

Violencia obstétrica, percepción y experiencia de control en el parto: toma decisonal en la salud reproductiva

Isabel Isart GonzálezUniversidad de Oviedo (España) ✉ **María de la Villa Moral Jiménez**Universidad de Oviedo (España) ✉ <https://dx.doi.org/10.5209/infe.97700>

Recibido: Septiembre 2024 • Evaluado: Enero 2025 • Aceptado: Enero 2025

ES Resumen: Introducción. La violencia obstétrica es una problemática invisibilizada que se ha relacionado con determinadas variables sociodemográficas y con una falta de control personal en el parto. **Objetivos.** El objetivo de este estudio es analizar la violencia obstétrica desde una perspectiva psicológica, así como conocer las percepciones y experiencias de control en el parto en mujeres españolas. **Metodología.** En este estudio han participado 214 mujeres, con edades comprendidas entre los 19 y los 45 años ($M = 35.4$; $DT = 4.56$), que han tenido partos en los últimos años. **Resultados y discusión.** El 62.1 % de las mujeres que han participado en el estudio ha sufrido violencia obstétrica. No existen diferencias en las percepciones sobre violencia obstétrica en función de la edad o del nivel socioeconómico. El nivel de control personal en el parto no se relaciona con el número de partos. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la violencia obstétrica y el nivel de control personal en el parto. **Conclusión.** La violencia obstétrica es una problemática presente en España y se relaciona con el control percibido en el parto, afectando a la valoración de la experiencia vivida.

Palabras clave: violencia obstétrica, percepciones, control personal, salud reproductiva, parto.

ENG Obstetric violence, perception and experience of control in birth: decisional making in reproductive health

Abstract: Introduction. Obstetric violence is an invisibilized issue that has been related to certain sociodemographic variables and to a lack of personal control in childbirth. **Objectives.** The aim of this study is to analyse the obstetric violence from a psychological perspective, and to understand the perception and experience of childbirth in Spanish women. **Methodology.** 214 women have participated in this study, aged between 19 and 45 ($M = 35.4$; $DT = 4.56$), who have given birth in recent years. **Results and discussion.** 62.1 % of the sample has suffered obstetric violence. Obstetric violence doesn't relate to age or socioeconomic status. The level of personal control during childbirth is not related to the number of births. Statistically significant differences were found between obstetric violence and the sense of personal control during childbirth. **Conclusion.** Obstetric violence is a problematic present in Spain, and it is related to the sense of personal control during childbirth, thus affecting the assessment of the lived experience.

Keywords: obstetric violence, perceptions, personal control, reproductive health, childbirth.

Sumario: 1. Introducción. 1.1. Objetivos e hipótesis. 2. Metodología. 2.1. Participantes. 2.2. Variables e instrumentos. 2.3. Diseño. 2.4. Procedimiento. 2.5. Análisis de datos. 3. Resultados. 4. Discusión. Referencias bibliográficas.

Cómo citar: Isart González, I.; de la Villa Moral Jiménez, M. (2025). Violencia obstétrica, percepción y experiencia de control en el parto: toma decisonal en la salud reproductiva. *Investigaciones Feministas*, 16(1), 185-197. <https://dx.doi.org/10.5209/infe.97700>

1. Introducción

En la década de 1960 comenzó un movimiento activista por los derechos reproductivos que defendía el derecho de las mujeres a un "parto respetado" (Bellón, 2015). Este grupo reivindicaba una "menor intervención

médica”, y un “máximo cuidado, apoyo y consideración” hacia las parturientas (Murialdo, 2019). Se define entonces una nueva forma de violencia contra la mujer que abarca las prácticas recibidas en el contexto reproductivo-ginecológico, por parte del personal médico, especialmente de los obstetras (Pereira et al., 2015). Como expresan Sadler et al. (2016), más adelante hubo un cambio en la perspectiva porque se comienza a enmarcar como un problema de violencia, sustituyendo la petición de “respetar los derechos humanos” por una protesta contra la violación de los mismos. Ante esta variación, se ha observado un cambio significativo en las percepciones sociales sobre esta problemática (Grilo et al., 2015). En el año 2014, la Organización Mundial de la Salud se manifiesta en contra de este tipo de prácticas, y estima que existe violencia en una de cada 3,5 atenciones obstétricas. Precisamente, en un estudio llevado a cabo por Mena-Tudela et al. (2020a) un 38.3 % de las mujeres españolas percibieron haber sufrido violencia obstétrica.

La Violencia Obstétrica (VO) es definida por Laínez et al. (2023, p. 71) como el conjunto de “prácticas, conductas y abusos violentos o percibidos como violentos por acción u omisión, realizadas por los profesionales del sistema de salud hacia las mujeres, durante la atención al embarazo y el parto”. Conviene distinguir la VO de otro tipo de negligencias médicas que ocurren en el mismo contexto hospitalario (Sadler et al., 2016). Esto se debe a que el parto no es un suceso médico que requiera múltiples intervenciones, sin embargo, durante las últimas décadas se ha atendido como tal (Pereira et al., 2015). En este sentido, Murialdo (2019) define la VO como una violencia de tipo institucional, ya que ocurre siempre bajo la autoridad del personal de salud.

Por otro lado, se trata de una problemática estructural porque no se pretende culpar al personal sanitario como grupo, ni presentar el ejercicio médico como violento, sino que se incide en transmitir que existe todo un modelo que vulnera sistemáticamente estos derechos (Ramos et al., 2023). Cordones y Blázquez (2023) la definen como una forma invisibilizada de violencia, incluido para sus propias víctimas, ya que a menudo es aceptada e incluso expresada en forma de “anécdotas”. En el año 2016, la VO es declarada como una de las formas más naturalizadas e invisibilizadas de violencia contra la mujer (Sadler et al., 2016). Esta característica se manifiesta en que, en la mayoría de las ocasiones, los propios profesionales no son conscientes de ejercerla y reconocen las prácticas como representativas de su profesión (Ferrão et al., 2022). Como manifiesta Mena-Tudela et al. (2023), en España la existencia de VO aún es rechazada por gran parte del personal de salud, así como en buena medida por la propia población.

En algunas ocasiones, la violencia obstétrica se produce por una falta de comunicación efectiva, debido a la supuesta desigualdad de las pacientes al no disponer de conocimientos médicos (Laínez et al., 2023). Otra de las causas que puede empeorar el trato del personal sanitario hacia las pacientes es el llamado síndrome de *burnout*; es decir, el desgaste profesional que se caracteriza por una pérdida del control y un detrimento de los valores, resultando en una falta de sensibilidad médica y en un deterioro de la relación con el paciente (Pintado-Cucarella et al., 2015). Se manifiesta especialmente en los ámbitos médicos de Ginecología y Obstetricia, puesto que se ha observado una prevalencia del 58 % en estas especialidades (Palmer-Morales et al., 2007). En este sentido, algunos profesionales del ámbito de la salud reportan que la VO se produce debido al estrés, la sobrecarga laboral, y la falta de tiempo, recursos y personal de salud (Castrillo, 2016).

La delimitación de las prácticas que constituyen la VO es compleja porque el concepto de “violencia” es un continuo que depende de los cambios en las sensibilidades sociales y culturales (Castrillo, 2016). Este es uno de los motivos de que la definición e identificación de la VO se vean dificultadas y sea complejo estudiar su prevalencia (Fernández-Díaz y González-Sanz, 2022). Asimismo, es la causa de que existan datos muy dispares al hacer comparativas entre países (Arias et al., 2022; Mena-Tudela et al., 2023; Sadler et al., 2016).

La OMS (2014) identifica cinco categorías de violencia obstétrica: (1) intervenciones y/o medicalización innecesarias, (2) maltrato verbal o físico, (3) carencia de instalaciones y servicios adecuados, (4) prácticas llevadas a cabo sin consentimiento informado, y (5) discriminación (ya sea económica, cultural, religiosa o étnica). Esta categorización se ha empleado en distintos países a la hora de elaborar definiciones legales sobre esta problemática (González et al., 2023).

La violencia obstétrica incorpora una serie de prácticas invasivas o inapropiadas que podemos categorizar en físicas y psicológicas (Cárdenas y Salinero, 2021). Entre las prácticas que constituyen VO psicológica se describen las agresiones verbales, tales como humillaciones, burlas, uso de diminutivos, infantilización, ignorar, regañar o culpabilizar, así como críticas por llorar y/o gritar (Massó, 2023). Estas conductas pueden expresarse de forma más o menos sutil, de ahí que pueden ser difíciles de identificar y de demostrar (Laínez et al., 2023). En el estudio de Mena-Tudela et al. (2020a), el 34.5 % de las encuestadas manifestaron haber recibido comentarios irónicos o descalificadores por parte del personal médico, y el 31,4 % dijeron haber sido tratadas mediante diminutivos o sobrenombres. En esta categoría se incluye ignorar las inquietudes, no informar sobre la evolución (tanto a la paciente como a sus familiares), e impedir el acompañamiento (Chávez y Sánchez, 2018). Adicionalmente, en el estudio mencionado se reportó que al 48 % de las participantes les fue imposible resolver sus miedos o inquietudes, y el 44 % de las mismas no pudieron manifestar sus preocupaciones (Mena-Tudela et al., 2020a).

La violencia psicológica se manifiesta en conductas que comprometen la privacidad y la dignidad, a menudo usando el parto como medio educativo para estudiantes del campo de la salud, sin el consentimiento previo de la paciente (Madrid et al., 2019; McGarry et al., 2017). En el estudio de Rodríguez y Aguilera (2017) se expone esta modalidad como una de las formas más comunes de VO. Como recogen Chávez y Sánchez (2018), se trata incluso de la realización de procedimientos no requeridos, tan solo con un fin didáctico. Mediante esta práctica se ignora el sentimiento de pudor, haciendo sentir a las mujeres como meras receptoras corporales de tales procedimientos.

En cuanto a la VO física, se incluyen prácticas como intervenciones y medicalización injustificadas, aceleración o interrupción del ritmo natural del parto (mediante la oxitocina, que acelera las contracciones),

conductas de restricción y sujeción, posturas forzadas sin posibilidad de moverse, tactos excesivos, o negar la posibilidad de comer y/o beber, entre otras (Jiménez, 2021). También se incluyen los procedimientos no imprescindibles o desaconsejados. Además de que estas prácticas no están respaldadas por evidencia científica, a menudo se realizan sin la información y el consentimiento adecuados (Láinez et al., 2023). En el estudio de Mena-Tudela *et al.* (2020a), el 44.4 % de las mujeres percibieron haber recibido procedimientos innecesarios o extremadamente dolorosos y, de estas, al 52.3 % no les explicaron el motivo de tales procedimientos, o no se solicitó su consentimiento.

Se ha evidenciado la existencia de un trato discriminatorio en el área obstétrica asociado a determinados factores de riesgo que aumentan la vulnerabilidad de las mujeres. Como muestran Fernández-Díaz y González-Sanz (2022), un nivel educativo y socioeconómico inferior se relaciona con mayores probabilidades de sufrir violencia verbal y física, así como una omisión y empeoramiento de los cuidados. Sin embargo, entre las mujeres pertenecientes a una clase media-alta se presentan índices desproporcionados de intervencionismo, en procedimientos como la cesárea no justificada (Mena-Tudela *et al.*, 2020b). Otro de los factores sociodemográficos que incrementan la probabilidad de sufrir VO es la variable “edad”, ya que las mujeres más jóvenes y adolescentes han reportado con más frecuencia este tipo de prácticas (Blázquez, 2009; Póo *et al.*, 2021). En el estudio de Cárdenas y Salinero (2020) se hallaron diferencias significativas en el grupo de mujeres de entre 18 y 29 años. Además, las mujeres primíparas han presentado niveles de control en el parto significativamente más bajos que las mujeres con dos o más hijos, según el estudio de Hodnett y Simmons-Tropea (1987).

Las consecuencias de la VO no se limitan a la madre, sino que se extienden a su núcleo cercano, y pueden afectar también al desarrollo del recién nacido (Arias *et al.*, 2022; Jiménez, 2021). En algunos casos, las pacientes pueden presentar cuadros médicos, tanto físicos como psicológicos (Massó, 2023). Como secuelas físicas, pueden sufrir hemorragias, desgarros y dolores provocados por las intervenciones, problemas de incontinencia, o dificultades a la hora de amamantar (Láinez et al., 2023). Las consecuencias de la VO pueden implicar repercusiones en el sistema de salud, como la evitación y aplazamiento de las consultas médicas, condicionar el deseo de otro embarazo o postergar el mismo, así como suscitar una desconfianza general en la atención obstétrica (Cárdenas y Salinero, 2020; García, 2018).

Las consecuencias psicológicas de la VO no han sido lo suficientemente estudiadas. Algunas de estas pueden ser afectaciones a la autoestima y al autoconcepto, o aumentos notables de los niveles de ansiedad (Jiménez, 2021). Puede provocar consecuencias emocionales negativas, como sentimientos de soledad y aislamiento, estrés o vergüenza (González *et al.*, 2023) y perjudicar la relación de pareja (Ferrão et al., 2022). Adicionalmente, una experiencia negativa en el parto se ha relacionado con un vínculo madre-hijo de baja calidad (Chabbert et al., 2021). Por otro lado, Simkin (1991) demostró que un buen recuerdo del parto aumenta la autoestima y la sensación de logro, lo que hace que la madre se adapte más rápido a la maternidad.

La autonomía relacional y el reconocimiento de la mujer son importantes para que el parto no se convierta en un momento incontrolable, ya que una percepción de aislamiento puede afectar negativamente a la relación de la mujer con su propio cuerpo (Jiménez, 2021), así como su relación con su entorno (Láinez et al., 2023). Según Hodnett y Simmons-Tropea (1987), uno de los conceptos que más se ha relacionado con una buena experiencia de parto, es la sensación de control personal sobre el mismo. En la década de los noventa, se reportó que las mujeres que sentían una falta de control durante el parto mostraban niveles más altos de estrés psicológico posparto (McGarry *et al.*, 2017). En relación con esto, una de las variables ambientales que más incrementan la sensación de control es el apoyo del personal de salud (Hodnett y Osborn, 1989). Actualmente, la medicalización del parto ha significado una pérdida de autonomía en la toma de decisiones para las parturientas (Benlloch-Doménech *et al.*, 2019). Como se ha observado en múltiples estudios, las mujeres parturientas presentan un deseo de involucrarse en la toma de decisiones de su parto, de modo que la oportunidad de participar tiene un efecto positivo en la satisfacción con el mismo (Deherder *et al.*, 2022).

Fundamentado lo anterior, en este estudio se pretende conocer la relación entre la violencia obstétrica y el control personal percibido en el parto. Este interés investigador queda justificado por la notable falta de documentación e investigación sobre la violencia obstétrica, que se evidencia en el escaso número de escalas validadas transculturalmente (López-Mirones *et al.*, 2017). Existe una cantidad muy limitada de artículos de tipo cuantitativo, que apenas supera el 20 % del total de investigaciones sobre el tema (Ramos *et al.*, 2023). Desde el año 2018, la producción de literatura científica sobre la violencia obstétrica ha crecido significativamente (López-Pérez y Rodríguez-Martínez, 2023). Sin embargo, a pesar de que aumente la sensibilización y la información sobre esta problemática, y de que surjan legislaciones que la especifiquen, la percepción sobre ella no está tan difundida como parece. El motivo por el que este tipo de violencia es pertinente en el trabajo de los psicólogos es que a menudo se antepone una perspectiva biologicista en el área médica, dejando de lado los aspectos individuales y psicosociales de cada paciente (Pereira et al., 2015). Desde la Psicología se pueden investigar y recalcar los beneficios de tener en cuenta los deseos y el bienestar de las pacientes, e incluirlos como complementarios del éxito en el proceso del parto (Camacaro *et al.*, 2015). Como destacaron Cabral y Pérez (2019), es necesario que se indague en el tema desde una perspectiva psicológica, dadas las implicaciones sociales y emocionales que ello supone.

1.1. Objetivos e hipótesis

El objetivo principal de esta investigación es analizar la VO desde una perspectiva psicológica y conocer la percepción sobre esta en una muestra de mujeres. Los objetivos específicos de este trabajo son: (1) averiguar el grado de conocimiento sobre la VO por parte de una muestra de mujeres de la población general y

conocer su percepción de esta problemática; (2) investigar las posibles diferencias en el trato obstétrico según el nivel socioeconómico y la edad de las mujeres; (3) estudiar el grado de control personal en función del número de partos; (4) conocer qué porcentaje de la muestra ha padecido alguna forma de VO; y (5) analizar la relación entre control personal sobre el propio parto y haber sufrido alguna forma de VO.

Con base en la literatura y a los objetivos, se proponen las siguientes hipótesis: *H1*) Se estima que un porcentaje significativo de las participantes manifestará acuerdo con el contenido de ítems de la Escala de Violencia Obstétrica, por lo que se considerará que habrá sufrido Violencia Obstétrica. *H2*) Se observará un trato discriminatorio hacia las mujeres menores de 30 años, habiendo sufrido un mayor porcentaje de estas alguna práctica constitutiva de VO. Además, se observarán las mismas diferencias en las mujeres de nivel socioeconómico bajo. *H3*) Se prevé que las mujeres primerizas presentarán valores más bajos de control personal en el parto. *H4*) Existirá una correlación negativa y estadísticamente considerable entre la percepción de control personal en el parto y el haber sufrido violencia obstétrica.

2. Metodología

2.1. Participantes

En el estudio participaron un total de 214 mujeres, oscilando el rango de edad de las mismas entre los 19 y los 45 años ($M = 35.4$; $DT = 4.56$). Con el objetivo de contrastar la hipótesis planteada relativa a la edad, se crearon dos grupos siguiendo el criterio del estudio de Cárdenas y Salinero (2020): mujeres menores de 30 años (19-29) y mujeres mayores de esa edad (30-45). El resultado es un grupo compuesto por 193 mujeres mayores de 30 años (90.2 %) y un grupo de 21 mujeres menores de esa edad (9.8 %). Dado que los instrumentos empleados han sido validados específicamente en un contexto español, se consideró como criterio de exclusión que el parto se produjera fuera de España, por lo que una de las participantes fue eliminada. Debido a los sesgos de memoria, otro criterio de exclusión fue que el último parto hubiera tenido lugar hace más de 10 años, de modo que se eliminaron nueve respuestas.

El 93.5 % de las mujeres participantes en el estudio tuvo su último parto hace menos de cuatro años ($n = 200$), y un 58.9 % lo tuvo hace menos de dos ($n = 126$), mientras que un 27.6 % ha tenido un parto este mismo año ($n = 59$). Teniendo en cuenta que se trata de un estudio retrospectivo, una de las limitaciones presentes son los mencionados sesgos de memoria, de ahí que se haya buscado una mayor participación de mujeres cuyos partos se produjesen en los últimos años. El método de selección muestral ha sido no probabilístico, mediante el procedimiento de bola de nieve, si bien hemos contactado con varios grupos, asociaciones y centros de maternidad, cuyas asistentes han recibido recientemente clases de maternidad o preparación al parto. Como resultado, las participantes tuvieron su último parto hace 1.7 años de media ($DT = 1.83$).

El 97.7 % de las mujeres son de nacionalidad española, mientras que tan solo el 2.3 % son extranjeras, procedentes de Bolivia, Estados Unidos, Venezuela y Bélgica. Un 73.2 % de las mujeres tienen un hijo ($n = 156$), y el 26.8 % tienen dos o más hijos ($n = 58$). El 84.6 % de estos partos tuvieron lugar en un hospital público ($n = 181$), mientras que el 15.4 % se dieron en un servicio privado o una combinación de ambos ($n = 33$). Respecto al nivel de estudios, el 71 % de las participantes ha completado estudios universitarios ($n = 152$) y el 23.4 % ha realizado Formación Profesional ($n = 50$). Por lo que respecta al estado civil, el 64 % ($n = 137$) estaban casadas, mientras que el 34.1 % eran solteras ($n = 73$). El 87.4 % ($n = 187$) estimaron que pertenecen a un nivel socioeconómico medio, mientras que un 7.5 % se adscribieron a un nivel alto ($n = 16$), y un 5.1 % reportaron un nivel socioeconómico bajo ($n = 11$).

2.2. Variables e instrumentos

Con el fin de investigar los objetivos mencionados, se ha elaborado un cuestionario formado por preguntas creadas *ad hoc*, compuesto de cinco bloques: (1) variables sociodemográficas, (2) conocimiento previo sobre la violencia obstétrica, (3) percepción sobre la VO en España, (4) experiencia personal respecto a la violencia obstétrica, y (5) grado de control personal en el parto.

Variables sociodemográficas: preguntas referidas a edad, estado civil, nivel de estudios, nivel socioeconómico, y lugar de procedencia; así como preguntas en torno al número de hijos, edad en el/los parto/s, país en el que se llevó a cabo el parto, y tipo de servicio recibido (privado, público o ambos).

Conocimiento previo sobre la violencia obstétrica: cuestionario con cuatro preguntas dicotómicas, sobre si (1) conoce el término “violencia obstétrica”; (2) considera que los hospitales ofrecen un buen trato a las mujeres embarazadas; (3) piensa que las mujeres son las encargadas de tomar las decisiones sobre los procedimientos de su parto, y (4) conoce alguna mujer que haya sufrido algún tipo de violencia por parte del personal de salud. El ítem 3 fue modificado, ya que se sustituyó “conoce el término de violencia obstétrica” por “conocía el término violencia obstétrica”, para concretar si las participantes conocían el término antes de realizar el cuestionario.

Percepción sobre la violencia obstétrica en España. Cuestionario que consta de 20 ítems que se valoran mediante una escala tipo Likert, con valores que oscilan entre *Totalmente en desacuerdo* y *Totalmente de acuerdo*. Este cuestionario, así como el anterior (“Conocimiento previo sobre la violencia obstétrica”), se obtuvieron de una Tesis de Licenciatura de la Universidad de San Carlos de Guatemala (Lemus y Cabrera, 2017), y fueron fácilmente adaptados al contexto español. Estos fueron elegidos debido a la falta de escalas validadas que satisficieran los intereses de la investigación, y carecen de análisis factoriales. En este estudio, el valor alfa de Cronbach ha sido 0.74.

Experiencia personal con la violencia obstétrica. El único instrumento validado en España sobre la violencia obstétrica, se denomina *Escala de Violencia Obstétrica*. Esta escala se basa en un test desarrollado por la asociación “El parto es nuestro”, y fue validada por Cárdenas y Salinero (2021). La versión final cuenta con 13 ítems que se responden en una escala tipo Likert de 5 puntos (1 = *No describe para nada lo que me ocurrió*; 2 = *No estoy segura, pero creo/siento que no me ocurrió*; 3 = *No estoy segura*; 4 = *No estoy segura, pero creo/siento que sí me ocurrió*; y 5 = *Definitivamente esto me ocurrió*). La escala presenta una elevada consistencia interna con un valor de 0.83 en el alfa de Cronbach (Cárdenas y Salinero, 2021), y la validación al contexto español indica un valor alfa de 0.86 (González et al., 2023), obteniéndose en este estudio 0.872.

Control personal en el parto. Dado que la sensación de control tiene una gran importancia en la experiencia de parto, se consideró pertinente incluir la *Labour Agency Scale* (LAS). Esta escala mide el control percibido sobre el propio cuerpo y los movimientos, y no el control sobre las acciones de los médicos y agentes externos. Creada por Hodnett y Simmons-Tropea en 1987, esta escala contaba originalmente con 29 ítems. En esta investigación se ha aplicado la versión corta, compuesta por 10 ítems, de los cuales cuatro son ítems de puntuación inversa. Se valora mediante una escala tipo Likert, cuyos valores oscilan entre 1 (*Rara vez*) y 7 (*Casi siempre*). La puntuación máxima de esta escala es 70, y la mínima 10. Una mayor puntuación indica mayor grado de control percibido en el parto. La versión española de esta escala, validada por Santamaría-Castañer et al. (2013), obtuvo un coeficiente alfa de Cronbach de 0.819, siendo de 0.918 en la presente investigación.

2.3. Diseño

Según el sistema de clasificación de diseños de investigación descrito por Ato et al. (2013), este es un estudio empírico, descriptivo y selectivo. Se ha aplicado una encuesta por muestreo, con la elaboración previa de un cuestionario, y se ha llevado a cabo una recogida de datos, con su posterior análisis. Además, se trata de un diseño no probabilístico porque la muestra pertenece a la misma población y es de corte transversal, puesto que se evalúan las variables en un periodo concreto de tiempo.

2.4. Procedimiento

Se elaboró un cuestionario a través de la plataforma *Google Forms*, que fue divulgado a través de plataformas *online* y de mensajería. La primera sección de este formulario informaba sobre el objetivo del estudio. Asimismo, se detallaba que toda participación era voluntaria, haciendo constar la anonimidad y confidencialidad de los datos, los cuales se utilizarían exclusivamente para los fines de la investigación presente. Por último, se comunicaba la necesidad de las participantes de dar su consentimiento informado, en cumplimiento con el código deontológico del Colegio Oficial de Psicólogos y la Ley de Protección de Datos (Ley Orgánica 3/2018).

Este estudio ha recibido un informe favorable del Comité de Ética en la Investigación de la Universidad de Oviedo (España), que verificó la validez científica del proyecto y el cumplimiento de los requisitos de la ética de investigación.

2.5. Análisis de datos

El análisis de los datos se realizó mediante el programa estadístico SPSS en su versión 27. En primer lugar, se hizo una recodificación de las respuestas para formar factores. De los diez ítems que componen la *Labour Agency Scale*, seis están formulados positivamente, y cuatro negativamente. Debido a ello, se recodificaron las variables formuladas negativamente, de forma que se pudiera trabajar con las puntuaciones obtenidas. A continuación, se realizaron los análisis de fiabilidad, las pruebas de normalidad y homocedasticidad, y la comprobación de las hipótesis planteadas.

Con el objetivo de determinar si la estadística que se debería aplicar es paramétrica o no paramétrica, se averiguó si las puntuaciones en ambas escalas seguían el supuesto de normalidad, por lo que se aplicó la prueba de Shapiro-Wilk. Dado que se obtuvieron valores *p* menores a .05, se concluye que las variables de estudio no presentan una distribución normal, por lo que se empleó estadística no paramétrica.

Se realizaron análisis descriptivos de las variables sociodemográficas, así como de las respuestas obtenidas en el primer y el segundo cuestionario. Tras recodificar las variables de la Escala de Violencia Obstétrica en nuevas variables numéricas, se calcularon los coeficientes de fiabilidad, tanto de esta escala como de la *Labour Agency Scale*. Se comprobaron las hipótesis mediante el uso de las pruebas no paramétricas correspondientes. Con el fin de comprobar la relación entre la violencia obstétrica y la edad, se empleó la prueba U de Mann-Whitney. También se examinó la relación entre la violencia obstétrica y el nivel socioeconómico, mediante la prueba Kruskal-Wallis. Para contrastar la tercera hipótesis, la cual planteaba una relación entre las puntuaciones de control en el parto (LAS) y el número de partos, se hizo uso de la prueba de Mann-Whitney. Por último, se aplicó una correlación de Spearman para poder analizar la relación entre las puntuaciones obtenidas en las dos escalas aplicadas, la Escala de Violencia Obstétrica y la *Labour Agency Scale*.

3. Resultados

A objeto de contrastar la primera hipótesis se creó una nueva variable transformada con la fórmula adecuada, de forma que se pudiera identificar a los sujetos que respondieron positivamente en la citada *Escala de Violencia Obstétrica*. Este proceso permitió conocer que el 62.1 % de las participantes respondió “*Definitivamente esto me ocurrió*” en alguno de los 13 ítems de la escala, por lo que se considera que tal

porcentaje habría sufrido violencia obstétrica ($n = 154$). Además, este porcentaje aumenta al 72 % si se incluye a aquellas que respondieron “*No estoy segura, pero creo/siento que sí me ocurrió*”.

Para determinar si las mujeres más jóvenes o con un nivel socioeconómico bajo habían experimentado mayor cantidad de conductas relacionadas con la violencia obstétrica se llevó a cabo una comparación de las puntuaciones obtenidas en la *Escala de Violencia Obstétrica*, en función de las variables “edad” y “nivel socioeconómico”. Por un lado, se comprobó que no existen diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones de violencia obstétrica en función de la edad ($U = 1665$; $p = .179$).

Tabla 1. Diferencias en violencia obstétrica en función de la edad

	Mayores de 30 años		Menores de 30 años		<i>U</i>	<i>p</i>	Tamaño del efecto
	Mediana	Rango promedio	Mediana	Rango promedio			
VO	23	52	18	40	1665	.179	.178

Nota. VO: violencia obstétrica; *U*: valor de la prueba *U* de Mann-Whitney; *p*: valor de significación.

En segundo lugar, para analizar la relación entre la violencia obstétrica y la variable “nivel socioeconómico”, se llevó a cabo la prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis, confirmándose que no existe una relación estadísticamente relevante entre la violencia obstétrica y el nivel socioeconómico ($K-W = .195$; $p = .907$) (ver Tabla 2).

Tabla 2. Diferencias en las puntuaciones en la Escala de Violencia Obstétrica en función del nivel socioeconómico

	Mediana			Rango promedio			<i>K-W</i> (EC)	<i>p</i>
	Alto	Medio	Bajo	Alto	Medio	Bajo		
VO	26	22	25	32	52	45	.195	.907

Nota. VO: Escala de Violencia Obstétrica; *K-W* (EC): Kruskal-Wallis; *p*: valor de significación.

En el caso del análisis de las diferencias obtenidas en la *Labour Agency Scale* (LAS), en función de si las mujeres eran o no primíparas, no se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre las mujeres con un hijo y las mujeres con dos o más hijos ($U = 4433$; $p = .974$).

Tabla 3. Diferencias en las puntuaciones en la Labour Agency Scale en función del número de partos

	1		2 o más		<i>U</i>	<i>p</i>	Tamaño del efecto
	Mediana	Rango promedio	Mediana	Rango promedio			
LAS	47.5	60	44	55	4433	.974	.003

Nota. LAS: *Labour Agency Scale*; *U*: prueba *U* de Mann Whitney, *p*: valor de significación.

En base al análisis correlacional de Spearman entre las puntuaciones totales de la *Escala de Violencia Obstétrica* y la *Labour Agency Scale*, se observó una correlación relevante ($p < .001$) entre ambas variables, con un valor de $-.755$, lo que indica que existe una correlación negativa grande (Cohen, 1988). Es decir, una puntuación mayor en la Escala de Violencia Obstétrica se asocia a valores más bajos en la *Labour Agency Scale*. Además, el nivel de control personal en el parto de la muestra presentó una media de 44.3 ($DT = 14.6$), siendo el mínimo de la escala una puntuación de 10.0, y el máximo de 70.0.

Finalmente, por lo que respecta a las percepciones y vivencias de las mujeres, como se muestra en la Tabla 4, un 18.7 % manifestó haber recibido comentarios irónicos o descalificadores acerca de su comportamiento durante el parto, mientras que un 16.8 % fue criticada por expresar sus emociones (llorar, gritar, etc.). El 20.6 % se sintió infantilizada o anulada por el equipo médico, y al 16.4 % les fue difícil o imposible manifestar los miedos o inquietudes, debido a que no les respondían o lo hacían de mala manera. Cabe destacar que el 27.6 % de las participantes afirman que les realizaron procedimientos médicos sin su consentimiento, o sin explicar previamente por qué eran necesarios. Además, un 22.4 % dice haberse sentido expuesta innecesariamente a la mirada de extraños.

Asimismo, el 17.8 % reporta que la obligaron a permanecer en cama, y el 13.6 % tuvieron que mantener la postura boca arriba, a pesar de manifestar su incomodidad. Por otro lado, al 11.2 % se le impidió estar acompañada por alguien de confianza, mientras que al 20.1 % se le impidió el primer contacto con el recién

Tabla 4. Porcentajes de respuesta para cada ítem de la Escala de Violencia Obstétrica

Ítems	“No describe para nada lo que me ocurrió” (%)	“No estoy segura, pero creo/siento que NO me ocurrió” (%)	“No estoy segura” (%)	“No estoy segura, pero creo/siento que Sí me ocurrió” (%)	“Definitivamente esto me ocurrió” (%)
1. El personal de salud hizo comentarios irónicos, descalificadores o en tono de chiste acerca de tu comportamiento.	50.5	19.2	2.3	9.3	18.7
2. Te sentiste infantilizada o anulada por el equipo médico como si fueras incapaz de tomar decisiones sobre lo que te ocurría antes, durante o después del parto.	46.3	14.5	4.7	14.0	20.6
3. Fuiste criticada de algún modo por expresar de algún modo tus emociones (llorar, gritar de dolor, etc.) durante el trabajo de parto y/o el parto.	67.3	7.5	4.2	4.2	16.8
4. Te fue difícil o imposible preguntar o manifestar tus miedos o inquietudes porque no te respondían o lo hacían de mala manera.	54.2	14.0	6.1	9.3	16.4
5. Te realizaron procedimientos médicos sin pedirte consentimiento o sin explicarte por qué eran necesarios.	48.1	14.0	6.1	4.2	27.6
6. En el momento del parto, te obligaron a permanecer acostada boca arriba aunque manifestaras tu incomodidad en esa posición.	65.4	8.4	3.3	9.3	13.6
7. Fuiste obligada a quedarte en cama impidiéndote caminar o buscar posiciones según tus necesidades.	63.6	7.9	3.7	7.0	17.8
8. Se te impidió estar acompañada por alguien de tu confianza.	85.0	1.4	1.4	0.9	11.2
9. Se te impidió el contacto inmediato con tu hija/o recién nacida/o antes de que se lo llevara la/el neonatólogo para control (acariciarlo, tenerlo en brazos, etc.).	72.0	4.2	1.4	2.3	20.1
10. Después del parto, te hicieron sentir que no habías estado a la altura de lo que se esperaba de ti (que no habías «colaborado»).	83.6	7.0	3.3	2.3	3.7
11. La experiencia de la atención en el parto te hizo sentir vulnerable, culpable o insegura en algún sentido.	54.7	9.8	5.1	10.3	20.1
12. Después del parto se te negó la posibilidad de utilizar algún dispositivo o realizar algún procedimiento de control de natalidad (DIU, ligadura de trompas, etc.).	92.5	2.3	2.8	0.9	1.4
13. Durante el trabajo del parto o con posterioridad a este te sentiste expuesta a la mirada de otras personas desconocidas para ti (exposición a extraños).	52.3	12.1	5.1	7.9	22.4

nacido. Por último, tan solo un 3.7 % de las participantes informó haber sentido que no estaba a la altura o que no había colaborado lo suficiente. Sin embargo, el 20.1 % piensa que la atención en el parto las hizo sentir vulnerables, culpables o inseguras.

En resumen, la conducta que ocurrió con más frecuencia y en mayor grado de acuerdo entre las reportadas por las participantes es la realización de procedimientos sin el consentimiento o el conocimiento de las mujeres, seguida de la exposición innecesaria a la mirada de desconocidos. Por otro lado, se destaca la frecuencia con la que las participantes dicen haberse sentido infantilizadas y anuladas por parte del equipo médico, así como el haberse sentido vulnerables, culpables, e inseguras durante la atención al parto.

Respecto al análisis de los conocimientos previos sobre VO evaluados mediante el cuestionario de *“Percepción sobre la Violencia Obstétrica”* (véase Tabla 5), se comprobó que el 10.3 % ($n = 22$) de las participantes en el estudio no conocía el término “violencia obstétrica”. Respecto a la cuestión *“Considera que en los hospitales se brinda un buen trato a las mujeres embarazadas”*, el 34.6 % de la muestra respondió negativamente ($n = 74$), mientras que un 79.0 % ($n = 169$) contestaron positivamente a la cuestión *“Conoce alguna mujer que haya sufrido algún tipo de violencia por parte del personal de salud durante el embarazo, parto o posparto”*. Adicionalmente, el 81.3 % ($n = 174$) afirma que *“Una gran cantidad de mujeres ha sufrido violencia por parte de los médicos y personal de los hospitales sin siquiera darse cuenta”*.

Tabla 5. Conocimientos previos sobre violencia obstétrica

	Sí (%)	No (%)
1. Conocía el término “violencia obstétrica”.	89.7	10.3
2. Considera que en los hospitales se le brinda un buen trato a las mujeres embarazadas.	65.4	34.6
3. Piensa que las mujeres son las encargadas de tomar las decisiones sobre los procedimientos de sus partos.	48.6	51.4
4. Conoce alguna mujer que haya sufrido algún tipo de violencia por parte del personal de salud durante el embarazo, parto o posparto.	79.0	21.0

Con relación al cuestionario sobre la percepción de la VO, el 27.1 % de las mujeres estuvieron en desacuerdo con *“El trato por parte del personal médico hacia la mujer embarazada es muy bueno en nuestro país”*, y el 74.8 % estuvieron en desacuerdo con que *“No existen humillaciones hacia las madres en los hospitales de nuestro país”*. Por otro lado, las participantes no muestran acuerdo en valorar quién debería tomar las decisiones sobre el parto, ya que el 51.4 % de las participantes piensan que dicha tarea no corresponde a las mujeres. El 62.6 % estuvo parcial o totalmente de acuerdo con la afirmación *“Muchas mujeres en nuestro país han sufrido heridas graves debido a malas prácticas durante las cesáreas”*; mientras que un 66.8 % está de acuerdo con que *“Los genitales de las mujeres embarazadas son expuestos durante muchos procedimientos sin su autorización”*. Por último, un 72.4 % afirmaron que *“Muchas mujeres sufren daño psicológico debido a maltratos en los hospitales y no quieren volver a pasar por la experiencia”*.

4. Discusión

Ciertamente, resulta de gran interés el análisis de las percepciones, conocimientos y experiencias de las mujeres ante esta forma de violencia vinculada al contexto reproductivo-ginecológico con la finalidad de evidenciar la posible intervención medicalizada en tales vivencias. Siendo así, el objetivo principal del presente estudio ha sido analizar la violencia obstétrica desde una perspectiva psicológica, y conocer las percepciones en una muestra de mujeres. Con el fin de averiguar el grado de conocimiento sobre la violencia obstétrica, se empleó el cuestionario desarrollado por Lemus y Cabrera (2017), de modo que el 89.7 % de las participantes eran conocedoras de la problemática, por lo que se puede afirmar que es un concepto ampliamente extendido.

Otro de los objetivos ha sido investigar las posibles diferencias en el trato obstétrico, en función de la edad y el nivel socioeconómico de las pacientes. En este estudio no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en el grupo de mujeres menores de 30 años, en comparación con el resto de participantes. Estos hallazgos contradicen los resultados de otros estudios en los que se ha relacionado los niveles de edad más bajos con una mayor cantidad de abusos y faltas de respeto (Bohren *et al.*, 2019; Browser y Hill, 2010; Kruk *et al.*, 2014; Lansky *et al.*, 2019). Asimismo, Cárdenas y Salinero (2020, 2022) llevaron a cabo dos estudios en los que las mujeres de menor edad presentaron medias significativamente más altas de violencia obstétrica.

Por lo que respecta a la violencia obstétrica y el nivel socioeconómico de sus víctimas no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas, lo cual contradice los hallazgos de Cárdenas y Salinero (2020, 2022), ya que se han observado niveles más elevados de maltrato físico y verbal entre las mujeres de bajo estatus socioeconómico (OMS, 2014).

Con el tercer objetivo de este estudio se pretendía analizar el grado de control personal en función del número de partos, comparando el grupo de madres primerizas con aquellas que no lo son. Las participantes presentaron niveles de control inferiores a los hallados por Barber (2002). Sin embargo, no se confirmaron diferencias estadísticamente significativas en el control personal, en función del número de partos. Estos resultados contrastan con los de Hodnett y Simmons-Tropea (1987), quienes encontraron que las mujeres que habían tenido experiencias previas de parto, tenían niveles de control personal significativamente más altos que las mujeres que daban a luz por primera vez. Estos hallazgos han sido consistentes en otros estudios (Chabbert *et al.*, 2021; Zhang *et al.*, 1996). A su vez, López-Mirones *et al.* (2017) atribuyen esta diferencia a las distintas expectativas y mejores habilidades de afrontamiento.

Por otro lado, se planteó determinar qué porcentaje de mujeres habían sufrido alguna conducta considerada como violencia obstétrica. Un 62.1 % de las participantes reportaron haber sufrido, con total seguridad, alguna de las prácticas mencionadas. Las conductas que más se llevaron a cabo fueron la realización de procedimientos sin el consentimiento previo de la paciente, y la exposición innecesaria a miradas de personas desconocidas. Estos resultados se alinean con los observados en múltiples estudios (Madrid *et al.*, 2019; McGarry *et al.*, 2017; Rodríguez y Aguilera, 2017). Asimismo, las mujeres reportaron haberse sentido infantilizadas o anuladas por el personal de salud, sintiéndose incapaces de tomar decisiones, lo cual coincide con los resultados recogidos por Mena-Tudela *et al.* (2020a).

El último objetivo planteado en este estudio fue conocer la relación entre la violencia obstétrica reportada por las participantes, y el control personal que tuvieron sobre el parto. Los resultados mostraron una relación negativa y estadísticamente significativa entre ambas variables. Esto indica que haber sido víctima de abusos y faltas de respeto durante el parto se correlaciona con una falta de control sobre el mismo. A pesar de que no se haya encontrado literatura previa que respalde estos resultados con los mismos instrumentos aplicados en este estudio, existen estudios previos que se han interesado por el impacto de la falta de control en la experiencia de parto.

En este sentido, Hardin y Buckner (2004) confirmaron la importancia del control sobre los aspectos físicos, mentales y emocionales del parto, especialmente cuando se trata del apoyo emocional y motivador por parte del personal de salud. A su vez, Cook y Loomis (2012) enfatizaron la importancia de un ambiente flexible, y de que la mujer mantenga el control durante los posibles cambios, con el fin de que persista una experiencia positiva del parto. Además, Shahoei *et al.* (2014) comprobaron que cuando el nivel de control percibido se incrementa, mejora la experiencia del parto y se crea una sensación de autoeficacia, la cual mejora la independencia y autoestima de la mujer.

Este estudio no está exento de limitaciones. Uno de los principales obstáculos fue el escaso número de instrumentos validados, vinculados con la problemática y con otras variables relacionadas. Este impedimento fue el motivo de que se recurriese a los cuestionarios elaborados por Lemus y Cabrera (2017), que carecen de los análisis factoriales correspondientes. Otra limitación es la relativa al carácter retrospectivo del objeto de estudio. Esto se debe a que, para investigar los hechos que se consideran violencia obstétrica, lo óptimo sería que el muestreo tuviese lugar en las semanas inmediatamente posteriores al parto. El sesgo de memoria anteriormente mencionado se ha intentado minimizar porque se ha contactado deliberadamente con el mayor número posible de mujeres que se encontraban en el periodo de posparto.

Por otro lado, es necesario considerar que el cuestionario fue difundido a través de las redes sociales, por lo que es posible que mujeres con poco o nulo acceso a las mismas no se hallen propiamente reflejadas. Además, el estudio cuenta con un porcentaje bajo de mujeres jóvenes menores de 30 años, así como de mujeres que se adscriben a un nivel socioeconómico bajo, lo cual hace probable que estos sectores se hayan visto subrepresentados. Con relación a esto, dado que las participantes tuvieron que asignarse a un nivel socioeconómico, es probable que existiese una tendencia a presentarse como pertenecientes al nivel “medio”, debido a la percepción común de identificarse con este estrato.

A pesar de que se ha comprobado la trascendencia de variables sociodemográficas básicas e historias de vida en otros países, los estudios completados hasta la actualidad en España aún no las han incluido como objeto de especial interés. Por tanto, con relación a las variables sociodemográficas, en investigaciones futuras resultaría interesante ampliar el estudio de esta problemática a mujeres extranjeras residentes en España, a mujeres de minorías sociales y étnicas, y a mujeres menores de edad. Dado que la violencia obstétrica no se limita al embarazo y al parto, también resultaría conveniente desarrollar instrumentos que incluyan conductas dirigidas hacia mujeres en periodos de lactancia y menopausia, así como a mujeres que se hayan sometido a un aborto.

El apoyo social del equipo médico se asocia a una experiencia de parto significativamente más positiva (Biurrún-Garrido *et al.*, 2023; Chabbert *et al.*, 2021; Pintado-Cucarella *et al.*, 2015). Como se ha mencionado con anterioridad, la presencia de violencia obstétrica se atribuye, parcialmente, al desgaste emocional que sufren los médicos. Debido a esto, una mejor psicoeducación sobre el síndrome de *burnout* (véase Saavedra, Cortes-García y Moral-Jiménez, 2021) para el equipo sanitario podría prevenir la comisión de estas prácticas. Adicionalmente, tendría un efecto positivo en la vida profesional de estos trabajadores a consecuencia de un intento de reducción del estrés laboral que mejoraría su eficacia. Paralelamente, otra medida para tratar la problemática sería una formación psicoeducativa sobre la violencia obstétrica en sí misma, de manera que los profesionales tendrían un mejor conocimiento sobre la existencia de estas prácticas y sus implicaciones, y reunirían las habilidades necesarias para hacer frente a las dificultades emocionales del proceso de parto.

Como se ha comprobado en este estudio, la violencia obstétrica es una problemática presente en España, de ahí la conveniencia de promover medidas para potenciar un trato menos medicalizado y humanizar la

atención sociosanitaria. Se manifiesta principalmente a través de la realización de procedimientos médicos sin el consentimiento o el conocimiento de las mujeres, así como mediante un proceso de anulación e infertilización que las hace sentir incapaces de tomar decisiones (véase Llobera, Ferrer y Chela, 2019). Estas conductas han sido definidas como una forma de violencia contra la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, la cual puede tener graves consecuencias que repercutan negativamente sobre la autoestima y al autoconcepto, provocando afectaciones en la salud mental, en su bienestar emocional y en las relaciones interpersonales de sus víctimas (Calvo-Oria *et al.*, 2020; Jiménez *et al.*, 2023). Por todo ello, resulta conveniente que en el futuro se incremente la producción científica por parte de la Psicología, de modo que esto conlleve la elaboración de instrumentos diseñados para recabar información sobre las consecuencias psicológicas de la violencia obstétrica, tanto en la vida de la madre como en el vínculo con su bebé e incidiéndose en los procesos de salud reproductiva y en sus múltiples implicaciones.

Referencias bibliográficas

- Arias, Fara Faith, Arteaga, Erika, y San Sebastián, Miguel (2022). Social inequalities in women exposed to obstetric and gynecologic violence in Ecuador: a cross-sectional study. *BMC Women's Health*, 22(1). doi: <https://doi.org/10.1186/s12905-022-01998-2>
- Ato, Manuel, González, Juan José y Benavente, Ana (2013). Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología. *Anales de Psicología*, 29(3), 1038-1059. doi: <https://doi.org/10.6018/analesps.29.3.178511>
- Barber, Kristine (2002). *Comparison of maternal perception of birth: labor induced by misoprostol vs spontaneous labor* [Masters Theses, Grand Valley State University]. <https://scholarworks.gvsu.edu/theses/563/>
- Bellón, Silvia (2015). La violencia obstétrica desde los aportes de la crítica feminista y la biopolítica. *Dilemata*, 18, 93-111. <https://www.dilemata.net/revista/index.php/dilemata/article/view/374>
- Benlloch-Doménech, Cristina, Barbé-Villarubia, María José y Cascales, Jorge (2019). Reflexiones al final de un inicio: estudio de asociación entre variables sociodemográficas y tipo de parto en la prevención de la violencia obstétrica en España. *Musas*, 4(1), 98-119. doi: <https://doi.org/10.1344/musas2019.vol4.num1.6>
- Biurrún-Garrido, Aiona, Brigidi, Serena, y Mena-Tudela, Desirée (2023). Percepción de estudiantes de ciencias de la salud sobre la violencia obstétrica. *Enfermería Clínica*, 33(3), 234-243. doi: <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2023.02.005>
- Blázquez, María Isabel I. (2009). *Ideologías y prácticas de género en la atención sanitaria del embarazo, parto y puerperio: el caso del área 12 de la Comunidad de Madrid* [Tesis Doctoral, Universitat Rovira i Virgili]. <http://hdl.handle.net/10803/8429>
- Bohren, Meghan A., Mehrtash, Hedieh, Fawole, Bukola, Maung, Thae, Dioulde, Mamadou, Maya, Ernest, Thwin, Soe Soe, Aderoba, Adeniyi K., Vogel, Joshua P., Azonima, Theresa, Adeyanju, Olusoji, Mon, Nwe O., Adu-Bonsaffoh, Kwame, Landoulsi, Sihem, Guure, Chris, Adanu, Richard, Diallo, Boubacar Alpha, Gülmezoglu, Metin., Soumah, Anne-Marie, Oumar, Alpha, y Tunçalp, Özge (2019). How women are treated during facility-based childbirth in four countries: a cross-sectional study with labour observations and community-based surveys. *The Lancet*, 394(10210), 1750-1763. doi: [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(19\)31992-0](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(19)31992-0)
- Browser, Diana, y Hill, Kathleen (2010). Exploring evidence for disrespect and abuse in facility-based childbirth: report of a landscape analysis. *USAID*. Harvard School of Public Health and University Research. <https://cdn2.sph.harvard.edu/wp-content/uploads/sites/32/2014/08/RespectfulCareatBirth9-20-101Final.pdf>
- Cabral, Stella, y Pérez, Deborah Karolina (2019). Violencia obstétrica: producción científica de psicólogos sobre el tema. *ECOS: Estudios de Subjetividad Contemporánea*, 9(2), 270-283. <http://www.periodicoshumanas.uff.br/ecos/article/view/2872/1660>
- Calvo-Oria, Paula, Oldenburg-Rodríguez, Beatriz, García-Carpintero, E. (2020). Cómo viven las mujeres su proceso de parto: una visión cualitativa. *Revista Matronas Hoy*, 3(8), 33-42. Disponible en: <http://www.enfermeria21.com/revistas/matronas/articulo/197/como-viven-lasmujeres-su-proceso-de-parto-una-vision-cualitativa/>
- Camacaro, Marbella, Ramírez, Maiangel, Lanza, Lisette, y Herrera, Mercedes (2015). Conductas de rutina en la atención al parto constitutivas de violencia obstétrica. *Utopía y Praxis Latinoamericana*, 20(68), 113-120. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=279370900009>
- Cárdenas, Manuel, y Salinero, Stella (2020). Escala de violencia ginecológica. Validación de una medida de abuso psicológico, físico y sexual contra las mujeres en el sistema de salud chileno. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*, 80(03), 187-196. doi: <https://doi.org/10.51288/sogv03202006>
- Cárdenas, Manuel, y Salinero, Stella (2021). Validación de la escala de violencia obstétrica y pruebas de la invarianza factorial en una muestra de mujeres chilenas. *Interdisciplinaria*, 38(2), 209-223. doi: <https://doi.org/10.16888/interd.2021.38.2.14>
- Cárdenas, Manuel, y Salinero, Stella (2022). Violencia obstétrica en Chile: percepción de las mujeres y diferencias entre centros de salud. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 46(24). doi: <https://doi.org/10.26633/rpsp.2022.24>
- Castriello, Belén (2016). Dime quién lo define y te diré si es violento. Reflexiones sobre la violencia obstétrica. *Sexualidad, Salud y Sociedad. Revista Latinoamericana*, 24, 43-68. doi: <https://doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2016.24.03.a>

- Chabbert, Margaux, Rozenberg, Patrick, y Wendland, Jaqueline (2021). Predictors of negative childbirth experiences among French women. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 50(4), 450-463. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jogn.2021.02.004>
- Chávez, Mayra Lilia, y Sánchez, Norma Angélica (2018). Violencia obstétrica y morbilidad materna: Sucesos de violencia de género. *Revista del Colegio de San Luis*, 8(16), 103-119. doi: <https://doi.org/10.21696/rcsl9162018769>
- Cohen, Jacob (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2.^a ed.). Routledge. doi: <https://doi.org/10.4324/9780203771587>
- Cook, Katie, y Loomis, Colleen (2012). The impact of choice and control on women's childbirth experiences. *The Journal of Perinatal Education*, 21(3), 158-168. doi: <https://doi.org/10.1891/1058-1243.21.3.158>
- Cordones, María, y Blázquez, María Belén (2023). El personal sanitario frente a la violencia obstétrica. Una primera aproximación para el debate. *iQual: Revista de Género e Igualdad*, 6, 45-69. <https://doi.org/10.6018/iqual.539271>
- Deherder, Elke, Delbaere, Ilse, Furtado, Adriana, Nieuwenhuijze, Marianne, Van Laere, Sven, y Beeckman, Katrien (2022). Women's view on shared decision making and autonomy in childbirth: cohort study of Belgian women. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 22(1). doi: <https://doi.org/10.1186/s12884-022-04890-x>
- Fernández-Díaz, José Carlos, y González-Sanz, Juan (2022). Violencia obstétrica: estudio bibliométrico en revista hispanoamericanas. *Musas*, 7(1), 84-105. doi: <https://doi.org/10.1344/musas2022.vol7.num1.5>
- Ferrão, Ana Cristina, Sim-Sim, Margarida, Almeida, Vanda Sofia, y Zangão, Maria Otilia (2022). Analysis of the concept of obstetric violence: scoping review protocol. *Journal of Personalized Medicine*, 12(7), 1090. doi: <https://doi.org/10.3390/jpm12071090>
- García, Eva Margarita (2018). *La violencia obstétrica como violencia de género. Estudio etnográfico de la violencia asistencial en el embarazo y el parto en España y de la percepción de usuarias y profesionales* [Tesis Doctoral, Universidad Autónoma de Madrid]. https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/684184/garcia_garcia_eva_margarita.pdf?sequence=1&isAllowed=y%C3%A7
- González, Héctor, González-Artero, Paula Nikola, Muñoz, Daniel, Lancha-de la Cruz, María Reyes, y Verdú-Soriano, José (2023). Cultural adaptation, validation and evaluation of the psychometric properties of an obstetric violence scale in the Spanish context. *Nursing Reports*, 13(4), 1368-1387. doi: <https://doi.org/10.3390/nursrep13040115>
- Grilo, Simone, De Oliveira, Heloisa, Faria, Halana, Galdino, Paula, Cavalcanti, Priscila, Yoshie, Denise, y Azevedo, Claudia (2015). Abuse and disrespect in childbirth care as a public health issue in Brazil: origins, definitions, impacts on maternal health, and proposals for its prevention. *Journal of Human Growth and Development*, 25(3), 377-384. doi: <https://doi.org/10.7322/jhgd.106080>
- Hardin, Amanda, y Buckner, Ellen (2004). Characteristics of a positive experience for women who have unmedicated childbirth. *The Journal of Perinatal Education*, 13(4), 10-16. doi: <https://doi.org/10.1624/105812404x6180>
- Hodnett, Ellen y Simmons-Tropea, Daryl (1987). The labour agency scale: Psychometric properties of an instrument measuring control during childbirth. *Research in Nursing & Health*, 10(5), 301-310. doi: <https://doi.org/10.1002/nur.4770100503>
- Hodnett, Ellen, y Osborn, Richard (1989). Effects of continuous intrapartum professional support on childbirth outcomes. *Research in Nursing & Health*, 12(5), 289-297. doi: <https://doi.org/10.1002/nur.4770120504>
- Iglesias, Susana, Conde, Marta, González, Sofía, y Parada, María Esther (2019). ¿Violencia obstétrica en España, realidad o mito? 17.000 mujeres opinan. *Musas*, 4(1), 77-97. doi: <https://doi.org/10.1344/musas2019.vol4.num1.5>
- Jiménez, María (2021). *Impacto Psicológico de la Violencia Obstétrica. Una revisión bibliográfica*. [Trabajo de Fin de Grado, Universidad de Cádiz]. <https://rodin.uca.es/handle/10498/25116>
- Jiménez Quintero, Maífa Andrea, Osorio González, Shamary, Toro Posada, Hellen, y Zapata Velásquez, Yenifer Yaline (2023). *Relación entre indicadores de violencia obstétrica y depresión posparto, ansiedad y depresión actual en mujeres entre los 23 y 43 años de la ciudad de Medellín*. Trabajo Fin de Grado. Tecnológico de Antioquia.
- Kruk, Margarite E., Kujawski, Sthepanie, Mbaruku, Godfrey, Ramsey, Kate, Moyo, Wema, y Freedman, Lynn (2014). Disrespectful and abusive treatment during facility delivery in Tanzania: a facility and community survey. *Health Policy and Planning*, 33(1), e26-e33. doi: <https://doi.org/10.1093/heapol/czu079>
- Laínez, Nancy Gisell, De los Ángeles, Gabriela, Portillo, Denise Alejandra, Alvarenga, Andrés, y Véliz, Ana Mercedes (2023). Consecuencias físicas y psicológicas de la violencia obstétrica en países de Latinoamérica. *Alerta*, 6(1), 70-77. doi: <https://doi.org/10.5377/alerta.v6i1.15231>
- Lansky, Sonia, Ventura, Kleyde, Rezende, Eliane, Oliveira, Bernardo Jefferson, Grilo, Carmen Somone, Figueiredo, Nayara, De Oliveira, Rosiane, y De Lima, Amélia Augusta (2019). Violência obstétrica: influência da Exposição Sentidos do Nascer na vivência das gestantes. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(8), 2811-2824. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018248.30102017>
- Leahy-Warren, Patricia, Mulcahy, Helen, Corcoran, Paul, Bradley, Roisin, O'Connor, Mary, y O'Connell, Rhona (2021). Factors influencing women's perceptions of choice and control during pregnancy and birth: a cross-sectional study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 21(1), 667. doi: <https://doi.org/10.1186/s12884-021-04106-8>
- Lemus, Luisa Fernanda, y Cabrera, Katherine Maria Michelle (2017). *Percepción de mujeres acerca de la violencia obstétrica*. [Tesis de Licenciatura, Universidad de San Carlos de Guatemala]. <http://www.repositorio.usac.edu.gt/8184/>

- Llobera, Rosa, Ferrer, Victoria Aurora y Chela, Xénia (2019). Violencia obstétrica. La perspectiva de las mujeres que la han sufrido. *Investigaciones Feministas*, 20(1), 149-184. doi: <https://doi.org/10.5209/infe.60886>
- López-Pérez, Mercedes, y Rodríguez-Martínez, Antonia (2023). Análisis sistemático de la producción científica sobre la violencia obstétrica. *Cuestiones de Género: de la Igualdad y la Diferencia*, 18, 822-848. doi: <https://doi.org/10.18002/cg.i18.7574>
- López-Mirones, Marta, Alonso-Salcines, Alicia, Terán-Muñoz, Oihane, García-González, Casandra, Laurrieta-Saiz, Izaskun, y González-Maestro, Marta (2017). Satisfacción materna en el área de partos según la escala MacKey. *Nuberos Científica*, 3(21), 36-43. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7492643>
- Madrid, Cecilia, De León, Miguel Ángel, Delgado, Magdalena Jazmín, Cancino, Lisauli, Rangel-Jiménez, Patricia, Soto, Blanca Estela, y Rodríguez, María del Rosario (2019). Prevalencia de violencia obstétrica a pacientes durante el trabajo de parto a puerperio mediato por el personal de un hospital público. *Lux Médica*, 14(42), 27-36. doi: <https://doi.org/10.33064/42lm20192245>
- Massó, Ester (2023). La violencia obstétrica como injusticia epistémica: el parto en disputa. *Salud Colectiva*, 19, e4464. doi: <https://doi.org/10.18294/sc.2023.4464>
- McGarry, Julie, Hinsliff-Smith, Kathryn, Watts, Kim, McCloskey, Paula, y Evans, Catrin (2017). Experiences and impact of mistreatment and obstetric violence on women during childbearing: a systematic review protocol. *JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 15(3), 620-627. doi: <https://doi.org/10.11124/jbisrir-2016-002950>
- Mena-Tudela, Desirée, Iglesias-Casás, Susana, González-Chordá, Víctor Manuel, Cervera-Gasch, Águeda, Andreu-Pejó, Laura, y Valero-Chillerón, María Jesús (2020a). Obstetric violence in Spain (Part I): women's perception and interterritorial differences. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(21). <https://doi.org/10.3390/ijerph17217726>
- Mena-Tudela, Desirée, Iglesias-Casás, Susana, González-Chordá, Víctor Manuel, Cervera-Gasch, Águeda, Andreu-Pejó, Laura, y Valero-Chillerón, María Jesús (2020b). Obstetric violence in Spain (Part II): interventionism and medicalization during birth. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(1). doi: <https://doi.org/10.3390/ijerph18010199>
- Mena-Tudela, Desirée, Román, P., González-Chordá, Víctor Manuel, Rodríguez-Arrastia, M., Gutiérrez-Cascas, Lourdes, y Ropero-Padilla, Carmen (2023). Experiences with obstetric violence among healthcare professionals and students in Spain: a constructivist grounded theory study. *Women and Birth*, 36(2), e219-e226. doi: <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2022.07.169>
- Murialdo, Virginia (2019). *La construcción cultural del parto respetado en Madrid* [Tesis Doctoral, Universidad Complutense de Madrid]. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=262546yorden=0yinfo=link>
- Organización Mundial de la Salud (2014). *Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud*. Ginebra. <https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-RHR-14.23>
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *Recomendaciones de la OMS: cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva*. Ginebra. <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789241550215>
- Palmer-Morales, Yusvisaret, Prince-Vélez, Roberto, y Searcy-Bernal, Roberto (2007). Factores relacionados con el síndrome de burnout en ginecólogos. *Ginecología y Obstetricia de México*, 75(7), 379-383. <https://ginecologiayobstetricia.org.mx/articulo/factores-relacionados-con-el-sindrome-de-burnout-en-ginecologos>
- Pereira, Carlota Domínguez, Alexa, y Toro, Judith (2015). Violencia obstétrica desde la perspectiva de la paciente. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*, 75(2), 081-090. http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttextpid=S0048-77322015000200002yln=esytln=es
- Pintado-Cucarella, Sheila, Penagos-Corzo, Julio C., y Casas-Arellano, Marco Antonio (2015). Síndrome de desgaste profesional en médicos y percepción de la violencia obstétrica. *Ginecología y Obstetricia de México*, 83(3), 173-178. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26058170>
- Póo, Ana, Verdú, María, Herrera-Contreras, Yaritza, y Baeza, Bernardita (2021). Representación de la violencia obstétrica que construyen profesionales matronas de la ciudad de Temuco. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 86(4), 374-379. doi: <https://doi.org/10.24875/rechog.m21000016>
- Ramírez, María Daniela, Hernández, César, y Ceballos, Grey Yuliet (2021). La violencia obstétrica en la vulneración de los derechos humanos de las mujeres. *Revista CONAMED*, 26(3), 149-155. doi: <https://doi.org/10.35366/101680>
- Ramos, Beatriz Eugenia, Acuña, Ana Graciela, García, María Fernanda, y Gómez, Clara Sofía (2023). Violencia obstétrica: una revisión sistemática de literatura. *Zenodo (CERN European Organization For Nuclear Research)*, 100, 60-93. doi: <https://doi.org/10.5281/zenodo.7637450>
- Rodríguez, Paulo Adrián, y Aguilera, Laura (2017). La Violencia Obstétrica, otra forma de violencia contra la mujer. El caso de Tenerife. *Musas*, 2(2), 56-74. doi: <https://doi.org/10.1344/musas2017.vol2.num2.4>
- Saavedra Rionda, Isabel, Cortes-García, Laura, y Moral-Jiménez, María de la Villa (2021). The role of burnout in the association between work-related factors and perceived errors in clinical practice among Spanish residents. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18, 4931. doi: <https://doi.org/10.3390/ijerph18094931>
- Sadler, Michelle, Santos, Mario Jds, Ruiz-Berdún, Dolores, Leiva Rojas, Gonzalo, Skoko, Elena, Gillen, Patricia, y Clausen, Jette (2016). Moving beyond disrespect and abuse: addressing the structural dimensions of obstetric violence. *Reproductive Health Matters*, 24(47), 47-55. <https://doi.org/10.1016/j.rhm.2016.04.002>
- Santamaría-Castañer, Josefa Inés, Cuenca-Calabuig, Concepción, Vizcaino-Sosa, Encarnación, Lorenzo-Mellado, María José, Oliver-Roig, Antonio, y Richart-Martínez, Miguel (2013). Fiabilidad y validez de la

versión española de la escala «Labour Agency Scale» sobre la percepción materna de control personal durante el parto. En *XII Congreso Federación de Asociaciones de Matronas de España de Ámbito Nacional*. <https://goo.su/zdgeq>

Shahoei, Roonak, Khosravy, Farangis, Zaheri, Farzaneh, Hasheminasab, Lila, Ranaei, Fariba, Hesame, Kajal, y Shahoei, Faranak (2014). Iranian Kurdish women's experiences of childbirth: a qualitative study. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 19(7), 112-117. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4402992/pdf/IJNMR-19-112.pdf>

Simkin, Penny (1991). Just another day in a woman's life? Women's long-term perceptions of their first birth experience. Part I. *Birth*, 18(4), 203-210. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1523-536x.1991.tb00103.x>

Zhang, Jun, Bernasko, James W., Leybovich, Etel, Fahs, Marianne, y Hatch, Maureen (1996). Continuous labor support from labor attendant for primiparous women: A meta-analysis. *Obstetrics and Gynecology*, 88(4), 739-744. doi: [https://doi.org/10.1016/0029-7844\(96\)00232-3](https://doi.org/10.1016/0029-7844(96)00232-3)