por parte de la comunidad médica como por la sociedad, sobre todo aquella primermundista. Este tipo de violencia puede ocurrir durante el embarazo, el parto y el puerperio, presenciado incluso en situaciones como el aborto espontáneo.

Mena-Tudela, D., et al. (2020), en su estudio sobre la prevalencia de la violencia obstétrica en España, a partir de una muestra de 17.541 mujeres atendidas en hospitales españoles, afirma que un 38,3% han sido víctimas de VO. En relación a cómo percibieron estas mujeres la VO según este estudio, en primer lugar, existe la violencia relacionada con el comportamiento de los profesionales sanitarios,



donde un total de 67,9% creían que las instituciones de la salud no apoyan ni promueven suficientemente sus derechos obstétricos. Un 45,9% manifestó la imposibilidad de resolver sus dudas o expresar sus miedos o preocupaciones. Y un 44,4% piensa que fue sometido a procedimientos innecesarios y dolorosos.

En segundo lugar, encontramos la VO relacionada con el plan de parto, donde el 41,6% manifestaron una falta de información sobre el plan de parto y tan solo el 20,2% pensaron que su plan de parto fue respetado. En tercer lugar, habla sobre la VO relacionada con el aborto espontáneo y la pérdida perinatal, de un total de 6,3% de embarazos que acabaron en aborto, un 36,5% percibieron cuidados innecesarios. Y por último, la VO relacionada con el puerperio y la lactancia materna, un 35% afirmaron que no recibieron ningún tipo de apoyo durante el puerperio sobre la alimentación y los cuidados del recién nacido. Y del porcentaje total que optó por lactancia materna, un 37,6% no se sintieron apoyadas a la hora de resolver dudas o superar dificultades.

Por último, en cuanto a la satisfacción media con la atención recibida, obtuvo una puntuación de 6,94 puntos a partir de la muestra general y un 4,85 por parte de aquellas que manifestaron haber sido víctimas de VO.

9.2. Factores causantes de la VO

Se diferencian numerosos factores causantes de la VO, tanto los relacionados con las mujeres como aquellos relacionados con el profesional sanitario obstétrico. Pereira Lima Melo., et al. (2022) en su estudio transversal, a partir de 10 entrevistas semiestructuradas a puérperas, señala como factores causantes de la VO:

- La falta de conocimientos sobre el parto.
- El miedo.
- La violencia ejercida por la ausencia de comunicación.
- La deshumanización.
- La exposición del cuerpo de la mujer y el malestar.

Obteniendo como resultado una atención frágil con insatisfacción general con el servicio de salud. Esta falta de conocimiento también puede estar asociada a la baja escolaridad determinada por cuestiones de género, o sea, ser una mujer pobre con baja escolaridad la coloca en una posición de desigualdad en la relación jerárquica con los profesionales de la salud, en la que las mujeres son



tratadas como objetos de intervención profesional y no como protagonistas de sus propias decisiones y actos. También destaca que existe una dificultad por parte de las gestantes para reconocerse como víctima de la VO debido a la naturalización de estas prácticas.

Por otra parte, Campos, V. S., et al (2020), en su estudio sobre las experiencias de mujeres puérperas, destaca las causas de la VO, a partir de una muestra de 8 mujeres. Mencionando en primer lugar la falta de respeto a la hora de elección de la mujer de su método de parto, elección llevada a cabo en muchas ocasiones por parte de los profesionales sanitarios, decantándose por el método de cesárea en múltiples situaciones sin cumplimiento de criterios y/o clasificaciones recomendadas. En segundo lugar, están las prácticas convencionales, son aquellas comunes en la práctica obstétrica pero científicamente insostenibles:

- El uso indiscriminado de la oxitocina.
- La práctica rutinaria de episiotomía.
- La realización de amniotomía.
- La adopción exclusiva de posiciones horizontales para el parto.
- Negación de acompañante.
- Restricciones innecesarias.
- Sentimientos de abandono.
- Negligencia.
- Falta de aclaración de dudas.
- Tactos vaginales repetitivos.

Y por último, destaca la naturalización de la VO, a pesar de todos los factores mencionados anteriormente, las mujeres atendidas en el parto, clasificaban esta atención como buena. Esto es debido, a que la mayoría, no reconocía los factores relacionados con la medicación o las intervenciones innecesarias como violencia contra la mujer, ya que consideraban que se trataba de procedimientos comunes y rutinarios que se realizan durante el parto. En cambio, acciones como el maltrato psicológico y verbal sí que eran percibidos y generaban una insatisfacción con respecto a la atención recibida.

Por último, Mayra, k.,et al. (2020) en su artículo sobre los factores causantes de la VO desde la perspectiva de los proveedores sanitarios, se reveló la existencia de factores causantes de la VO relacionados con las características de las mujeres embarazadas;

- La edad.



- La apariencia física.
- El nivel educativo.
- El estatus social
- Mitos sobre el parto.
- La discriminación basada en el sexo.

Y aquellos relacionados con las matronas;

- El género.
- La carga de trabajo.
- La jerarquía médica.
- El acoso.
- La impotencia.

9.3. Perspectiva enferma hacia la VO

De Alexandria, et al. (2019), en su artículo sobre la valoración de los conocimientos enfermeros obstétricos sobre la VO, estos fueron capaces de citar las técnicas y prácticas consideradas VO, según su experiencia profesional, entre los cuales mencionaron; agresión verbal, privación de un acompañante, actitudes o acciones que vulneran los derechos de la parturienta, la apropiación de los cuerpos y de los procesos naturales por parte de los profesionales involucrados.

En segundo lugar, en relación al cuestionario sobre las prácticas que los profesionales consideran como VO, los enfermeros obstétricos sugirieron varias respuestas, entre las cuales se encuentran prácticas como; separación de la madre de recién nacido sano, tricotomía, ayuno, episiotomía, no información sobre procedimientos realizados, etc. Y por último, en este estudio, los enfermeros demostraron conocimientos adecuados a su vez en cuanto a los derechos de las mujeres gestantes como son; derecho a un acompañante de libre elección, derecho a una habitación restringida para no exponer su privacidad, derecho a la información sobre los procedimientos realizados, etc.

Por otro lado, Gray Thomas.,et al. (2019) en su estudio, atribuyeron que de una muestra de 217 encuestas completadas de profesionales obstetras, tanto enfermeros como médicos, un 52% afirman haber escuchado previamente hablar sobre la VO. Mientras que un 48% son capaces de definir este concepto a la perfección. Tanto obstetras como el personal de enfermería identificaron la comunicación, el trabajo en equipo, la dignidad y privacidad de las gestantes como áreas para reflexionar sobre su propia práctica. Un 63% fueron testigos de comportamientos de VO en algún momento de su carrera profesional.



Según estos profesionales, el riesgo de sufrir la VO está influenciado por el nivel socioeconómico y educativo, en especial en aquellas sociedades donde el poder de la mujer es reducido. A esto se le suman, según estos, factores institucionales como la falta de material, personal, supervisión y responsabilidad, los cuales promueven estos comportamientos no profesionales.

Por último, en su estudio Flores-Romero L, et al. (2022) mediante 23 entrevistas a enfermeras, estas manifestaron la existencia de la VO en la atención hospitalaria hacia las mujeres gestantes. La violencia verbal, según este estudio, era la más frecuente y tiene lugar en los diferentes momentos de la atención obstétrica. Esta violencia se expresa mediante comentarios hacia la sexualidad de la mujer, sobre el número de hijos de esta, regañños, etc.

"mira, cariño, si no quieres que tu bebé termine discapacitado o algo así, presiona, el niño ya está allí, ya puedes ver su pequeña cara trasera, el niño tiene que respirar". Sé que es violencia obstétrica, pero también entiendo que estás ahí en el momento, el niño tiene que salir, ella tiene que sacarlo, no podemos sacarlo por nuestra cuenta y sí, en realidad funcionó porque ella empujó y empujó, y el niño salió; es violencia obstétrica y hay momentos en los que lo hacemos sin querer (enfermera de 48 años, tres años de experiencia, comunicación).

Los profesionales sanitarios de este estudio también mencionan la violencia física como un tipo de VO. Según estos, esta es ejercida mediante prácticas invasivas o innecesarias que pueden causar daño a la madre o al recién nacido.

"Aquí muchas veces tienen prisa y hacen la episiotomía cuando la mujer no está de acuerdo con conseguir una, pero en ese momento no está en condiciones de negociar, solo le dicen "El bebé no viene (...) no te estás dilatando y hagámoslo", porque no le permitieron el tiempo adecuado para dilatarse de forma natural (enfermera de 51 años, seis años de experiencia, comunicación).

A su vez, el personal de enfermería que participó en este estudio destacó varias razones por las que no eran capaces de proporcionar una atención adecuada y respetuosa a la mujer gestante:

- Sobresaturación de pacientes: lo que causa una disminución en el tiempo y calidad de atención.
- Restricciones en relación con los acompañantes.



- Sanitarios con múltiples trabajos: factor causante del cansancio y el estrés, que contribuye a un comportamiento inadecuado hacia los pacientes.
- La jerarquía interna entre profesionales sanitarios.
- La falta de personal.
- Nivel de formación: es crucial una formación adecuada y continuada en el tiempo del personal sanitario.

9.4. Promoción de una atención obstétrica de calidad

Con relación a la promoción de una atención obstétrica de calidad, Zanchetta Santos .,et al. (2021), en su estudio, a partir de encuestas a 414 personas, la mayoría mujeres, donde su objetivo principal es conocer las demandas de las mujeres para mejorar la calidad de la atención obstétrica y plantear recomendaciones para la promoción por parte de las enfermeras en aspectos relacionados con la VO. Las demandas de los participantes, para conseguir una adecuada atención obstétrica fueron:

- Empoderamiento de la mujer sobre sus derechos y apoyarla en sus elecciones.
- Combatir todo tipo de violencia y buscar sensibilizar a los profesionales.
- Respeto hacia las mujeres, sus familiares, decisiones, creencias y costumbres.
- Deconstruir que los profesionales de la salud tienen pleno poder y autoridad sobre la salud de quienes atienden.
- Los profesionales sanitarios han de ser menos intervencionistas y medicalizantes en situaciones que no lo requieren.
- Educación en el tema de responsabilidad ético-profesional a las mujeres, a los profesionales sanitarios, gestores e incluso a la sociedad en general.
- Evaluación de la organización de salud mediante formularios, encuestas, entrevistas, etc.

Y en relación con las propuestas sobre aquello que deben modificar los profesionales a la hora de la atención a la mujer gestante, estas fueron:

- Respeto.
- Empatía.
- Escucha activa.
- Orientación a las mujeres sobre las intervenciones.
- Capacitación de los profesionales enfocada en la humanización del cuidado.

Por otro lado, Silva Thalita., et al (2020), menciona los posibles cambios en la atención obstétrica, para una de calidad, desde la perspectiva de los profesionales. A partir de una muestra de 20



entrevistas guiadas a enfermeras estudiantes de obstetricia, estos manifestaron la importancia de una formación y capacitación de profesional de enfermería sobre la VO. A su vez, mencionaron la importancia de la integración de este término en la práctica educativa, un fortalecimiento del modelo de atención, una planificación estratégica en el sector de salud y por último una base humanística y visión clínica profesional.

10. Limitaciones

Durante la elaboración de esta Revisión sistemática, nos hemos encontrado con numerosas limitaciones, la mayoría en relación a la búsqueda de artículos. A continuación, se enumeran las limitaciones identificadas:

- Inclusión únicamente de artículos de acceso gratuito: debido a las restricciones de acceso a bases de datos de pago, solo se pudieron incluir artículos de acceso gratuito, lo cual puede haber limitado la disponibilidad de algunos estudios relevantes a los cuales no se pudo acceder.
- Artículos publicados en los últimos 10 años, y redactados en inglés, castellano, francés y portugués.
- La necesidad de incluir el portugués en los criterios de inclusión, ya que el país pionero en relación al origen de los artículos que trataban sobre la VO, era Brasil.

Junto a las limitaciones relacionadas con la búsqueda, es importante tener en cuenta que el mayor porcentaje de los estudios incluidos eran de Brasil y observando los resultados obtenidos en cuanto al porcentaje de la VO en España, durante la elaboración de estudios surgió la necesidad de contar con estudios originales realizados en España para poder obtener una visión más amplia y representativa de la problemática en nuestra sociedad.

Y por último, nos vimos enfrentados a un sesgo de publicación selectiva, ya que al no obtener las respuestas esperadas a los objetivos planteados, pusimos en duda nuestro trabajo y si la elaboración era la correcta.



11. Conclusión

En conclusión, tras analizar los artículos incluidos en esta revisión sistemática, no se afirma nuestra hipótesis, pero sí se muestra que existen planteamientos tanto por parte de los profesionales sanitarios como de las mujeres gestantes sobre posibles adecuadas intervenciones enfermeras, en especial, y sanitarias en general, que podrían reducir la VO.

En relación al objetivo general planteado, se destaca que la principal consecuencia de la VO, según este estudio, es la insatisfacción general con el servicio sanitario. Y en cuanto al papel de las enfermeras en estas situaciones, no se ha encontrado ningún artículo que aborde este tema. Pero sí que se reflejan posibles futuras propuestas por parte de las enfermas para una reducción de la VO.

En cuanto a los objetivos específicos, se ha observado que:

- Ninguno de los 9 artículos incluidos aborda el impacto físico y psicológico de la VO.
- En cuanto al segundo objetivo, determinar el rol de la enfermería en la prevención de la VO. Contamos con 2 artículos, el primero, son planteamientos de las mujeres sobre las posibles futuras intervenciones de enfermería para reducir la VO, entre los cuales mencionan, el respeto, empatía, escucha activa, orientación a las mujeres sobre las intervenciones y la capacitación de los profesionales enfocada en la humanización. Y el segundo artículo, revela que los profesionales de enfermería manifestaron que para una prevención adecuada de la VO, se requiere una asistencia de calidad, un fortalecimiento de modelo de atención, una planificación estratégica en el sector de salud y por último una visión clínica profesional.



12. Implicaciones para las políticas y la práctica enfermera

1. Legislación específica: es esencial promulgar leyes que definan y prohíban la VO de manera directa. Estas, deben definir los derechos y las garantías de las mujeres durante el embarazo, parto y el postparto, y sancionar a su vez cualquier forma de VO.

2. Formación y sensibilización: es fundamental proporcionar formación en derechos sexuales y reproductivos, así como en atención y cuidado durante el embarazo y el parto, a los profesionales sanitarios, y sobre todo educación en cuanto al reconocimiento, prevención y manejo de la VO, en especial a aquellos involucrados en la atención obstétrica. A su vez, es importante llevar a cabo campañas de sensibilización para concienciar a la sociedad sobre la VO y promover un trato digno y respetuoso hacia las mujeres embarazadas.

3. Empoderamiento de los pacientes: las enfermeras, deben cumplir con el papel clave en cuanto al empoderamiento de las mujeres embarazadas, proporcionando la información adecuada y precisa sobre el proceso de atención y fomentando la toma de decisiones compartidas.

4. Protocolos de atención: establecer protocolos basados en la evidencia científica para la atención obstétrica que promuevan a su vez, el respeto, la autonomía y la toma de decisiones de las mujeres. Dichos protocolos, deben incluir medidas de prevención y abordaje de la VO, así como garantizar un consentimiento informado y respetado en todos los procedimientos médicos.

5. Supervisión: establecer un sistema de supervisión que garantice el cumplimiento de los derechos de las mujeres en la atención obstétrica. Esto implica, la creación de mecanismos de denuncia accesibles, confidenciales y seguros, así como la implementación de procesos de investigación y sanciones adecuadas en casos de VO confirmada.

6. Posibilidad de acceso gratuito a apoyo psicológico.



13. Bibliografía

1. Al adib, M. et al. (2016). *La violencia obstétrica: un fenómeno vinculado a la violación de los derechos elementales de la mujer*.
https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152017000100104#B2
2. Gutiérrez, Y. L. B., & Gamboa, L. B. D. (2018). Violencia obstétrica, historia olvidada de prácticas invisibilizadas. *Derecho y Realidad*, 16(32).
https://revistas.uptc.edu.co/index.php/derecho_realidad/article/view/9848/11856
3. Belli, L. F. (2017). La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos. *Revista Redbioética/UNESCO*, Año, 4(7), 25–34.
<https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/12868>
4. Bellón, S. (2015). *Vista de La violencia obstétrica desde los aportes de la crítica feminista y la biopolítica*. Retrieved December 15, 2022
<https://www.dilemata.net/revista/index.php/dilemata/article/view/374/379>
5. Bezares, B., Sanz, O., & Jiménez, I. (2009). *Patología puerperal Puerperal pathology*. 32, 4–7.
https://www.icmer.org/documentos/lactancia/puerperio_octavio.pdf
6. BOE. (2002). *BOE.es - BOE-A-2002-22188 Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica*. Retrieved December 15, 2022, from
<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2002-22188>
7. Campos, V.S., Morais, A.C., Do Nascimento Souza, Z.C.S., De Araújo, P.O.(2020) Conventional practices of childbirth and obstetric violence under the perspective of puerperal women.
<https://www-scopus-com.sabidi.urv.cat/record/display.uri?eid=2-s2.0-85110100169&origin=resultslist&sort=plf-f&src=s&st1=Obstetric+violence+AND+nursing+care&nlo=&nlr=&nls=&sid=234f776466b66e8344297d83dd19cbc1&sot=b&sdt=cl&cluster=scofreetoread%2c%22all%22%2ct%22bscopubyr%2c%222022%22%2ct%2c%222021%22%2ct%2c%222020%22%2ct%2c%222019%22%2ct%2c%222018%22%2ct%2c%222017%22%2ct%2c%222015%22%2ct%2c%2>



[22014%22%2ct%2bscosubtype%2c%22ar%22%2ct&sl=50&s=TITLE-ABS-KEY%28Obstetric+violence+AND+nursing+care%29&relpos=10&citeCnt=2&searchTerm=](https://www.scielo.br/j/sess/a/jXWfHQCDHrHMGpSqNB93ZPD/abstract/?lang=es)

8. Castrillo, B. (2016). Dime quién lo define y te diré si es violento. Reflexiones sobre la violencia obstétrica. *Sexualidad, Salud y Sociedad* (Rio de Janeiro), 43-68.
<https://www.scielo.br/j/sess/a/jXWfHQCDHrHMGpSqNB93ZPD/abstract/?lang=es>
9. De Alexandria, S. T., de Oliveira, M. D. S. S., Alves, S. M., Bessa, M. M. M., Albuquerque, G. A., & Santana, M. D. R. (2019). La violencia obstétrica bajo la perspectiva de los profesionales de enfermería involucrados en la asistencia al parto.
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2001000100009](https://www-scopus-com.sabidi.urv.cat/record/display.uri?eid=2-s2.0-85072678104&origin=resultslist&sort=plf-f&src=s&st1=Obstetric+violence+AND+nursing+care&nlo=&nlr=&nls=&sid=234f776466b66e8344297d83dd19cbc1&sot=b&sdt=cl&cluster=scofreetoread%2c%22all%22%2ct%2bscopubyr%2c%222022%22%2ct%2c%222021%22%2ct%2c%222020%22%2ct%2c%222019%22%2ct%2c%222018%22%2ct%2c%222017%22%2ct%2c%222015%22%2ct%2c%222014%22%2ct%2bscosubtype%2c%22ar%22%2ct&sl=50&s=TITLE-ABS-KEY%28Obstetric+violence+AND+nursing+care%29&relpos=16&citeCnt=1&searchTerm=10. Docente, P., Julio, D., & Lugones Botell, M. (2001). 5 3 <i>DeCS: CESAREA/historia</i>.<a href=)
11. D'Gregorio, R. P. (2010). Obstetric violence: a new legal term introduced in. Venezuela. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 111(3), 201-202.
https://www.redehumanizasus.net/sites/default/files/figo_-_violencia_obstetrica_-_legislacao_na_venezuela.pdf
12. Eva. (2018). *LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA COMO VIOLENCIA DE GÉNERO*.
https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/684184/garcia_garcia_eva_margarita.pdf
13. Flores-Romero, L., Viñas Velázquez, B. M., Treviño-Siller, S., & Islas-Limón, J. Y. (2022). Obstetric Violence in Childbirth Care in Baja California: Nursing Personnel Perceptions. *Frontera norte*, 34.
https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0187-73722022000100110&script=sci_arttext



14. Gray Thomas., Mohan, S., Lindow, S., & Farrell, T. (2019). Obstetric violence: clinical staff perceptions from a video of simulated practice. *European journal of obstetrics & gynecology and reproductive biology*.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2590161319300432>
15. La Parra, D., & Tortosa, J. M. (2003). Violencia estructural: una ilustración del concepto. *Documentación social*, 131(3), 57-72 <https://www.ugr.es/~fentrena/Violen.pdf>
16. Martín, M. C. (2022). *La construcción del Empoderamiento Femenino: visibilizando la violencia obstétrica*. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-60112020000100023&lng=es&tlng=es
17. Mayra, K., Matthews, Z., Padmadas, S.S. (2020). Why do some health care providers disrespect and abuse women during childbirth in India?.
<https://www-scopus-com.sabidi.urv.cat/record/display.uri?eid=2-s2.0-85102006597&origin=resultslist&sort=plf-f&src=s&st1=Obstetric+violence+AND+nursing+care&nlo=&nlr=&nls=&sid=234f776466b66e8344297d83dd19cbc1&sot=b&sdt=cl&cluster=scofreetoread%2c%22all%22%2ct%2b%2cscopubyr%2c%222022%22%2ct%2c%222021%22%2ct%2c%222020%22%2ct%2c%222019%22%2ct%2c%222018%22%2ct%2c%222017%22%2ct%2c%222015%22%2ct%2c%222014%22%2ct%2b%2cscosubtype%2c%22ar%22%2ct&sl=50&s=TITLE-ABS-KEY%28Obstetric+violence+AND+nursing+care%29&relpos=2&citeCnt=9&searchTerm=>
18. Mena-Tudela, D., Iglesias-Casás, S., González-Chordá, V. M., Cervera-Gasch, A., Andreu-Pejó, L., & Valero-Chilleron, M. J. (2020). Obstetric Violence in Spain (Part I): Women's Perception and Interterritorial Differences. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2020, Vol. 17, Page 7726, 17(21), 7726. <https://doi.org/10.3390/IJERPH17217726>
19. OMS (2014). Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud. Declaración de la Organización Mundial de la Salud.
<https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-RHR-14.23>
20. OMS. (2019). *Un nuevo estudio demuestra un maltrato significativo de las mujeres durante el parto* – OMS. Retrieved December 15, 2022, <https://www.who.int/es/news/item/09-10-2019-new-evidence-shows-significant-mistreatment-of-women-during-childbirth>



21. Pereira Lima Melo, B. L., Lira dos Santos Moreira, F. T., Moreira de Alencar, R., de Castro Magalhães, B., Gomes Rocha Cavalcante, E., Rodrigues Maia, E., & Alencar Albuquerque, G. (2022). Obstetric violence in the light of the theory of culture care diversity and universality. <https://www-scopus-com.sabidi.urv.cat/record/display.uri?eid=2-s2.0-85130940796&origin=resultslist&sort=plf-f&src=s&st1=Obstetric+violence+AND+nursing+care&nlo=&nlr=&nls=&sid=234f776466b66e8344297d83dd19cbc1&sot=b&sdt=cl&cluster=scofreetoread%2c%22all%22%2ct%2b%2cscopubyr%2c%222022%22%2ct%2c%222021%22%2ct%2c%222020%22%2ct%2c%222019%22%2ct%2c%222018%22%2ct%2c%222017%22%2ct%2c%222015%22%2ct%2c%222014%22%2ct%2b%2cscosubtype%2c%22ar%22%2ct&sl=50&s=TITLE-ABS-KEY%28Obstetric+violence+AND+nursing+care%29&relpos=5&citeCnt=0&searchTerm=>
22. Šimonović, D. (2019). Enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva, con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica. Asamblea General de las Naciones Unidas. <https://www.ohchr.org/es/calls-for-input/report-human-rights-based-approach-mistreatment-and-obstetric-violence-during>
23. Silva, Thalita. M. D., Sousa, K. H. J. F., Oliveira, A. D. D. S., Amorim, F. C. M., & Almeida, C. A. P. L. (2020). Obstetric violence: theme approach in the training of Certified Nurse-Midwives. <https://www-scopus-com.sabidi.urv.cat/record/display.uri?eid=2-s2.0-85095947768&origin=resultslist&sort=plf-f&src=s&st1=Obstetric+violence+AND+nursing+care&nlo=&nlr=&nls=&sid=234f776466b66e8344297d83dd19cbc1&sot=b&sdt=cl&cluster=scofreetoread%2c%22all%22%2ct%2b%2cscopubyr%2c%222022%22%2ct%2c%222021%22%2ct%2c%222020%22%2ct%2c%222019%22%2ct%2c%222018%22%2ct%2c%222017%22%2ct%2c%222015%22%2ct%2c%222014%22%2ct%2b%2cscosubtype%2c%22ar%22%2ct&sl=50&s=TITLE-ABS-KEY%28Obstetric+violence+AND+nursing+care%29&relpos=12&citeCnt=3&searchTerm=>
24. Zanchetta, M. S., Santos, W. S., Souza, K. V. D., Pina, V. R., Hwu, H., Stahl, H., ... & Escobar, H. P. V. D. (2021). Amplifying voices on obstetric violence: recommendations for advocacy by an obstetric nurse. <https://www-scielo-br.sabidi.urv.cat/j/ean/a/dCpZMxm4BHpmb5nFwgwLWDL/?lang=pt>