

Implementando la protección y garantía de los derechos sexuales y reproductivos en el ámbito ginecológico y obstétrico desde la universidad

INVESTIGACIONES FEMINISTAS

Catálogo de publicaciones de la Administración General del Estado: <https://cpage.mpr.gob.es>.

Edita:

Instituto de las Mujeres.
Subdirección General de Estudios y Cooperación.
Secretaría de Estado de Igualdad y para la Erradicación de la Violencia contra las Mujeres.

Autoría:

Desirée Mena Tudela
Investigadora principal y coordinadora del proyecto. Autora del presente informe.

eNIPO: 050-25-046-3

El Instituto de las Mujeres no se hace responsable de las opiniones expresadas en esta investigación.

PRÓLOGO

La publicación que tienes entre manos ha sido posible gracias a la línea de subvenciones para la realización de investigaciones feministas que el Instituto de las Mujeres impulsa y que puede considerarse como una de las actividades con más recorrido y solvencia de esta institución. La primera convocatoria de ayudas para subvencionar investigaciones feministas y sobre la situación de las mujeres se realizó en el año 1984, apenas 6 meses después de la creación del Instituto, en octubre de 1983. Estas convocatorias se han realizado anualmente salvo en el año 1986, y en el período 2013-2021.

En su última convocatoria, cuyo cuadro resumen podéis consultar, vuelve a cumplir con el mandato normativo que le encomienda *la elaboración de informes, estudios y recomendaciones sobre las mujeres (...)*¹, a la vez que apuesta por ofrecer apoyo a la investigación y los proyectos desarrollados y en colaboración con las universidades públicas, cuyo mandato también pasa por impulsar y promover e integrar el principio de la igualdad y no discriminación en la sociedad, en la medida en que son principales transmisoras del conocimiento en todos los ámbitos profesionales y en todas las áreas científicas².

El interés que suscita esta subvención queda reflejado en el elevado número de proyectos de investigación que, aun estando muy bien planteados, no pueden recibir financiación debido a la alta demanda existente. Aunque esta limitación evidencia una necesidad creciente de recursos, también muestra un avance significativo: cada vez más investigaciones incorporan el enfoque de género en el centro de la propia investigación y de los equipos que la promueven.

A lo largo de los años hemos fortalecido y perfeccionado esta línea, promoviendo e impulsando la incorporación del enfoque de género de manera transversal y sostenida durante todo el proceso. Esto implica integrar dicha perspectiva desde su planteamiento y fundamentación inicial, hasta la presentación de los resultados y conclusiones, pasando por las propias metodologías empleadas, así como por la composición del equipo que se hace cargo de liderar todo el proyecto. En este sentido, destaca especialmente la oportunidad que estas ayudas suponen para investigadoras —en su mayoría mujeres, muchas de ellas jóvenes— cuya carrera académica suele enfrentar numerosos obstáculos derivados de estructuras patriarcales aún presentes en el ámbito universitario. El respaldo que reciben constituye, sin duda, uno de los logros de los que el Instituto de las Mujeres puede sentirse orgulloso.

Sostenemos y repetimos continuamente que para alcanzar el impulso de la igualdad efectiva de mujeres y hombres en cualquier ámbito de intervención es imprescindible conocer la realidad de la que se parte. Es indispensable sacar a la luz los datos que la avalan, incluso cuando resultan difíciles de obtener. De ahí nuestra perseverancia en promover la investigación desde el ámbito académico como un motor esencial de generación de conocimiento, capaz de contribuir a la transformación de un país que sigue avanzando hacia la igualdad real y efectiva.

Subdirección General de Estudios y Cooperación
Instituto de las Mujeres

¹ Artículo 3 de la Ley 16/1983, de 24 de octubre, de creación del Instituto de las Mujeres.

² La Ley Orgánica 6/2001, de 21 de diciembre, de Universidades, incorpora el derecho de igualdad entre mujeres y hombres como objetivo propio de la universidad, e introduce la creación de programas específicos sobre la igualdad de género.

Introducción	7
Marco Teórico	9
• Posiciones oficiales sobre la violencia obstétrica	9
• Violencia obstétrica en España	10
• Consecuencias de la violencia obstétrica	12
• Problemas actuales relacionados con la violencia obstétrica	13
• Violencia obstétrica en estudiantado y profesionales de Ciencias de la Salud	14
Hipótesis	19
Objetivos	21
• Objetivos generales	21
• Objetivos específicos	21
Temporalización y fases de la investigación	23
• Enero-Julio 2023	23
• Julio-Diciembre 2023	24
• Enero-Febrero 2024	24
• Marzo-Junio 2024	25
• Julio-Agosto 2024	25
• Septiembre-Octubre 2024	26
• Noviembre-Diciembre 2024	26
Metodología y fuentes	27
• Diseño	28
Resultados	29
• Adaptación cultural y traducción del instrumento “Student Perceptions of Respectful Maternity Care (SPRMC)”	29
» Traducción y adaptación de la escala	30
» Evaluación por expertos	30
» Prueba piloto	30
» Análisis de datos	31
» Subescala: Cuidado respetuoso	31
» Subescala: Seguridad y confort	32
» Subescala: Cuidados de apoyo	32
» Factor 1: Cuidado Respetuoso	36
» Factor 2: Seguridad y confort	36
» Factor 3: Cuidados de apoyo	36
» Factor 4: Espacio seguro	36
» Factor 5: Falta de respeto y autonomía	36
• Estudio observacional transversal para el desarrollo de contenidos de la intervención educativa	39
» Descripción de la muestra	40
» Variables relacionadas con la formación y la violencia obstétrica	41

» Variables de percepción de violencia obstétrica (PercOV-S)	43
» Formación propuesta: Proteger y garantizar los derechos sexuales y reproductivos en el ámbito ginecológico y obstétrico	45
• Resultados del estudio cuasi-experimental pre-post intervención educativa	55
» Población y muestra	56
» Descripción de la muestra	56
» Variables vinculadas a la formación	57
» Aumento en el reconocimiento de la violencia obstétrica vivida personalmente	61
» Mayor identificación de situaciones discriminatorias	61
» Incremento en la comprensión del concepto de violencia obstétrica	61
» Formación previa insuficiente y toma de conciencia tras el curso	62
» Mayor conciencia sobre haber aprendido prácticas violentas durante la formación reglada	62
» Reconocimiento del testimonio observado en prácticas profesionales	62
» Opiniones sobre el término “Violencia Obstétrica”.	62
» Percepción sobre la consideración de las preferencias de las mujeres	62
» Estadísticos descriptivos y comparativos: Percepciones sobre el Consentimiento informado	64
» Estadísticos descriptivos y comparativos: Cuidados maternos respetuosos	67
» Estadísticos descriptivos y comparativos: Percepción de la violencia obstétrica	75
» Resultados del análisis cualitativo a las preguntas abiertas: ¿Criminaliza el término violencia obstétrica a los profesionales?	80
» Resultados del análisis cualitativo a las preguntas abiertas: Si has tenido alguna experiencia relacionada con la atención obstétrica que desees contarnos puedes compartirla aquí	82
Conclusiones y prospectiva	87
» Objetivos de Desarrollo Sostenible	88
» III Plan Estratégico para la Igualdad Efectiva de Mujeres y Hombres 2022-2025	90
» Conclusiones finales.	92
» Futuras investigaciones	93
Bibliografía	95

INTRODUCCIÓN

Actualmente, en la atención a la salud sexual y reproductiva de las mujeres, está surgiendo una importante preocupación creciente, tanto por la calidad de la atención como por el respeto en el trato hacia las mujeres, sobretodo, en momentos específicos como el embarazo, parto y postparto. Cada vez más, se pone en evidencia la necesidad de actuar desde una toma de decisiones conjunta que se promueva desde un enfoque en el que la autonomía de la mujer y el consentimiento informado sea el eje principal.

Por otro lado, la Organización Mundial de la Salud (OMS), desde 2014, advierte que un número cada vez mayor de investigaciones sobre las experiencias de las mujeres en el embarazo y, en particular, el parto, plantean un panorama alarmante, añadiendo que muchas mujeres en todo el mundo sufren un trato irrespetuoso, ofensivo o negligente durante el parto (World Health Organization, 2015). Además, explica qué prácticas suponen maltrato: Trato irrespetuoso y ofensivo durante el parto, maltrato físico, profunda humillación y maltrato verbal, procedimientos médicos sin consentimiento o coercitivos (incluida la esterilización), falta de confidencialidad, incumplimiento con la obtención del consentimiento informado completo, negativa a administrar analgésicos, violaciones flagrantes de la privacidad, rechazo de la admisión en centro de salud, negligencia hacia las mujeres durante el parto y retención de las mujeres y de los recién nacidos en los centro de salud debido a su incapacidad de pago (World Health Organization, 2015), entre otras. A pesar de que la OMS no habla directamente de violencia obstétrica, tanto el maltrato como el abuso, suponen violencia.

Estas prácticas tienen consecuencias físicas y psicológicas, tanto sobre las mujeres que la reciben como sobre los profesionales de la salud que la practican o presencian. Así, las mujeres llegan a manifestar cómo su salud física, sexual y psicológica se ha visto afectada de forma negativa (Sreeparna Chattopadhyay, Arima Mishra, & Suraj Jacob, 2018), llegando a convertir una experiencia muy relevante en sus vidas en violenta y negativa (Maria TR Borges, 2018; Julie McGarry et al., 2017). Por otro lado, la literatura aporta que el personal que presencia este tipo de violencia durante el parto, puede llegar a sufrir una fatiga compasiva o estrés traumático secundario, como respuesta a estar experimentando los traumas vividos en primer grado por la mujer (Ibone Olza, 2014; Michelle Sadler et al., 2016). La OMS aporta que es necesario generar datos relacionados con las prácticas de atención respetuosa e irrespetuosa, los sistemas de responsabilidad y el respaldo profesional valioso, añadiendo que los profesionales de la salud necesitan respaldo y capacitación para asegurar que las mujeres embarazadas sean tratadas con comprensión y dignidad (World Health Organization, 2015).

La violencia obstétrica (VO) puede entenderse como una forma de maltrato institucional que puede afectar profundamente la experiencia de las mujeres en el ámbito de la salud reproductiva. De esta manera, la VO puede definirse como impedir o dificultar el acceso a una información veraz, necesaria para la toma de decisiones autónomas e informadas. Puede afectar a los diferentes ámbitos de la salud física y mental, incluyendo la salud sexual y reproductiva, y puede impedir o dificultar a las mujeres tomar decisiones sobre sus prácticas y preferencias sexuales, y sobre su reproducción y las condiciones en que se lleva a cabo (Comunidad Autónoma de Cataluña, 2021).

En España existe la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del pa-

ciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Esta ley fue promovida desde el Consejo de Europa y, aunque la ley no contempla entre sus excepciones para la autonomía a la mujer embarazada y/o la etapa de reproducción/maternidad, en la práctica, al parecer, sí es así (European Parliament, 2024). Olvidar esta autonomía, no ofrecer consentimiento informado y no promover cuidados maternos respetuosos no solo no es ético, sino que puede constituir violencia obstétrica.

Conseguir que los profesionales comprendan la violencia obstétrica puede resultar crucial. Así, las principales razones destacadas en la literatura que llevan a los profesionales que atienden la etapa reproductiva de la mujer a ejercer violencia obstétrica pueden ser (Ibone Olza, 2014): falta de formación y habilidades, el propio trauma no resuelto, síndrome de burnout; pero la OMS también destacó que, la VO también es una violencia institucional, al ser la administración sanitaria quien no dedica suficientes recursos humanos ni materiales a la atención amable al parto y al nacimiento (World Health Organization, 2015). Sin embargo, el reconocimiento de los factores del sistema sanitario que influyen en la violencia obstétrica no minimiza el hecho de que los profesionales sanitarios tienen la capacidad y la responsabilidad individual en cómo prestan sus cuidados y de que los individuos pueden cambiar de estructura (Lorraine M. Garcia et al., 2024). Además, si se realiza un análisis de uno de los motivos principales y de los lugares de aparición de este tipo de violencia, se puede apreciar que la VO es un tipo de violencia estructural. Esta característica de violencia estructural hace que el profesional de la salud que la ejerce, no sea consciente de ello e, incluso, tenga normalizada esta práctica (Maria TR Borges, 2018). No podemos esperar que los profesionales sanitarios no hagan daño si no son conscientes de que sus comportamientos normalizados y sus prácticas rutinarias pueden ser parte del problema (Lorraine M. Garcia et al., 2024).

La formación en la universidad, a nivel pregrado, desempeña un papel fundamental para el conocimiento, la comprensión, percepción y práctica de los que serán los futuros profesionales de la salud. Así, incorporar en ese momento de la formación comprensión y sensibilidad sobre el respeto a la autonomía, el consentimiento informado y el conocimiento de la violencia obstétrica, puede resultar determinante para conseguir un cambio clave y sostenible temporalmente.

Teniendo en consideración todo lo anteriormente expuesto, esta investigación es relevante e importante para los sectores sociales a los que se dirige, ya que tiene como objetivo mejorar la formación y la percepción del estudiantado en Ciencias de la Salud en temas relacionados con la salud reproductiva de las mujeres.

MARCO TEÓRICO

Tal y como el preámbulo de la Ley Orgánica 1/2023, de 28 de febrero, por la que se modifica la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo (Boletín Oficial del Estado, 2023) anuncia, a través de la misma, se promueve la responsabilidad institucional de las administraciones públicas para la garantía de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres en el ámbito ginecológico y obstétrico, a través de medidas de sensibilización y, sobre todo, a través de la promoción de servicios de ginecología y obstetricia que respeten y garanticen los derechos previstos en la ley, poniendo el consentimiento informado de la mujer en el centro de todas las actuaciones, promoviendo la adecuada formación del personal de los servicios de ginecología y obstetricia, y velando por las buenas prácticas y de apoyo a entidades sociales. Además, a través de la misma ley, se pone en el centro la responsabilidad institucional en el ámbito de la salud, los derechos sexuales y reproductivos y la protección y garantía de los derechos sexuales y reproductivos, promoviendo la generación y difusión efectiva de información de calidad sobre salud, derechos sexuales y reproductivos y, siendo responsabilidad institucional que las administraciones públicas se abstengan de realizar cualquier acto que vulnere los derechos sexuales y reproductivos establecidos en esta ley orgánica y de asegurarse de que autoridades, personal funcionario, agentes e instituciones estatales y autonómicas, así como los demás actores que actúen en nombre de las anteriores, se comporten de acuerdo con esta obligación.

Es necesario considerar que, entre las definiciones establecidas por esta misma ley, también se encuentran las “Intervenciones ginecológicas y obstétricas adecuadas”, entendiendo las mismas como: “Aquellas que promueven y protegen la salud física y psíquica de las mujeres en el marco de la atención a la salud sexual y reproductiva, en particular, evitando las intervenciones innecesarias”.

Posiciones oficiales sobre la violencia obstétrica

Respecto a las intervenciones innecesarias, hay que destacar que España ha sido señalada por la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW) en tres ocasiones (Committee on the Elimination of Discrimination against Women, 2020; Convención Sobre La Eliminación De Todas Las Formas De Discriminación Contra La Mujer (CEDAW), 2022; Convención Sobre La Eliminación De Todas Las Formas De Discriminación Contra La Mujer, 2023), por violencia obstétrica. Este tipo de violencia, ha sido considerada en la legislación española como un tipo de violencia machista tanto en Cataluña (Comunidad Autónoma de Cataluña, 2021) como en el País Vasco (Comunidad Autónoma del País Vasco, 2022). El término de violencia obstétrica se utiliza, sobre todo, para hacer referencia al trato inhumano que se les propicia a las mujeres, principalmente, durante el parto. También se utiliza para denunciar el exceso de medicalización y de instrumentalización en la atención sanitaria al proceso fisiológico del embarazo, parto y puerperio. No se debe olvidar que la lactancia materna está incluida como pilar fundamental de la salud y vida reproductiva de las mujeres. De esta manera, se puede definir la violencia obstétrica como “Cualquier práctica o actitud médica, expresada mediante el lenguaje o los actos, que durante el seguimiento gineco-obstétrico de las mujeres embarazadas, de parto o lactantes, ignora los derechos, deseos, decisiones, necesidades, emociones y/o dignidad de las mujeres, así como la de sus bebés” (Jesusa Ricoy Olariaga, 2020). Por lo tanto, la VO se puede entender como cualquier acto que comprometa el bienestar físico, psicológico, económico y social de la mujer, provocando una pérdida de autonomía en la toma de decisiones y/o de la capacidad de tomar decisiones informadas y libres sobre su cuerpo y sexualidad (Desirée Mena-Tudela et al., 2023).

Por otro lado, y teniendo en cuenta la legislación vigente, en la Comunidad Valenciana, la violencia obstétrica está contemplada dentro de la Ley 10/2014, de 29 de diciembre, de Salud de la propia comunidad autónoma. Esta ley fue modificada el 30 de diciembre de 2021, añadiéndose en su artículo 59 bis sobre “Derechos generales y ámbito de aplicación” que, en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, las mujeres tienen derechos a que se les garantice las medidas proclives para combatir la violencia obstétrica definida según la Organización Mundial de la Salud (OMS) (Boletín Oficial del Estado, 2021).

Es esencial destacar que, en julio de 2019, la Asamblea General de la Organización de la Naciones Unidas (ONU) presentó un importante informe que exponía la situación sobre la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva, con especial hincapié en la atención al parto y la VO (Dubravka Šimonović, 2019). En este informe, se destaca la movilización que existe en muchos países en contra de estas prácticas abusivas. Además, la Relatora Especial de la ONU propuso aplicar un enfoque basado en los derechos humanos a las diferentes formas de maltrato que sufren las mujeres en el contexto obstétrico, insistiendo en que no solo violan el derecho de las mujeres a vivir una vida libre de violencia, sino que también pueden poner en peligro su derecho a la vida y a la salud, su integridad física, su intimidad, su autonomía, y a no sufrir discriminación. Otro aspecto a destacar tanto de las tres condenas por parte de la CEDAW (Committee on the Elimination of Discrimination against Women, 2020; Convención Sobre La Eliminación De Todas Las Formas De Discriminación Contra La Mujer (CEDAW), 2022; Convención Sobre La Eliminación De Todas Las Formas De Discriminación Contra La Mujer, 2023) como del informe de la ONU (Dubravka Šimonović, 2019) es el hincapié insistente para destinar recursos humanos y materiales con el fin de realizar estudios y estadísticas sobre la violencia obstétrica en el estado español, así como proporcionar capacitación profesional adecuada al poder judicial y a la sanidad pública y privada, para reconocer las diferentes manifestaciones de la violencia en el ámbito obstétrico.

Por último, el Parlamento Europeo, a través del estudio encargado al Servicio de Políticas Parlamentarias (IPOL), reconoce que la violencia obstétrica y ginecológica constituye una forma de violencia de género estructural, arraigada tanto en desigualdades de poder como en las insuficiencias institucionales de los sistemas de salud europeos. Así, se subraya que ningún Estado miembro de la Unión Europea reconoce formalmente la violencia obstétrica como delito específico, obligando a las víctimas dependan de mecanismos legales genéricos (derechos del paciente o responsabilidad médica) para buscar reparación. Además, el Parlamento insta a que la Comisión Europea y los estados miembros promuevan definiciones armonizadas, estándares mínimos para la recolección de datos y reformas en el marco legal europeo —incluyendo la posible inclusión de esta forma de violencia en los instrumentos comunitarios de lucha contra la violencia de género— para mejorar el reconocimiento, prevención y reparación de estos abusos (European Parliament, 2024).

Violencia obstétrica en España

En España las cifras de violencia obstétrica obtenidas por diferentes estudios son preocupantes. Así, respecto a la percepción por parte de las mujeres de haber sufrido Violencia Obstétrica durante el embarazo, parto o postparto, un 38,3% de las mujeres de una investigación refirieron haber sufrido Violencia Obstétrica durante su atención obstétrica en España.

El siguiente mapa muestra este porcentaje por comunidades autónomas:



En él se observa que las comunidades autónomas con mayor violencia obstétrica referida por las mujeres son: Región de Murcia; Extremadura, Galicia, Cantabria y Navarra. Por el contrario, la comunidad autónoma que muestra menor referencia de violencia obstétrica por parte de las mujeres es La Rioja (Desirée Mena-Tudela, Susana Iglesias-Casás, et al., 2020).

Así, se observa que se perciben importantes diferencias interterritoriales en España acerca de la violencia obstétrica. es muy posible que las comunidades autónomas con menor implantación de políticas de parto respetado y menor presencia de matronas por habitante muestren tasas más altas de violencia obstétrica percibida, y esto refleja la falta de un marco común en España sobre prácticas obstétricas respetuosas. En este sentido, también se hallaron diferencias de percepción de violencia obstétrica en función del tipo de sanidad en el que las mujeres fueron atendidas (pública versus privada), observando que la sanidad privada mostró los niveles más altos de intervencionismo, menor satisfacción y mayor percepción de violencia obstétrica (Desirée Mena-Tudela, Susana Iglesias-Casás, Víctor Manuel González-Chordá, Águeda Cervera-Gasch, et al., 2021).

Asimismo, en cuanto a procedimientos percibidos como innecesarios o dolorosos, 44,4 % de las mujeres reportó haberlos sufrido en España. De las prácticas más asociadas a la percepción de violencia obstétrica se pueden destacar: la episiotomía de rutina, maniobra de Kristeller, restricción de movimiento, restricción para comer y beber, limitación en el acompañamiento, la inducción con oxitocina, la separación del bebé sin justificación o la cesárea sin suficiente información. De quienes declararon haber sido sometidas a estos procedimientos, el 83,4 % no fue solicitado para otorgar consentimiento informado (Desirée Mena-Tudela, Susana Iglesias-Casás, et al., 2020; Desirée Mena-Tudela, Susana Iglesias-Casás, Víctor Manuel González-Chordá, Águeda Cervera-Gasch, et al., 2021). A pesar de que la mayoría de intervenciones señaladas por las mujeres se producen

en el momento del parto, las mujeres perciben haber vivido momentos de violencia obstétrica tanto en el parto/nacimiento como durante el embarazo y el postparto (Desirée Mena-Tudela, Susana Iglesias-Casás, Víctor Manuel González-Chordá, María Jesús Valero-Chilleron, et al., 2021).

Es necesario destacar que casi una de cada tres mujeres (30,4%) consideró que su experiencia fue irrespetuosa o deshumanizada. Además, el 67,9% de las mujeres encuestadas consideró que las instituciones (ministerios, servicios de salud, dirección hospitalaria) no apoyaban suficientemente sus derechos en el embarazo, el parto, el puerperio o la lactancia materna (Desirée Mena-Tudela, Susana Iglesias-Casás, et al., 2020). La satisfacción de la atención recibida en general (medida en una escala del 0 a los 10 puntos) durante la atención obstétrica en nuestro país se establece en 6,94 puntos. Pero si las mujeres reportan haber sufrido violencia obstétrica esta satisfacción desciende hasta los 4,85 puntos (Desirée Mena-Tudela, Susana Iglesias-Casás, et al., 2020).

Durante la pandemia, las cifras reportadas por las mujeres no mejoraron. Así, un 33,5% de las mujeres en España afirmaron haber sufrido alguna forma de violencia obstétrica durante el periodo pandémico (en el primer año de pandemia por SARS-CoV-2). Además, un 67,8% de las mujeres opinaban que esa violencia no estaba justificada por la situación pandémica, lo que cuestiona argumentos que naturalizan ciertos recortes en derechos o cambios en protocolos bajo la excusa de emergencia sanitaria. Así, los resultados hallados durante el periodo pandémico, apuntan a un componente relacional del cuidado obstétrico (no solo técnico), la importancia del trato comunicativo, la confianza y la agencia de la mujer como parte de una atención centrada en la persona (Desirée Mena-Tudela et al., 2024).

Teniendo en consideración estas cifras en España, es necesario recomendar la actualización y puesta en práctica de protocolos de actuación y formación del personal sanitario, así como políticas de transparencia (por ejemplo, datos reales sobre cómo se trata y atiende a las mujeres en los centros sanitarios) para visibilizar prácticas abusivas o coercitivas (Desirée Mena-Tudela et al., 2024; Desirée Mena-Tudela, Susana Iglesias-Casás, et al., 2020).

Consecuencias de la violencia obstétrica

En primer lugar, es necesario plantear que absolutamente nadie que se encuentre inmerso en un ambiente violento va a librarse de tener consecuencias sobre su salud. La violencia ataca directamente a la salud de las personas que la presencian, la experimentan o la perpetúan.

Con todo lo expuesto, parece que la violencia obstétrica, la experiencia de parto y la satisfacción con la atención recibida se encuentran íntimamente ligadas. Es necesario destacar que la sensación negativa que se deriva de estos conceptos durante el parto puede tener efectos tanto a corto como a largo plazo en la salud física, sexual y psicológica de la mujer y tener consecuencias en la relación con el neonato (Sreeparna Chattopadhyay, Arima Mishra, & Suraj Jacob, 2018; Ziba Taghizadeh, Alireza Irajpour, & Mohammad Arbabi, 2013).

Entre las consecuencias de esta atención negativa encontramos situaciones como: depresión postparto, trastorno de estrés postraumático, mala adaptación al rol maternal, problemas con la lactancia materna o afectar al deseo materno de tener futuros hijos (Susanne Brummelte & Liisa A.M. Galea, 2016; Sofia Colaceci et al., 2020; Karina Junqueira de Souza, Daphne Rattner, & Muriel Bauermann Gubert, 2017; Francisca Fernández Guillén, 2015). Existen novedosas investigaciones que también ponen de relieve la afectación de la relación matrimonial en mujeres que han vivido

violencia obstétrica, existiendo más separaciones matrimoniales en parejas que han experimentado este tipo de violencia (Faidra Gatsarouli & Linda Berg, 2025).

Algunas técnicas usadas durante la atención al parto también pueden tener importantes repercusiones sobre la salud física de la mujer, como sucede con la maniobra de Kristeller. Sobre esta maniobra, se ha estimado que no se recomienda su uso, además de demostrarse que no acorta el periodo expulsivo (G. Justus Hofmeyr, Joshua P. Vogel, Anna Cuthbert, & Mandisa Singata, 2017; Ministerio de Sanidad, 2010). Entre sus consecuencias pueden hallarse contusiones, hematomas abdominales, fracturas costales e incluso roturas uterinas (G. Justus Hofmeyr, Joshua P. Vogel, Anna Cuthbert, & Mandisa Singata, 2017). De esta manera, las repercusiones legales por el uso de esta maniobra son cada vez más patentes (Antonio Malvasi et al., 2019). Hay mujeres que también describen una infertilidad secundaria porque no quieren revivir un proceso tan traumático.

Los profesionales sanitarios que ejercen o presencian la violencia obstétrica también tienen consecuencias en su salud, siendo el estrés traumático secundario y la fatiga compasiva (Michelle Sadler et al., 2016) los trastornos más destacados. También pueden estar presentes sentimientos de horror y culpa entre los profesionales (Julia Leinweber, Debra K. Creedy, Heather Rowe, & Jenny Gamble, 2017), pudiendo llegar a abandonar el ejercicio profesional (Ibone Olza-Fernández & Dolores Ruiz-Berdún, 2015) por estas causas. Sobre el estudiantado de ciencias de la salud y personal en formación vinculados a esta rama de conocimiento, no se han hallado estudios sobre las consecuencias derivadas de presenciar violencia obstétrica durante su formación.

Problemas actuales relacionados con la violencia obstétrica

Para poder atacar directamente a la problemática de la violencia obstétrica, en primer lugar, es necesario reconocerla (Desirée Mena-Tudela et al., 2023). Pero algunos colectivos sanitarios parecen especialmente interesados en no abordar la violencia obstétrica. También en no reconocerla. Pero más importante aún: en negar la existencia de la violencia obstétrica.

De esta manera, es España, la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO, por sus siglas) –curiosamente miembro de la International Federation of Gynecology and Obstetrics– elaboró una publicación titulada: “Violencia obstétrica: Un concepto legalmente delictivo, moralmente inadecuado, científicamente inaceptable” en la que aportó frases tan relevantes como: “...en el parto, cada individuo se enfrenta de forma solitaria a su destino en 10 centímetros de vagina, está en nuestras manos acompañarlo y ayudarlo a enfrentarse al resto de una vida de 80 años con la mejor adaptabilidad, salud e independencia social...”, negando la existencia de la violencia obstétrica y exclamando que bajo ningún concepto ni criterio, la SEGO, se puede dar por aludida por este término (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, 2018). Utilizar el concepto de violencia obstétrica es contrario a la ética médica, exagerado y atenta a la honorabilidad de los ginecólogos y obstetras, según el Colegio de Médicos de Ciudad Real (Colegio de Médicos de Ciudad Real, 2018). Este negacionismo, no se produce únicamente en España, puesto que la publicación de los datos provenientes de una breve encuesta sobre la falta de respeto y el maltrato durante los partos en Italia, también provocó una reacción de un grupo de profesionales sanitarios atacando metodológicamente la mencionada publicación (Laura Lauria et al., 2018).

El negacionismo destacado por algunos grupos profesionales al concepto de violencia obstétrica puede responder, directamente, a varias hipótesis. De esta manera, es muy necesario reflexionar brevemente sobre estos dos aspectos bastante relevantes:

- Estudiar para ser sanitario, para ayudar, para salvar vidas, para prevenir enfermedades, para acompañar en el camino de la salud, para ser soporte, muleta, refuerzo y asistencia en los momentos de necesidad parece bastante incompatible en reconocerte como violentador (agresor de la salud sexual y reproductiva de las mujeres). Este hecho tan solo puede derivarse de una profunda reflexión con una importante perspectiva de género en el sistema sanitario que englobe desde la formación recibida totalmente carente de esta perspectiva de género hasta la falta de actualización en relación a la formación o la absorción que el sistema realiza con los profesionales de la salud cuando forman parte del mismo.
- Aunque las personas que ejercen como profesionales de la salud sepan de la existencia de la violencia obstétrica, por ejemplo, en su centro o en su lugar de trabajo, o conozcan las prácticas que se atribuyen a la violencia obstétrica e, incluso, reconozcan momentos vividos de violencia obstétrica en sus propias intervenciones obstétricas o en prácticas diarias de sus compañeras o compañeros, puede que no sepan dónde denunciarla ni los mecanismos de defensa de las mujeres (Josmary Faneite, Alejandra Feo, & Judith Toro Merlo, 2012). De esta manera, los profesionales sanitarios no intervienen de ningún modo para finalizar la violencia obstétrica y proteger a las mujeres, hecho que les convierte, indirectamente, en cómplices de la perpetuación de la violencia

El problema del negacionismo de la violencia obstétrica arrastra otras consecuencias: la normalización social de la violencia obstétrica.

El fenómeno del negacionismo, viene asociado a profesionales sanitarios y estas figuras suelen ser vistas como autoridades. Por lo tanto, este negacionismo puede traer un importante fenómeno de aceptación de prácticas violentas, obsoletas o dañinas en la esfera social.

La normalización de la violencia obstétrica se manifiesta también con claridad en los medios audiovisuales, donde los discursos profesionales que modelan la información social tienden a construir representaciones idealizadas y poco fieles a la realidad de la atención al parto. En esas narrativas, el control sobre el cuerpo de las mujeres aparece naturalizado y justificado. Desde este espacio simbólico, resulta comprensible que muchas personas no logren identificar la agresión en el contexto de un cuidado, especialmente cuando proviene de figuras investidas de autoridad, como los y las profesionales sanitarios, reforzados por el poder simbólico de la “bata blanca”. En consecuencia, las propias mujeres pueden reproducir relatos donde la violencia se enuncia como normalidad, relatando experiencias de parto que incluyen prácticas obsoletas —como la maniobra de Kristeller— y concluyendo con expresiones como: “Un parto completamente normal”. En este sentido, el lenguaje se convierte en un indicador clave de la interiorización de la violencia.

Violencia obstétrica en estudiantado y profesionales de Ciencias de la Salud

A pesar de todo lo expuesto, y tal y como se ha destacado, la existencia de la VO sigue sin ser aceptada por la mayor parte de la comunidad médica e incluso de la sociedad. La característica estructural que posee este tipo de violencia (Michelle Sadler et al., 2016) hace que, con frecuencia, el profesional que la ejerce no sea consciente de ella e, incluso, la tenga normalizada (Maria TR Borges, 2018; Sarah D. Rominski et al., 2017).

Dadas las cifras expuestas sobre la situación de la violencia obstétrica en España, se puede aportar que la violencia obstétrica es una realidad presente en el sistema sanitario español, afectando

a un número significativo de mujeres. De esta manera, no se trata de casos aislados, sino de una problemática estructural derivada de un modelo de atención biomédico y jerárquico. El consentimiento informado y la comunicación efectiva son los factores más determinantes en la percepción de un parto respetado porque la ausencia de información o la toma de decisiones sin participación activa de la mujer son vividas como formas de violencia. Asimismo, la violencia obstétrica no se reduce a conductas individuales, sino que refleja problemas estructurales del sistema sanitario: jerarquías rígidas, medicalización excesiva y una cultura profesional que subordina la autonomía de las mujeres.

Con todo ello, es muy necesario que la violencia obstétrica sea reconocida como una forma de violencia machista institucional, ya que reproduce desigualdades de poder y vulnera derechos, recomendando formación en perspectiva de género y derechos sexuales y reproductivos, consentimiento informado, comunicación y respeto a la autonomía de la mujer para profesionales sanitarios, especialmente en obstetricia y enfermería (Desirée Mena-Tudela, Susana Iglesias-Casás, et al., 2020), aunque esta formación es altamente recomendable para cualquier profesional de la salud implicado en el sistema sanitario, debido a que la literatura ha hallado que diferentes figuras profesionales pueden estar implicadas en la percepción de violencia obstétrica por parte de las mujeres (Desirée Mena-Tudela, Susana Iglesias-

Respecto al estudiantado de Ciencias de la Salud, parece especialmente relevante señalar que, según la literatura científica, al estudiantado de enfermería que va a realizar prácticas clínicas en área de cuidados materno-neonatal, desde el primer día de formación les preocupa en un 47% inquietudes relacionadas con el parto y el nacimiento (Jennifer B. Rousseau & Ramona G. Hunter, 2022).

Por otro lado, aunque la literatura destaque la importancia de proporcionar cuidados de alta calidad y centrados en la mujer, se sigue reportando muchas formas de falta de respeto y abuso durante el parto (Sarah D. Rominski et al., 2017). Es relevante destacar que, durante la formación, el estudiantado de Ciencias de la Salud destaca la dicotomía en la que aprenden. Por un lado, se sostiene que el embarazo y el parto son eventos fisiológicos. Mientras que, por otro lado, se observan desde un paradigma biomédico de dolor y riesgos en el que se justifica el suministro de medicamentos y el control mediante tecnología (Selene Danahe Santillán, 2022), sobretodo, durante sus estancias o prácticas clínicas. Así, existe una tensión entre la normalidad institucional (prácticas que se han naturalizado en el sistema) y la conciencia crítica, viéndose inmersos en un sistema donde ciertas conductas “se dan por hechas”, sin cuestionarlas, lo que perpetúa la violencia obstétrica.

Algunas tesis reportan que todo el estudiantado de Ciencias de la Salud y medicina creen en la existencia de la violencia obstétrica, siendo muchos testigos de ella durante su formación y destacando el rol de normalización de esta violencia en su aprendizaje (Laura Cristina Patiño, Luisa Fernanda Morales, & Paula Duque, 2021). Otros estudios también han destacado algunas variables personales del estudiantado como favorecedoras para el proceso de normalización de la violencia obstétrica. Entre estas variables se encuentran ser mujer, el curso de formación o haber tenido algún embarazo y/o parto, por ejemplo (Ainoa Biurrún-Garrido, Serena Brigidi, & Desirée Mena-Tudela, 2023; Desirée Mena-Tudela, Víctor Manuel González-Chordá, et al., 2020). Estas variables pueden relacionarse con que las mujeres normalizan prácticas de violencia obstétrica durante sus propias vivencias, también (Sônia Lansky et al., 2019). Así, se considera que la violencia obstétrica

es un problema de salud pública importante en nuestro país y que requiere formación y/o capacitación de los profesionales de la salud y los futuros profesionales de la salud para prevenir nuevos casos de este fenómeno y lograr resultados favorables. Otra estrategia para afrontar este problema sería sensibilizar sobre estos contenidos durante el periodo de formación inicial de los estudiantes de Ciencias de la Salud, como mecanismo para reducir este problema en el futuro ejercicio profesional (Desirée Mena-Tudela, Águeda Cervera-Gasch, et al., 2020). Es muy necesario destacar que la percepción del estudiantado de ciencias de la salud (futuros profesionales sanitarios) acerca de la violencia obstétrica puede servir como una especie de termómetro medidor, dado que si los futuros profesionales ya detectan cierta violencia invisible, existe un importante campo de oportunidad para intervenir formativa y culturalmente antes de que se arraiguen en la práctica clínica (Ainoa Biurrun-Garrido, Serena Brigidi, & Desirée Mena-Tudela, 2023).

La formación profesional que perpetúa procedimientos no basados en evidencia científica continúa fortaleciendo el actual modelo de atención al embarazo, parto y postparto, centrándose en prácticas profesionales violentas y tecnicistas. El comportamiento del estudiantado de Ciencias de la Salud puede verse directamente influenciado cuando éste se asocia a la falta de actividades educativas sobre violencia obstétrica durante su formación. En consecuencia, la banalización de procedimientos inadecuados, la falta de asistencia a las mujeres y la centralización de la toma de decisiones por parte de los profesionales durante todo el proceso de atención obstétrica, favorecen la reproducción y normalización de prácticas obsoletas (Amanda de Alencar Pereira Gomes et al., 2022).

De esta manera, la literatura científica indica que durante la formación de los futuros profesionales sanitarios, se aprende a justificar, racionalizar y explicar las razones del cuidado irrespetuoso y abusivo durante el nacimiento y perpetuando la estructura actual del sistema sanitario (Aline Veras Brilhante et al., 2021; Rodante van der Waal, Veronica Mitchell, Inge van Nistelrooij, & Vivienne Bozalek, 2021). Así, el estudiantado llega a justificar los gritos o golpes de los profesionales sanitarios a las mujeres en trabajo de parto, por ejemplo, debido a las altas cargas de trabajo y el mal carácter de algunas matronas (Sarah D. Rominski et al., 2017). Llegando a culpabilizar a las pacientes de algunos comportamientos. Es importante destacar que, el estudiantado de matrona, llegan a expresar que si bien preferirían no tratar mal a las mujeres, sienten que a veces no hay otras opciones (Sarah D. Rominski et al., 2017), por lo que su aprendizaje frente a la violencia obstétrica es verdaderamente abrumador. Otros trabajos, ponen en valor las diferencias de percepción de la violencia obstétrica según la disciplina estudiada (Thomas Gray et al., 2021; Desirée Mena-Tudela et al., 2022; Desirée Mena-Tudela, Víctor Manuel González-Chordá, et al., 2020; Solana Nunes Vieira et al., 2020).

Es necesario poner en el centro de la formación, también, la obtención de un consentimiento informado por parte de la mujer en todas las actuaciones. Sobre este aspecto, algunos estudios han señalado que el proceso de la obtención de consentimiento informado varía en función del procedimiento clínico y que, con frecuencia, se omite hablar de riesgo y de las alternativas (Nigel Lee et al., 2023) how this is obtained during labour and birth presents conflicting understandings between midwives' and women's experiences. Midwifery students are well placed to observe interactions between women and midwives during the consent process. Aim: The purpose of this study was to explore the observations and experiences of final year midwifery students of how midwives obtain consent during labour and birth. Methods: An online survey was distributed via universities and social media to final year midwifery students across Australia. Likert scale questions based on

the principles of informed consent (indications, outcomes, risks, alternatives, and voluntariness. Sensibilizar al alumnado de Ciencias de la Salud durante su formación inicial sobre este tipo de violencia contra la mujer permite prevenir nuevos casos cuando los futuros profesionales trabajen en la atención obstétrica. Para promover cambios en los paradigmas y prácticas de atención, es importante implementar currículos que aborden el tema a través de metodologías activas, con debates en el aula para sensibilizar y conceptualizar adecuadamente la violencia obstétrica y sus interfaces (Desirée Mena-Tudela, Águeda Cervera-Gasch, et al., 2020; Solana Nunes Vieira et al., 2020).

Otro aspecto a destacar en la formación obstétrica universitaria es la jerarquía dentro del sistema de salud. En esta jerarquía, el papel del médico y su poder es supremo, quedando el estudiantado relegado al último escalón de la escala y las mujeres aún por debajo. Esto ocurre debido a que, en el campo de la obstetricia, ejercido 23

por especialistas en medicina y enfermería, las mujeres y el estudiantado no son interlocutores válidos, ya que no hablan el lenguaje de la ciencia y, por ello, no ocupan un lugar igualitario en la relación establecida dentro de la institución médica (Elisa Jojoa-Tobar et al., 2019). Así, el estudiantado, dentro de esta jerarquía, acatan órdenes y siguen conductas y prácticas que incorporan en su aprendizaje, muchas veces actuando contra su voluntad para no contradecir a tutores o profesionales (quienes evalúan su aprendizaje) (Nicholas Rubashkin & Nicole Minckas, 2018; Selene Danahe Santillán, 2022).

Algunos trabajos destacan que el estudiantado puede brindar atención de apoyo a las mujeres en trabajo de parto y prevenir el maltrato. El estudiantado también puede informar a las mujeres sobre sus derechos legales. Pero para ello es necesario que las facultades de Ciencias de la Salud asuman la responsabilidad de informar al alumnado sobre las diferentes normas y comportamientos y prepararlos para reaccionar adecuadamente en estas situaciones. Supone todo un desafío para una persona en formación universitaria denunciar una situación de violencia obstétrica. De este modo, se requiere el conocimiento de la evidencia nacional e internacional sobre violencia obstétrica, debido a que el estudiantado debería estar preparado con información concreta: qué es la violencia obstétrica, los distintos tipos (verbal, física, trato humillante, falta de consentimiento, etc.), su prevalencia, sus efectos en salud física y mental. También deberían aprender sobre los marcos legales: leyes, políticas que protegen los derechos de las mujeres, leyes específicas de “parto humanizado” o leyes contra la violencia obstétrica, también en los países donde se haga la rotación, intercambios o pasantías universitarias y/o clínicas.

La literatura también expresa que el alumnado se puede enfrentar a cierta disonancia moral al ver una conducta claramente ofensiva o degradante, pero no saber bien cómo intervenir dadas las jerarquías, diferencias culturales/institucionales y su posición subordinada. Algunas autoras señalan que el estudiantado debería aprender también a cómo manejar esta disonancia moral para reconocer cuándo es apropiado intervenir en caso de detectar violencia obstétrica, cómo hacerlo de forma que minimice el daño a la paciente, a sí mismo y al equipo clínico; conociendo que existen riesgos en la intervención del alumnado: represalias, que la confrontación empeore la situación, que intervenir sin conocimiento institucional pueda poner en peligro cuidados clínicos. Por ello, la formación debe incluir cómo balancear estos riesgos (Nicholas Rubashkin & Nicole Minckas, 2018).

Algunas de las indicaciones que el estudiantado debería tener claras como directrices para poder

actuar sobre la violencia obstétrica es conocer: qué se espera de ellos éticamente, a quién reportar prácticas abusivas, cuáles son sus derechos y obligaciones y qué normas o hábitos culturales podrían enfrentarse. Con ello, parece claro que, cuando faltan pautas, el estudiantado debe exigir expectativas claras de sus tutores de prácticas sobre si deben informar los incidentes de violencia obstétrica y a quién (Nicholas Rubashkin & Nicole Minckas, 2018).

Así, en última instancia, la universidad es corresponsable de una enseñanza diversa y excelente, basada en la evidencia (Solana Nunes Vieira et al., 2020). Esta enseñanza no debe basarse únicamente en la formación técnica, sino también en valores como el respeto, la dignidad, los derechos y la ética del cuidado, debiendo ser parte de la formación profesional el reconocimiento de los derechos de las mujeres y el deber de no contribuir a prácticas que pueden generar daño (Solana Nunes Vieira et al., 2020).

Con todo ello, se plantea que el estudiantado de ciencias de la salud puede actuar como agentes de cambio sobre la situación actual relacionada con la violencia obstétrica, el consentimiento informado y las prácticas obstétricas adecuadas si están bien formados, pero, para ello, requieren de estructuras que les apoyen, claridad sobre cómo actuar, canales seguros para denunciar y asesoría ética.

HIPÓTESIS

El presente proyecto parte de la premisa de que las prácticas gineco-obstétricas, al estar históricamente atravesadas por dinámicas de poder, requieren ser revisadas desde una perspectiva crítica, feminista y bioética que centre a las mujeres como sujetos de derecho, especialmente en lo que respecta a su autonomía corporal, la obtención del consentimiento informado y la erradicación de prácticas que constituyen violencia obstétrica. En este contexto, el ámbito universitario, y específicamente la formación de profesionales de Ciencias de la Salud, representa un espacio estratégico e imprescindible para transformar estas lógicas desde la raíz, al incidir directamente en las representaciones, actitudes y saberes que configuran la futura práctica clínica.

Las prácticas de intervención ginecológica y obstétrica han sido objeto de crítica por parte de movimientos feministas, organismos internacionales y redes de activismo por los derechos reproductivos de las mujeres. Diversas investigaciones han evidenciado cómo determinadas actuaciones clínicas, cuando se realizan sin información suficiente, sin consentimiento explícito, o con tratos deshumanizantes, no solo vulneran principios éticos fundamentales, sino que pueden constituir formas de violencia institucional. En este sentido, el reconocimiento de la violencia obstétrica como una categoría política, jurídica y epistemológica permite nombrar, visibilizar y transformar prácticas normalizadas que perpetúan la subordinación de las mujeres en contextos sanitarios.

Partiendo de esta premisa, el diseño de una intervención educativa específica, junto con el desarrollo de una guía multimedia de aprendizaje, se propone como una estrategia pedagógica transformadora. Esta propuesta busca incidir tanto en los conocimientos teóricos como en las actitudes y competencias profesionales del alumnado de Ciencias de la Salud, promoviendo una comprensión crítica y situada de los procesos gineco-obstétricos. La centralidad del consentimiento informado, entendido no solo como un requisito legal, sino como una práctica de respeto profundo por la autonomía de las mujeres, constituye el eje transversal de esta intervención.

Así, se parte de la hipótesis general de que el acceso a contenidos formativos específicos, diseñados desde una perspectiva feminista, contribuirá significativamente a modificar las representaciones del estudiantado en relación con las prácticas gineco-obstétricas, fomentando una atención más ética, empática y respetuosa de los derechos de las mujeres. De manera específica, las hipótesis que guían esta investigación son las siguientes:

- La implementación de una intervención educativa específica orientada a la reflexión crítica sobre las intervenciones ginecológicas y obstétricas, la importancia del consentimiento informado y el reconocimiento de la violencia obstétrica, tendrá un impacto positivo en la percepción del alumnado de Ciencias de la Salud sobre estas temáticas. Se espera que, tras la intervención, el estudiantado manifieste un mayor grado de sensibilidad, comprensión y compromiso hacia prácticas clínicas respetuosas de los derechos humanos de las mujeres.
- La guía multimedia de aprendizaje diseñada, como recurso pedagógico complementario a la intervención educativa, será altamente valorada por el alumnado y contribuirá significativamente a su comprensión y análisis de los contenidos propuestos. Se parte de la hipótesis de que la incorporación de materiales digitales, visuales e interactivos favorece no solo el acceso a la información, sino también una apropiación más profunda de los conceptos clave vinculados a las prácticas gineco-obstétricas respetuosas.

- La utilización combinada de la intervención educativa y la guía multimedia permitirá una mejor retención, integración y aplicación práctica de los conocimientos adquiridos por el alumnado. Esta hipótesis parte de los aportes de la pedagogía crítica y el enfoque de aprendizaje significativo, que sostienen que las experiencias formativas contextualizadas, participativas y multicanal generan aprendizajes más duraderos y transformadores.
- Finalmente, se plantea que la mejora en la comprensión de las temáticas abordadas, tanto en la intervención educativa como en la guía multimedia, tendrá un impacto positivo en la futura práctica profesional del estudiantado de Ciencias de la Salud. En otras palabras, se espera que la incorporación de estos enfoques en su formación académica inicial contribuya a una atención clínica más humanizada, respetuosa y centrada en las necesidades, derechos y decisiones de las mujeres en el ámbito gineco-obstétrico.

Estas hipótesis no solo orientan la investigación desde una perspectiva empírica, sino que expresan también un posicionamiento político y ético sobre el papel transformador que la educación puede y debe desempeñar en la construcción de sistemas sanitarios más justos, inclusivos y respetuosos con los derechos de las mujeres. En este sentido, el proyecto se alinea con los principios del feminismo interseccional, la bioética del cuidado y las recomendaciones de organismos internacionales que instan a los Estados a garantizar el derecho de las mujeres a una atención obstétrica libre de violencia y basada en el consentimiento informado.

OBJETIVOS

El presente proyecto parte del compromiso con la transformación estructural de las prácticas clínicas en el ámbito gineco-obstétrico, a partir de una intervención educativa diseñada desde una perspectiva feminista, interseccional y bioética. En particular, se reconoce que la formación universitaria del alumnado de Ciencias de la Salud constituye una etapa clave para incorporar herramientas críticas que permitan identificar, cuestionar y desnaturalizar prácticas que, aún hoy, reproducen formas de violencia institucional y simbólica hacia las mujeres, especialmente en el contexto de la atención ginecológica y obstétrica.

Desde esta premisa, se definen los siguientes objetivos generales y específicos que orientan el diseño, desarrollo y evaluación de la intervención educativa implementada en el marco de esta investigación:

Objetivos generales

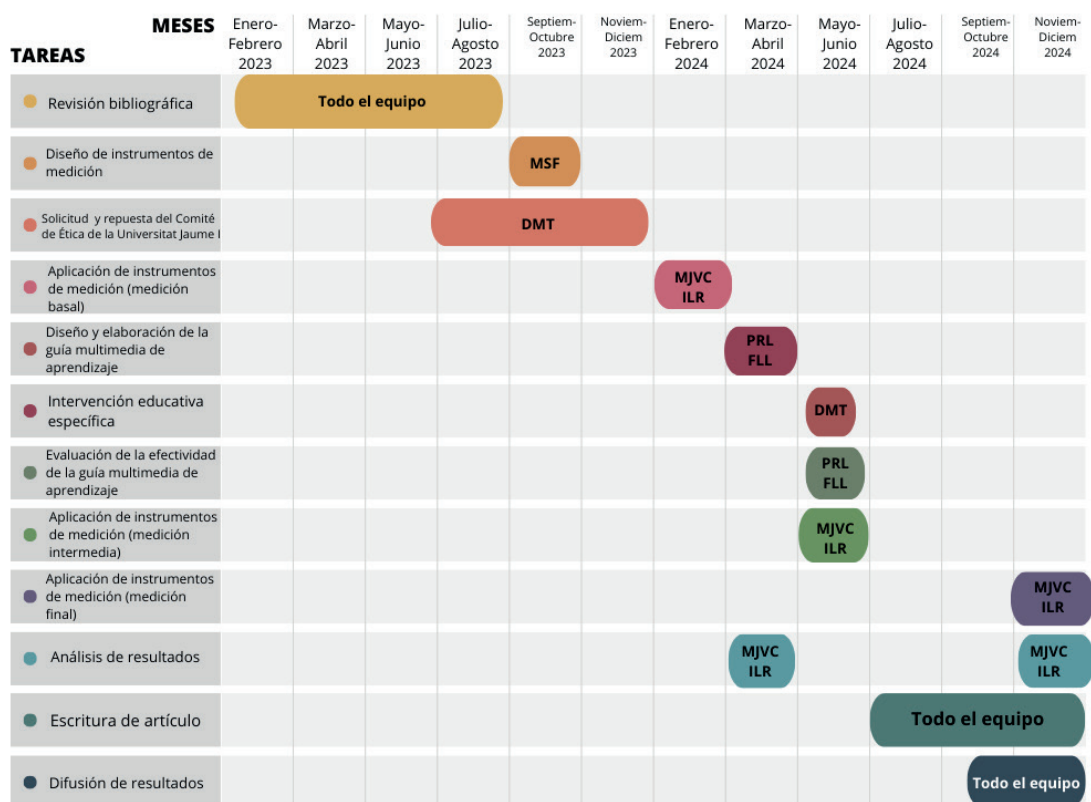
- Diseñar una intervención educativa específica dirigida a tratar las intervenciones ginecológicas y obstétricas adecuadas, la obtención del consentimiento informado y la violencia obstétrica en alumnado de Ciencias de la Salud, con el fin de incorporar la perspectiva de género en la atención ginecológica y obstétrica.
- Medir la variación de la percepción del alumnado de Ciencias de la Salud sobre las intervenciones ginecológicas y obstétricas adecuadas, la obtención del consentimiento informado y la violencia obstétrica antes y después de una intervención educativa específica.

Objetivos específicos

- Determinar el grado de percepción del alumnado de Ciencias de la Salud sobre las intervenciones ginecológicas y obstétricas adecuadas, antes y después de realizar una intervención específica.
- Valorar el grado de obtención y las características del consentimiento informado de las mujeres en las actuaciones ginecológicas y obstétricas, según el alumnado de Ciencias de la Salud, antes y después de realizar una intervención específica.
- Determinar el grado de percepción de la violencia obstétrica del alumnado de Ciencias de la Salud, antes y después de realizar una intervención específica.
- Determinar posibles variables de normalización e invisibilización sobre las intervenciones ginecológicas y obstétricas adecuadas, la violencia obstétrica y la obtención del consentimiento informado en los futuros profesionales sanitarios, antes y después de realizar una intervención específica.

TEMPORALIZACIÓN Y FASES DE LA INVESTIGACIÓN

El cronograma, la temporalización y las fases de investigación desarrolladas para ejecutar este proyecto de investigación feminista fueron las que se detallan a continuación:



MSF: Myriam Santos Folgar

MJVC: María Jesús Valero Chillerón

ILR: Irene Llagostera Reverter

PRL: Pablo Román López

FLL: Fátima León Larios

DMT: Desirée Mena Tudela

Todo el equipo: Myriam Santos Folgar, María Jesús Valero Chillerón, Irene Llagostera Reverter, Pablo Román López, Fátima León Larios, Desirée Mena Tudela y Águeda Cervera Gasch.

Enero-Julio 2023

Durante estos meses se realizó una profunda revisión bibliográfica sobre el tema de investigación a tratar. En esta revisión, se hallaron herramientas que daban apoyo a la temática y que se utilizaron en fases posteriores de la investigación para medir los resultados de investigación. Entre estas herramientas se encuentran:

- **Percepción de la Violencia Obstétrica (PercOV-S):** se utilizó el instrumento PercOV-S (Desirée Mena-Tudela, Águeda Cervera-Gasch, et al., 2020) validado en Estudiantado de Ciencias de la Salud en España por parte del equipo investigador del presente proyecto. La validación exploratoria de este cuestionario ofreció como resultado un instrumento de 33 ítems medidos a través de una escala Likert de 5 puntos con una robusta consistencia interna obtenida con Alfa de Cronbach tanto para su global 0,936, como para sus dimensiones: Violencia obstétrica visible-protocolizada 0,802; Violencia obstétrica invisible-no protocolizada 0,952.
- **“Student Perceptions of Respectful Maternity Care (SPRMC)”:** Este instrumento contiene variables relacionadas con la atención respetuosa a la maternidad (Prativa Dhakal, Jenny Gamble, Debra K. Creedy, & Elizabeth Newnham, 2022), a través del cual realizar una valoración exhaustiva sobre la percepción de un cuidado y atención respetuosa a la atención maternal dividida en tres factores: atención respetuosa, seguridad y comodidad y cuidados de apoyo.
- Ítems o variables relativas a la exploración del ofrecimiento del consentimiento informado.
- Se consideraron también variables sociodemográficas de las personas participantes en el estudio para poder realizar análisis comparativos posteriormente durante la investigación.

Julio-Diciembre 2023

Durante estos meses se preparó la documentación relativa a la obtención de la aprobación de esta investigación feminista por parte del Comité de Ética de la Investigación con Seres Humanos de la Universitat Jaume I.

Durante los meses de Julio y Agosto de 2023 también se prepararon y diseñaron los instrumentos, a través de los cuales, se recogieron posteriormente los datos de las personas participantes en esta investigación feminista.

La presentación oficial de toda la documentación y solicitudes correspondientes al Comité de Ética de la Investigación con Seres Humanos de la Universitat Jaume I, así como de los instrumentos de recogida de datos, se realizó en septiembre de 2023. En esta solicitud, ya se indicó que la presente investigación se encuentra financiada (en lista provisional) por la convocatoria de categoría competitiva a nivel nacional: Subvenciones destinadas a la realización de Investigaciones Feministas del Instituto de las Mujeres (Ministerio de Igualdad), BOE número 92 de martes, 18 de abril de 2023. Finalmente, se obtuvo el informe favorable por parte de este comité a fecha de 15 de diciembre de 2023 con número de expediente CEISH/127/2023.

Enero-Febrero 2024

Durante los meses de Enero y Febrero de 2024 se llevaron a cabo la adaptación de las herramientas al contexto español, la adaptación del diseño del cuestionario a la medida basal de la investigación y la presentación del proyecto y debate posterior en el marco de las actividades realizadas en la Universitat Jaume I para el Día Internacional de la Mujer y la Niña en la Ciencia, acto celebrado el 12 de febrero de 2024.

Marzo-Junio 2024

Durante los meses comprendidos entre marzo y junio del 2024 se realizaron las siguientes acciones relativas al proyecto de investigación:

- Diseño y elaboración de la guía que dará lugar a la intervención educativa sobre el curso titulado “Proteger y garantizar los derechos sexuales y reproductivos en el ámbito ginecológico y obstétrico”.
- Desarrollo de una ilustración, por Sara Bellés, que se utilizará como símbolo identificativo de todos los resultados de este proyecto de investigación: presentaciones, curso, certificados, etc.
- Contratación e inicio del trabajo que dará lugar a la web titulada “Sin violencia obstétrica” tras la consulta de dominios libres (tomado como guía multimedia). Esta web albergará todo el trabajo realizado en el seno de este proyecto: <https://sinviolenciaobstetrica.com/>
- Desarrollo de los contenidos específicos del curso titulado “Proteger y garantizar los derechos sexuales y reproductivos en el ámbito ginecológico y obstétrico” (se detallan en el apartado de resultados).
- Participación en el VI Congreso de Investigación y Género de la Universitat Jaume I con una comunicación titulada “Implementando la protección y garantía de los derechos sexuales y reproductivos en el ámbito ginecológico y obstétrico desde la universidad” el día 15 de mayo de 2024. Esta participación ha dado lugar a la publicación de un artículo en el libro de Actas del citado congreso.
- Solicitud de reconocimiento de créditos de las actividades universitarias dirigida al Vicerrectorado de Estudiantado y Vida Saludable de la Universitat Jaume I. Se solicita en la misma que se reconozca la participación en el curso titulado “Proteger y garantizar los derechos sexuales y reproductivos en el ámbito ginecológico y obstétrico” como 30 horas de trabajo y, por lo tanto, el equivalente a 1,5 créditos (según normativa interna) al alumnado que realice y supere el curso.

Julio-Agosto 2024

Durante los meses de julio y agosto de 2024 se contactó todo el equipo de investigación y con las personas responsables y expertas para ser docentes del curso titulado “Proteger y garantizar los derechos sexuales y reproductivos en el ámbito ginecológico y obstétrico”, para desarrollar las siguientes acciones: pormenorización de los contenidos del mencionado curso; establecimiento de los objetivos de cada módulo del curso; elaboración de plantillas y materiales para la unificación visual y de detalles del mismo; desarrollo de materiales por cada módulo planteado en el curso, así como también desarrollo de cada una de las actividades evaluativas de esta intervención educativa específica y grabaciones de cada una de las sesiones del curso y recopilación de las mismas, material complementario, presentaciones, y actividades evaluativas por parte de la Investigadora Principal del proyecto.

Septiembre-Octubre 2024

En este espacio temporal, y una vez elaborados todos los materiales, contenidos, grabaciones y evaluaciones de la intervención educativa específica, se contrataron los servicios de la empresa “La Mandarina de Newton”. Esta empresa será la encargada de, a través de la plataforma Moodle, llevar a cabo el diseño, programación y difusión de la intervención educativa de esta investigación.

Inicio de la difusión del curso “Proteger y garantizar los derechos sexuales y reproductivos en el ámbito ginecológico y obstétrico” tanto por mailing como por redes sociales y demás medios (<https://www.instagram.com/p/DB-5nV2IZPs/>). Inicio del proceso de matriculación en el mismo.

Noviembre-Diciembre 2024

En el mes de noviembre se inició el curso y se recogieron los datos relativos a los resultados de investigación de la medición previa a la intervención educativa específica. El curso se desarrolló desde el 11 de noviembre hasta el 8 de diciembre de 2024 en formato autogestionado a través de la plataforma Moodle.

Se contrataron nuevamente los servicios de La Mandarina de Newton para el análisis de los resultados obtenidos de esta investigación. La propuesta general se estructuró en la siguiente acción: analizar cuantitativa y cualitativamente los resultados de investigación derivados del presente proyecto. Tras diversas reuniones y cálculos, se esperaba un tamaño muestral de 124 individuos para desarrollar de manera efectiva esta investigación.

Se redactan informes y memorias correspondientes a este proyecto. Se evalúan los pasos realizados, así como los pasos por realizar derivados de este proyecto. Se elabora un plan de publicación de resultados de esta investigación.

METODOLOGÍA Y FUENTES

Las etapas generales del presente proyecto de investigación feminista han sido:

- **Revisión bibliográfica:** Se realizó una búsqueda exhaustiva de la literatura existente sobre las intervenciones ginecológicas y obstétricas adecuadas, la obtención del consentimiento informado y la violencia obstétrica en alumnado de Ciencias de la Salud. Para la realización de esta búsqueda, se utilizó la Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal (Ministerio de Sanidad, 2010) y un enfoque deductivo para generar posibles áreas de mejora de la misma, sobretodo, entorno al consentimiento informado y la violencia obstétrica.
- **Preparación de la documentación para la obtención de la aprobación por parte del Comité de Ética** de la Investigación con Seres Humanos de la Universitat Jaume I.
- **Adaptación, diseño y aplicación de instrumentos de medición:** En esta fase se adaptó el instrumento “Student Perceptions of Respectful Maternity Care (SPRMC)” al contexto español a través de un estudio específico de adaptación cultural y traducción de este instrumento de medida. A pesar de que esta adaptación fue un éxito y se obtuvieron los resultados previstos, llevó más tiempo del inicialmente previsto.
- **Diseño y elaboración de la guía de aprendizaje:** Utilizando los resultados del análisis de datos de la etapa anterior, se diseñó una guía de aprendizaje para tratar los puntos más destacados sobre las intervenciones ginecológicas y obstétricas adecuadas, la obtención del consentimiento informado y la violencia obstétrica en alumnado de Ciencias de la Salud. Así, esta etapa dio lugar a la obtención de una web del proyecto y del curso titulado: “Proteger y garantizar los derechos sexuales y reproductivos en el ámbito ginecológico y obstétrico”. La elaboración y diseño de esta guía de aprendizaje bajo el Método proyectual de Bruno Munari (Bruno Munari, 2016) para la resolución de problemas, en el que, a partir de la revisión bibliográfica y la observación detallada, se extrajeron conceptos clave que permitieron entender mejor los puntos a tratar sobre las intervenciones ginecológicas y obstétricas adecuadas, la obtención del consentimiento informado y la violencia obstétrica. Se detallaron: módulos del curso, objetivos para cada módulo, contenidos de los mismos, se desarrollaron los materiales de aprendizaje y se realizaron las grabaciones correspondientes al curso. Como inconveniente o dificultad encontrada se destaca que pensamos que un punto imprescindible para esta guía de aprendizaje era la creación de un apartado de testimonios y voces de mujeres a modo de “Museo de la palabra” o de “Human library”. Este tipo de investigación ya ha sido aplicada a otras áreas de salud, como la salud mental, obteniendo destacables beneficios (Eva Yin han Chung & Tasha Tin oi Tse, 2022; Chi Kin Kwan, 2020). A pesar de los esfuerzos, no ha podido ejecutarse este pequeño apartado del proyecto. Para poder destacar las voces y testimonios de las mujeres, se tomaron testimonios y relatos escritos ofrecidos por la asociación El Parto es Nuestro. Estos testimonios y relatos formaron parte de una actividad evaluativa de la intervención educativa, concretamente, en el módulo 14.
- **Intervención educativa específica:** Se diseñó la intervención educativa que se llevaría a cabo. Debido a la participación de investigadores de diferentes lugares geográficos en este estudio, se decidió realizar esta intervención educativa en modalidad online a modo de Massive Open Online Course (MOOC) con la intención de permitir la inscripción y seguimiento de alumnado de todas las universidades implicadas: Universitat Jaume I, Universidad de Almería, Universidad de Sevilla y Universidad de Vigo. El diseño de MOOC fue un acierto, dada la alta acepta-

ción del alumnado del curso obteniendo una alta matriculación en el mismo.

- **Evaluación de la efectividad de la guía multimedia de aprendizaje:** Se evaluó la efectividad de la intervención educativa mediante la aplicación de los cuestionarios diseñados para medir la percepción del alumnado. Los resultados de esta evaluación pueden verse en el apartado de resultados a través del análisis de los mismos.

Diseño

El presente proyecto tuvo un diseño de investigación de un estudio cuasi-experimental pre-post intervención educativa, cuyo objetivo principal respeta el cumplimiento de la Ley Orgánica 1/2023, de 28 de febrero, por la que se modifica la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo promoviendo la generación y difusión efectiva de información de calidad sobre salud, derechos sexuales y reproductivos.

Para poder ejecutar este diseño principal, el presente estudio de investigación se tuvo que complementar con dos diseños de investigación adicionales que no estaban previstos en un inicio, pero que entendimos que así, aportaban una mayor robustez a los resultados obtenidos en este proyecto (Figura 1). Así, los dos diseños fueron:

Figura 1. Fases de la metodología de “Implementando la protección y garantía de los derechos sexuales y reproductivos en el ámbito ginecológico y obstétrico desde la universidad”



RESULTADOS

Recordemos que, para el presente proyecto de investigación feminista, se plantearon los siguientes objetivos generales:

- Diseñar una intervención educativa específica dirigida a tratar las intervenciones ginecológicas y obstétricas adecuadas, la obtención del consentimiento informado y la violencia obstétrica en alumnado de Ciencias de la Salud
- Medir la variación de la percepción del alumnado de Ciencias de la Salud sobre las intervenciones ginecológicas y obstétricas adecuadas, la obtención del consentimiento informado y la violencia obstétrica antes y después de una intervención educativa específica

La búsqueda del diseño de una intervención educativa específica que aborde las intervenciones ginecológicas y obstétricas adecuadas, el consentimiento informado y la violencia obstétrica, persigue también la igualdad de género a través de la reducción de, por ejemplo, la violencia obstétrica mediante de la concienciación de quienes serán los futuros profesionales sanitarios en nuestro sistema.

De este modo, a continuación, se exponen los resultados en la presente publicación siguiendo las 3 fases expuestas en el diseño correspondiente anteriormente, para poder aportar claridad y orden en la exposición de los mismos.

Adaptación cultural y traducción del instrumento “Student Perceptions of Respectful Maternity Care (SPRMC)”

Durante la revisión bibliográfica la escala titulada “Student Perceptions of Respectful Maternity Care (SPRMC)” (Prativa Dhakal, Jenny Gamble, Debra K. Creedy, & Elizabeth Newnham, 2022). Esta escala fue desarrollada por Dhakal et al en 2022 y diseñada en contexto Nepali, dirigida a estudiantado de enfermería.

Según las autoras, esta escala se desarrolló para medir las percepciones del estudiantado de enfermería hacia el cuidado materno respetuoso.

La escala “Student Perceptions of Respectful Maternity Care (SPRMC)” se compone de un total de 18 ítems medidos en escala Likert de 5 puntos: de 1 –totalmente en desacuerdo– a 5 –totalmente de acuerdo–. Estos 18 ítems se encuentran distribuidos en 3 factores: «Atención respetuosa» (Factor 1, diez ítems); «Seguridad y confort» (Factor 2, cinco ítems); y «Cuidados de apoyo» (Factor 3, tres ítems). La consistencia interna de la escala total original, medida con Alfa de Cronbach, fue de 0,81 y de 0,81 para la subescala «Atención respetuosa», 0,69 para «Seguridad y confort» y de 0,62 para «Cuidados de apoyo», lo que indica una buena consistencia interna de la escala. El coeficiente de correlación de Pearson confirmó la confiabilidad test-retest a la semana ($r = 0,91$, $p < 0,001$). La puntuación total de la escala es el sumatorio de la puntuación bruta obtenida de la escala Likert, teniendo en cuenta que los ítems del 1 al 10 se encuentran redactados en sentido inverso. Así, la puntuación máxima que se puede obtener es de 90 puntos y la mínima 18 puntos.

Traducción y adaptación de la escala

En primer lugar, nos pusimos en contacto con el autor del cuestionario original para pedirle permiso para traducir y adaptar el cuestionario al contexto español.

Seguidamente, la escala SPRMC se tradujo al español utilizando las directrices de traducción sanitaria y la adaptación transcultural para alcanzar la equivalencia entre las versiones original y traducida (Valmi D. Sousa & Wilaiporn Rojjanasrirat, 2011).

El instrumento fue traducido en primer lugar al español por un traductor de alto nivel de inglés. A continuación, se verificó la traducción inversa traduciendo la versión española al inglés con dos traductoras nativas con el objetivo de comparar el instrumento original con la versión adaptada para obtener un acuerdo con la equivalencia conceptual con la versión original. A continuación, el grupo de investigación comparó la versión traducida con el cuestionario original e introdujo modificaciones para que el cuestionario fuera más comprensible para el contexto español.

Evaluación por expertos

Posteriormente, se realizó un grupo de discusión con 5 expertos formado por tres investigadores con experiencia en la validación de escalas y dos mujeres de un grupo de lactancia cercano al equipo de investigación que valoraron si cada ítem era relevante para medir los cuidados maternos respetuosos. Los expertos puntuaron con “Sí”, “No” y “En parte” cada ítem, así como los nombres de los factores de la escala SPRMC. Los ítems que alcanzaban acuerdo se escribieron en la escala definitiva. Los ítems para los que no se alcanzó el acuerdo se les pidió que escribieran sugerencias para mejorarlos. Así, en una ronda posterior, se sometieron a acuerdo y consenso de expertos nuevamente.

Prueba piloto

A continuación, se modificó el cuestionario según las sugerencias de los expertos y se sometió a estudio con estudiantado para probar sus propiedades psicométricas. Según las recomendaciones de Anthoine et al. para la validación del instrumento, se recomienda un tamaño de muestra de entre cinco y diez participantes por ítem del instrumento (Emmanuelle Anthoine, 2014) they must undergo a proper psychometric validation, including demonstration of cross-sectional and longitudinal measurement properties. This quantitative evaluation requires a study to be conducted on an appropriate sample size. The aim of this research was to list and describe practices in PRO and proxy PRO primary psychometric validation studies, focusing primarily on the practices used to determine sample size. Methods: A literature review of articles published in PubMed between January 2009 and September 2011 was conducted. Three selection criteria were applied including a search strategy, an article selection strategy, and data extraction. Agreements between authors were assessed, and practices of validation were described. Results: Data were extracted from 114 relevant articles. Within these, sample size determination was low (9.6%, 11/114. Así, dado que la versión del instrumento contaba con 18 ítems, se requería una muestra de entre 90 y 180 participantes. Se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia, en el que se administró un cuestionario de recogida de datos compuesto por variables sociodemográficas, variables obstétricas y de control y la escala SPRMC en español.

Análisis de datos

Para la validez de contenido se calculó el índice de validez de contenido siguiendo las recomendaciones de Polit y Beck (Denise F. Polit, Cheryl Tatano Beck, & Steven V. Owen, 2007), por ítems y general del instrumento. El acuerdo entre los expertos se determinó utilizando Kappa modificada. Los valores de kappa superiores a 0,74 se consideran excelentes (Denise F. Polit, Cheryl Tatano Beck, & Steven V. Owen, 2007; Vahid Zamanzadeh et al., 2015) have made it an essential step in the instrument development. This article attempts to give an overview of the content validity process and to explain the complexity of this process by introducing an example. METHODS We carried out a methodological study conducted to examine the content validity of the patient-centered communication instrument through a two-step process (development and judgment).

Se realizó un análisis descriptivo de la muestra mediante la media, desviación típica e intervalo de confianza del 95% para las variables cuantitativas y frecuencias absolutas y relativas para las variables cualitativas. Tras este análisis inicial de los datos se estudió la validez de constructo a través de un análisis factorial exploratorio (Brett Williams, Andrys Onsmán, & Ted Brown, 2010). Se utilizó el índice Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) para evaluar la adecuación del muestreo y la prueba de esfericidad de Bartlett para evaluar la distribución de las respuestas de los participantes y confirmar la aplicabilidad del análisis factorial. A continuación, se realizó un análisis factorial exploratorio a través del método de extracción de Residuos Mínimos con Rotación Oblimin. Se consideró que una carga factorial superior a 0,4 retenía ítems en un factor determinado (Susana Lloret-Segura, Adoración Ferreres-Traver, Ana Hernández-Baeza, & Inés Tomás-Marco, 2014).

Para evaluar la consistencia interna de las subescalas y de la escala total, se calculó el ω de McDonald, debido a que la escala de medición es de respuesta ordinal. Los valores muestran una consistencia interna adecuada en un rango de 0,7 a 0,9 (Adalberto Campo-Arias & Heidi C Oviedo, 2008). Debido a la no normalidad de las variables se utilizó el coeficiente de correlación de Spearman para investigar la relación entre la escala y sus dimensiones. Un rango entre 0,50-0,70 se consideró una buena correlación y $>0,7$ fue una fuerte correlación (Avijit Hazra & Nithya Gogtay, 2016).

Para evaluar el efecto de los datos sociodemográficos y variables de control de los participantes en las puntuaciones de la escala se realizaron análisis bivariantes. Así se utilizó la prueba U de Mann-Whitney por no cumplir supuestos de normalidad. El análisis estadístico se realizó con hojas de Excel y el paquete estadístico Jamovi v. 2.3.28, considerando un nivel de significancia estadística de $p < 0,05$.

Así, desde la versión original de la escala se obtuvo la siguiente propuesta en español:

Subescala: Cuidado respetuoso

- Es necesario regañar a una mujer si no coopera con el personal sanitario. (R)
- Estoy de acuerdo en que las mujeres deberían “dejar su dignidad en la puerta”, ya que, dar a luz no tiene nada de privado. (R)
- La confidencialidad es difícil de mantener en la atención a la maternidad. (R)
- Estoy demasiado ocupado para saludar a todas las mujeres con una sonrisa. (R)
- Procedimientos rutinarios como el tacto vaginal y la palpación abdominal no requie-

ren permiso. (R)

- Las creencias culturales de las mujeres son tan variadas que no se puede esperar que el personal las tenga todas en cuenta. (R)
- No tiene sentido dar todos los detalles sobre los procedimientos de parto porque algunas mujeres no lo entenderán. (R)
- A menudo estoy demasiado ocupado para ofrecer opciones de parto a las mujeres. (R)
- A menudo es difícil mantener un entorno tranquilo para las mujeres durante el parto. (R)
- Si las mujeres no cuidan de su propia salud, no deben esperar el mismo trato que las demás. (R)

Subescala: Seguridad y confort

- Las mujeres de parto necesitan un espacio libre de molestias innecesarias.
- Tengo la responsabilidad de ayudar a las mujeres a sentirse seguras durante el parto.
- Intento limitar la exposición del cuerpo de la mujer cuando la atiendo.
- Escuchar activamente las historias de las mujeres valora sus experiencias.
- Explico a la mujer los beneficios y los riesgos antes de cualquier intervención.

Subescala: Cuidados de apoyo

- Debe animarse a las mujeres a participar activamente en su atención.
- Todas las mujeres deben recibir el apoyo que necesitan para la lactancia.
- Hay que animar a las mujeres a hablar con otras mujeres puérperas sobre sus experiencias.

Tras la reunión con las traductoras nativas para comparar el instrumento original con la versión adaptada, se conformó una versión del instrumento que permitió la valoración del mismo por parte del grupo de expertos.

El grupo de experto valoró cada uno de los ítems y se introdujeron cambios menores en 15 de los 18 ítems, quedando la versión final, comparativamente, de la forma en la que se muestra en la Tabla 1. Así, la Tabla 1 muestra los ítems adaptados y modificados del cuestionario y los valores del índice de validez de contenido y de Kappa modificado de cada ítem del SPRMC. Se modificaron 15 de los 18 ítems obteniendo un índice de validez de contenido general superior a 0,74.

Tabla 1. Resultados de la escala “Student Perceptions of Respectful Maternity Care (SPRMC)” tras el acuerdo con las traductoras nativas.

Versión adaptada	Versión final	I-CVI	K
1. Es necesario regañar a una mujer si no coopera con el personal sanitario. (R)	Sin cambios	1	1
2. Estoy de acuerdo en que las mujeres deberían “dejar su dignidad en la puerta”, ya que, dar a luz no tiene nada de privado. (R)	2. Estoy de acuerdo en que las mujeres deberían “dejar su dignidad fuera”, ya que, el parto no tiene nada de privado. (R)	0,8	0,76
3. La confidencialidad es difícil de mantener en la atención a la maternidad. (R)	3. Es difícil mantener la confidencialidad en la atención a la maternidad. (R)	0,8	0,76
4. Estoy demasiado ocupado para saludar a todas las mujeres con una sonrisa. (R)	4. Tengo tanto trabajo que no puedo saludar a cada mujer con una sonrisa. (R)	0,8	0,76
5. Procedimientos rutinarios como el tacto vaginal y la palpación abdominal no requieren permiso. (R)	5. Procedimientos rutinarios como el examen vaginal y la exploración abdominal no requieren permiso. (R)	0,8	0,76
6. Las creencias culturales de las mujeres son tan variadas que no se puede esperar que el personal las tenga todas en cuenta. (R)	Sin cambios	1	1
7. No tiene sentido dar todos los detalles sobre los procedimientos de parto porque algunas mujeres no lo entenderán. (R)	7. Dar todos los detalles sobre los procedimientos de parto no tiene sentido porque algunas mujeres no los entenderán. (R)	0,8	0,76
8. A menudo estoy demasiado ocupado para ofrecer opciones de parto a las mujeres. (R)	8. A menudo tengo tanto trabajo durante el parto que no puedo ofrecer opciones a las mujeres. (R)	0,8	0,76
9. A menudo es difícil mantener un entorno tranquilo para las mujeres durante el parto. (R)	9. Frecuentemente, es difícil mantener un ambiente tranquilo para las mujeres durante el parto. (R)	0,8	0,76
10. Si las mujeres no cuidan de su propia salud, no deben esperar el mismo trato que las demás. (R)	10. Si las mujeres no cuidan de su propia salud, no deben esperar el mismo cuidado que a las demás. (R)	0,8	0,76
11. Las mujeres de parto necesitan un espacio libre de molestias innecesarias.	11. Las mujeres durante el parto necesitan un espacio libre de interrupciones innecesarias.	0,8	0,76
12. Tengo la responsabilidad de ayudar a las mujeres a sentirse seguras durante el parto.	Sin cambios	0,8	0,76
13. Intento limitar la exposición del cuerpo de la mujer cuando la atiendo.	13. Intento preservar la intimidad del cuerpo de la mujer mientras la cuido.	1	1

Versión adaptada	Versión final	I-CVI	K
14. Escuchar activamente las historias de las mujeres valora sus experiencias.	14. Al escuchar activamente las historias de las mujeres valoras sus experiencias.	0,8	0,76
15. Explico a la mujer los beneficios y los riesgos antes de cualquier intervención.	15. Explico a la mujer los beneficios y los riesgos antes de cualquier procedimiento.	0,8	0,76
16. Debe animarse a las mujeres a participar activamente en su atención.	16. Se debe animar a las mujeres a participar activamente en sus cuidados.	0,8	0,76
17. Todas las mujeres deben recibir el apoyo que necesitan para la lactancia.	17. Cada mujer debería recibir el apoyo que necesita con la lactancia materna.	0,8	0,76
18. Hay que animar a las mujeres a hablar con otras mujeres puérperas sobre sus experiencias.	18. Hay que animar a las mujeres a hablar con otras mujeres sobre sus experiencias de maternidad.	0,8	0,76

De este modo, el resultado más destacado de esta parte de la investigación fue la obtención de la escala denominada “Percepciones del estudiantado sobre los cuidados a la maternidad”, compuesta por los ítems señalados en la Tabla 1, columna Versión final.

Se aplicaron dos pruebas estadísticas que permiten comprobar si era adecuado realizar un análisis para identificar los grupos de preguntas relacionadas dentro de la escala utilizada.

Por un lado, el índice de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) obtuvo un valor de 0,768, lo que indica una buena adecuación del análisis. Por otro lado, el test de esfericidad de Bartlett fue significativo ($\chi^2 = 890$; $p \leq 0,001$), lo que refuerza esa viabilidad.

A partir del análisis realizado, se identificaron cinco grandes grupos de factores dentro de la escala, que en conjunto explican el 41,1% de la variabilidad de las respuestas. Esto significa que estos cinco factores recogen una parte importante de los patrones comunes en las respuestas de las personas participantes.

La Tabla 2 presenta cómo se agrupan las diferentes preguntas (ítems) del cuestionario según los resultados del análisis estadístico realizado.

En concreto, se muestra la relación de cada pregunta con los distintos grupos o factores identificados, lo que permite entender a qué tema o dimensión pertenece cada una. Esta distribución se basa en los valores obtenidos en el análisis factorial exploratorio, que ayudan a organizar las preguntas según patrones comunes en las respuestas.

Tabla 2. Matriz de factores de cada uno de los ítems^a.

Ítems	Factores				
	1	2	3	4	5
Es necesario regañar a una mujer si no coopera con el personal sanitario.					0,607
Estoy de acuerdo en que las mujeres deberían “dejar su dignidad fuera”, ya que, el parto no tiene nada de privado.					0,627
Es difícil mantener la confidencialidad en la atención a la maternidad.					0,337
Tengo tanto trabajo que no puedo saludar a cada mujer amablemente.	0,290*				
Procedimientos rutinarios como el examen vaginal y la exploración abdominal no requieren permiso.	0,571				
Las creencias culturales de las mujeres son tan variadas que no se puede esperar que el personal las tenga todas en cuenta.	0,707				
Dar todos los detalles sobre los procedimientos de parto no tiene sentido porque algunas mujeres no los entenderán.	0,615				
A menudo hay tanto trabajo durante el parto que no se puede ofrecer opciones a las mujeres.				0,663	
Frecuentemente, es difícil mantener un ambiente tranquilo para las mujeres durante el parto.				0,633	
Si las mujeres no cuidan de su propia salud, no deben esperar el mismo cuidado que a las demás.	0,503				
Las mujeres durante el parto necesitan un espacio libre de interrupciones innecesarias.				0,229*	
Tengo la responsabilidad de ayudar a las mujeres a sentirse seguras durante el parto.		0,731			
Intento preservar la intimidad del cuerpo de la mujer mientras la cuido.		0,835			
Al escuchar activamente las historias de las mujeres valoras sus experiencias.		0,447			
Explico a la mujer los beneficios y los riesgos antes de cualquier procedimiento.			0,408		
Se debe animar a las mujeres a participar activamente en sus cuidados.			0,711		
Cada mujer debería recibir el apoyo que necesita con la lactancia materna.			0,443		
Hay que animar a las mujeres a hablar con otras mujeres sobre sus experiencias de maternidad.			0,343		
^a cargas de factores superiores a 0.3.					
*Se ha calculado la carga de este ítem para determinar en qué factor tenía mayor peso					

De esta forma, los factores quedan distribuidos e interpretados de la siguiente forma:

Factor 1: Cuidado Respetuoso

- Tengo tanto trabajo que no puedo saludar a cada mujer amablemente. (R)
- Procedimientos rutinarios como el examen vaginal y la exploración abdominal no requieren permiso. (R)
- Las creencias culturales de las mujeres son tan variadas que no se puede esperar que el personal las tenga todas en cuenta. (R)
- Dar todos los detalles sobre los procedimientos de parto no tiene sentido porque algunas mujeres no los entenderán. (R)
- Si las mujeres no cuidan de su propia salud, no deben esperar el mismo cuidado que a las demás. (R)

Factor 2: Seguridad y confort

- Tengo la responsabilidad de ayudar a las mujeres a sentirse seguras durante el parto.
- Intento preservar la intimidad del cuerpo de la mujer mientras la cuido.
- Al escuchar activamente las historias de las mujeres valoras sus experiencias.

Factor 3: Cuidados de apoyo

- Explico a la mujer los beneficios y los riesgos antes de cualquier procedimiento.
- Se debe animar a las mujeres a participar activamente en sus cuidados.
- Cada mujer debería recibir el apoyo que necesita con la lactancia materna.
- Hay que animar a las mujeres a hablar con otras mujeres sobre sus experiencias de maternidad.

Factor 4: Espacio seguro

- A menudo hay tanto trabajo durante el parto que no se puede ofrecer opciones a las mujeres. (R)
- Frecuentemente, es difícil mantener un ambiente tranquilo para las mujeres durante el parto. (R)
- Las mujeres durante el parto necesitan un espacio libre de interrupciones innecesarias.

Factor 5: Falta de respeto y autonomía

- Es necesario regañar a una mujer si no coopera con el personal sanitario. (R)
- Estoy de acuerdo en que las mujeres deberían “dejar su dignidad fuera”, ya que, el parto no tiene nada de privado. (R)

- Es difícil mantener la confidencialidad en la atención a la maternidad. (R)

La escala utilizada mostró una buena consistencia interna, lo que significa que las diferentes preguntas incluidas en ella están bien relacionadas entre sí y miden un mismo concepto.

Este resultado se obtuvo a través de una medida estadística llamada omega de McDonald, que alcanzó el valor de 0,812, considerado adecuado.

Además, al comprobar si eliminar alguna pregunta mejoraba esta consistencia, se observó que ninguna de ellas afectaba negativamente al resultado, lo cual indica que todas las preguntas aportan valor al conjunto de la escala.

Respecto a la correlación entre el total de la escala y los factores de la misma, se observa que todas las correlaciones son estadísticamente significativas, observando una relación fuerte entre: “Cuidado respetuoso” y “Espacio seguro” con el total de la escala. También se observa una correlación buena entre el total de la escala y los factores “Seguridad y confort”, “Cuidados de apoyo” y “Falta de respeto y autonomía”. Estos resultados sugieren que todas las correlaciones destacadas son positivas siendo el “Cuidado respetuoso” y el “Espacio seguro” las más fuertes, mientras que a pesar que “Seguridad y confort” es más débil sigue siendo significativa (Tabla 3). Estos resultados sugieren que todas las dimensiones de la escala están relacionadas con la experiencia global evaluada. Además, estas correlaciones fueron calculadas mediante Rho de Spearman y todas resultaron altamente significativas, lo que refuerza la consistencia de la escala.

Tabla 3. Matriz de correlación entre el total de la escala y sus factores.

	Total escala	Cuidado respetuoso	Seguridad y confort	Cuidados de apoyo	Espacio seguro	Falta de respeto y autonomía
Total escala	-					
Cuidado respetuoso	0,801***	-				
Seguridad y confort	0,544***	0,399***	-			
Cuidados de apoyo	0,565***	0,406***	0,371***	-		
Espacio seguro	0,755***	0,397***	0,246***	0,285***	-	
Falta de respeto y autonomía	0,652***	0,483***	0,292***	0,245***	0,334***	-
Rho de Spearman. *** p<0,001						

Una vez calculados los factores y la distribución de los ítems en ellos, se obtuvo, para el total de la escala, una puntuación máxima de 90 puntos y una puntuación mínima de 18 puntos.

Así, para cada uno de los factores interpretados a través de los cálculos oportunos mostrados anteriormente, quedaron establecidas unas puntuaciones:

- Para el factor “Cuidado respetuoso” se quedó establecida una puntuación máxima de 25 puntos y una puntuación mínima de 5 puntos.
- Para el factor “Seguridad y confort” la puntuación máxima será de 15 puntos, mientras que la mínima será de 3.

- Para “Cuidados de apoyo” se estableció una puntuación máxima de 20 puntos y una puntuación mínima de 4.
- Para “Espacio seguro” se determinó una puntuación máxima de 15 puntos y una mínima de 3 puntos.
- Y para el factor “Falta de respeto y autonomía” se estableció una puntuación máxima de 15 puntos y una mínima de 3 puntos (Figura 1).

De este modo, una puntuación mayor para el total de la escala, así como para cada uno de los factores, indica una mayor percepción sobre cuidados respetuosos a la maternidad. Por último, el nombre otorgado a esta escala fue: Percepción sobre los cuidados respetuosos a la maternidad (PCRM).

Figura 1. Rangos de puntuaciones de los factores del instrumento Percepción sobre los cuidados respetuosos a la maternidad (PCRM).



Para el análisis de estos resultados se obtuvieron un total de 219 cuestionarios. De ellos, se retiraron un 4,56% (n=10) por estar incompletos en más de un 10%. Por lo tanto, la muestra final estuvo compuesta por 209 cuestionarios. La media de edad para la muestra fue de 30,7 (SD±9,63; Mínimo: 18; Máximo: 55) años. Del total de la muestra, el 95,2% (n=199) fueron mujeres y el 7,8% (n=10) fueron hombres.

Del total de la muestra, tan solo el 29,7% (n=62) ha tenido algún embarazo, de los cuales, han tenido un parto el 91,9% (n=57). El 30,1% (n=63) de la muestra cree haber vivido alguna situación de violencia obstétrica a nivel personal.

Un total del 77,0% (n=161) ha presenciado algún parto de mujer y un 78,9% (n=165) ha trabajado o realizado prácticas en ámbitos de ginecología y obstetricia. Un 70,8% (n=148) afirma haber tenido asignaturas o temas durante su formación académica que incluían la perspectiva de género y, por lo tanto, un 62,9% (n=139) no se consideran suficientemente formados acerca de la perspectiva de género.

Un 68,9% (n=133) expresa que ha visto que las mujeres no son tratadas de la misma forma durante la atención obstétrica; siendo un 65,6% (n=137) las personas que han presenciado una situación de discriminación durante el proceso obstétrico. El 79,3% (n=157) afirma a las mujeres se las juzga por sus sentimientos.

Un 92,8% (n=194) afirma haber oído hablar de concepto de violencia obstétrica, pero un 82,5% (n=170) no se considera suficientemente formado sobre esta temática. El 30,1% (n=63) de la muestra cree que el término violencia obstétrica criminaliza a los profesionales sanitarios. Así, un 40,7% (n=85) sienten que, durante su formación, les han enseñado a ejercer o ser cómplices de violencia

obstétrica y un 51,7% (n=108) se han sentido obligados o presionados para ejercer prácticas que les parecían violentas. De esta forma, el 64,1% (n=134) afirma haber visto alguna vez sufrir violencia obstétrica a una mujer durante su ejercicio profesional o prácticas. Además, el 68,9% (n=144) afirma haber sido testigo de violencia obstétrica durante su formación.

Sobre la escala PCRM, se obtuvo una media de 82,8 (SD±5,64; Máximo: 90; Mínimo: 65) puntos para el total. La Tabla 4 muestra la media y la desviación estándar para cada uno de los factores de la escala.

Tabla 4. Análisis descriptivo para los factores de la escala PCRM

Factores	M	SD	Máximo	Mínimo
Cuidado respetuoso	23,2	2,14	25	13
Seguridad y confort	14,3	1,43	15	3
Cuidados de apoyo	19	1,33	20	12
Espacio seguro	12,5	2,01	15	7
Falta de respeto y autonomía	13,8	1,44	15	9

Se realizó un análisis para determinar las diferencias estadísticamente significativas entre el total de la escala PCRM y sus factores con las variables sociodemográficas y de control recogidas en el estudio. Así, para la variable sexo no se observan diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres para el total de la escala ni para sus factores.

Las mujeres que habían tenido algún embarazo previo mostraron puntuaciones significativamente más altas para el total de la escala PCRM ($p=0,011$) y en el factor “Cuidados de apoyo” ($p=0,036$). Se hallaron también diferencias estadísticamente significativas para el factor “Falta de respeto y autonomía” ($p<0,001$), obteniendo las mujeres que han experimentado un embarazo las puntuaciones más altas.

Haber vivido violencia obstétrica a nivel personal, muestra unas puntuaciones más altas con el total de la escala PCRM ($p=0,015$) y el factor “Falta de respeto y autonomía” ($p<0,001$). Las personas que se sienten suficientemente formadas sobre violencia obstétrica obtuvieron puntuaciones más altas y de manera estadísticamente significativa para el total de la escala PCRM ($p=0,002$), factor “Seguridad y confort” ($p=0,030$), “Cuidados de apoyo” ($p=0,010$), “Espacio seguro” ($p=0,021$) y “Falta de respeto y autonomía” ($p=0,005$).

Es llamativo no hallar diferencias estadísticamente significativas en el puntaje total de la escala ni en sus factores, a excepción del factor “Falta de respeto y autonomía” ($p<0,001$), según si se han tratado temas feministas en la formación académica.

Estudio observacional transversal para el desarrollo de contenidos de la intervención educativa

Los diseños observacionales transversales permiten evaluar la presencia y relación de diversas variables en un momento específico en el tiempo, sin establecer relaciones de causa-efecto. Este enfoque resulta valioso para describir características de una población, identificar patrones y generar hipótesis exploratorias para investigaciones posteriores. Por ello, y con la intención de

acceder al máximo de población y muestra esperada y dar la oportunidad de participar a todas las universidades vinculadas a la presente investigación feminista (Castelló, Vigo, Sevilla y Almería), se decidió sustituir los grupos de discusión por este estudio observacional transversal.

Así, en este estudio se utilizó un diseño transversal para recoger datos en un único momento, lo que limita la generalización de los resultados. Sin embargo, este diseño es útil para obtener una visión inicial de las tendencias, explorar asociaciones entre variables relevantes en el ámbito educativo y orientar el desarrollo de estudios más rigurosos. En este contexto, facilita la identificación de áreas clave que requieren mayor investigación o intervenciones específicas, sirviendo como base para decisiones informadas, por ejemplo, en el diseño de programas educativos, como es el objetivo principal de esta investigación.

Así, se invitó a participar al alumnado de Ciencias de la Salud (medicina, psicología, enfermería, entre otros) y residentes en formación de las especialidades de obstetricia y ginecología (EIR y MIR) de toda España, a través de correo electrónico y redes sociales.

Los cuestionarios con más del 10% de contenido sin responder fueron excluidos. El cálculo del tamaño de la muestra fue realizado con el programa GRANMO, el cual indicó que una muestra con 236 individuos era suficiente para estimar con un nivel de confianza del 95%, un porcentaje poblacional del 60% con una precisión de 7 unidades porcentuales. Se consideró un porcentaje de pérdida del 20%.

Entre las variables recogidas se añadieron: variables sociodemográficas, datos obstétricos, experiencia en partos, trato durante la atención obstétrica, tipo de discriminación vivida por el estudiantado, formación en salud y género, violencia obstétrica presenciada durante la formación y tipos; vinculada a la pregunta anterior posibilidad de abandono de los estudios, así como variables relacionadas con la percepción de la Violencia Obstétrica. Para este último, se utilizó el instrumento PercOV-S (Desirée Mena-Tudela, Águeda Cervera-Gasch, et al., 2020) validado en Estudiantado de Ciencias de la Salud en España por parte del equipo investigador del presente proyecto. La validación exploratoria de este instrumento ofreció como resultado una herramienta de 33 ítems medidos a través de una escala Likert de 5 puntos con una robusta consistencia interna excelente, analizada con Alfa de Cronbach tanto para su global 0,936, como para sus dimensiones: Violencia obstétrica visible-protocolizada 0,802; Violencia obstétrica invisible-no protocolizada 0,952.

Con todas estas variables se realizó un análisis descriptivo mediante el cálculo de medias, desviaciones típicas e intervalos de confianza del 95% para las variables cuantitativas. Para las variables cualitativas se consideró la distribución de frecuencias y porcentajes. Para el instrumento PercOV-S se realizó un análisis descriptivo del mismo para identificar qué conceptos fueron más fáciles o difíciles para los participantes del estudio. A través de un análisis de distribuciones se identificaron patrones en las respuestas que faciliten el contenido de la intervención educativa.

Descripción de la muestra

A través de este estudio, se obtuvieron 305 respuestas de estudiantado de Ciencias de la Salud. Se descartó 1 participante (0,32%) por no cumplimentar la encuesta en más de un 10%. El total de la muestra estuvo compuesto por 304 respuestas.

De estas, el 89,8% (n=273) fueron de sexo mujer y el 10,2% (n=31) fueron hombres. Así, únicamente

el 10,2% (n=32) había experimentado algún embarazo y el 7,2% (n=22) había experimentado un parto propio.

En cuanto al ámbito o disciplina estudiada, el 53% (n=161) de la muestra estudiaba Enfermería y el 15,5% (n=47) estudiaba Medicina. En la Tabla 5 se describen el resto de disciplinas que participaron en este estudio.

Tabla 5. Estadísticos descriptivos de las disciplinas participantes

Disciplina	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Enfermería	161	53,0	53,0
Medicina	47	15,5	68,4
Psicología ¹	43	14,1	82,6
Residente de Matrona	37	12,2	94,7
Otros ²	16	5,3	100
¹ Se contempla el alumnado de psicología y también el alumnado que estudia el doble grado de psicología y criminología.			
² Contempla el estudiantado de: Farmacia, Fisioterapia y Odontología.			

El 28,3% (n=86) del alumnado estaba en segundo curso y el 24,7% (n=75) estaba en primero. Esto nos muestra que más de la mitad de la muestra se encuentra en sus fases iniciales de formación, tal y como muestra la Tabla 6.

Tabla 6. Estadísticos descriptivos del curso de la muestra

Curso	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
1	75	24,7	24,7
2	86	28,3	53,0
3	55	18,1	71,1
4	65	21,4	92,4
5	5	1,6	94,1
	6		
	18		
	5,9		
	100		

Variables relacionadas con la formación y la violencia obstétrica

Además, un total del 23,7% (n=72) del alumnado expresó que durante su formación académica no habían tenido una asignatura o temáticas que incorporase la perspectiva de género durante sus estudios.

El 21,4% (n=65) expresó haber oído hablar del concepto de violencia obstétrica. Así, el 19,7% (n=60) expresó haber vivido alguna situación de violencia obstétrica en su vida. Un total de 37,2% (n=113) alumnas y alumnos presenciaron alguna vez un parto de una mujer y un total de 41,4% (n=126) habían trabajado o realizado prácticas clínicas en algún servicio de ginecología y obstetricia.

De estos, el 31,7% (n=40) expresó no pedir permiso para poder entrar a una habitación de una mujer ingresada en un servicio obstétrico o hacerlo a veces. Además, el 61,9% (n=78) observaron el trato desigual entre mujeres durante la atención obstétrica.

Un 28,0% (n=85) del alumnado, expresó creer haber vivido alguna situación de violencia obstétrica durante su formación. La Tabla 7 muestra qué tipo de violencia obstétrica han observado desde su posición de alumnos.

Tabla 7. Como estudiante he observado (n=85, pregunta de respuesta múltiple)

	Frecuencia	Porcentaje
Comentarios despectivos sobre las mujeres	60	70,6
Falta de tiempo dedicado a la atención de las mujeres	52	61,2
Intervenciones sin consentimiento informado	49	57,6
Falta de intimidad para la mujer	71	83,5
A las mujeres que estaban pariendo se les dijo que estaban poniendo en peligro la vida o la salud de su bebé	9	10,6
Violencia física tal como: tactos vaginales de repetición, contacto físico agresivo, intervenciones sin anestesia, etc.	47	55,3
Las peticiones de las mujeres durante el parto fueron ignoradas	27	31,8
Maniobra de Kristeller para acelerar el parto	39	45,9
Información privada revelada sin consentimiento	8	9,4
Se gritó o se infantilizó a la mujer de parto	28	32,9
Se les negó algún tratamiento que las mujeres deseaban o se les incitó a aceptar alguna intervención que no deseaban	23	27,1

Presenciar esta forma de tratar a las mujeres durante la atención obstétrica provocó en el alumnado una serie de sensaciones que se describen en la Tabla 8. Así, como puede observarse, más de la mitad del estudiantado sintió ansiedad, seguido de un estado de alerta. Pero también refirieron agitación en casi un 40%, y un 27% vivió episodios de taquicardias. El 20% de este alumnado se ha planteado abandonar sus estudios por situaciones vividas durante esta formación.

Tabla 8. ¿Qué sentiste al presenciar estos tratos? (n=85, pregunta de respuesta múltiple)

	Frecuencia	Porcentaje
Sudores fríos	10	11,8
Taquicardia	23	27,1
Problemas de concentración	14	16,5
Ansiedad	48	56,5
Problemas para dormir	9	10,6
Agitación	33	38,8
En alerta	43	50,3
Ninguna de las anteriores	4	4,7

Variables de percepción de violencia obstétrica (PercOV-S)

Se comprobó también la consistencia interna de la escala PercOV-S a través de Alfa de Cronbach. Esta aportó unos resultados de 0,930 para el total de la escala, y de 0,906 para la dimensión violencia obstétrica no protocolizada o invisible y de 0,847 para la dimensión de violencia obstétrica protocolizada o visible, aportando unos resultados excelentes.

Los resultados de la escala PercOV-S aportaron una media de 3,92 ($SD \pm 0,59$) para el total de la escala. Para la dimensión de violencia obstétrica no protocolizada o invisible, la media fue de 4,26 ($SD \pm 0,53$). Para la dimensión de la Violencia Obstétrica protocolizada o visible la media fue de 2,87 ($SD \pm 0,92$). La Tabla 9 muestra los resultados de la percepción de los ítems de la escala PercOV-S del estudiantado.

Tabla 9. Resultados descriptivos de los ítems de la escala PercOV-S (n=304)

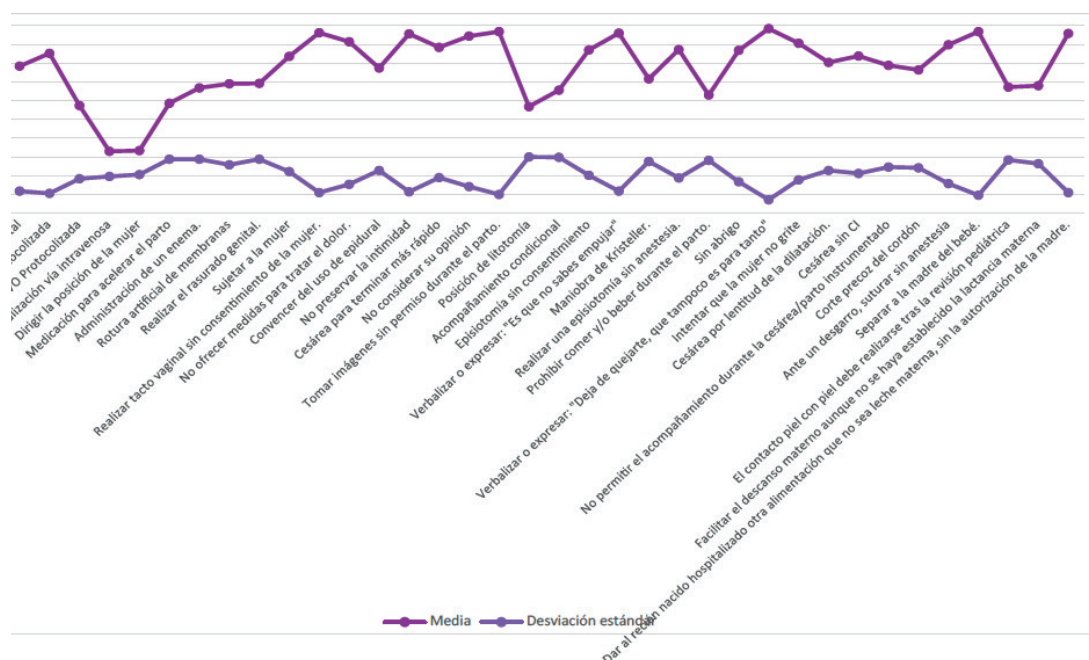
	Media	SD
Canalizar vía intravenosa al ingreso de las gestantes.	1,65	0,98
Para aliviar el dolor, hay que decirle a la mujer la mejor posición para colocarse	1,67	1,03
Administrar medicación para acelerar el proceso del parto.	2,93	1,44
Administración de un enema.	3,34	1,44
Romper artificialmente la bolsa para acelerar el proceso de parto.	3,45	1,29
Realizar el rasurado genital.	3,46	1,44
Si la mujer está muy inquieta, puede ser sujeta.	4,18	1,11
Realizar tacto vaginal sin consentimiento de la mujer.	4,81	0,55
No ofrecer medidas para tratar el dolor.	4,57	0,77
Intentar convencer a la mujer del uso de la epidural	3,87	1,14
No preservar la intimidad de la mujer	4,78	0,57
Intentar convencer a la mujer de la realización de una cesárea para terminar el parto sin dolor y/o más rápidamente.	4,42	0,95
Convencer a la mujer de las decisiones clínicas tomadas sin considerar su opinión.	4,72	0,71
Tomar imágenes sin permiso durante el parto.	4,84	0,50
En la fase de expulsivo, el profesional debe asegurarse que la mujer esté colocada en posición de litotomía.	2,84	1,50
Durante el expulsivo y postparto inmediato, la mujer puede estar acompañada si no se instrumenta el parto o si éste no es una cesárea.	3,28	1,49
Realizar una episiotomía, en caso de ser necesario, sin pedir permiso previamente.	4,35	1,01
Verbalizar o expresar: "Es que no sabes empujar"	4,80	0,59
Realizar la maniobra de Kristeller.	3,58	1,38
Realizar una episiotomía sin anestesia.	4,36	0,94
Prohibir comer y/o beber durante el parto.	3,15	1,41
No proporcionar abrigo/calefacción durante el parto.	4,34	0,84
Verbalizar o expresar: "Deja de quejarte, que tampoco es para tanto"	4,92	0,36
Intentar que la mujer no grite explicándole que puede asustar al resto de mujeres.	4,53	0,89
Realizar una cesárea justificándola con la lentitud de la dilatación.	4,02	1,14

	Media	SD
Ante la necesidad de la realización de una cesárea de urgencia, el/la ginecólogo/a explica el consentimiento informado, pero no hace falta asegurarse de que la gestante es consciente de lo que se le está explicando ni tampoco firmar ningún documento (consentimiento informado).	4,19	1,06
No permitir el acompañamiento durante la cesárea/parto instrumentado	3,94	1,23
El ingreso de una mujer que acaba de abortar en una planta de maternidad	4,00	1,28
Inmediatamente después del nacimiento, el cordón umbilical debe ser cortado.	3,82	1,21
Ante un desgarro, suturar sin anestesia	4,49	0,79
Separar a la madre del bebé, sin razón médica avalada por la evidencia científica.	4,84	0,48
El contacto piel con piel debe realizarse tras la revisión pediátrica de neonato por parte de los profesionales sanitarios (matrona y/o pediatra).	3,36	1,42
Facilitar el descanso materno aunque no se haya establecido la lactancia materna, llevando el bebé al nido.	3,40	1,32
Dar al recién nacido hospitalizado otra alimentación que no sea leche materna, sin la autorización de la madre.	4,79	0,55

Así, se observó que las preguntas relativas a la dimensión de violencia obstétrica protocolizada o visible fueron los que más bajos puntuaron. Estas preguntas son las relativas a: la canalización de una vía intravenosa al ingreso, decir a la mujer en qué posición colocarse para el alivio del dolor, administración de medicación para acelerar el parto, administración de enema, rasurado, la posición de litotomía, el acompañamiento condicional a la instrumentación del parto o la cesárea y el corte prematuro del cordón umbilical.

Además, los ítems que puntuaron una media inferior a 3,5 se consideraron en el límite de ser considerados en riesgo. Por lo tanto, también se tuvieron en cuenta los ítems relativos a: rotura artificial de membranas, uso de la maniobra Kristeller, prohibición de comer y beber durante el parto, contacto piel con piel tras la revisión pediátrica y facilitar el descanso materno, aunque no se haya establecido la lactancia materna. En la Figura 2 se puede observar la representación gráfica de cada uno de los ítems.

Figura 2. Representación gráfica de la escala, dimensiones e ítems del PercOV-S



Formación propuesta: Proteger y garantizar los derechos sexuales y reproductivos en el ámbito ginecológico y obstétrico

Teniendo en cuenta todos estos resultados, así como la experiencia del alumnado de esta muestra en los servicios obstétricos se planteó la formación que se describe a continuación.

De esta manera, la propuesta formativa estuvo formada por un total de 14 módulos. Cada módulo estuvo compuesto por unos objetivos definidos diseñados específicamente. Así, también se añadieron contenidos específicos y una evaluación que determinaba la superación de cada módulo.

Es necesario destacar que la formación se impartió en formato MOOC (Massive Online Open Courses), de esta manera, se acordó con el profesorado encargado de cada uno de los módulos que la grabación de cada una de las sesiones debería tener una extensión de entre 20 y 30 minutos como máximo. Se pidió también a cada profesional encargado de cada módulo que se añadieran al mismo: informes, artículos, presentaciones y/o materiales diversos que pensaran que fueran convenientes para ayudar al alumnado a profundizar en cada uno de los módulos.

Descripción general del curso

Título del curso: “Proteger y garantizar los derechos sexuales y reproductivos en el ámbito ginecológico y obstétrico”

- **Modalidad:** Online a través de formato MOOC (Massive Online Open Courses).
- **Número de módulos:** 14.
- **Duración total estimada:** 1 mes.
- **Enfoque pedagógico:** feminista, participativo, basado en derechos humanos y centrado en la autonomía de la mujer.

El resultado final se comparte a continuación a modo de ficha para cada uno de los módulos desarrollados.

Así, por cada módulo se incluirá:

- Título.
- Objetivos.
- Contenidos.
- Metodología.
- Evaluación.
- Resultados de aprendizaje.

Módulo 1: Introducción a la salud y género

Objetivos:

- Introducir el enfoque de género como herramienta de análisis en el ámbito sanitario.
- Reflexionar sobre la importancia de los derechos sexuales y reproductivos como parte integral de la salud.

Contenidos:

- Conceptos fundamentales de género y su relevancia en la atención sanitaria.
- Definiciones básicas sobre salud sexual y reproductiva.

Metodología:

- Impartición de sesión pre-grabada.
- Lectura de informes, artículos y normativa específica.

Evaluación:

- 5 preguntas test relativas al concepto de salud, género, sexo, Ley Orgánica 1/2023 e intervenciones ginecológicas y obstétricas adecuadas.

Resultados de aprendizaje:

- Definir los conceptos básicos de género, salud, salud sexual y salud reproductiva desde una perspectiva feminista y de derechos.
- Analizar críticamente cómo las desigualdades de género influyen en la experiencia de atención sanitaria.
- Identificar la importancia de incorporar el enfoque de género en la práctica sanitaria para garantizar una atención equitativa y respetuosa.

Módulo 2: Anatomía y fisiología reproductiva

Objetivos:

- Profundizar en el conocimiento de la anatomía y fisiología del sistema reproductivo femenino, promoviendo una comprensión crítica del cuerpo y sus procesos, en el marco de los derechos sexuales y reproductivos.

Contenidos:

- Repaso de la anatomía y fisiología del sistema reproductivo femenino.
- Ciclo menstrual y cambios hormonales.

Metodología:

- Impartición de sesión pre-grabada.

Evaluación:

- 5 preguntas test relativas a anatomía y fisiología del sistema reproductivo femenino, la lactancia materna y el ciclo menstrual.

Resultados de aprendizaje:

- Describir la anatomía del sistema reproductivo femenino y sus principales funciones.
- Explicar el ciclo menstrual y los cambios hormonales asociados, incluyendo sus fases y repercusiones en la salud física y emocional.

- Reconocer la importancia del conocimiento corporal como herramienta de autonomía, autocuidado y exigibilidad de derechos en el ámbito obstétrico y ginecológico.

Módulo 3: Cambios durante el embarazo

Objetivos:

- Conocer y comprender los principales cambios fisiológicos que ocurren durante el embarazo, valorando estos procesos como respuestas naturales y adaptativas del cuerpo de la mujer durante la gestación desde una perspectiva de salud.

Contenidos:

- Exploración de los cambios fisiológicos que experimenta el cuerpo durante el embarazo, incluyendo cambios hormonales, cardiovasculares, respiratorios y músculo-esqueléticos.
- Enfatizar la importancia de entender estos cambios como procesos naturales y adaptativos del cuerpo.

Metodología:

- Impartición de sesión pre-grabada.
- Lectura de informes, artículos específicos sobre los cambios durante el embarazo.

Evaluación:

- 5 preguntas test relativas a los cambios durante el embarazo desde una perspectiva de fisiología y salutogénesis.

Resultados de aprendizaje:

- Identificar los cambios hormonales, cardiovasculares, respiratorios y músculo-esqueléticos que se producen durante el embarazo.
- Explicar cómo estos cambios fisiológicos permiten la adaptación del cuerpo al proceso gestacional.
- Reconocer la importancia de un enfoque respetuoso y no medicalizado del embarazo que valore la diversidad de experiencias corporales.

Módulo 4. Fisiología del parto

Objetivos:

- Comprender las etapas y mecanismos fisiológicos del parto, promoviendo una visión positiva y respetuosa del proceso de nacimiento como una función natural del cuerpo de la mujer.

Contenidos:

- Descripción de las etapas del parto, desde las contracciones uterinas iniciales hasta el alumbramiento de la placenta.

- Resaltar la importancia de confiar en la capacidad del cuerpo para dar a luz de manera segura y efectiva y cómo se desencadenan y coordinan los mecanismos fisiológicos para facilitar el parto.

Metodología:

- Impartición de sesión pre-grabada.

Evaluación:

- 5 preguntas test relativas al parto fisiológico y normal.

Resultados de aprendizaje:

- Describir las diferentes etapas del parto, desde el inicio de las contracciones hasta el alumbramiento de la placenta.
- Explicar cómo se desencadenan y coordinan los mecanismos hormonales, musculares y neurológicos que intervienen en el proceso del parto.
- Valorar el parto como un proceso fisiológico, natural y seguro, en el que la confianza en el cuerpo y el respeto a los tiempos y necesidades de la persona gestante son fundamentales.

Módulo 5. Alternativas al parto medicalizado

Objetivos:

- Explorar alternativas al modelo de parto medicalizado, analizando sus beneficios y riesgos desde la evidencia y los derechos; promoviendo la toma de decisiones informadas y respetadas por parte de la mujer.

Contenidos:

- Introducción a diferentes enfoques del parto, como el parto en casa, el parto en agua y el parto en centros de nacimiento y de atención dirigidos por matronas.
- Discusión sobre los beneficios y riesgos de estas alternativas, así como la importancia de respetar la autonomía y las decisiones informadas de las mujeres.

Metodología:

- Impartición de sesión pre-grabada.
- Lectura de informes, artículos científicos y guías específicas.

Evaluación:

- 5 preguntas test relativas a parto fisiológico, parto en casa, centros de nacimiento y parto en el agua.

Resultados de aprendizaje:

- Identificar distintas modalidades de parto como el parto en casa, en agua o en centros dirigidos por matronas.
- Analizar los beneficios y riesgos asociados a estas alternativas, a partir de evidencia científica.

- Reconocer el derecho de las mujeres a decidir de forma informada y libre sobre cómo y dónde parir, así como la importancia de respetar esa autonomía en la atención profesional.

Módulo 6. Puerperio y recuperación postparto

Objetivos:

- Comprender los cambios físicos, emocionales y sociales que ocurren durante el puerperio, promoviendo una visión respetuosa, gradual y personalizada de la recuperación postparto, enmarcada en el cuidado integral y el respeto a los tiempos y necesidades de cada mujer.

Contenidos:

- Consideración de los cambios físicos y emocionales que ocurren en el período postparto, incluyendo la involución uterina, la cicatrización de tejidos y la adaptación a la lactancia materna.
- Fomentar una visión de la recuperación postparto como un proceso gradual y único para cada mujer, que requiere apoyo y cuidado individualizado.

Metodología:

- Impartición de sesión pre-grabada.

Evaluación:

- 5 preguntas test relativas a duración y fisiología del puerperio.

Resultados de aprendizaje:

- Identificar los principales cambios fisiológicos que se producen durante el puerperio como: la involución uterina, la cicatrización y la adaptación a la lactancia.
- Reconocer las dimensiones emocionales y psicológicas del postparto, así como su impacto en la salud de las mujeres.
- Valorar el puerperio como una etapa única que requiere atención individualizada, respeto a los ritmos de recuperación y apoyo integral por parte de los servicios sanitarios.

Módulo 7. Importancia de la lactancia materna

Objetivos:

- Conocer los beneficios de la lactancia materna para la salud de la madre y criatura, así como los desafíos más comunes asociados a su práctica, promoviendo una atención respetuosa y el acceso a apoyos adecuados para su mantenimiento.

Contenidos:

- Exploración de los beneficios de la lactancia materna tanto para la madre como para la criatura, incluyendo la nutrición, la protección contra enfermedades y el vínculo

emocional.

- Abordaje de los desafíos comunes asociados con la lactancia materna y la importancia de ofrecer apoyo y recursos para superarlos.

Metodología:

- Impartición de sesión pre-grabada.
- Lectura de informes, artículos y webs institucionales específicas.

Evaluación:

- 5 preguntas test relativas a beneficios de la lactancia materna, cifras y desafíos de la lactancia materna.

Resultados de aprendizaje:

- Identificar los principales beneficios de la lactancia materna.
- Reconocer los obstáculos físicos, emocionales y sociales que pueden dificultar la lactancia materna.
- Valorar la importancia del acompañamiento profesional, socio-comunitario e institucional para garantizar que la lactancia sea una elección libre, informada y mantenida en condiciones dignas.

Módulo 8. Intervenciones ginecológicas y obstétricas

Objetivos:

- Analizar los diferentes tipos de intervenciones obstétricas y ginecológicas, sus riesgos y beneficios, fomentando la importancia del consentimiento informado y la toma de decisiones compartida para garantizar una atención respetuosa y centrada en la mujer.

Contenidos:

- Tipos de intervenciones: desde exámenes de rutina hasta procedimientos quirúrgicos.
- Riesgos y beneficios asociados con diferentes intervenciones.
- Enfoque en la importancia de la toma de decisiones compartida entre la mujer y el profesional de la salud.

Metodología:

- Impartición de sesión pre-grabada.
- Lectura de informes, artículos específicos.

Evaluación:

- 5 preguntas test relativas a las intervenciones ginecológicas y obstétricas adecuadas.

Resultados de aprendizaje:

- Describir los principales tipos de intervenciones obstétricas y ginecológicas.

- Evaluar los riesgos y beneficios asociados a las diferentes intervenciones.
- Promover la toma de decisiones compartida y el consentimiento informado como pilares fundamentales en la atención ginecológica y obstétrica.

Módulo 9. Derechos sexuales y reproductivos

Objetivos:

- Conocer y comprender los derechos sexuales y reproductivos reconocidos en España, así como su abordaje desde las Ciencias de la Salud, para promover su respeto, protección y garantía en la atención ginecológica y obstétrica.

Contenidos:

- Definición, cuáles son los derechos sexuales y reproductivos en España
- Abordaje de los derechos sexuales y reproductivos desde las Ciencias de la Salud.

Metodología:

- Impartición de sesión pre-grabada
- Lectura de informe específico sobre derechos sexuales y reproductivos.

Evaluación:

- 5 preguntas test relativas a los derechos sexuales y reproductivos.

Resultados de aprendizaje:

- Definir qué son los derechos sexuales y reproductivos y conocer su reconocimiento legal en España.
- Identificar cómo se aplican estos derechos en el contexto sanitario y su relevancia para la atención ginecológica y obstétrica.
- Reconocer el papel de los profesionales de la salud en la promoción y defensa de estos derechos, y en la garantía de una atención libre de discriminación y violencia.

Módulo 10. Consentimiento informado

Objetivos:

- Comprender los principios y el proceso del consentimiento informado, destacando su importancia como derecho fundamental para garantizar una atención respetuosa y centrada en la autonomía de las mujeres en el ámbito ginecológico y obstétrico.

Contenidos:

- Definición y principios básicos del consentimiento informado.
- Proceso para obtener un consentimiento informado válido.
- Ejemplos prácticos de situaciones donde se requiere el consentimiento informado en el contexto ginecológico y obstétrico.

Metodología:

- Impartición de sesión pre-grabada.

Evaluación:

- Sin evaluación.

Resultados de aprendizaje:

- Definir el consentimiento informado y sus principios básicos, incluyendo voluntariedad, información adecuada y capacidad de decisión.
- Describir el proceso para obtener un consentimiento informado válido en la práctica clínica ginecológica y obstétrica.
- Identificar situaciones concretas en las que es imprescindible obtener el consentimiento informado y cómo asegurar que se respete la autonomía y los derechos de las mujeres.

Módulo 11. Respeto a la autonomía y la elección informada

Objetivos:

- Reflexionar sobre la importancia del respeto a la autonomía de las mujeres en todas las etapas del proceso reproductivo, promoviendo la elección informada y el acompañamiento libre de coerción, juicios o presiones.

Contenidos:

- Enfatizar la importancia de respetar las decisiones de las mujeres en relación con su embarazo, parto, puerperio y lactancia, con información objetiva y apoyo emocional.

Metodología:

- Impartición de sesión pre-grabada

Evaluación:

- Sin evaluación

Resultados de aprendizaje:

- Reconocer la autonomía como un derecho fundamental de las mujeres en relación con su salud sexual y reproductiva.
- Valorar la importancia de proporcionar información objetiva, clara y comprensible para facilitar decisiones libres e informadas.
- Aplicar un enfoque de acompañamiento respetuoso y empático, que valide las decisiones individuales en torno al embarazo, parto, puerperio y lactancia.

**Los módulos 10 y 11 se impartieron en este curso de manera conjunta, dado que se realizó a través de una sesión pre-grabada a modo de entrevista a la abogada Francisca Fernández Guillén, responsable de llevar los casos por violencia obstétrica ante la CEDAW.*

Módulo 12. Violencia obstétrica

Objetivos:

- Comprender qué es la violencia obstétrica, sus distintas manifestaciones y los factores estructurales que la perpetúan, con el fin de identificarla, prevenirla y contribuir a una atención respetuosa, libre de violencia y centrada en los derechos de la mujer.

Contenidos:

- Definición y tipos de violencia obstétrica.
- Factores que contribuyen a la violencia obstétrica.
- Estrategias para prevenir y abordar la violencia obstétrica.

Metodología:

- Impartición de sesión pre-grabada.
- Lectura de informes, artículos y normativa específica sobre violencia obstétrica.

Evaluación:

- 5 preguntas test relativas a la violencia obstétrica.

Resultados de aprendizaje:

- Definir la violencia obstétrica y distinguir sus diferentes formas (físicas, verbales, simbólicas, institucionales).
- Analizar los factores sociales, institucionales y culturales que permiten o perpetúan estas prácticas en los sistemas de salud.
- Proponer y aplicar estrategias para prevenir, detectar y actuar frente a situaciones de violencia obstétrica desde el rol profesional y ético.

Módulo 13. Consecuencias de la violencia obstétrica

Objetivos:

- Analizar las consecuencias físicas, emocionales, psicológicas y sociales de la violencia obstétrica sobre las mujeres y su salud, así como su impacto en los equipos profesionales, promoviendo una toma de conciencia para erradicar estas prácticas.

Contenidos:

- Consecuencias físicas, emocionales, sobre la lactancia materna y psicológicas.
- Consecuencias en profesionales sanitarios.

Metodología:

- Impartición de sesión pre-grabada.
- Lectura de artículos científicos específicos.

Evaluación:

- 5 preguntas test relativas a las consecuencias de la violencia obstétrica.

Resultados de aprendizaje:

- Identificar los efectos que la violencia obstétrica puede tener en la salud física y emocional de las mujeres, incluyendo impactos en la lactancia materna y el vínculo con el recién nacido.
- Reconocer las secuelas psicológicas y emocionales a corto y largo plazo derivadas de experiencias de maltrato en el parto o atención ginecológica.
- Reflexionar sobre el impacto que estas prácticas generan también en los profesionales de la salud, incluyendo desgaste profesional, conflicto ético y pérdida de sentido del cuidado.

Módulo 14. Testimonios y casos prácticos

Objetivos:

- Analizar testimonios y casos reales relacionados con la atención ginecológica y obstétrica para reflexionar sobre prácticas profesionales, identificar vulneraciones de derechos y proponer respuestas éticas, respetuosas y centradas en la mujer.

Contenidos:

- Estudio de casos y testimonios que ilustren situaciones relacionadas con intervenciones ginecológicas y obstétricas, consentimiento informado y violencia obstétrica.

Metodología:

- Impartición de sesión pre-grabada.
- Lectura artículos científicos sobre la situación de la violencia obstétrica en España.

Evaluación:

- Se ofreció al alumnado del curso un pool de testimonios escritos, un total de 15 testimonios. Todos los testimonios versaban sobre experiencias de atención en el marco de la salud sexual y reproductiva. No todos los testimonios hablaban específicamente sobre violencia obstétrica. También, algunos de los testimonios estaban escritos, redactados y compartidos desde una experiencia de acompañante. La evaluación en este módulo, de manera específica, trataba de realizar una reflexión crítica sobre el contenido del curso completo. Para ello se les ofreció los siguientes pasos:
 - » Elegir uno de los 15 casos presentados.
 - » Detectar, si existen, factores favorecedores para la violencia obstétrica.
 - » Detectar, si existen, expresiones destacadas en el relato que reflejen violencia obstétrica.
 - » Reflexionar sobre qué ha aprendido el alumnado del caso y qué conocimientos puede relacionar con el contenido del curso.

Resultados de aprendizaje:

- Interpretar y analizar críticamente situaciones reales vinculadas a consentimiento informado, intervenciones sanitarias y violencia obstétrica.
- Reconocer el valor de los testimonios de mujeres como fuente de aprendizaje, visibilización del daño y transformación de las prácticas clínicas.
- Aplicar los conocimientos adquiridos durante la formación para proponer abordajes respetuosos, éticos y centrados en los derechos de las mujeres ante casos complejos.

Resultados del estudio cuasi-experimental pre-post intervención educativa

En esta parte de la investigación se llevó a cabo un estudio de investigación cuasi-experimental pre-post intervención educativa, cuyo objetivo principal respeta el cumplimiento de la Ley Orgánica 1/2023, de 28 de febrero, por la que se modifica la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo promoviendo la generación y difusión efectiva de información de calidad sobre salud, derechos sexuales y reproductivos.

Tras la primera recogida de datos en el estudio transversal y la alta aceptación de la misma, el equipo de investigación decidió que la intervención educativa específica podría ofrecerse en modalidad Massive Open Online Course (MOOC). De esta forma, se amplió la población a alumnado de Ciencias de la Salud de todas las universidades participantes en esta investigación: Universitat Jaume I, Universidad de Sevilla, Universidad de Vigo y Universidad de Almería.

Teniendo en cuenta lo anterior, es necesario un total de 57 sujetos que completen la intervención educativa de manera completa asumiendo un poder estadístico superior al 0,8, una proporción inicial del 0,2 y una proporción final del 0,5, junto con un nivel de confianza del 95%. En este cálculo del tamaño muestral se ha estimado una tasa de pérdidas de seguimiento del 20%.

La recogida de datos se llevó a cabo mediante un cuestionario online autoadministrado antes de la intervención educativa (medición basal). Posteriormente a la intervención, se realizó una nueva medición al terminar la intervención educativa (medición intermedia); tal y como estaba previsto en el proyecto de investigación original.

Las variables tenidas en cuenta durante esta parte del estudio fueron: datos sociodemográficos, datos obstétricos de la muestra, experiencia en partos, trato percibido durante la atención obstétrica, tipo de discriminación observada, formación en salud y género, tratamiento de la violencia obstétrica, violencia obstétrica durante la formación, tipos de violencia obstétrica presenciada durante la formación, variables relacionadas con el consentimiento informado, escala validada en la presente investigación sobre el cuidado materno respetuoso y percepción de la violencia obstétrica a través del instrumento PercOV-S (Desirée Mena-Tudela, Águeda Cervera-Gasch, et al., 2020). Además, se añadió una variable abierta por si las personas participantes en el estudio quisieran compartir alguna experiencia relacionada con la atención obstétrica.

Para el análisis de datos se llevará a cabo un análisis descriptivo de los datos considerando medias, desviaciones típicas e intervalos de confianza al 95% para las variables cuantitativas, mientras que para las variables cualitativas se tendrán en cuenta la distribución de frecuencias y porcentajes. Se realizó una variable-resumen para las variables relacionadas con el consentimiento informado, realizado la media aritmética de cada uno de los ítems.

Para la comparación del efecto de la intervención sobre variables categóricas de dos respuestas, se aplicó la prueba de McNemar con la intención de evaluar el cambio en la opinión de las personas antes y después de la intervención.

Respecto al análisis bivalente, se tuvieron en cuenta las condiciones de aplicabilidad de las pruebas paramétricas (test de la normalidad de Kolmogorov-Smirnov y la homogeneidad de las varianzas por el test de Levene, así como Shapiro-Wilk). Para la comparación de variables continuas se aplicó T de Student para datos apareados cuando los test de normalidad y homogeneidad lo permitieron. En caso de no permitirlo, se aplicó la prueba de Rangos de Wilcoxon. El tamaño del efecto de la intervención educativa se interpretó como: valores cercanos a 0,2 se considera como pequeño, cercanos a 0,5 moderados y 0,8 grandes (Jacob Cohen, 1988). Estos análisis se llevarán a cabo tanto por el global de los diferentes instrumentos (PercOV-S y PCRM) como por dimensiones e ítems y para las variables relativas al consentimiento informado.

El análisis estadístico se realizó con el paquete estadístico Jamovi 2.3.28. Se estableció un nivel de significación estadística de $p < 0,05$ en el contraste de las hipótesis.

Sobre los datos cualitativos, se llevó a cabo un análisis inductivo a partir de la agrupación de palabras clave por temáticas (clusterización) y búsqueda de patrones en los contenidos (aportaciones escritas y por audio que los participantes hayan enviado); esto permitió generar nuevo conocimiento a partir del orden generado con la visualización de estos ámbitos temáticos y patrones, de forma inductiva, no deductiva, es decir de nueva creación. El análisis se llevó a cabo con Excel.

Población y muestra

Se inscribieron al curso “Proteger y garantizar los derechos sexuales y reproductivos en el ámbito ginecológico y obstétrico” (intervención educativa) un total de 350 personas (Figura 3).

Figura 3. Plataforma de inscripción del curso “Proteger y garantizar los derechos sexuales y reproductivos en el ámbito ginecológico y obstétrico”

Id curs	Curs	Estat inscripció	Inici curs	Inici inscripció	Inscrits	Admesos
12229	Proteger i garantir dels drets sexuals i reproductius en l'àmbit ginecològic i obstètric	Tancada	11/11/2024	29/10/2024	350	350

De estas 350 personas, respondieron al cuestionario inicial un total de 257 (73,43%), lo que supone que un 26,57% no respondieron. De las 257 personas que respondieron a la encuesta inicial, respondieron a la encuesta final un total de 190 (73,93%), lo que supone que un 26,07% no respondieron.

Se eliminaron un total de 10 respuestas por no contener más del 10% del cuestionario respondido. Y un total de 37 respuestas fueron eliminadas por no poder ser emparejadas los códigos del cuestionario pre y post intervención. Finalmente, la muestra estuvo compuesta por un total de 152 personas.

Descripción de la muestra

Así, la edad media de la muestra fue de 30,6 ($\pm 10,1$; Mínimo: 18; Máximo: 58) años. El 93,4% ($n=142$) eran mujeres. Un total de 43 mujeres de la muestra (28,3%) han tenido algún embarazo. De las cuales, el 93% ($n=40$) han tenido un parto.

En la Tabla 10 se muestra la distribución del ámbito de pertenencia de la muestra. La mayoría de

las personas que participaron en la formación pertenecen al ámbito de la Enfermería, representando el 88,8% del total de la muestra.

Otras disciplinas profesionales estuvieron menos representadas: un 5,3% eran matronas, un 2% pertenecían al ámbito de la medicina y un 3,9% restante correspondía a otras categorías profesionales como fisioterapia, técnicos en cuidado auxiliares de enfermería (TCAE) y psicología.

En conjunto, el 96,1% de las participantes pertenecían a ámbitos profesionales directamente vinculadas con la atención sanitaria reproductiva, lo que refuerza la pertinencia del contenido del curso para este perfil profesional.

Tabla 10. Ámbito de pertenencia de la muestra

	Frecuencia	%	% acumulado
Enfermería	135	88,8	88,8
Medicina	3	2,0	90,8
Matrona	8	5,3	96,1
Otro*	6	3,9	100
*Incluye: Fisioterapia, TCAE, Psicología			

Variables vinculadas a la formación

El 69,1% (n=105) de la muestra afirma haber tenido asignaturas o temas dónde se ha incorporado la perspectiva de género. A pesar de ello, el 29,3% (n=43) considera que su formación en perspectiva de género es insuficiente.

El 78,9% (n=120) de la muestra ha trabajado o realizado prácticas en el ámbito de la ginecología y obstetricia. Un total del 29,6% (n=42) expresa que nunca o a veces ha pedido permiso a una mujer para entrar en una habitación. Un 67,6% (n=94) opina que las mujeres no son tratadas de la misma forma y un 63,8% (n=97) expresa haber visto a una mujer sido discriminada durante su proceso obstétrico.

Se preguntó a las participantes si consideraban que las mujeres son discriminadas durante el proceso obstétrico y, en caso afirmativo, por qué motivos creen que sucede esa discriminación. Las razones para que se pudieran discernir sobre esa discriminación se muestran en la Tabla 11. Así, de las 97 respuestas recogidas, muchas señalaron más de una causa, lo que refleja que las formas de discriminación pueden ser múltiples y entrelazadas.

La razón mencionada con más frecuencia fue el origen, color de piel, lengua o situación cultural, señalada por el 76,5% de las participantes. Le siguen el peso de la mujer (65,7%) y la opinión de la mujer (62,4%), lo que evidencia cómo factores personales o sociales pueden influir en el trato recibido.

Otras razones identificadas fueron la edad de la mujer (48,5%), su estatus social (34%), la presencia de una discapacidad o enfermedad previa (22%), y su orientación sexual o identidad de género (19%). Además, un 24% de las respuestas indicaron que a veces las mujeres son discriminadas sin una razón aparente, lo que puede estar relacionado con prejuicios normalizados o prácticas rutinarias no cuestionadas.

Tabla 11. Razones de discriminación sobre las mujeres durante el proceso obstétrico (n=97, respuesta múltiple)

	Frecuencia	%
El peso de la mujer	67	65,7
La opinión de la mujer	63	62,4
Su origen, color de piel, lengua o situación cultural	78	76,5
Su edad	49	48,5
Su estatus social	34	34,0
Una discapacidad o enfermedad preexistente	22	22,0
Su orientación sexual o identidad de género	19	19,0
Sin razón aparente	24	24,0

El 93,4% (n=142) afirma haber oído el concepto de violencia obstétrica antes de la intervención. El 59,2% (n=90) conoce que en España se ha valorado la inclusión de este término en la ley.

Por otro lado, el 72% (n=95) de la muestra afirma haber visto a una mujer sufrir violencia obstétrica y un 12,9% (n=17) opina que tal vez. A pesar de que el 70,1% (n=103) de la muestra considera que se tienen en cuenta las preferencias de la mujer durante el proceso obstétrico, el 78,3% (n=112) piensa que alguna vez se ha juzgado a una mujer por sus sentimientos durante la atención obstétrica. El 92,1% (n=140) afirma haber visto a una mujer pariendo en posición de litotomía. De estos, el 65,7% (n=94) fue en un paritorio, el 15,4% (n=22) en una película, el 9,1% (n=13) durante la docencia en aula o simulación, el 4,2% (n=6) en la publicidad y el 5,6% (n=8) en otros lugares (Figura 4).

Figura 4. Observación de la posición de litotomía por parte del alumnado.



Así, el 45,4% (n=69) afirman que, durante su formación se les enseñó a ejercer o ser cómplice de violencia obstétrica, en un 52,6% (n=80) se han sentido obligadas o presionadas para ejercer prácticas que les parecían violentas y un total del 69,7% (n=106) ha sido testigo de violencia obstétrica durante su formación.

En la Tabla 12 se muestran el tipo de violencia obstétrica presenciada por la muestra. Las personas participantes (n=104) fueron consultadas sobre qué tipos de violencia obstétrica han presenciado en su entorno profesional o de prácticas.

Como se trataba de una pregunta de respuesta múltiple, muchas de ellas indicaron haber presenciado varias formas de violencia, lo que evidencia la normalización de ciertas prácticas dentro del ámbito sanitario.

La forma de violencia más reportada fue la falta de intimidad para la mujer durante el proceso obstétrico, señalada por el 79,9% de las personas encuestadas. Le siguen otras prácticas muy frecuentes como:

- Comentarios despectivos hacia las mujeres (67,4%)
- Intervenciones realizadas sin consentimiento (66,7%)
- Falta de tiempo o dedicación hacia las mujeres (66,4%)

Además, se reportaron situaciones particularmente graves como:

- Violencia física (por ejemplo, tactos vaginales repetidos, contacto físico agresivo o intervenciones sin anestesia), mencionada por más de la mitad de las personas encuestadas (54,3%).
- La Maniobra de Kristeller, una práctica no recomendada por organismos internacionales por sus riesgos, fue mencionada por el 58,7%.

También se identificaron otras formas de maltrato como:

- Gritos, infantilización o trato condescendiente (49,3%)
- Negación de tratamientos o presión para aceptar intervenciones no deseadas (42,8%)
- Ignorar las peticiones expresas de las mujeres (40,6%)
- Revelación de información privada sin consentimiento (18,1%)

Estos datos reflejan una presencia significativa y preocupante de prácticas de violencia obstétrica, muchas de ellas estructurales, que requieren ser visibilizadas, cuestionadas y eliminadas para garantizar una atención respetuosa y basada en los derechos de las mujeres.

Tabla 12. Tipo de violencia obstétrica presenciada por la muestra (n=104, respuesta múltiple)

	Frecuencia	%
Comentarios despectivos sobre las mujeres	93	67,4
Falta de tiempo dedicado a las mujeres	91	66,4
Intervenciones sin consentimiento	92	66,7
Falta de intimidad para la mujer	111	79,9
Decir a las mujeres que estaban poniendo en riesgo su salud o la de sus bebés	59	43,1
Violencia física como: tactos vaginales de repetición, contacto físico agresivo, intervenciones sin anestesia, etc.	75	54,3
Peticiones de las mujeres ignoradas	56	40,6
Maniobra de Kristeller	81	58,7
Información privada revelada sin consentimiento	25	18,1
Se gritó o infantilizó a la mujer de parto	68	49,3
Se les negó algún tratamiento o se incitó a aceptar alguna intervención que no deseaban	59	42,8

A las personas participantes se les preguntó cómo se habían sentido al presenciar situaciones de violencia obstétrica en su entorno profesional (Tabla 13).

Las respuestas muestran que la exposición a estas prácticas tiene un impacto emocional considerable en quienes las observan, lo cual también repercute en su bienestar y desempeño laboral. Los sentimientos más frecuentes fueron:

- Estar en estado de alerta (59,4%)
- Ansiedad (53,4%)
- Agitación (35,3%)

También se reportaron síntomas físicos y emocionales como:

- Taquicardia (18,8%)
- Problemas de concentración (17,3%)
- Problemas para dormir (16,5%)
- Sudores fríos (14,3%)

Solo un 11% de las personas afirmó no haber experimentado ninguno de estos síntomas, pero mostraron otros síntomas. Así, la Figura 5 muestra una nube de palabras expresada por la muestra que ha sentido otra cosa diferente a la propuesta por el cuestionario. Debido a estas situaciones vividas, el 15,8% (n=24) de la muestra se ha planteado abandonar los estudios o su profesión.

Estos resultados subrayan que la violencia obstétrica no solo afecta a las mujeres directamente implicadas, sino que también genera un malestar importante en quienes la presencian, especialmente cuando no se cuenta con herramientas o apoyo institucional para actuar.

Este tipo de datos refuerza la necesidad de formaciones específicas, espacios de reflexión y protocolos claros para prevenir, detectar y actuar ante estas situaciones desde un enfoque profesional, ético y feminista.

Tabla 13. Sentimiento de la muestra ante la violencia obstétrica presenciada (n=104, respuesta múltiple)

	Frecuencia	%
Sudores fríos	19	14,3
Taquicardia	25	18,8
Problemas de concentración	23	17,3
Ansiedad	71	53,4
Problemas para dormir	22	16,5
Agitación	47	35,3
En alerta	79	59,4
Ninguna de las anteriores	16	11,0

Figura 5. Nube de palabras sobre otros sentimientos generados en la muestra



Se realizó una comparación entre las respuestas dadas por las personas participantes antes y después de la formación, con el fin de evaluar el impacto de la formación sobre sus conocimientos, actitudes y percepciones en torno a la violencia obstétrica (Tabla 14).

En general, los datos muestran cambios significativos en varios aspectos clave, que apuntan a un mayor grado de conciencia crítica, comprensión conceptual y sensibilidad ante las prácticas de violencia obstétrica.

Aumento en el reconocimiento de la violencia obstétrica vivida personalmente

Antes de la formación, un 30,9% de las personas participantes afirmaban haber vivido personalmente situaciones de violencia obstétrica. Tras el curso, este porcentaje aumentó significativamente al 42,8% ($p < 0,001$), lo que sugiere una mayor capacidad para identificar experiencias propias como formas de violencia, probablemente gracias al marco conceptual y el enfoque de derechos ofrecidos durante la formación.

Mayor identificación de situaciones discriminatorias

También se observó un aumento significativo en la percepción de discriminación hacia las mujeres durante la atención obstétrica: del 63,8% antes de la formación al 73,7% después ($p = 0,002$). Esto indica un mayor nivel de conciencia crítica frente a prácticas discriminatorias, muchas veces normalizadas en el entorno clínico.

Incremento en la comprensión del concepto de violencia obstétrica

El porcentaje de personas que afirmaron saber definir la violencia obstétrica pasó del 80,9% al 89,5% ($p = 0,012$). Este avance refleja el fortalecimiento conceptual proporcionado por el curso y la capacidad de aplicar este conocimiento a situaciones reales.

Formación previa insuficiente y toma de conciencia tras el curso

Uno de los cambios más significativos se dio en la percepción sobre la propia formación: solo el 16,9% se sentía suficientemente formado sobre violencia obstétrica antes del curso, mientras que después el porcentaje subió al 39,3% ($p < 0,001$).

Aun así, más de la mitad seguía considerando insuficiente su formación, lo que refuerza la necesidad de integrar estos contenidos en los planes formativos oficiales.

Mayor conciencia sobre haber aprendido prácticas violentas durante la formación reglada

Tras la intervención, más personas reconocieron que durante su formación reglada se les enseñó o expusieron a prácticas de violencia obstétrica: se pasó del 45,4% al 54,6% ($p = 0,013$), lo que evidencia la urgencia de revisar críticamente los programas académicos existentes.

Reconocimiento del testimonio observado en prácticas profesionales

A la pregunta “¿Has visto alguna vez a una mujer sufrir violencia obstétrica durante tus prácticas?”, se observa un incremento notable del 72% al 82,4% ($p < 0,001$).

Asimismo, se redujo el número de personas que respondieron “Tal vez” (de 12,9% a 6,9%), lo que indica una mayor claridad para identificar estas situaciones.

Opiniones sobre el término “Violencia Obstétrica”

La gran mayoría de participantes expresó su acuerdo con el término violencia obstétrica tanto antes (94,7%) como después (96,1%) del curso, sin cambios significativos.

Igualmente, una cuarta parte de las personas seguía opinando que el término puede criminalizar a los profesionales sanitarios (25,7% antes y 22,4% después), lo que evidencia la complejidad emocional y política que despierta el concepto y la necesidad de seguir profundizando en una mirada ética, profesional y centrada en los derechos humanos.

Percepción sobre la consideración de las preferencias de las mujeres

No se observaron cambios estadísticamente significativos en la percepción de si se tienen en cuenta las preferencias de las mujeres durante el proceso obstétrico (70,1% antes y 65,3% después). Esto podría estar relacionado con limitaciones estructurales o una visión crítica persistente frente al modelo de atención actual.

En conjunto, los resultados muestran que la formación tuvo un impacto positivo significativo en varias dimensiones clave: reconocimiento de situaciones de violencia, identificación de prácticas discriminatorias, comprensión conceptual y autoconciencia profesional. Estos hallazgos respaldan la relevancia de ofrecer formaciones feministas y basadas en derechos humanos dentro del ámbito obstétrico y ginecológico, no solo como herramienta de sensibilización, sino también como paso imprescindible hacia la transformación del modelo de atención.

Todos los resultados expuestos se encuentran detallados en la Tabla 14.

Tabla 14. Resultados descriptivos y comparativos relacionados con la violencia obstétrica y la formación.

				Pre-intervención				Post-intervención					Mc Nemar	
	Sí		No		Sí			No						
	n	%	n	%	n		%		n	%	X²	p		
¿Crees que has vivido alguna situación de violencia obstétrica a nivel personal?				47	30,9	105	69,1	65		42,8	87	57,2	10,1	<0,001
A todas las mujeres con las que has presentado atención obstétrica, ¿han sido tratadas de la misma forma?				45	32,4	94	67,6	40		29,2	97	70,8	0,220	0,639
¿Consideras que se tienen en cuenta las preferencias de la mujer durante el proceso obstétrico?				103	70,1	44	29,9	96		65,3	51	34,7	1,32	0,250
Durante tu formación, ¿sientes que te enseñaron a ejercer o ser cómplice de la violencia obstétrica?				69	45,4	83	54,6	83		54,6	69	45,4	6,13	0,013
En tu trabajo, ¿te has sentido obligado o presionado/a para ejercer prácticas que te parecían violentas?				80	52,6	72	47,4	85		55,9	67	44,1	1,92	0,166
¿Has sido testigo de violencia obstétrica en tu formación?				104	68,4	48	31,6	109		71,7	43	28,3	1,32	0,251
¿Has visto a alguna mujer vivir una situación de discriminación durante el proceso obstétrico?				97	63,8	55	36,2	112		73,7	40	26,3	9,78	0,002
¿Sabrías definir el concepto de violencia obstétrica?				123	80,9	29	19,1	136		89,5	16	10,5	6,26	0,012
¿Te consideras suficientemente formado sobre la violencia obstétrica?				25	16,9	123	83,1	59		39,3	91	60,7	26,6	<0,001
¿Estás de acuerdo con el término Violencia Obstétrica?				144	94,7	8	5,3	146		96,1	6	3,9	0,667	0,414
¿Crees que el término Violencia Obstétrica criminaliza a los profesionales sanitarios?				39	25,7	113	74,3	34		22,4	118	77,6	1,00	0,317
	Pre-intervención						Post-intervención						Chi-cuadrado	
	Sí		No		Tal vez		Sí		No		Tal vez			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	X²	p
En algún momento de tus prácticas, ¿has visto a alguna mujer sufrir violencia obstétrica?	95	72,0	20	15,2	17	12,9	108	82,4	14	10,7	9	6,9	92,6	<0,001
¿Piensas que alguna vez se ha juzgado la mujer por sus sentimientos durante la atención obstétrica?	112	78,3	8	5,6	23	16,1	112	78,9	16	11,3	14	9,9	45,9	<0,001

Estadísticos descriptivos y comparativos: Percepciones sobre el Consentimiento informado

La Tabla 15 muestra cómo las personas participantes valoran distintos aspectos relacionados con el consentimiento informado y la participación activa de las mujeres durante la atención obstétrica, tanto antes como después de la formación.

Así, en todos los ítems, se observa una tendencia preocupante: la percepción general sobre la calidad del consentimiento informado es baja y, en algunos casos, incluso desciende tras la formación, posiblemente como efecto de una mayor conciencia crítica adquirida durante el curso.

Tiempo para recibir información y hacer preguntas

Cuando se preguntó si se brinda tiempo suficiente a las mujeres para comprender la información y plantear dudas, la mayoría de las respuestas se situaron en los niveles más bajos:

- Pre-formación, el 57,5% consideró que se da “poco” o “muy poco” tiempo.
- Post-formación, esta percepción aumentó hasta el 70,3%, reflejando una toma de conciencia más crítica sobre la falta de espacios reales de diálogo en la atención clínica.

Información sobre indicaciones, riesgos y alternativas

En relación con si a las mujeres se les informa adecuadamente sobre los procedimientos, también se observa un descenso en las respuestas positivas:

- Antes de la formación, un 41,2% estaba “de acuerdo” y un 9,2% “totalmente de acuerdo”.
- Después, estas cifras bajaron al 30,6% y 8,2%, respectivamente, mientras que las respuestas en “desacuerdo” crecieron de un 22,1% a un 36,6%.

Esto sugiere que tras la formación, las personas participantes identifican más claramente las carencias informativas existentes, que previamente podrían haber pasado desapercibidas.

¿Se ofrece un consentimiento informado completo?

A la pregunta directa sobre si se ofrece un consentimiento informado completo:

- Antes de la formación, más de la mitad (52%) ya estaba en desacuerdo o para nada de acuerdo.
- Tras la intervención, este porcentaje aumentó ligeramente al 56,9%.
- Solo un 1,5% de las personas estuvo “totalmente de acuerdo” con que se respeta el consentimiento completo tras la formación.

Estos datos indican que la práctica real del consentimiento informado sigue percibiéndose como deficiente, incluso entre profesionales sensibilizados.

¿Se trata a las mujeres con suficiente respeto?

Aunque más del 40% de las personas se mostraban “de acuerdo” con que se trata a las mujeres con respeto antes de la formación, este porcentaje bajó a 34,6% después.

Aumentaron también las respuestas en desacuerdo y en la opción “ni de acuerdo ni en desacuerdo”, lo que sugiere que el curso generó mayor capacidad para detectar faltas de respeto naturalizadas en el ejercicio profesional.

¿Se obtiene el feedback de las mujeres?

La percepción de que no se recoge activamente el feedback de las mujeres se mantuvo en niveles altos:

- Un 32,8% de las personas antes del curso, y un 41,5% después, estuvieron en desacuerdo con que se escuche a las mujeres.
- Solo un 1,5% estuvo “totalmente de acuerdo” después del curso.

Estos datos refuerzan la idea de que la participación de las mujeres en el proceso obstétrico sigue siendo limitada, tanto en lo informativo como en la escucha activa.

De todos estos análisis, los resultados muestran que la formación contribuyó a visibilizar carencias estructurales en la aplicación del consentimiento informado y el respeto a la autonomía de las mujeres.

Aunque no se observan mejoras en las percepciones —y en algunos casos estas empeoran—, esto puede interpretarse como un efecto positivo de sensibilización, donde las personas participantes logran reconocer prácticas previamente naturalizadas como problemáticas.

Estos hallazgos refuerzan la necesidad de revisar protocolos asistenciales, implementar estrategias de comunicación efectiva y ofrecer formación continua con enfoque de derechos y perspectiva de género en todos los niveles del sistema sanitario.

Tabla 15. Resultados descriptivos sobre el consentimiento informado.

	Pre-intervención			Post-intervención		
	n	%	% acumulado	n	%	% acumulado
A las mujeres se les da la oportunidad para considerar la información dada durante su atención obstétrica y preguntar o formular dudas						
Muy poco tiempo	28	20,9	20,9	33	23,9	23,9
Poco tiempo	49	36,6	57,5	64	46,4	70,3
Neutral	28	20,9	78,4	22	15,9	86,2
Bastante tiempo	16	11,9	90,3	12	8,7	94,9
Mucho tiempo	13	9,7	100	7	5,1	100
Durante la atención obstétrica, a las mujeres se les informa sobre indicaciones, alternativas y riesgos de las intervenciones o procedimientos realizados						
Para nada de acuerdo	8	6,1	6,1	12	9,0	9,0
En desacuerdo	29	22,1	28,2	49	36,6	45,6
NA/ND	28	21,4	49,6	21	15,7	61,3
De acuerdo	54	41,2	90,8	41	30,6	91,9
Totalmente de acuerdo	12	9,2	100	11	8,2	100
Durante la atención obstétrica y relacionado con tu experiencia, ¿tienes la sensación de que a las mujeres se les ofrece un consentimiento informado completo?						
Para nada de acuerdo	15	11,5	11,5	22	16,7	16,7
En desacuerdo	53	40,5	52,0	53	40,2	56,9
NA/ND	26	19,8	71,8	30	22,7	79,6
De acuerdo	31	23,7	95,5	25	18,9	98,5

	Pre-intervención			Post-intervención		
	n	%	% acumulado	n	%	% acumulado
Totalmente de acuerdo	6	4,6	100	2	1,5	100
Durante la atención obstétrica y relacionado con tu experiencia, ¿crees que se trata a las mujeres con suficiente respeto?						
Para nada de acuerdo	5	3,8	3,8	10	7,7	7,7
En desacuerdo	37	28,0	31,8	40	30,8	38,5
NA/ND	26	19,7	51,5	31	23,8	62,3
De acuerdo	55	41,7	93,2	45	34,6	96,9
Totalmente de acuerdo	9	6,8	100	4	3,1	100
Durante la atención obstétrica y relacionado con tu experiencia, ¿se obtiene feedback por parte de la mujer?						
Para nada de acuerdo	6	4,6	4,6	15	11,5	11,5
En desacuerdo	37	28,2	32,8	39	30,0	41,5
NA/ND	26	19,8	52,6	31	23,8	65,3
De acuerdo	56	42,7	95,3	43	33,1	98,4
Totalmente de acuerdo	6	4,6	100	2	1,5	100
NA/ND: Ni de acuerdo ni en desacuerdo						

Se creó una medida general que resume cómo perciben las personas participantes el grado en que se respeta el consentimiento informado durante la atención obstétrica.

Antes de la formación, esta medida tenía un valor medio de 3,37 sobre 5 puntos, y después bajó a 3,10, una diferencia que es estadísticamente significativa ($p < 0,001$).

Este resultado, aunque podría parecer un empeoramiento, sugiere más bien que, tras la formación, las personas fueron más críticas y conscientes de las limitaciones reales en la forma en que se aplica el consentimiento informado en la práctica clínica. Es decir, el curso ayudó a visibilizar problemáticas que antes podían pasar desapercibidas (Pre-intervención: media = $3,37 \pm 1,27$; Post-intervención: media = $3,10 \pm 1,35$; Wilcoxon = 5295, Tamaño del efecto = 0,435; $p < 0,001$).

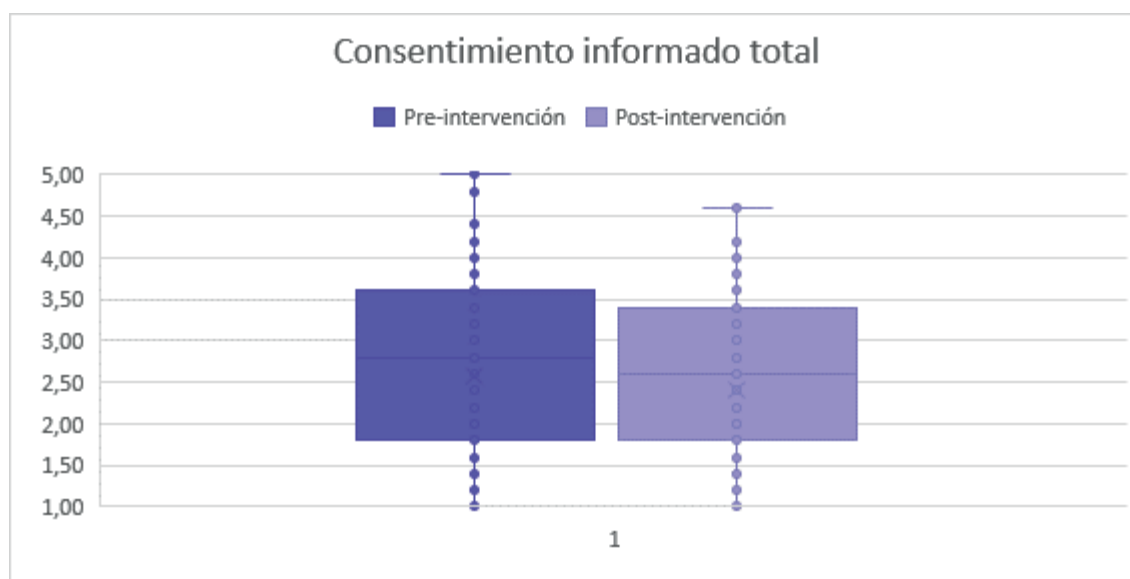
En la Figura 6 se representa esta diferencia mediante un gráfico de cajas y bigotes, que permite visualizar cómo se distribuyen las puntuaciones antes y después de la formación.

En el gráfico se comparan las puntuaciones globales sobre cómo perciben las personas participantes el consentimiento informado en la atención obstétrica, antes y después de realizar la formación. La barra de color más oscuro representa las respuestas antes del curso y la más clara, después.

Cada caja muestra la concentración de la mayoría de las respuestas (del 25% al 75%) y la línea central indica la mediana (el valor medio). Los puntos fuera de la caja muestran respuestas más extremas.

De esta manera se observa que, tras la formación, las puntuaciones generales bajan ligeramente, lo que significa que las personas valoran más críticamente cómo se aplica el consentimiento informado en la práctica. Lejos de reflejar un retroceso, este cambio sugiere que el curso ayudó a identificar fallos o carencias previamente normalizadas en la atención sanitaria.

En conjunto, esta figura visualiza uno de los efectos más relevantes de la formación: desarrollar una mirada más informada, crítica y centrada en los derechos de las mujeres durante los procesos ginecológicos y obstétricos; siendo que los resultados sugieren que, después de la intervención, hubo una disminución significativa de la medida evaluada para cada una de las variables, con una diferencia moderada entre ambas mediciones. El tamaño de efecto (generalmente moderado) y el p-valor confirman que la intervención educativa tuvo un impacto estadísticamente significativo, confirmando las tendencias ya observadas en la descripción de las variables relativas al consentimiento informado.

Figura 6. Gráfico con media y dispersión de la variable consentimiento informado total

Estadísticos descriptivos y comparativos: Cuidados maternos respetuosos

La siguiente tabla (Tabla 16) recoge cómo cambiaron las opiniones del alumnado antes y después de la formación en relación a los cuidados maternos respetuosos durante el embarazo, parto y postparto.

El análisis estadístico muestra cambios significativos en las percepciones de la muestra sobre los cuidados maternos respetuosos tras la intervención educativa. Así, se puede observar que, tras la intervención, aumentó el porcentaje de la muestra que estaba “Totalmente en desacuerdo” con afirmaciones que justificaban prácticas irrespetuosas como “Es necesario regañar a una mujer si no coopera” (del 61,8% pre-intervención educativa, al 72,4% post-intervención educativa) y “Las creencias culturales son tan variadas que no se pueden tener en cuenta” (del 59,9% pre-intervención educativa, al 72,4% post-intervención educativa). También disminuyó el acuerdo con ideas perjudiciales para ítems como “Las mujeres deberían dejar su dignidad fuera en el parto”, donde el rechazo se mantuvo muy alto, pasando del 87,5% al 89,5%.

La intervención también parece que aumentó el porcentaje de personas con enfoques respetuosos, como quienes estaban “totalmente en desacuerdo” con que es difícil mantener la confidencialidad (del 59,2% pre-intervención educativa, al 71,7% post-intervención educativa), mostrando mayor conciencia sobre la importancia de la privacidad tras la intervención. También se observó este fenómeno en variables como “Cada mujer debería recibir el apoyo que necesita con la lactancia materna”, donde más del 92% de la muestra se mostró totalmente de acuerdo tras la formación; “Hay que animar a las mujeres a hablar con otras mujeres sobre sus experiencias de maternidad” donde el 80,9% se mostró totalmente de acuerdo; o “Explico a la mujer los beneficios y los riesgos antes de cualquier procedimiento”, resultado que aumentó del 52% al 65,8% en su respuesta “Totalmente de acuerdo”.

También tras la intervención, un 87,5% (n=133) y un 82,9% (n=126) estaban totalmente de acuerdo que tenían la responsabilidad de ayudar a las mujeres a sentirse seguras durante el parto y a que

escuchar activamente las historias de las mujeres valora sus experiencias, evidenciando un cambio positivo en la comprensión de su rol profesional.

Sobre el respeto a la autonomía, tras la intervención, un mayor porcentaje de la muestra estaba totalmente en desacuerdo con que procedimientos rutinarios no requieren el permiso de la mujer (del 87,5% pre-intervención educativa, al 93,4% post-intervención educativa). En la tabla 16 se muestran todos los resultados descriptivos de los ítems relativos a los cuidados maternos respetuosos.

Algunas afirmaciones también mostraron cambios estadísticamente significativos tras la intervención, lo que indica que la formación modificó actitudes de manera relevante. Por ejemplo:

- Disminuyó la idea de que las creencias culturales no pueden ser tenidas en cuenta.
- Se reforzó la responsabilidad del personal sanitario en crear un ambiente seguro y en preservar la intimidad de las mujeres.

De esta manera, en general, se observa una mejora clara en la sensibilización del alumnado respecto a los derechos de las mujeres, la importancia de un trato digno y la necesidad de ofrecer una atención individualizada, empática y respetuosa. Apoyando la idea de que la formación no solo mejora los conocimientos, sino también transforma actitudes, ayudando al alumnado a reconocer conductas inapropiadas y a comprometerse con una atención basada en los derechos, la escucha y el respeto.

Tabla 16. Resultados descriptivos de los ítems sobre los cuidados maternos respetuosos.

	Pre-intervención		Post-intervención	
	n	%	n	%
Es necesario regañar a una mujer si no coopera con el personal sanitario				
Totalmente de acuerdo	2	1,3	4	2,6
De acuerdo	3	2,0	2	1,3
No estoy seguro/a	11	7,2	11	7,2
En desacuerdo	42	27,6	25	16,4
Totalmente en desacuerdo	94	61,8	110	72,4
Estoy de acuerdo en que las mujeres deberían “dejar su dignidad fuera”, ya que, el parto no tiene nada de privado				
Totalmente de acuerdo	1	0,7	4	2,6
De acuerdo	-	-	-	-
No estoy seguro/a	2	1,3	3	2,0
En desacuerdo	16	10,5	9	5,9
Totalmente en desacuerdo	133	87,5	136	89,5
Es difícil mantener la confidencialidad en la atención a la maternidad				
Totalmente de acuerdo	-	-	1	0,7
De acuerdo	4	2,6	7	4,6
No estoy seguro/a	16	10,5	6	3,9
En desacuerdo	42	27,6	29	19,1
Totalmente en desacuerdo	90	59,2	109	71,7

	Pre-intervención		Post-intervención	
	n	%	n	%
W de Wilcoxon=588,0; Tamaño del efecto=-0,313; p-valor=0,028				
Tengo tanto trabajo que no puedo saludar a cada mujer amablemente				
Totalmente de acuerdo	1	0,7	1	0,7
De acuerdo	9	5,9	5	3,3
No estoy seguro/a	11	7,2	13	8,6
En desacuerdo	39	25,7	29	19,1
Totalmente en desacuerdo	92	60,5	104	68,4
Procedimientos rutinarios como el examen vaginal y la exploración abdominal no requieren permiso				
Totalmente de acuerdo	-	-	-	-
De acuerdo	-	-	-	-
No estoy seguro/a	1	0,7	2	1,3
En desacuerdo	18	11,8	8	5,3
Totalmente en desacuerdo	133	87,5	142	93,4
Las creencias culturales de las mujeres son tan variadas que no se puede esperar que el personal las tenga todas en cuenta				
Totalmente de acuerdo	1	0,7	-	-
De acuerdo	2	1,3	3	2,0
No estoy seguro/a	5	3,3	5	3,3
En desacuerdo	53	34,9	34	22,4
Totalmente en desacuerdo	91	59,9	110	72,4
W de Wilcoxon=893,5; Tamaño del efecto=0,297; p-valor=0,044				
Dar todos los detalles sobre los procedimientos de parto no tiene sentido porque algunas mujeres no los entenderán				
Totalmente de acuerdo	-	-	-	-
De acuerdo	1	0,7	-	-
No estoy seguro/a	7	4,6	6	3,9
En desacuerdo	37	24,3	26	17,1
Totalmente en desacuerdo	107	70,4	120	78,9
W de Wilcoxon=381,0; Tamaño del efecto=-0,295; p-valor=0,061				
A menudo hay tanto trabajo durante el parto que no se puede ofrecer opciones a las mujeres				
Totalmente de acuerdo	2	1,3	1	0,7
De acuerdo	14	9,2	14	9,2
No estoy seguro/a	15	9,9	13	8,6
En desacuerdo	49	32,2	35	23,0
Totalmente en desacuerdo	72	47,4	89	58,6
Frecuentemente, es difícil mantener un ambiente tranquilo para las mujeres durante el parto				
Totalmente de acuerdo	2	1,3	3	2,0
De acuerdo	23	15,1	21	13,8
No estoy seguro/a	19	12,5	17	11,2
En desacuerdo	57	37,5	35	23,0

	Pre-intervención		Post-intervención	
	n	%	n	%
Totalmente en desacuerdo	51	33,5	76	50,0
Si las mujeres no cuidan de su propia salud, no deben esperar el mismo cuidado que a las demás				
Totalmente de acuerdo	-	-	-	-
De acuerdo	1	0,7	3	2,0
No estoy seguro/a	4	2,6	4	2,6
En desacuerdo	49	32,2	23	15,1
Totalmente en desacuerdo	98	64,5	122	80,3
Las mujeres durante el parto necesitan un espacio libre de interrupciones innecesarias				
Totalmente de acuerdo	97	63,8	109	71,7
De acuerdo	37	24,3	28	18,4
No estoy seguro/a	5	3,3	3	2,0
En desacuerdo	2	1,3	3	2,0
Totalmente en desacuerdo	11	7,2	9	5,9
Tengo la responsabilidad de ayudar a las mujeres a sentirse seguras durante el parto				
Totalmente de acuerdo	131	86,2	133	87,5
De acuerdo	15	9,9	12	7,9
No estoy seguro/a	-	-	2	1,3
En desacuerdo	2	1,3	1	0,7
Totalmente en desacuerdo	4	2,6	4	2,6
Intento preservar la intimidad del cuerpo de la mujer mientras la cuido				
Totalmente de acuerdo	131	86,2	130	85,5
De acuerdo	20	13,2	20	13,2
No estoy seguro/a	-	-	1	0,7
En desacuerdo	-	-	1	0,7
Totalmente en desacuerdo	1	0,7	-	-
Al escuchar activamente las historias de las mujeres valoras sus experiencias				
Totalmente de acuerdo	119	78,3	126	82,9
De acuerdo	30	19,7	24	15,8
No estoy seguro/a	3	2,0	1	0,7
En desacuerdo	-	-	1	0,7
Totalmente en desacuerdo	-	-	-	-
Explico a la mujer los beneficios y los riesgos antes de cualquier procedimiento				
Totalmente de acuerdo	79	52,0	100	65,8
De acuerdo	59	38,8	41	27,0
No estoy seguro/a	12	7,9	9	5,9
En desacuerdo	2	1,3	2	1,3
Totalmente en desacuerdo	-	-	-	-
W de Wilcoxon=486,0; Tamaño del efecto=-0,391; p-valor=0,005				
Se debe animar a las mujeres a participar activamente en sus cuidados				

	Pre-intervención		Post-intervención	
	n	%	n	%
Totalmente de acuerdo	130	85,5	135	88,8
De acuerdo	19	12,5	15	9,9
No estoy seguro/a	1	0,7	2	1,3
En desacuerdo	1	0,7	-	-
Totalmente en desacuerdo	1	0,7	-	-
Cada mujer debería recibir el apoyo que necesita con la lactancia materna				
Totalmente de acuerdo	138	90,8	140	92,1
De acuerdo	14	9,2	10	6,6
No estoy seguro/a	-	-	2	1,3
En desacuerdo	-	-	-	-
Totalmente en desacuerdo	-	-	-	-
Hay que animar a las mujeres a hablar con otras mujeres sobre sus experiencias de maternidad				
Totalmente de acuerdo	116	76,3	123	80,9
De acuerdo	32	21,1	25	16,4
No estoy seguro/a	4	2,6	4	2,6
En desacuerdo	-	-	-	-
Totalmente en desacuerdo	-	-	-	-

De este modo, se puede observar que la intervención educativa parece haber mejorado significativamente la percepción de los cuidados respetuosos a la maternidad (PCRM Total), con diferencias estadísticamente significativas moderadas en la dimensión de “Cuidado respetuoso” y “Cuidados de apoyo”. Además, la intervención también mostró mejoras pequeñas en “Espacio seguro” y “Falta de respeto y autonomía”, aunque no se observó cambio significativo en “Seguridad y confort”. En general, esto sugiere que la intervención fue efectiva en la mayoría de las dimensiones evaluadas.

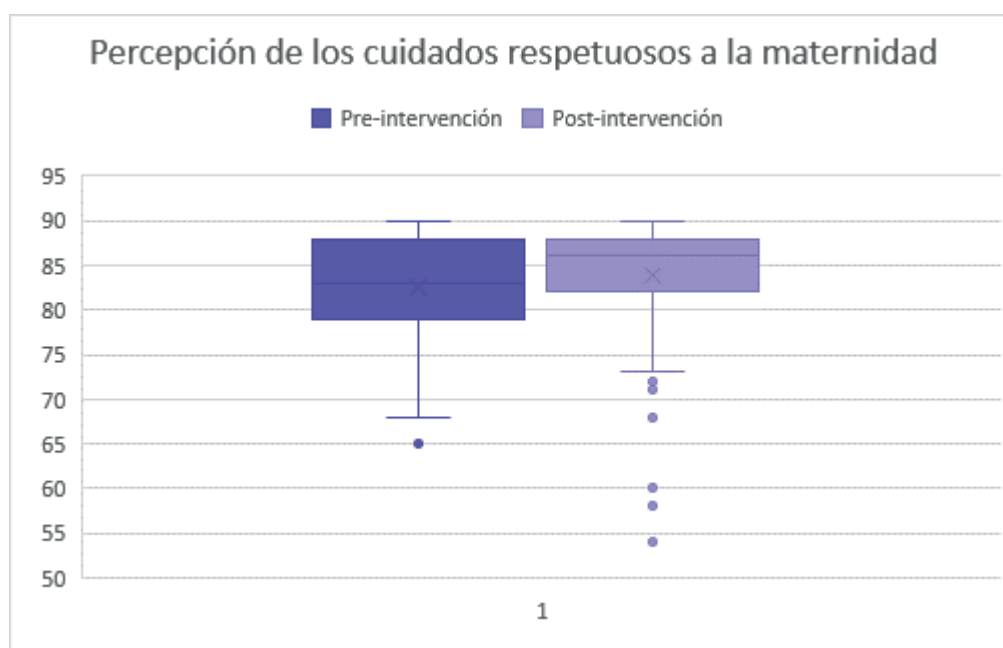
Las Figuras 7, 8, 9, 10, 11 y 12 muestran gráficos de caja y bigotes para el total y las dimensiones del instrumento PCRM.

De esta manera, la Figura 7 muestra cómo cambió la percepción del alumnado sobre la importancia de ofrecer cuidados respetuosos a las mujeres durante el embarazo, parto y postparto, antes y después de realizar la formación. En este gráfico, cada barra muestra la puntuación media y cómo se distribuyeron las respuestas del alumnado. La primera barra (más oscura) representa las respuestas antes de la formación (pre-intervención). La segunda barra (más clara) corresponde a las respuestas después de la formación (post-intervención). En este gráfico observamos que la puntuación media aumentó tras la formación, lo que indica que, en general, las personas participantes valoran más la necesidad de ofrecer cuidados respetuosos después de recibir la formación.

La mayoría del alumnado ya tenía una percepción bastante positiva desde el inicio (por encima de 80 puntos sobre 100), pero la formación ayudó a consolidar y reforzar aún más esta visión. También se puede ver que las respuestas después de la formación fueron más consistentes, con menos diferencias entre participantes (menos dispersión en la barra), lo que sugiere que el curso logró un mayor consenso sobre la importancia de este enfoque. En resumen, la formación tuvo un

efecto positivo en la manera en que el alumnado comprende y valora el respeto a las mujeres durante la atención obstétrica, reforzando el compromiso con una atención centrada en la dignidad, la escucha y la autonomía.

Figura 7. Gráfico con media y dispersión del instrumento PCRM



En la Figura 8 se observa un ligero aumento en la puntuación media tras la intervención, lo que sugiere que, después del curso, el alumnado valora de forma más positiva la importancia de tratar a las mujeres con respeto durante el proceso obstétrico. también se aprecia una menor dispersión en las respuestas, indicando una opinión más homogénea. Estas tendencias también se observan en el resto de las figuras, abarcando las dimensiones de cuidados de apoyo, espacio seguro y falta de respeto y autonomía.

Figura 8. Gráfico con media y dispersión de la dimensión cuidado respetuoso



Figura 9. Gráfico con media y dispersión de la dimensión seguridad y confort

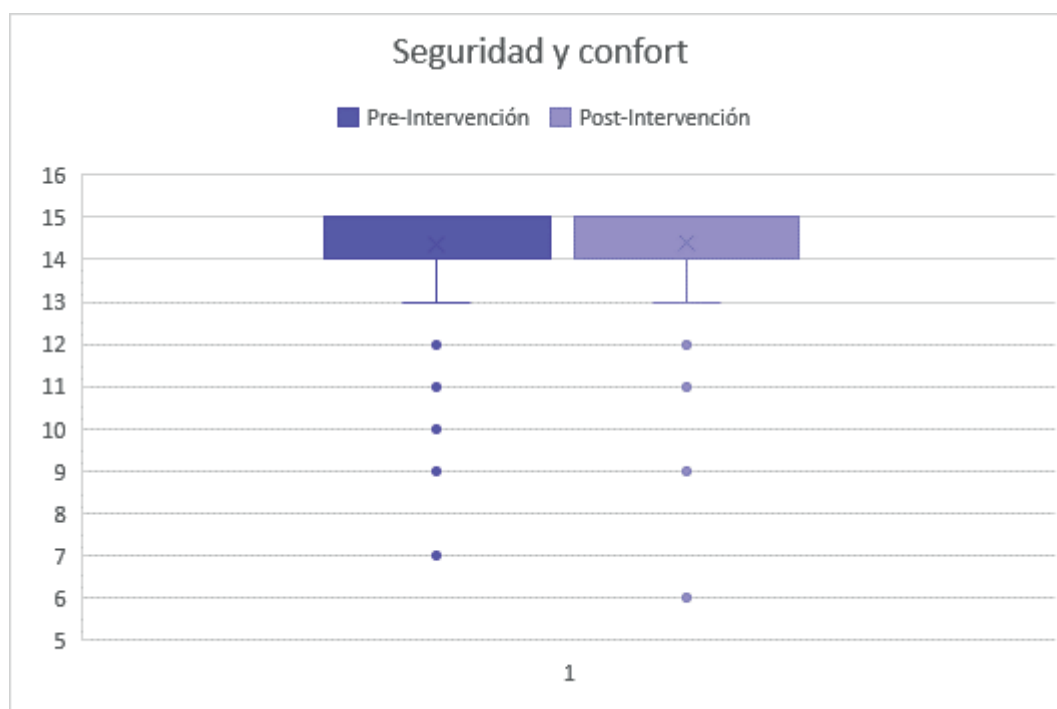


Figura 10. Gráfico con media y dispersión de la dimensión cuidados de apoyo



Figura 11. Gráfico con media y dispersión de la dimensión espacio seguro

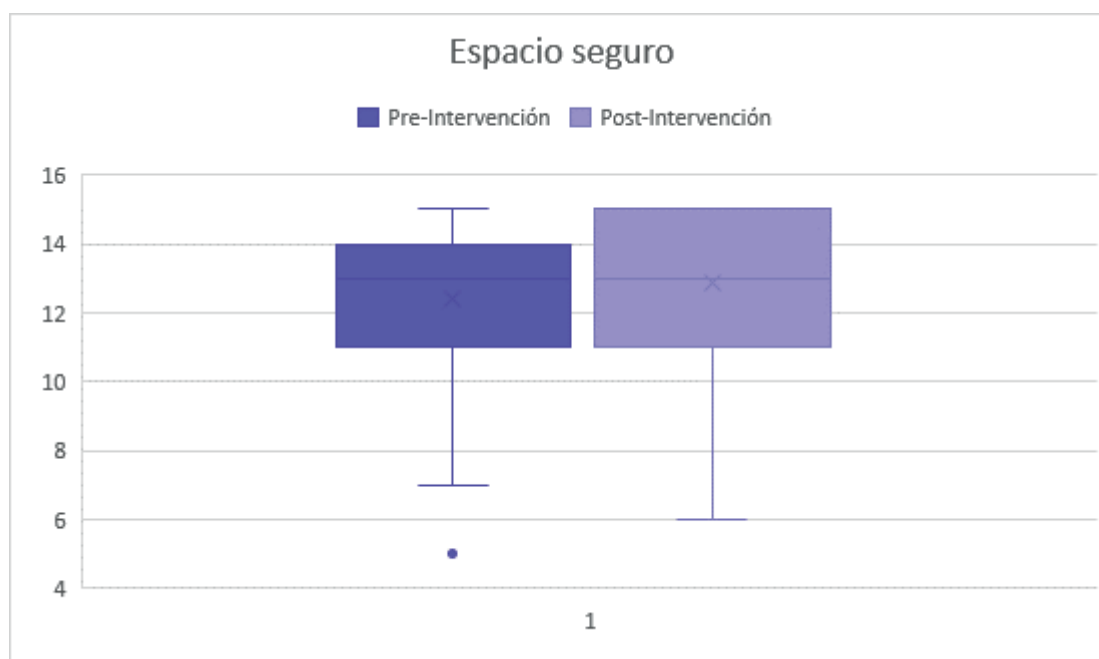


Figura 12. Gráfico con media y dispersión de la dimensión falta de respeto y autonomía



Estadísticos descriptivos y comparativos: Percepción de la violencia obstétrica

Las Figuras 13, 14 y 15 se muestran los resultados descriptivos y comparativos del total y dimensiones del PercOV-S. Estos resultados sobre la percepción de la violencia obstétrica por parte de la muestra, exponen una mejora significativa en esta percepción tras la intervención educativa, con incremento de la media tanto en las dimensiones evaluadas como en el total del instrumento, disminuyendo la dispersión en las respuestas tras la formación.

Sobre el total del instrumento, la media aumentó de 4,27 a 4,58 puntos. Tanto el tamaño del efecto como el p-valor de la prueba por de Wilcoxon indicó un cambio significativo y de gran magnitud en la percepción global de la violencia obstétrica.

En la dimensión denominada violencia obstétrica protocolizada o visible, la media aumentó del 3,72 al 4,11, con un tamaño del efecto de -0,689 y un p-valor de <0,001. Esto indica una mejora considerable en la capacidad de identificar prácticas visibles y normalizadas de violencia obstétrica.

Sobre la dimensión violencia obstétrica no protocolizada o invisible, el cambio de medias pre y post-intervención fue de 4,44 a 4,73, respectivamente. El tamaño del efecto fue de -0.857, con un p-valor de <0.001, lo que evidencia un gran impacto en la comprensión de las formas más sutiles y encubiertas de la violencia obstétrica.

En general, los resultados evidencian una mejora significativa en la percepción de la muestra sobre la violencia obstétrica tras la intervención educativa. La capacidad de identificar tanto prácticas visibles como formas más sutiles y encubiertas de violencia obstétrica aumentó considerablemente, destacando un cambio profundo en la comprensión global del fenómeno. El tamaño del efecto elevado y los p-valores significativos refuerzan la efectividad de la intervención, mostrando un impacto sustancial en la sensibilización y el conocimiento de la muestra acerca de este importante problema de salud pública y de derechos humanos.

Figura 13. Gráfico con media y dispersión del instrumento sobre la percepción de la violencia obstétrica

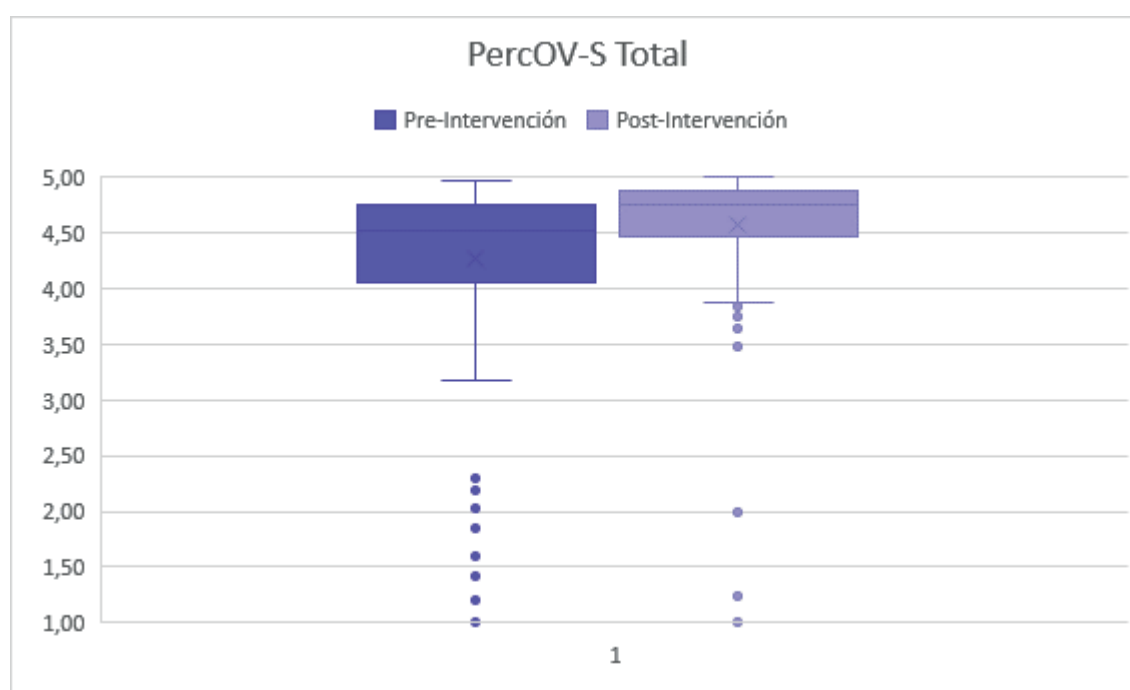


Figura 14. Gráfico con media y dispersión de la dimensión violencia obstétrica protocolizada o visible

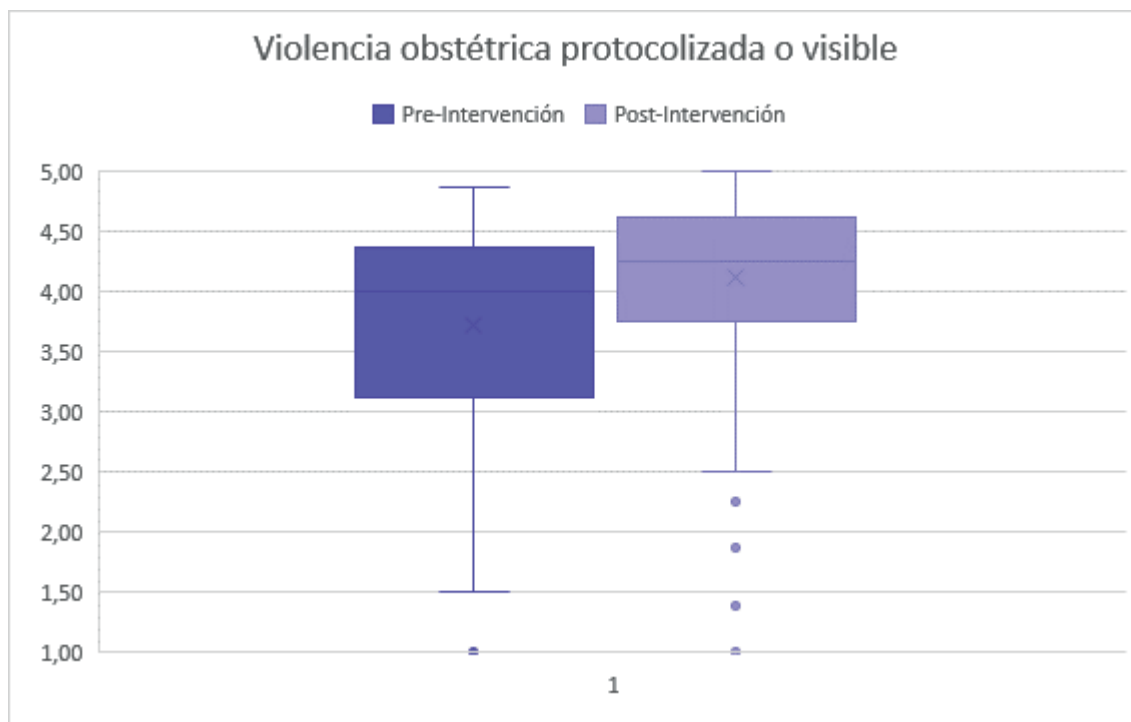


Figura 15. Gráfico con media y dispersión de la dimensión violencia obstétrica no protocolizada o invisible



Sobre los ítems del instrumento PercOV-S (Percepción de la violencia obstétrica), se observan cambios estadísticamente significativos en todos los ítems a excepción de los ítems relativos a los tactos vaginales sin consentimiento y la posición de litotomía.

Así, los ítems que mostraron una gran magnitud de cambio debido a la intervención con diferencias estadísticamente significativas antes y después de la intervención fueron: priorizar el descanso materno, aunque no se haya establecido la lactancia; verbalizar “es que no sabes empujar”; realizar episiotomía sin anestesia; cortar el cordón inmediatamente; administrar un enema de rutina; maniobra de Kristeller; prohibición de comer y/o beber; el contacto piel con piel tras la revisión;

suturar sin anestesia; realizar cesárea por lentitud; acelerar el proceso de parto de manera artificial; no preservar la intimidad de la mujer y tomar decisiones clínicas sin la opinión de la mujer.

Los ítems que revelaron un tamaño del efecto moderado sobre la intervención educativa fueron: realizar rasurado de rutina, permitir el acompañamiento condicional, obviar el consentimiento informado para la cesárea, evitar que la mujer grite, no arrojar a la mujer, tomar imágenes sin consentimiento de la mujer, separar madre y bebé, convencer a la mujer que use la epidural, sujetar a la mujer si está inquieta, dar biberón al bebé sin consentimiento, canalizar una vía intravenosa al ingreso, romper artificialmente las membranas, no permitir el acompañamiento en cesárea o parto instrumentado, realizar una episiotomía sin permiso y decirle a la mujer “deja de quejarte”; todas ellas con un p-valor estadísticamente significativo.

Los ítems que mostraron un tamaño del efecto menor (entre 0,442 y 0,223) pero con diferencias estadísticamente significativas fueron los relativos a dirigir la posición de la mujer y no ofrecer medidas para el dolor. En la tabla 17 se muestran los resultados descriptivos y comparativos de los ítems sobre violencia obstétrica.

Por lo tanto, los resultados evidencian que la intervención educativa tuvo un impacto significativo en la percepción de prácticas asociadas a la violencia obstétrica, especialmente en aquellas consideradas más invasivas y dañinas para los derechos de las mujeres, como la realización de procedimientos sin consentimiento, uso de prácticas obsoletas y la toma de decisiones clínicas de manera unilateral. Aunque algunos ítems mostraron un tamaño del efecto moderado o pequeño, todos los que presentaron diferencias estadísticamente significativas destacaron la efectividad de la intervención para sensibilizar y mejorar la comprensión de la muestra sobre la violencia obstétrica y la necesidad de una atención más respetuosa y humanizada.

Tabla 17. Resultados descriptivos de los ítems sobre violencia obstétrica (PercOV-S).

	Pre-intervención				Post-intervención						
	Mediana	Media	SD	IC _{95%}	Mediana	Media	SD	IC _{95%}	Wilcoxon	Tamaño del efecto	p-valor
Canalizar vía intravenosa al ingreso	3,00	2,54	1,21	2,35-2,74	3,00	3,19	1,21	2,99-3,38	752,5	-0,640	<0,001
Dirigir la posición	3,00	2,71	1,33	2,50-2,92	3,00	3,15	1,42	2,92-3,38	3292,0	0,385	<0,001
Acelerar artificialmente el proceso	4,00	3,79	1,13	3,61-3,97	5,00	4,13	1,06	4,13-4,47	659,0	-0,717	<0,001
Enema de rutina	5,00	4,23	1,23	4,03-4,43	5,00	4,51	1,12	4,33-4,69	2908,5	0,709	<0,001
Rotura artificial de membranas	4,00	3,82	1,07	3,64-3,99	5,00	4,35	0,88	4,21-4,49	320,5	-0,598	<0,001
Rasurado de rutina	5,00	4,15	1,28	3,95-4,36	5,00	4,53	1,03	4,36-4,69	368,5	0,694	<0,001
Sujetar a la mujer inquieta	5,00	4,51	1,11	4,34-4,69	5,00	4,75	0,82	4,62-4,88	33,5	-0,647	0,012
Tacto vaginal sin consentimiento	5,00	4,63	1,10	4,45-4,80	5,00	4,82	0,76	4,70-4,94	453,0	0,223	0,213
No ofrecer medidas para dolor	5,00	4,51	1,07	4,34-4,69	5,00	4,65	0,83	4,52-4,78	341,5	-0,442	0,005
Convencer de epidural	5,00	4,23	1,14	4,05-4,41	5,00	4,45	0,88	4,31-4,60	367,5	0,482	0,015
No preservar la intimidad	5,00	4,57	1,01	4,40-4,73	5,00	4,74	0,81	4,61-4,87	58,5	-0,712	<0,001
Convencer de cesárea	5,00	4,57	1,07	4,40-4,74	5,00	4,83	0,65	4,72-4,93	329,5	0,417	0,038
Decisiones clínicas sin opinión	5,00	4,63	0,95	4,48-4,78	5,00	4,78	0,67	4,68-4,89	12,0	-0,692	0,034
Tomar imágenes sin permiso	5,00	4,71	0,98	4,55-4,87	5,00	4,86	0,64	4,76-4,96	1494,0	0,580	<0,001
Posición de litotomía	5,00	4,03	1,34	3,82-4,25	5,00	4,45	1,01	4,29-4,61	598,0	-0,251	0,097
Acompañamiento condicional	5,00	4,15	1,27	3,95-4,35	5,00	4,34	1,16	4,15-4,52	717,0	0,666	<0,001
Episiotomía sin permiso	5,00	4,51	0,96	4,36-4,67	5,00	4,79	0,66	4,68-4,90	105,5	-0,546	0,007
“Es que no sabes empujar”	5,00	4,58	1,06	4,41-4,75	5,00	4,80	0,66	4,70-4,91	1039,5	0,843	<0,001
Maniobra de Kristeller	5,00	4,35	1,12	4,17-4,53	5,00	4,76	0,74	4,64-4,88	48,0	-0,856	<0,001
Episiotomía sin anestesia	5,00	4,50	1,00	4,34-4,66	5,00	4,84	0,63	4,73-4,94	2624,0	0,841	<0,001
Prohibición de comer y/o beber	4,00	4,00	1,12	3,82-4,18	5,00	4,66	0,65	4,55-4,76	62,0	-0,869	<0,001
Sin abrigo/calefacción	5,00	4,41	1,02	4,24-4,57	5,00	4,80	0,62	4,70-4,90	183,0	0,584	0,015
“Deja de quejarte”	5,00	4,68	0,97	4,53-4,84	5,00	4,86	0,57	4,77-4,95	175,0	-0,502	0,006
Que la mujer no grite	5,00	4,56	1,00	4,40-4,72	5,00	4,77	0,71	4,66-4,88	1378,5	0,611	<0,001

	Pre-intervención				Post-intervención						
	Mediana	Media	SD	IC _{95%}	Mediana	Media	SD	IC _{95%}	Wilcoxon	Tamaño del efecto	p-valor
Cesárea por lentitud	5,00	4,20	1,05	4,03-4,37	5,00	4,53	0,82	4,39-4,66	254,0	-0,731	<0,001
Sin consentimiento para cesárea	5,00	4,27	1,09	4,10-4,44	5,00	4,69	0,75	4,57-4,82	776,5	0,642	<0,001
No acompañamiento en cesárea o parto instrumentado	5,00	4,43	0,95	4,27-4,58	5,00	4,68	0,75	4,56-4,80	206,5	-0,583	<0,001
Corte cordón inmediato	5,00	4,22	1,11	4,04-4,39	5,00	4,47	0,84	4,33-4,60	311,0	0,772	<0,001
Suturar sin anestesia	5,00	4,59	0,93	4,44-4,73	5,00	4,80	0,66	4,70-4,91	34,0	-0,731	0,002
Separar madre y bebé	5,00	4,68	0,93	4,54-4,83	5,00	4,88	0,59	4,79-4,98	1619,0	0,557	<0,001
Contacto piel con piel tras revisión	5,00	4,21	1,16	4,02-4,40	5,00	4,57	0,89	4,42-4,71	158,0	-0,752	<0,001
Priorizar descanso materno sin lactancia	5,00	4,24	1,07	4,07-4,41	5,00	4,61	0,88	4,47-4,75	196,0	0,867	<0,001
Dar biberón sin consentimiento	5,00	4,67	0,95	4,52-4,82	5,00	4,88	0,58	4,78-4,97	752,5	-0,640	<0,001

Resultados del análisis cualitativo a las preguntas abiertas: ¿Criminaliza el término violencia obstétrica a los profesionales?

En el primer análisis cualitativo de la pregunta ¿Criminaliza el término violencia obstétrica a los profesionales?, encontramos tres grandes tendencias:

- Aquellas personas que la ven como un problema sistémico
- Aquellas que creen que depende del profesional y
- Aquellas que sienten que es un ataque a los profesionales.

En el marco de las personas que no consideran que se criminalice a los profesionales, se hallaron respuestas que comentan que estas personas perciben la violencia obstétrica como un problema sistémico e institucional, vinculado a la mala praxis, a las enseñanzas recibidas y/o a un histórico cultural.

En ese sentido ven el término como la confirmación de unos hechos constatables y de una realidad existente. Generalmente, entre estas respuestas, existe más empatía hacia la mujer, esta está mejor valorada y se habla de discriminación por género. Se apunta a que del mismo modo que la violencia de género no criminaliza a los hombres, la violencia obstétrica no criminaliza a los profesionales. Algunos ejemplos de respuesta son:

“No creo que los criminalice, al contrario, nos hace abrir los ojos y nos obliga a detenernos y analizar el porqué de nuestras acciones”

“No creo que se criminalice, simplemente son hechos constatables y objetivables. Todos podemos mejorar”.

En el marco de las personas que consideran que sí que se criminaliza a los profesionales observamos un alto nivel de corporativismo profesional. Así, consideran que, si los profesionales son los responsables de la gestión del parto, un término como este apela directamente a ellos. Aparecen muchas justificaciones como la falta de tiempo, la inexperiencia, incompreensión y expectativas de la madre, entre otras, que justifican que los profesionales actúen como lo hacen o que sus actuaciones sean percibidas como lo son:

“Desde mi punto de vista los profesionales tienen esa creencia de criminalización porque se consideran señalados y acusados con un término como es “violencia” que tiene una gran connotación negativa.”

“Se cree que el término de violencia obstétrica, es ejercer violencia conscientemente por parte de “los profesionales”, cuando ellos solo actúan haciendo lo mejor para la mujer y su bebe...”

“Señala a los profesionales como causantes de un daño”

De hecho, algunas personas comentan que actualmente a cualquier cosa se la denomina violencia obstétrica:

“Violencia es una palabra con muchos matices, las mujeres tienen miedo de los profesionales cuando se utiliza este término”

Estas respuestas suelen valorar peor a la mujer, las consideran personas desconocedoras de lo que implica un parto y con expectativas y deseos no realistas. Algunas de las respuestas indican que el término no se ajusta a lo que sucede y que contiene una carga muy negativa, así como que se hace extensible a todos los profesionales y generaliza acusaciones.

Señalan que el término parece indicar que los profesionales hagan daño de forma consciente o voluntaria, y argumentan que eso no es así:

“No sé si el término es el más adecuado para entablar diálogos”

“Carga peyorativa la palabra violencia”

También advierten del posible deterioro de la relación mujer-profesional a causa de estos términos:

“La ‘violencia obstétrica’ es un término amplio que abarca una gama de experiencias subjetivas, desde malas prácticas o negligencia hasta simplemente el uso de procedimientos médicos estándar que la paciente percibe como innecesarios o excesivos. Esto hace difícil para los profesionales de salud saber claramente cuándo una intervención podría ser interpretada como ‘violencia’ o como un acto médico adecuado, lo que aumenta el riesgo de sanciones o acusaciones injustas”

“Se genera una opinión de los profesionales sanitarios que no siempre es la correcta”

“Genera desconfianza y no todos los profesionales somos iguales”.

Dentro del grupo que considera que el término criminaliza, también existe una postura a favor de ello. Algunas personas de la muestra, por su conocimiento u opinión sobre la violencia obstétrica muestran una postura ligada a culpar el sistema o a entender la problemática, sin eximir a aquellos que la aplican:

“Por supuesto, la violencia obstétrica es una realidad y aunque parece que ahora ha disminuido al menos en el lugar donde yo me desenvuelvo habitualmente este término debe estar presente”

“Creo que es así porque el término criminaliza un acto no una profesión en sí”.

Finalmente, tanto entre los que se considera que se criminaliza, como en las personas que consideran que no, existe una postura que defiende un punto de vista centrado en las mujeres, en los propios profesionales, y que indica que los criminaliza según las acciones que lleven a cabo.

En este sentido las personas que creen que no se les criminaliza, valoran positivamente que la criminalización no se produzca de manera generalizada, solo a aquellos profesionales que no realizan bien su trabajo. Por contra aquellos que consideran que sí se les criminaliza, pero consideran que no son todos quienes hacen mala praxis, expresan su queja porque la criminalización sí sea generalizada:

“Para mí es tan solo poner nombre a una situación que ocurre y debería mejorarse. No se trata de echar la culpa a personas individuales, sino de ser conscientes de que es algo que ocurre y hay que cambiar”

“Lo que puede criminalizar a un profesional sanitario es su mala praxis, no un término para definir su mala praxis”.

En el segundo análisis cualitativo de la pregunta ¿Criminaliza el término violencia obstétrica a los profesionales?, correspondiente a la segunda ronda de respuestas del cuestionario tras la intervención, encontramos respuestas muy similares a las obtenidas en el primer análisis. La percepción es que las opiniones no han cambiado sustancialmente. Ahora bien, sí que han cambiado las palabras.

En esta segunda ronda, ya no se habla tanto de problema sistémico, pero sí se hace mucho hincapié en que el término violencia obstétrica no criminaliza a los profesionales, criminaliza actos, prácticas, praxis, acciones, actuaciones, e intervenciones. Consideran que es un término que busca cambios y advierten que culpar a los médicos puede despistar y esconder los problemas sistémicos. En este sentido la violencia obstétrica se asocia a intervenciones que se producen vinculadas al género y se equipara a la violencia machista. Se plantea la posibilidad que los profesionales que se sienten criminalizados no conozcan bien el término violencia obstétrica e incluso no comprendan qué es la violencia.

Siguen existiendo respuestas que se valoran la violencia obstétrica en función de la persona. En este sentido dependiendo de los actos de cada persona se considerará que criminaliza o no al profesional.

Continúan apareciendo un número importante de respuestas que justifican las actuaciones de los profesionales y que se fijan más en lo peyorativo del término violencia obstétrica, en que el propio término ataca a los profesionales, que genera dos bandos entre las mujeres y los profesionales, generando una desconfianza entre las pacientes. Notamos que en este caso se las trata de pacientes, cuando una madre de parto, en principio no es una paciente, es una mujer viviendo un proceso fisiológico. Continúan mostrando la imagen de una mujer con falta de conocimiento y altas expectativas. Aparecen frases como:

“La población ahora lo generaliza todo como violencia obstétrica”

Sienten que los profesionales sufren el juicio del público y que se les coloca a todos en el mismo caso. Un punto importante es que consideran que la violencia implica ser voluntaria y deliberadamente violento y que esa no es la realidad de los profesionales. Además, les preocupa que este término genere inseguridad en los propios profesionales a ejercer su profesión. Finalmente, destacar que aparece el término Medicina Defensiva que es, según una persona participante, la respuesta de la comunidad de profesionales a los ataques de palabras como violencia obstétrica.

Resultados del análisis cualitativo a las preguntas abiertas: Si has tenido alguna experiencia relacionada con la atención obstétrica que desees contarnos puedes compartirla aquí

En el primer análisis cualitativo de la pregunta ‘Si has tenido alguna experiencia relacionada con la atención obstétrica que desees contarnos puedes compartirla aquí’ identificamos algunas ideas ya mencionadas en el análisis de la primera pregunta; también podemos ver el posicionamiento o la visión desde la perspectiva de distintos profesionales; y, principalmente, una apuesta por las “prácticas” como protagonistas de las experiencias relatadas.

En primer lugar, algunas personas recuperan la idea de que se generaliza y que no son todos los profesionales que actúan así. Por otro lado, otras personas hacen distinciones entre centros y profesionales. Se destaca que profesionales de enfermería y matronas tienen una visión más real y han evolucionado persiguiendo mejoras en la atención obstétrica, que profesionales facultativos no han seguido; así como hay profesionales que consideran que ginecólogos, anestesia y matronas son aquellos quien más violencia obstétrica practican. Estos resultados concuerdan con las percepciones que las mujeres habían mostrado en investigaciones anteriores en nuestro país

(Desirée Mena-Tudela, Susana Iglesias-Casás, Víctor Manuel González-Chordá, María Jesús Valero-Chilleron, et al., 2021).

Se puede identificar como la visión de enfermeras, así como de matronas, parte de profesionales que han visto y vivido situaciones de violencia obstétrica y la relatan ante la inacción y la “imposibilidad” de actuar cuando ocurrió.

También podemos destacar la distinción que se hace entre hospitales grandes y pequeños, un hecho que repercute en la atención y las prácticas. Este hallazgo también puede encontrarse vinculado a hallazgos previos de investigaciones relativas a violencia obstétrica en España (Desirée Mena-Tudela, Susana Iglesias-Casás, Víctor Manuel González-Chordá, Águeda Cervera-Gasch, et al., 2021)retrospective, and cross-sectional study was conducted between January 2018 and June 2019. Results: the intervention percentages were 34.2% for Kristeller maneuver and 39.3% for episiotomy. Differences appeared in public, private, and mixed healthcare settings ($p < 0.001$).

En este sentido, las prácticas obstétricas son el eje principal sobre el cual se mueven las personas encuestadas. Identificamos como hay parte de la muestra que relatan algunas prácticas ya considerándolas violencia obstétrica, y otra parte que consideran que se confunde las malas praxis con la violencia obstétrica.

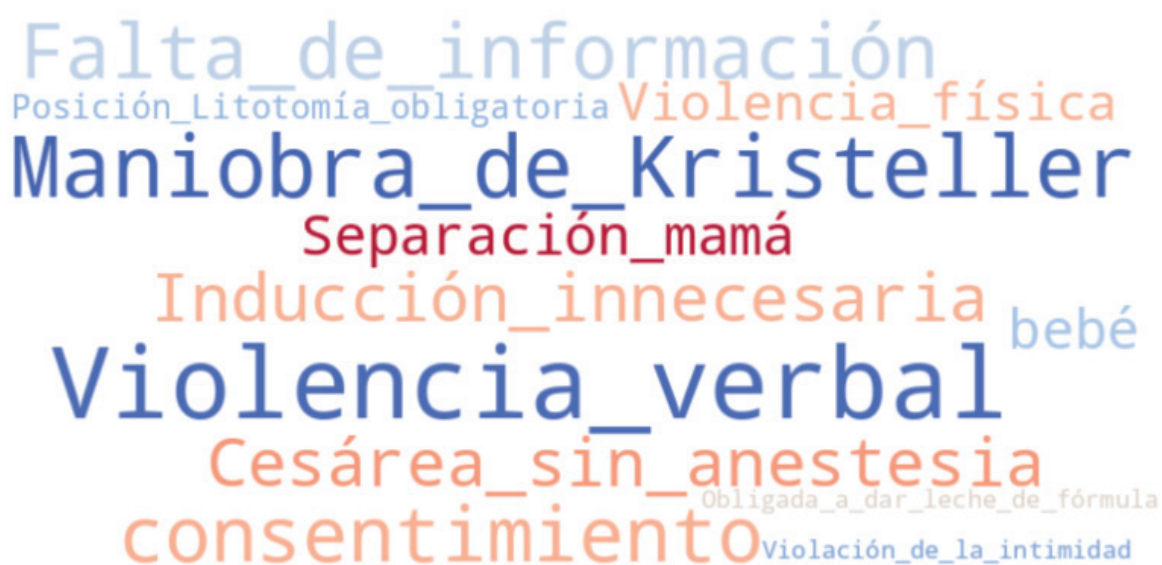
Una tercera visión considera que tales prácticas son mala praxis o violencia obstétrica dependiendo del contexto. El contexto puede variar por distintos motivos: hay quien alude al factor de necesidad ante la situación y el caso (la madre, el bebé y su salud); otro factor es el de la información, ya que consideran violencia obstétrica aquellos casos en que la madre no estaba informada correctamente.

Así mismo, el factor de la información presenta distintos supuestos: por un lado, cuando la madre no es informada; por otro lado, según el tiempo que se da a la madre para procesar y aceptar la información, finalmente, insisten en el problema que supone la barrera lingüística, y con algunos profesionales se aprovechan de la situación para actuar sin un consentimiento expreso aludiendo a dicha barrera.

- Las prácticas más mencionadas son (Figura 16):
 - » Trato a la madre:
 - » Separación mamá-bebé
 - » Malos tratos por parte de los profesionales (hablar mal, reírse)
 - » Juicio a la mujer (físico)
 - » Comentarios despectivos
 - » Explicación por una interrupción para generar miedo
- Obligar a dar leche de fórmula
 - » Información:
 - » Consentimientos informados
 - » Rotura de bolsa sin consentimiento
 - » Tactos sin aviso

- » Episotomías sin aviso
- » Ambiente
- » Puertas abiertas
- Hablar de otros temas
 - » Otras prácticas:
 - » Kristeller
 - » Inducción innecesaria
 - » Oxitocina innecesaria
- Litotomía + empujar
 - » Problemas anestesia:
 - » Cesárea sin la anestesia correcta / epidural sin efecto
 - » Histeroscopias sin anestesia

Figura 16. Nube de palabras con las prácticas más mencionadas.



El segundo análisis, tras la intervención educativa, de los relatos de experiencias no se aleja del primero.

Sin embargo, destacan comentarios sobre el curso y la importancia de que los profesionales, especialmente aquellos que llevan más años en la profesión y tienen interiorizado y normalizada la violencia obstétrica, lo cursen.

Se comenta que las actitudes varían según los años de experiencias de los profesionales, apuntando a que las matronas con más de 15 años de experiencia están más acostumbradas a normalizar la violencia obstétrica que las matronas con menos de seis años de experiencia. También cabe destacar que los relatos, mayoritariamente de residentes, son menos que en el primer corte, pero más extensos y detallados, y muestran cierta sorpresa y desilusión con la profesión, hechos que encontramos especialmente preocupantes.

Podemos identificar, de nuevo, distinciones entre tipos de centros. Por ejemplo, que en las casas de parto se puede trabajar mejor. Esta idea concuerda con la distinción entre el trato y la atención que se da en un hospital pequeño y otro grande.

El factor de la información sigue presente: la barrera idiomática, así como el hecho de no informar directamente a la madre. Algunos relatos comentan la impunidad que reside en la profesión.

Sobre la madre, los relatos hablan de la presión que existe sobre la mujer y su peso (físico). Algunos profesionales hablan en especial del duelo perinatal y el trato que se da a la mujer: el tipo de ingreso, la zona del hospital... pueden o no ser violencia obstétrica. Respecto al bebé, algunos relatos mencionan la importancia de proteger el vínculo mamá-bebé y facilitarlo.

Hay una disminución de relatos, seguramente debido al hecho de estar durante un periodo de tiempo inmersos en el estudio de la violencia obstétrica se refleja en una minoración de la necesidad de expresar y relatar estas experiencias.

- En esta segunda medición post-intervención, las prácticas destacan por su constante aparición son:
 - » Información y trato:
 - » Madre ignorada
 - » Generar miedo
 - » Prácticas sin informar
 - » Inducción/cesáreas sin explicación
- Separación madre-bebé
 - » Prácticas y problemas con la anestesia:
 - » Episiotomías rutinarias
 - » Partos instrumentados
 - » Fórceps sin anestesia
 - » Episiotomía sin anestesia
 - » Kristeller

Cabe destacar que no todas las aportaciones son relatos vistos desde la posición como profesional, sino que también hay relatos personales de experiencias vividas en primera persona.

CONCLUSIONES Y PROSPECTIVA

Es necesario destacar que, de los resultados cuantitativos y cualitativos obtenidos, se desprende la profunda transformación cultural y social debido al impacto en la percepción y la sensibilización respecto a la violencia obstétrica, el consentimiento informado y la autonomía de las mujeres en el ámbito obstétrico desde la universidad a través de la intervención educativa propuesta.

Sobre la adaptación de la escala del cuidado materno respetuoso, la versión original de la escala, obtuvo un total de 3 factores: Respectful care, Safety & Comfort and Supportive care. Sin embargo, la adaptación española obtuvo un total de 5 factores a través del análisis factorial exploratorio. Esto puede estar asociado a las diferencias socioculturales, contextuales y del sistema sanitario de los países en los que ambos estudios han sido llevados a cabo. Así, los 3 primeros factores de la versión española, coinciden con la versión original y son los que mayor varianza explican. Sin embargo, la aparición de dos factores nuevos nombrados como “Espacio seguro” y “Falta de respeto y autonomía” pueden estar reflejando dimensiones particulares de la experiencia de la maternidad en el sistema sanitario español. A pesar de las diferencias, todas las dimensiones representadas concuerdan con los marcos destacados por la literatura sobre cuidado materno respetuoso (Amy G Cantor et al., 2024; Suellen Miller et al., 2016; Maryam Moridi, Farzaneh Pazandeh, Sepideh Hajian, & Barbara Potrata, 2020)two extreme situations exist: too little, too late (TLTL).

En cuanto a los resultados comparativos, contar con una experiencia directa relacionada con el embarazo y/o el parto influye de manera significativa en cómo se perciben diversos aspectos de la atención obstétrica. Esta relación ya se había identificado previamente en investigaciones sobre la percepción de la violencia obstétrica (Desirée Mena-Tudela et al., 2022; Desirée Mena-Tudela, Víctor Manuel González-Chordá, et al., 2020).

La traducción y adaptación cultural al español del cuestionario Student Perceptions of Respectful Maternity Care (SPRMC) ha dado origen a una herramienta válida y confiable para medir la percepción del cuidado materno respetuoso en entornos educativos de España. La estructura factorial obtenida, integrada por cinco dimensiones, recoge tanto aspectos coincidentes con la versión original como nuevas categorías pertinentes dentro del sistema sanitario español, como “Espacio seguro” y “Falta de respeto y autonomía”. En este sentido, la herramienta en español se presenta como un instrumento eficaz para valorar el efecto de iniciativas educativas orientadas a fomentar un modelo de atención materna basado en los derechos humanos y en el respeto hacia las mujeres. Su inclusión en programas formativos podría favorecer la sensibilización del alumnado y reforzar el enfoque del cuidado materno respetuoso. Se sugiere que futuras investigaciones realicen análisis factoriales confirmatorios y examinen el uso de la herramienta en distintos contextos clínicos y formativos. Asimismo, se aconseja su aplicación junto con herramientas específicas sobre violencia obstétrica, con el fin de proporcionar una comprensión más amplia y crítica de la atención obstétrica, promoviendo así el desarrollo de intervenciones transformadoras desde una perspectiva feminista, equitativa y centrada en los derechos humanos.

Por otro lado, los resultados globales del instrumento PercOV-S (Percepción de la violencia obstétrica) aportaron una percepción moderada generalizada, siendo esta percepción notablemente inferior en la dimensión en la que la violencia obstétrica es protocolizada o visible y obteniéndose una puntuación con una percepción considerable en la dimensión no protocolizada o invisible. Esta medición acerca de la percepción basal que los estudiantes de ciencias de la salud tienen sobre la violencia obstétrica es clave para poder actuar. Así, teniendo en cuenta los resultados del

total de la escala, sus dimensiones y los ítems, ha permitido elaborar y diseñar una estrategia de aprendizaje única en un área muy poco investigada como es la violencia obstétrica, para poder lograr una verdadera formación, información, educación y concienciación del alumnado de ciencias de la salud respecto a la problemática de la violencia obstétrica (Desirée Mena-Tudela et al., 2022; Desirée Mena-Tudela, Víctor Manuel González-Chordá, et al., 2020; Katarina Swahnberg et al., 2019).

Esta perspectiva ofrece la posibilidad de integrar el programa obtenido en los planes de estudio de las universidades en las que se impartan disciplinas de Ciencias de la Salud e, incluso, la elaboración de formaciones específicas impulsando la incorporación de la perspectiva de género en las formaciones universitarias a través de la participación en la mesa de Género y Universidades; la colaboración con el Observatorio de Salud de las Mujeres con centros de formación universitarios vinculados con las Ciencias de la Salud para favorecer el abordaje de la salud desde la perspectiva de género para evitar desigualdades y/o la Priorización de programas de formación que incluyan conocimientos sobre perspectiva de género en las escuelas de formación del ISCIII (Escuela Nacional de Sanidad y Escuela Nacional de Medicina del Trabajo); tal y como se detalla en el III Plan Estratégico para la Igualdad Efectiva de Mujeres y Hombres 2022-2025. A continuación, se exponen y se detallan estas ideas.

Objetivos de Desarrollo Sostenible

El presente proyecto de investigación feminista tuvo por objetivo general, por un lado, diseñar una intervención educativa específica dirigida a tratar las intervenciones ginecológicas y obstétricas adecuadas, la obtención del consentimiento informado y la violencia obstétrica en alumnado de Ciencias de la Salud; y, por otro lado, medir la variación de la percepción del alumnado de Ciencias de la Salud sobre las intervenciones ginecológicas y obstétricas adecuadas, la obtención del consentimiento informado y la violencia obstétrica antes y después de una intervención educativa específica.

- Estos objetivos se encuentran alineados con la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Así, al amparo de esta agenda, se desarrollaron los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). Entre estos ODS se encuentra el Objetivo número 5: “Lograr la igualdad de género y empoderar a las mujeres y las niñas” (Figura 17). Entre las metas de este ODS y, directamente relacionados con la presente investigación se hallan:
- Poner fin a todas las formas de discriminación contra todas las mujeres y las niñas en todo el mundo.
- Eliminar todas las formas de violencia contra todas las mujeres y las niñas en los ámbitos público y privado, incluidas la trata y la explotación sexual y otros tipos de explotación.

Garantizar el acceso universal a la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos, de conformidad con el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, la Plataforma de Acción de Beijing y los documentos finales de sus conferencias de examen.

Figura 17. Representación del Objetivo de Desarrollo Sostenible número 5



- Además, la Agenda 2030 también recoge el ODS 3 “Garantizar una vida sana y promover bienestar para todos en todas las edades” (Figura 18), entre cuyas metas se hallan secundariamente relacionadas con la presente investigación:
- Reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos.

Garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación de la familia, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales.

Figura 18. Representación del Objetivo de Desarrollo Sostenible número 3



Así, esta investigación feminista se planteó como una respuesta integral a la necesidad de abordar las brechas formativas en el alumnado de Ciencias de la Salud sobre temas cruciales como las intervenciones ginecológicas y obstétricas adecuadas, el respeto al consentimiento informado y la prevención de la violencia obstétrica.

Para ello, se diseñó y aplicó una intervención educativa específica con el propósito de sensibilizar y transformar las percepciones de este alumnado, midiendo los cambios logrados antes y después de dicha intervención. Este enfoque no solo responde a los desafíos propios del ámbito sanitario, sino que se alinea de manera directa con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, particularmente con el ODS 5, que busca “lograr la igualdad de género y empoderar a las mujeres y las niñas”. En este sentido, esta investigación contribuye a las metas de erradicar la discriminación y todas las formas de violencia contra las mujeres en contextos públicos y privados, promoviendo una práctica clínica informada y respetuosa que garantice la salud y los derechos sexuales y reproductivos. Además, puede impactar de manera secundaria en el ODS 3, que aboga por la reducción de la mortalidad materna y el acceso universal a servicios de salud sexual y reproductiva, al equipar al alumnado con herramientas para identificar,

prevenir y erradicar dinámicas de desigualdad y violencia dentro del ámbito gineco-obstétrico. Este vínculo entre la formación educativa universitaria y las metas globales, refuerza la relevancia de esta investigación, destacando su capacidad para incidir no solo en el ámbito académico, sino también en el bienestar de las mujeres y la transformación de las prácticas profesionales, con un enfoque feminista comprometido con la justicia y los derechos humanos.

III Plan Estratégico para la Igualdad Efectiva de Mujeres y Hombres 2022-2025

Por otro lado, esta investigación se alinea con las prioridades y objetivos establecidos en el III Plan Estratégico para la Igualdad Efectiva de Mujeres y Hombres 2022-2025. A pesar de que el proyecto tiene que encontrarse enmarcado dentro de un único eje, es necesario destacar que este proyecto de investigación, parcialmente, también puede enmarcarse dentro de la línea de trabajo sobre la violencia machista. Particularmente, en las siguientes líneas estratégicas:

Línea de trabajo sobre la violencia machista

La violencia obstétrica es violencia machista, por lo tanto, esta investigación responde a las recomendaciones del Grupo de expertos en la Lucha contra la Violencia contra la Mujer y la Violencia Doméstica (GREVIO) y al marco del Convenio de Estambul, centrando sus esfuerzos en la eliminación de las intervenciones ginecológicas y obstétricas inadecuadas o innecesarias y la violencia obstétrica.

Además, está alineada con el objetivo VM.1.1.3 de esta línea, que busca definir y dar respuesta a las formas de violencia en el ámbito sexual y reproductivo en el contexto de la reforma de la Ley Orgánica 2/2010. Al incluir estos temas en la formación universitaria, esta investigación contribuye a la prevención de prácticas violentas dentro del ámbito gineco-obstétrico desde la universidad.

Eje 4: Un país con derechos efectivos para todas las mujeres.

Línea de trabajo II: Salud, derechos sexuales y reproductivos

La presente investigación se vincula estrechamente con el objetivo DEM.2.1, que persigue mejorar la calidad de vida y la salud de las mujeres mediante la incorporación de la perspectiva de género y la escucha activa de sus voces en las políticas públicas sanitarias. En particular, la medida DEM.2.1.2 promueve la inclusión de esta perspectiva en las formaciones universitarias relacionadas con las Ciencias de la Salud, lo que esta investigación aborda directamente al formar a estudiantado con herramientas teóricas y prácticas para identificar y combatir desigualdades y sesgos de género en su desempeño profesional, concretamente sobre la violencia obstétrica y la falta de autonomía de las mujeres.

Además, la investigación contribuye al objetivo DEM.2.2.6, que busca garantizar una atención prenatal, durante el parto y postnatal respetuosa con los derechos humanos y la voluntad de las mujeres. En línea con la medida 526, el diseño de la intervención educativa se presenta como un paso inicial hacia el desarrollo de planes formativos más amplios dirigidos a los profesionales de la atención perinatal, asegurando que dicha atención sea coherente con los principios de derechos humanos y enfoque centrado en las mujeres.

Respecto a las medidas y los indicadores de impacto contemplados en esta línea de trabajo dentro del III Plan Estratégico para la Igualdad Efectiva de Mujeres y Hombres 2022-2025, esta investigación puede ser considerada un aporte directo al impulso de la perspectiva de género en las formaciones universitarias, específicamente en el marco de las medidas 511 y 512, que promueven la colaboración con centros de formación para abordar la salud desde una perspectiva de género. Como indicador, esta investigación demuestra el impacto tangible de incluir estas temáticas en la formación de futuros profesionales, generando cambios medibles en su percepción y capacidad para implementar prácticas más igualitarias.

Llegados a este punto, es necesario señalar también que, según el análisis comparativo llevado a cabo, algunas variables pueden indicarse como favorecedoras para el proceso de normalización de la violencia obstétrica. así, las mujeres es posible que también normalicen prácticas de violencia obstétrica durante sus propias vivencias (Sônia Lansky et al., 2019). En investigaciones anteriores, estas alumnas aportaron una menor valoración a ítems como realizar el rasurado del vello púbico, realizar tactos vaginales sin consentimiento, no ofrecer medidas para paliar el dolor, insistir en el uso de la epidural, no preservar la intimidad, hacer fotografías o videos sin permiso de la mujer, realizar la maniobra de Kristeller, que el personal sanitario exprese frases como “no sabes empujar” o suturar sin anestesia (Desirée Mena-Tudela, Víctor Manuel González-Chordá, et al., 2020).

Llegados a este punto, resulta imprescindible reflexionar acerca del concepto de vergüenza de género. Este problema puede resultar más grave teniendo en cuenta que las mujeres que sienten vergüenza tienden a ocultar sus experiencias opresivas a los demás y las experimentan en soledad (Sara Cohen Shabot & Keshet Korem, 2018). De esta manera y sin pretenderlo, la feminización de los estudios de ciencias de la salud puede participar en un círculo vicioso de silencio que impide cierta lucha política o de cambio social (Sara Cohen Shabot & Keshet Korem, 2018) frente a la violencia obstétrica.

En un reciente estudio llevado a cabo sobre la percepción de la violencia obstétrica en alumnado de ciencias de la salud en una universidad en España, se observó una clara tendencia del aumento de la percepción de la violencia obstétrica en los primeros cursos de sus estudios pero, esta tendencia, se perdía disminuyendo esta percepción en los últimos cursos (Desirée Mena-Tudela et al., 2022; Desirée Mena-Tudela, Víctor Manuel González-Chordá, et al., 2020). De esta manera, se hace más necesario y más evidente intentar, determinar el grado de normalización existente entre el estudiantado de ciencias de la salud sobre la violencia obstétrica, así como intentar discernir el proceso por el cual se adquiere esta normalización de la violencia obstétrica, ya que, la educación parece un aspecto fundamental para acabar con la normalización (y posible futura negación de la existencia del fenómeno de la violencia obstétrica) en la sociedad; abordar el problema desde la raíz y evolucionar hasta conseguir que los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres se respeten. Así, las vivencias clínicas reales (durante prácticas, rotaciones, presencia en partos) influyen fuertemente en cómo el alumnado interpreta lo que observan: muchas prácticas que inicialmente no reconocían como VO pasan a percibirse como tales cuando tienen un marco conceptual más informado (Desirée Mena-Tudela et al., 2023).

Por último, un reciente estudio muestra que, aunque algunos profesionales sanitarios no se sintieron en un inicio cómodos con la denominación de “violencia obstétrica”, la reflexión y el

pensamiento crítico les han ayudado a observar que se trata de un concepto necesario para el cambio de actitudes y prácticas (Desirée Mena-Tudela et al., 2023), coincidiendo con algunos de los resultados encontrados en la presente investigación derivados del análisis cualitativo de las preguntas realizadas durante la formación. Es urgente despojarse de acusaciones a nivel personal para observar el fenómeno de la violencia obstétrica desde un punto de vista de fenómeno como consecuencia de una sociedad patriarcal (Desirée Mena-Tudela et al., 2023). Esto implica percibir la violencia obstétrica no únicamente como un problema clínico, sino como algo moral, social y estructural. Por lo tanto, es necesario que los profesionales de salud reconozcan en su formación y en los campos de práctica, los distintos tipos de violencia obstétrica con el fin de diseñar mecanismos específicos para su prevención y abolición (Elisa Jojoa-Tobar et al., 2019).

Es necesario seguir ahondando en este tipo de investigaciones dado el estudiantado, puede sugerir estrategias desde lo micro (acciones cotidianas) hasta lo macro (políticas institucionales) que puedan derivar en estrategias para abordar la violencia obstétrica. por ejemplo, algunos aspectos que no ha alcanzado a tomar esta investigación pero sí han sido destacadas en investigaciones anteriores abarcan: formación que incluya herramientas para identificar la violencia obstétrica, reflexionar críticamente sobre prácticas obstétricas estándar, entrenar actitudes empáticas y de respeto, proporcionar espacios de debate, acompañamiento en forma de guías o supervisión que puedan ayudarlos a discernir cuándo una práctica es aceptable y cuándo cruza el límite hacia la violencia (Desirée Mena-Tudela et al., 2023).

Con todo ello, esta investigación feminista no solo responde a necesidades formativas en el ámbito universitario, sino que también da cumplimiento a objetivos estratégicos clave del III Plan Estratégico para la Igualdad Efectiva de Mujeres y Hombres, contribuyendo a garantizar una atención sanitaria respetuosa, igualitaria y centrada en los derechos humanos de las mujeres, con miras a una transformación sistémica en el ámbito de la salud y la igualdad.

Conclusiones finales

La intervención educativa diseñada y aplicada a estudiantado de Ciencias de la Salud ha tenido un impacto significativo en la percepción de las intervenciones ginecológicas y obstétricas adecuadas, así como en la comprensión de la violencia obstétrica y la obtención del consentimiento informado. Los resultados indican una mejora notable en las percepciones del alumnado, especialmente en las dimensiones de cuidado respetuoso y violencia obstétrica no protocolizada o invisible. El aumento en la media de los puntajes de la escala de percepción sobre cuidados respetuosos a la maternidad (PCRM) y la violencia obstétrica refleja una mayor sensibilización sobre la importancia de brindar atención respetuosa y digna.

Así, el diseño y aplicación de la intervención educativa, a través del curso de 14 módulos, ha demostrado ser eficaz en sensibilizar a las personas participantes en él sobre las prácticas de violencia obstétrica y la necesidad de garantizar los derechos sexuales y reproductivos. La mejora en el reconocimiento de la violencia obstétrica, tanto visible como invisible, sugiere que los futuros profesionales de la salud pueden desempeñar un papel crucial en la reducción de esta problemática, si reciben una formación adecuada en sus estudios de grado y formación continua.

Los resultados del estudio transversal revelan que una parte significativa del alumnado aún no tiene suficiente formación en cuestiones relacionadas con la violencia obstétrica, ni en la perspectiva de género dentro de los programas universitarios. Estos hallazgos subrayan la necesidad

urgente de incorporar de manera transversal estos temas en los planes de estudio de las universidades, como parte esencial de la formación de los futuros profesionales de la salud, y como requisito en los programas de formación continua.

Esta investigación ha puesto de manifiesto que una parte considerable del alumnado ha identificado prácticas de violencia obstétrica, muchas de las cuales son rutinarias y normalizadas dentro del sistema de atención obstétrica. Este hallazgo sugiere que las universidades tienen la responsabilidad de cambiar la visión tecnocrática predominante y promover una educación que valore la autonomía y los derechos de las mujeres, evitando las prácticas invasivas o dañinas y respetando su dignidad. Para cambiar la realidad de la violencia obstétrica en el ámbito académico y profesional, es necesario realizar reformas curriculares que incluyan la sensibilización y el aprendizaje de prácticas respetuosas con la autonomía y los derechos de las mujeres. Las universidades deben garantizar que sus programas de formación estén basados en la mejor evidencia científica disponible y que los futuros profesionales estén capacitados para identificar y prevenir la violencia obstétrica en todas sus formas.

Con todo ello, resulta fundamental que los programas educativos promuevan no solo el conocimiento técnico, sino también la empatía y el respeto hacia las mujeres en el contexto de la atención obstétrica. Los cambios en la formación deben centrarse en la implementación de metodologías activas y el aprendizaje basado en evidencias, que favorezcan el desarrollo de una visión crítica y la autonomía profesional, preparando a los futuros profesionales para brindar una atención centrada en la mujer y respetuosa de sus derechos.

Por último, se espera que la implementación de esta intervención educativa no solo transforme la percepción y los comportamientos del estudiantado, sino que, a largo plazo, contribuyan a la humanización de la atención obstétrica, disminuyendo la violencia obstétrica y garantizando el respeto y la autonomía de las mujeres durante el embarazo, el parto y el posparto. Así, creemos que la sensibilización desde la formación académica es clave para lograr una atención sanitaria más justa, equitativa y respetuosa.

Futuras investigaciones

A continuación, se detallan las líneas de acción, recomendaciones y objetivos futuros para esta investigación:

- Como parte del compromiso de amplificar las voces de las mujeres en este campo, queda pendiente desarrollar y publicar un Museo de la Palabra, un espacio que recoja testimonios directos de mujeres sobre sus experiencias con la violencia obstétrica y los cuidados respetuosos. Este proyecto contribuirá a visibilizar las vivencias de las mujeres, fortaleciendo la sensibilización en torno a estos temas y proporcionará una plataforma educativa que complementará los hallazgos del estudio.
- El curso titulado “Proteger y garantizar los derechos sexuales y reproductivos en el ámbito ginecológico y obstétrico” puede ser implementado como base para una formación continuada dirigida a profesionales sanitarios en ejercicio. La creación de módulos adicionales y recursos educativos será clave para asegurar la actualización constante de los profesionales sanitarios sobre la temática de la violencia obstétrica, consentimiento informado y los cuidados maternos respetuosos.

- Para asegurar que los hallazgos del proyecto lleguen a un público amplio, se publicará un informe ejecutivo descargable en el sitio web del proyecto y se crearán publicaciones en redes sociales que resalten los hallazgos más relevantes (Instagram: @saludygenero_uji). Esta difusión permitirá que tanto profesionales de la salud como la sociedad en general se sensibilicen y se involucren en la problemática investigada.

Se explorará la posibilidad de adaptar y aplicar este curso y sus resultados en contextos latinoamericanos, donde la violencia obstétrica también es un problema de salud pública importante. La transferencia de conocimiento y la cooperación internacional serán claves para extender los beneficios de esta intervención a otros contextos culturales y sanitarios.

Una vez determinadas estas recomendaciones, las futuras investigaciones surgidas de este proyecto pueden ir encaminadas en las siguientes líneas:

- Futuras investigaciones podrán explorar más a fondo las inquietudes del estudiantado de Ciencias de la Salud sobre sus rotaciones clínicas, especialmente en unidades relacionadas con el embarazo, parto, puerperio y recién nacidos. Esta información será crucial para que el profesorado tutor universitario y profesionales de la salud adapten las estrategias de enseñanza, promoviendo un entorno de aprendizaje que minimice el estrés y mejore el éxito académico y profesional del estudiantado.
- Futuras investigaciones pueden desarrollar un sistema de reporte que permita al estudiantado y profesionales de la salud denunciar situaciones relacionadas con prácticas de violencia obstétrica, creando un espacio para la denuncia, la reflexión y el aprendizaje. Este sistema ofrecerá una válvula de escape que permitirá identificar y rectificar conductas inadecuadas en el ámbito obstétrico.

BIBLIOGRAFÍA

- Anthoine, Emmanuelle. (2014). Sample size used to validate a scale: a review of publications on newly-developed patient reported outcomes measures. *Health and Quality of Life Outcomes*, Dec 9(12), 176. <https://doi.org/10.1186/s12955-014-0176-2>
- Biurrun-Garrido, Ainoa, Brigidi, Serena, & Mena-Tudela, Desirée. (2023). Perception of Health sciences and feminist medicine students about obstetric violence. *Enfermería Clínica*, 33(3), 234–243. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2023.02.005>
- Boletín Oficial del Estado. (2021). *Ley 10/2014, de 29 de diciembre, de Salud de la Comunitat Valenciana*. Ministerio de la Presidencia, Justicia y Relaciones con las Cortes. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2015-1239&tn=1&p=20211230>
- Boletín Oficial del Estado. (2023). *Ley Orgánica 1/2023, de 28 de febrero, por la que se modifica la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo*. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2023-5364>
- Borges, Maria TR. (2018). A Violent Birth: Reframing Coerced Procedures During Childbirth as Obstetric Violence. *Duke Law Journal*.
- Brilhante, Aline Veras, Bastos, Maria Helena, Giordano, Juliana Camargo, Katz, Leila, & Amorim, Melania Maria. (2021). Obstetric violence and medical education. *Revista Brasileira de Saude Materno Infantil*, 21(3), 965–966. <https://doi.org/10.1590/1806-93042021000300013>
- Brummelte, Susanne, & Galea, Liisa A.M. (2016). Postpartum depression: Etiology, treatment and consequences for maternal care. *Hormones and Behavior*, 77, 153–166. <https://doi.org/10.1016/j.yhbeh.2015.08.008>
- Campo-Arias, Adalberto, & Oviedo, Heidi C. (2008). Psychometric properties of a scale: internal consistency. *Revista Salud Pública*, 10(5), 831–839. <https://www.redalyc.org/pdf/422/42210515.pdf>
- Cantor, Amy G, Jungbauer, Rebecca M, Skelly, Andrea C, Hart, Erica L, Jorda, Katherine, Davis-O'Reilly, Cynthia, Caughey, Aaron B, & Tilden, Ellen L. (2024). Respectful Maternity Care : A Systematic Review. *Annals of Internal Medicine*, 177(1). <https://doi.org/https://doi.org/10.7326/M23-2676>
- Chattopadhyay, Sreeparna, Mishra, Arima, & Jacob, Suraj. (2018). 'Safe', yet violent? Women's experiences with obstetric violence during hospital births in rural Northeast India. *Culture, Health and Sexuality*. <https://doi.org/10.1080/13691058.2017.1384572>
- Chung, Eva Yin han, & Tse, Tasha Tin oi. (2022). Effect of human library intervention on mental health literacy: a multigroup pretest–posttest study. *BMC Psychiatry*, 22(1), 1–8. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-03725-5>
- Cohen, Jacob. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2nd Editio). Lawrence Erlbaum Associates.
- Cohen Shabot, Sara, & Korem, Keshet. (2018). Domesticating Bodies: The Role of Shame in Obstetric Violence. *Hypatia*. <https://doi.org/10.1111/hypa.12428>
- Colaceci, Sofia, Corsi, Edoardo, Berardi, Francesca, Coscarella, Pierina, Mariotti, Manuela, & Ramacciati, Nicola. (2020). Maternal Satisfaction and Birth: a web-based survey. *Professioni Infermieristiche*, 73(3), 181–197. <https://doi.org/10.7429/pi.2020.733181>

- Colegio de Médicos de Ciudad Real. (2018). *Comunicado: El Colegio de Médicos de Ciudad Real condena la «tendenciosidad» de la jornada «Actúa contra la violencia obstétrica»*. <https://www.miciudadreal.es/2018/10/02/comunicado-el-colegio-de-medicos-de-ciudad-real-conde-na-la-tendenciosidad-de-la-jornada-actua-contra-la-violencia-obstetrica/>
- Committee on the Elimination of Discrimination against Women. (2020). *Decision adopted by the Committee under article 4 (2) (c) of the Optional Protocol, concerning communication No. 138/2018*. https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CEDAW%2FC%2F75%2FD%2F138%2F2018&Lang=es
- Comunidad Autónoma de Cataluña. (2021). *Ley 17/2020, de 22 de diciembre, de modificación de la Ley 5/2008, del derecho de las mujeres a erradicar la violencia machista*. https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2021-464
- Comunidad Autónoma del País Vasco. (2022). Ley 1/2022, de 3 de marzo, de segunda modificación de la Ley para la Igualdad de Mujeres y Hombres. In *Boletín Oficial del Estado*. <https://www.boe.es/boe/dias/2022/03/28/pdfs/BOE-A-2022-4849.pdf>
- Convención Sobre La Eliminación De Todas Las Formas De Discriminación Contra La Mujer. (2023). Dictamen del Comité en virtud del artículo 7, párrafo 3, del Protocolo Facultativo respecto de la Comunicación núm. 154/2020***. In *CEDAW/C/84/D/154/2020*. https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CEDAW%2FC%2F84%2FD%2F154%2F2020&Lang=es
- Convención Sobre La Eliminación De Todas Las Formas De Discriminación Contra La Mujer (CEDAW). (2022). Dictamen aprobado por el Comité en virtud del artículo 7, párrafo 3, del Protocolo Facultativo, respecto de la comunicación núm. 149/2019. In *Organización de las Naciones Unidas: Vol. CEDAW/C/82*. https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CEDAW%2FC%2F82%2FD%2F149%2F2019&Lang=en
- de Souza, Karina Junqueira, Rattner, Daphne, & Gubert, Muriel Bauermann. (2017). Institutional violence and quality of service in obstetrics are associated with postpartum depression. *Revista de Saude Publica*, 51, 69. <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2017051006549>
- Dhakal, Prativa, Gamble, Jenny, Creedy, Debra K., & Newnham, Elizabeth. (2022). Development of a tool to assess students' perceptions of respectful maternity care. *Midwifery*, 105, 103228. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2021.103228>
- European Parliament. (2024). *Obstetric and gynaecological violence in the EU - Prevalence, legal frameworks and educational guidelines for prevention and elimination* (Issue 18 April). [https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/STUD/2024/761478/IPOL_STU\(2024\)761478_EN.pdf](https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/STUD/2024/761478/IPOL_STU(2024)761478_EN.pdf)
- Faneite, Josmery, Feo, Alejandra, & Merlo, Judith Toro. (2012). Grado de conocimiento de violencia obstétrica por el personal de salud. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*, 72(1), 4-12. http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322012000100002
- Garcia, Lorraine M., Jones, Jacqueline, Scandlyn, Jean, Thumm, E. Brie, & Shabot, Sara Cohen. (2024). The meaning of obstetric violence experiences: A qualitative content analysis of the Break the Silence Campaign. *International Journal of Nursing Studies*, 160(February), 104911. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2024.104911>
- Gatsarouli, Faidra, & Berg, Linda. (2025). Narratives of Obstetric Violence: Conceptions of Power, Bodily Integrity, and Childbirth in Greek Women's Stories. *Violence Against Women*. <https://doi.org/10.1177/10778012251369025>

- Gray, Thomas, Mohan, Suruchi, Lindow, Stephen, Pandey, Uma, & Farrell, Tom. (2021). Obstetric violence: Comparing medical student perceptions in India and the UK. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*, 261, 98–102. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2021.04.013>
- Guillén, Francisca Fernández. (2015). What is Obstetric Violence? Some Social, Ethical and Legal Aspects. *ILEMATA*, 7(18), 113–128.
- Hazra, Avijit, & Gogtay, Nithya. (2016). Biostatistics Series Module 6: Correlation and Linear Regression. *Indian Journal of Dermatology*, 61(6), 593–601. <https://doi.org/10.4103/0019-5154.193662>
- Hofmeyr, G. Justus, Vogel, Joshua P., Cuthbert, Anna, & Singata, Mandisa. (2017). Fundal pressure during the second stage of labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3(3), CD006067. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006067.pub3>
- Jojoa-Tobar, Elisa, Chuchumbe-Sánchez, Yuler-Darío, Ledesma-Rengifo, Jennifer-Briyith, Muñoz-Mosquera, María-Cristina, Paja-Campo, Adriana-María, & Suárez-Bravo, Juan-Pablo. (2019). Violencia obstétrica: haciendo visible lo invisible. *Revista de La Universidad Industrial de Santander*, 51(2), 135–146. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.18273/revsal.v51n2-2019006>
- Kwan, Chi Kin. (2020). A qualitative inquiry into the human library approach: Facilitating social inclusion and promoting recovery. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(9). <https://doi.org/10.3390/ijerph17093029>
- Lansky, Sônia, Souza, Kleyde Ventura de, Peixoto, Eliane Rezende de Moraes, Oliveira, Bernardo Jefferson, Diniz, Carmen Simone Grilo, Vieira, Nayara Figueiredo, Cunha, Rosiane de Oliveira, & Friche, Amélia Augusta de Lima. (2019). Obstetric violence: influences of the senses of birth exhibition in pregnant women childbirth experience. *Ciência e Saúde Coletiva*, 24(8), 2811–2824. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018248.30102017>
- Lauria, Laura, Lega, Ilaria, Maraschini, Alice, D'Aloja, Paola, Ferraro, Claudia, & Donati, Serena. (2018). Methodological flaws in web surveys: Commentary to “Abuse and disrespect in childbirth assistance in Italy: A community based survey”. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*, 226, 73. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2018.05.023>
- Lee, Nigel, Kearney, Lauren, Shipton, Emma, Hawley, Glenda, Winters-Chang, Peta, Kilgour, Catherine, Brady, Susannah, Peacock, Ann, Anderson, Loretta, & Humphrey, Tracy. (2023). Consent during labour and birth as observed by midwifery students: A mixed methods study. *Women and Birth*, February. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2023.02.005>
- Leinweber, Julia, Creedy, Debra K., Rowe, Heather, & Gamble, Jenny. (2017). Responses to birth trauma and prevalence of posttraumatic stress among Australian midwives. *Women and Birth*, 30(1), 40–45. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2016.06.006>
- Lloret-Segura, Susana, Ferreres-Traver, Adoración, Hernández-Baeza, Ana, & Tomás-Marco, Inés. (2014). El análisis factorial exploratorio de los ítems: Una guía práctica, revisada y actualizada. *Anales de Psicología*, 30(3), 1151–1169. <https://doi.org/10.6018/analesps.30.3.199361>
- Malvasi, Antonio, Zaami, Simona, Tinelli, Andrea, Trojano, Giuseppe, Montanari Vergallo, Gianluca, & Marinelli, Enrico. (2019). Kristeller maneuvers or fundal pressure and maternal/neonatal morbidity: obstetric and judicial literature review. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 32(15), 2598–2607. <https://doi.org/https://doi.org/10.1080/14767058.2018.1441278>

- McGarry, Julie, Hinsliff-Smith, Kathryn, Watts, Kim, McCloskey, Paula, & Evans, Catrin. (2017). Experiences and impact of mistreatment and obstetric violence on women during childbearing: A systematic review protocol. In *JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*. <https://doi.org/10.11124/JBISRIIR-2016-002950>
- Mena-Tudela, Desirée, Cervera-Gasch, Águeda, Alemany-Anchel, María José, Andreu-Pejó, Laura, & González-Chordá, Víctor Manuel. (2020). Design and Validation of the PercOV-S Questionnaire for Measuring Perceived Obstetric Violence in Nursing, Midwifery and Medical Students. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(21), E8022. <https://doi.org/10.3390/ijerph17218022>
- Mena-Tudela, Desirée, Cervera-Gasch, Águeda, Andreu-Pejó, Laura, Alemany-Anchel, María José, Valero-Chillerón, María Jesús, Peris-Ferrando, Emma, Mahiques-Llopis, Julián, & González-Chordá, Víctor Manuel. (2022). Perception of obstetric violence in a sample of Spanish health sciences students: A cross-sectional study. *Nurse Education Today*, 110(January). <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2022.105266>
- Mena-Tudela, Desirée, González-Chordá, Víctor Manuel, Soriano-Vidal, Francisco Javier, Bonanad-Carrasco, Teresa, Centeno-Rico, Laura, Vila-Candel, Rafa, Castro-Sánchez, Enrique, & Cervera Gasch, Águeda. (2020). Changes in health sciences students' perception of obstetric violence after an educational intervention. *Nurse Education Today*, 88, 104364. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2020.104364>
- Mena-Tudela, Desirée, Iglesias-Casás, Susana, González-Chordá, Víctor Manuel, Cervera-Gasch, Águeda, Andreu-Pejó, Laura, & Valero-Chilleron, María Jesús. (2020). Obstetric violence in Spain (Part I): Women's perception and interterritorial differences. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(21), 1–14. <https://doi.org/10.3390/ijerph17217726>
- Mena-Tudela, Desirée, Iglesias-Casás, Susana, González-Chordá, Víctor Manuel, Cervera-Gasch, Águeda, Andreu-Pejó, Laura, & Valero-Chilleron, María Jesús. (2021). Obstetric violence in Spain (Part II): Interventionism and medicalization during birth. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(1), 1–14. <https://doi.org/10.3390/ijerph18010199>
- Mena-Tudela, Desirée, Iglesias-Casás, Susana, González-Chordá, Víctor Manuel, Valero-Chilleron, María Jesús, Andreu-Pejó, Laura, & Cervera-Gasch, Águeda. (2021). Obstetric Violence in Spain (Part III): Healthcare Professionals , Times , and Areas. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(7), 3359. <https://doi.org/https://doi.org/10.3390/ijerph18073359>
- Mena-Tudela, Desirée, Iglesias-Casás, Susana, Valero-Chillerón, María Jesús, Llagostera-Reverter, Irene, & Mahiques-Llopis, Julián. (2024). Violencia obstétrica durante la pandemia del SARS-CoV-2 en España : estudio descriptivo. *Enfermería Clínica*, In press. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2024.10.003>
- Mena-Tudela, Desirée, Roman, Pablo, González-Chordá, Víctor M., Rodríguez-Arrastia, Miguel, Gutiérrez-Cascajares, Lourdes, & Roperio-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. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2022.07.169>
- Miller, Suellen, Abalos, Edgardo, Chamillard, Monica, Ciapponi, Agustin, Colaci, Daniela, Comandé, Daniel, Diaz, Virginia, Geller, Stacie, Hanson, Claudia, Langer, Ana, Manuelli, Victoria, Millar, Kathryn, Morhason-Bello, Imran, Castro, Cynthia Pileggi, Pileggi, Vicky Nogueira, Robin-

- son, Nuriya, Skaer, Michelle, Souza, João Paulo, Vogel, Joshua P., & Althabe, Fernando. (2016). Beyond too little, too late and too much, too soon: a pathway towards evidence-based, respectful maternity care worldwide. *The Lancet*, 388(10056), 2176–2192. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31472-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31472-6)
- Ministerio de Sanidad. (2010). Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal. In *Internet*. http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_472_Partto_Normal_Osteba_compl.pdf
 - Moridi, Maryam, Pazandeh, Farzaneh, Hajian, Sepideh, & Potrata, Barbara. (2020). Midwives' perspectives of respectful maternity care during childbirth: A qualitative study. *PLoS ONE*, 15(3), 1–12. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0229941>
 - Munari, Bruno. (2016). *¿Cómo nacen los objetos?: Apuntes para una metodología proyectual* (1ª). Editorial GG, SL.
 - Olza-Fernández, Ibone, & Ruiz-Berdún, Dolores. (2015). Midwives experiences regarding obstetric violence. *Archives of Women's Mental Health*. <https://doi.org/10.1007/s00737-014-0488-6>
 - Olza, Ibone. (2014). Estrés postraumático secundario en profesionales de la atención al parto. Aproximación al concepto de violencia obstétrica. *Revista Iberoamericana de Psicología*, 111, 79–83. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4906961>
 - Patiño, Laura Cristina, Morales, Luisa Fernanda, & Duque, Paula. (2021). *Violencia obstétrica : Conocimientos sobre concepciones y prácticas que tienen los estudiantes del pregrado de medicina y enfermería de la Universidad de Antioquia , Medellín (2021)* Laura Cristina Patiño Ibáñez Luisa Fernanda Morales Osorio Paula Andrea. https://bibliotecadigital.udea.edu.co/bitstream/10495/24461/1/PatiñoLaura%2CDuqueLoaiza%2CMoralesLuisa_2021_ViolenciaObstetricaInvisibilizacion.pdf
 - Pereira Gomes, Amanda de Alencar, Vieira Simões, Aline, Mesquita Mendes Pires, Vilara Maria, Costa Machado, Juliana, & Palmarella Rodrigues, Vanda. (2022). O saber de estudantes da área de saúde sobre violência obstétrica: Revisão integrativa. In *Nursing (São Paulo)* (Vol. 25, Issue 292, pp. 8556–8565). <https://doi.org/10.36489/nursing.2022v25i292p8556-8565>
 - Polit, Denise F., Beck, Cheryl Tatano, & Owen, Steven V. (2007). Is the CVI an Acceptable Indicator of Content Validity? *Research in Nursing & Health*, 30, 459–467. <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/nur.20199>
 - Ricoy Olariaga, Jesusa. (2020). *Parto y feminismo. Cómo parir en una sociedad machista* (2nd Editio). Independently published.
 - Rominski, Sarah D., Lori, Jody, Nakua, Emmanuel, Dzomeku, Veronica, & Moyer, Cheryl A. (2017). When the baby remains there for a long time, it is going to die so you have to hit her small for the baby to come out: Justification of disrespectful and abusive care during childbirth among midwifery students in Ghana. *Health Policy and Planning*, 32(2). <https://doi.org/10.1093/heapol/czw114>
 - Rousseau, Jennifer B., & Hunter, Ramona G. (2022). Concerns of Prelicensure Nursing Students Before a Maternal–Newborn Clinical Rotation. *Nursing for Women's Health*, 26(3), 205–214. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.nwh.2022.03.008>
 - Rubashkin, Nicholas, & Minckas, Nicole. (2018). How should trainees respond in situations of obstetric violence? *AMA Journal of Ethics*, 20(3), 238–246. <https://doi.org/10.1001/journalofethics.2018.20.3.ecas2-1803>

- Sadler, Michelle, Santos, Mário JDS, Ruiz-Berdún, Dolores, Rojas, Gonzalo Leiva, Skoko, Elena, Gillen, Patricia, & Clausen, Jette A. (2016). Moving beyond disrespect and abuse: addressing the structural dimensions of obstetric violence. *Reproductive Health Matters*. <https://doi.org/10.1016/j.rhm.2016.04.002>
- Santillán, Selene Danahe. (2022). Violencia Obstétrica durante las prácticas hospitalarias de la Licenciatura en Obstetricia de Santiago del Estero, desde la mirada de los/as estudiantes. *Yachay*, 2, 31–53. <https://fhu.unse.edu.ar/yachay/n2/RYN2ART03.pdf>
- Šimonović, Dubravka. (2019). *A human rights-based approach to mistreatment and violence against women in reproductive health services with a focus on childbirth and obstetric violence*.
- Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. (2018). *Violencia obstétrica: Un concepto legalmente delictivo, moralmente inadecuado, científicamente inaceptable*. SEGO (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia). <https://us18.campaign-archive.com/?e=e52bacb293&u=fbf1db3cf76a76d43c634a0e7&id=5a73a608b8>
- Sousa, Valmi D., & Rojjanasrirat, Wilaiporn. (2011). Translation, adaptation and validation of instruments or scales for use in cross-cultural health care research: A clear and user-friendly guideline. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 17(2), 268–274. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2010.01434.x>
- Swahnberg, Katarina, Zbikowski, Anke, Wijewardene, Kumudu, Josephson, Agneta, Khadka, Prembarsha, Jeyakumaran, Dinesh, Mambulage, Udari, & Infanti, Jennifer J. (2019). Can forum play contribute to counteracting abuse in health care? A pilot intervention study in Sri Lanka. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(9), 1616. <https://doi.org/10.3390/ijerph16091616>
- Taghizadeh, Ziba, Irajpour, Alireza, & Arbabi, Mohammad. (2013). Mothers' response to psychological birth trauma: A qualitative study. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 15(10). <https://doi.org/10.5812/ircmj.10572>
- van der Waal, Rodante, Mitchell, Veronica, van Nistelrooij, Inge, & Bozalek, Vivienne. (2021). Obstetric violence within students' rite of passage: The reproduction of the obstetric subject and its racialised (m)other. *Agenda*, 35(3), 36–53. <https://doi.org/10.1080/10130950.2021.1958553>
- Vieira, Solana Nunes, Vidigal, Brenda Alice Andrade, Sousa, António Manuel, Dos Reis, Leonardo Naves, Teixeira, Elizabeth, & Vasconcelos, Milaine Nunes Gomes. (2020). Violência Obstétrica: convergências e divergências entre acadêmicos de enfermagem e medicina. *Enfermagem Em Foco*, 10(6), 21–27. <https://doi.org/10.21675/2357-707x.2019.v10.n6.2068>
- Williams, Brett, Onsmann, Andrys, & Brown, Ted. (2010). Exploratory Factor Analysis: A Five-Step Guide for Novices. *Australasian Journal of Paramedicine*, 8, 1–13. <https://doi.org/10.33151/ajp.8.3.93>
- World Health Organization. (2015). The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth. In *World Health Organization*. <https://doi.org/WHO/RHR/14.23>
- Zamanzadeh, Vahid, Ghahramanian, Akram, Rassouli, Maryam, Abbaszadeh, Abbas, Alavi-Majd, Hamid, & Nikanfar, Ali-Reza. (2015). Design and Implementation Content Validity Study: Development of an instrument for measuring Patient-Centered Communication. *Journal of Caring Sciences*, 4(2), 165–178. <https://doi.org/10.15171/jcs.2015.017>



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE IGUALDAD

