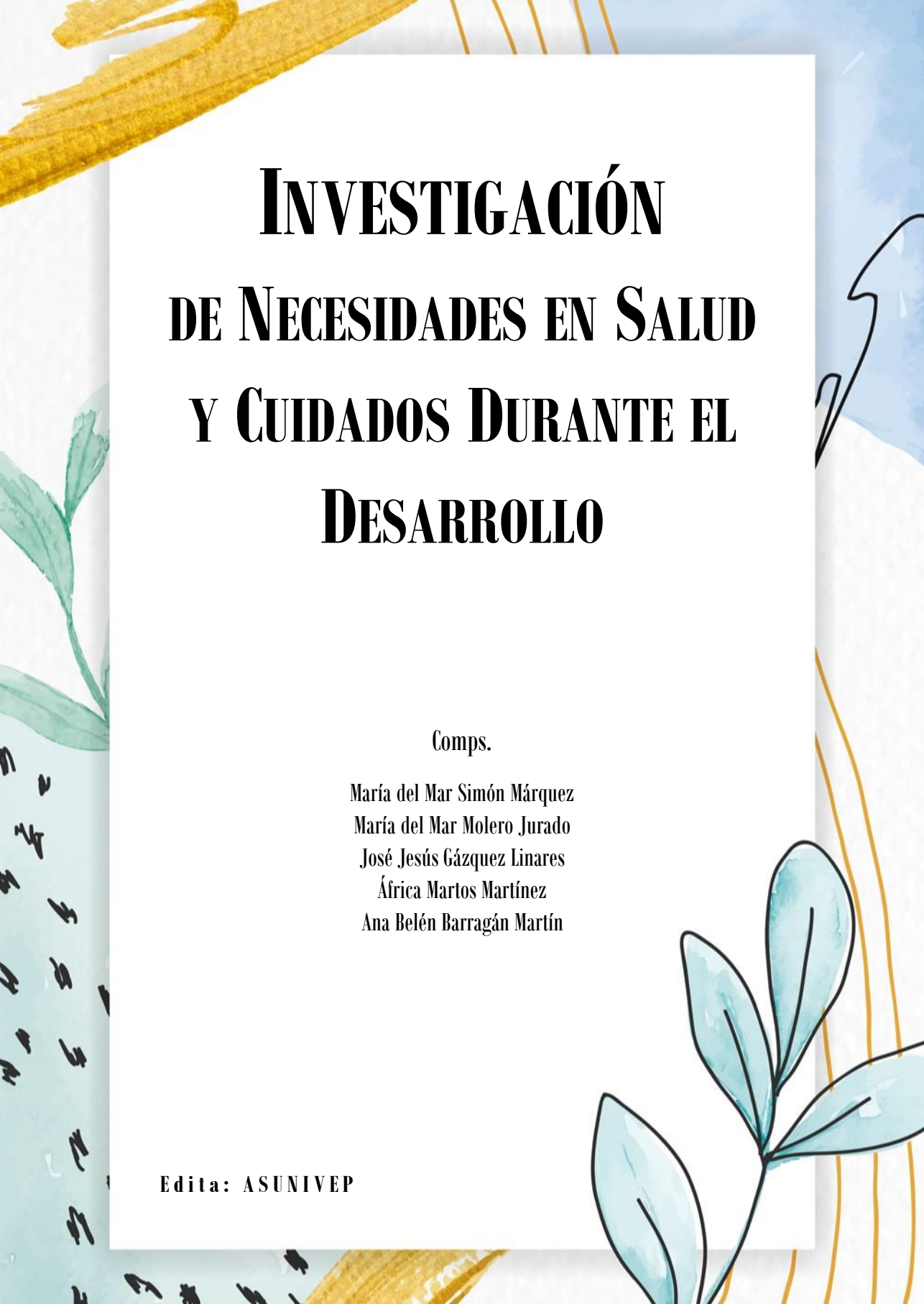




INVESTIGACIÓN DE NECESIDADES EN SALUD Y CUIDADOS DURANTE EL DESARROLLO

Comps.

María del Mar Simón Márquez

María del Mar Molero Jurado

José Jesús Gázquez Linares

África Martos Martínez

Ana Belén Barragán Martín

Edita: ASUNIVEP

Investigación de necesidades en Salud y cuidados durante el desarrollo

Comps.

María del Mar Simón Márquez

María del Mar Molero Jurado

José Jesús Gázquez Linares

África Martos Martínez

Ana Belén Barragán Martín

© Los autores. NOTA EDITORIAL: Las opiniones y contenidos de los textos publicados en el libro “Investigación de necesidades en Salud y cuidados durante el desarrollo”, son responsabilidad exclusiva de los autores; así mismo, éstos se responsabilizarán de obtener el permiso correspondiente para incluir material publicado en otro lugar, así como los referentes a su investigación.

Edita: ASUNIVEP

ISBN: 978-84-09-44482-3

Depósito Legal: AL 2995-2022

Imprime: Artes Gráficas Salvador

Distribuye: ASUNIVEP

No está permitida la reproducción total o parcial de esta obra, ni su tratamiento informático, ni la transmisión de ninguna forma o por ningún medio, ya sea electrónico, mecánico, por fotocopia, u otros medios, sin el permiso previo y por escrito de los titulares del Copyright

CAPÍTULO 1

Importancia del seguimiento enfermero en enfermos con Insuficiencia Cardíaca

Martín Javier Manzorro Valdés, Alberto Longobardo Dueñas, y Cintia María Muñoz García.....11

CAPÍTULO 2

Eficacia de las curas húmedas en pacientes con heridas crónicas

María de las Nieves López Fernández, Vanesa Navarro Villaescusa, y Raquel Pérez Gómez.....17

CAPÍTULO 3

Efectividad del uso de Probióticos contra infecciones vaginales

Irene Vidal Valverde.....21

CAPÍTULO 4

Nefrología, diálisis y trasplante de riñón

Irene Vidal Valverde.....27

CAPÍTULO 5

Relación entre rasgos de personalidad y Depresión en población adolescente

Laura Huerta Melús, Vicent Aznar Alemany, María Teresa Basanta Patiño, Marta Pastor Bernabéu, Marina Guarch Oncins, Nuria Jordana Vilanova, David Vaquero Puyuelo, Teresa Bellido Bel, Ana González Gil, y María Celia Martínez-Costa Montero.....33

CAPÍTULO 6

Investigación cualitativa sobre mitos obstétricos en distintas culturas

Judit González Castillo41

CAPÍTULO 7

Frenillo Lingual Corto, qué es y cómo influye en la instauración de la Lactancia Materna y el posterior desarrollo del recién nacido: Papel de la Matrona

Raquel Higuera Calvente, Sara Carrión Pantoja, y Sara Anna Herrera Kelly51

CAPÍTULO 8

Presentación de nalgas: Revisión bibliográfica sobre recomendaciones y métodos de parto en podálica

Sara Anna Herrera Kelly, Sara Carrión Pantoja, y Raquel Higuera Calvente57

CAPÍTULO 9

Actividad física y beneficios en la salud de la persona mayor

Rocío Madrid López, María José Sánchez Sánchez, Miguel Martínez Pedregal, Lucretia Daniela Manole, María del Pilar Núñez González, María Fernández Morcillo, Sara Ponce Núñez, Víctor Gallego Herrera, Araceli Balsera Cañas, y Cristina Fernández Nova..... 65

CAPÍTULO 10

Episiotomía rutinaria versus episiotomía selectiva: Revisión bibliográfica

Ana Font Ballester, Magdalena Martínez Castro, Andrea Romera Melgares, Juan Moya Ruiz, María Rueda Rua, Laura Rico Furones, Paloma Martínez Ortega, y Antonio Jesús Moreno Bernal..... 71

CAPÍTULO 11

Riesgo de desarrollar Diabetes Gestacional durante el embarazo

Jesica Carrasco Cortés, Cristina Torres Barbero, y Álvaro Martín López..... 81

CAPÍTULO 12

La Enfermera Quirúrgica en el manejo del dolor posoperatorio

Tania Segura Guillén, Pablo José López Quirós, Amanda Cantón Morales, María Esperanza Rubio Martínez, Claudia Vargas Ortiz, y Rocío Reina Cabrera..... 89

CAPÍTULO 13

Tratamiento farmacológico y no farmacológico en la Diabetes Mellitus

Cristina Torres Barbero, Jesica Carrasco Cortés, y Álvaro Martín López..... 95

CAPÍTULO 14

Ansiedad relacionada con el embarazo en primer trimestre de gestación durante la pandemia por COVID-19

Rubén García Fernández, Cristina Liébana Presa, María Cristina Martínez Fernández, Natalia Calvo Ayuso, Cristian Martín Vázquez, y Pedro Hidalgo Lopezosa 101

CAPÍTULO 15

Influencia del tratamiento de Fisioterapia y Terapia ocupacional en pacientes con Síndrome de Prader-Willi

Milagros Cabrera Bravo, María Carmen Vivas Martín, y Ángela Gómez Vera..... 109

CAPÍTULO 16

Enfermedad de Alzheimer: Sus fases y atención al cuidador principal

Ana Martínez Sierra, María del Pilar Núñez González, Adriana Ortega Espinosa, María Trinidad Mazón Ruiz, María Esperanza Mellinas Rodríguez, Soledad García Martínez, María García García, Francisco San Agapito Martín, Miriam Zapata Pérez, y María del Carmen Cuines Rodríguez..... 115

CAPÍTULO 17

Diferentes tratamientos para combatir la sintomatología en la menopausia: Actuación de la matrona

Raquel Higuera Calvente, Sara Anna Herrera Kelly, y Sara Carrión Pantoja121

CAPÍTULO 18

El perfil profesional de la Supervisora de Enfermería

Sara Guilló Conesa, Macarena Cayuela Crespo, María Soledad Martínez Cerón, María Luisa Zapata Ballester, Laura Tudela de Gea, y Juan Carlos Sánchez López129

CAPÍTULO 19

Reanimación Cardiopulmonar para Personal Sanitario y No Sanitario

Marina Álvarez Fano, Pelayo Álvarez Suárez, Arantxa Doce Pérez, Carla Castela Sierra, Sandra Costales Arroyo, y Nuria Devesa Castaño135

CAPÍTULO 20

Cuidados de enfermería en la maniobra y posición de decúbito prono en la unidad de cuidados intensivos

David Estela Anguita y María de La Rubia Pérez141

CAPÍTULO 21

Cuidados de enfermería en el paciente ascítico en el ámbito hospitalario: Revisión bibliográfica

Ana Belén Carmona Sánchez, María Victoria Alcaide Márquez, y Miriam Herruzo Villarreal147

CAPÍTULO 22

Percepción del concepto de muerte de los niños a través de dibujos

María Teresa Hinojosa Gómez, María de la Sierra González Ariza, y Elena Contreras Chicano155

CAPÍTULO 23

La infección del tracto urinario y métodos de recogida de orina

Yolanda Alas Iglesias163

CAPÍTULO 24

Importancia de la infección por Mycoplasma Genitalium en el contexto de las infecciones de transmisión sexual

Fátima Ropero Pinto, María José Artacho Reinoso, y María del Mar Gallardo García169

CAPÍTULO 25

Papel de enfermería en el Trastorno del Espectro Autista

Carlos Víctor Jiménez Calvo, Marina Florido Delgado, e Irene Debrán Álvarez 177

CAPÍTULO 26

Percepciones de las mujeres sobre Violencia Obstétrica durante el periodo de Embarazo y Parto

María del Carmen Martínez González, José María Zaragoza Cortés, Sonia del Río Medina, Cristina Salar Andreu, Sergio Montero Navarro, Esther Mancheño Maciá, Vanesa Escudero Ortiz, Marina Leal Clavel, Jesús Manuel Sánchez Más, y Jaime Morera Balaguer..... 183

CAPÍTULO 27

Importancia de Enfermería en la Lactancia Materna

María del Rosario Rodríguez Guerrero, Aurora Granados Domínguez, e Inés Santotoribio Parrado..... 191

CAPÍTULO 28

Saturación en los servicios de urgencias hospitalarios y cómo afecta al personal sanitario

María de la Sierra González Ariza, María Teresa Hinojosa Gómez, y Elena Contreras Chicano..... 197

CAPÍTULO 29

Relación entre el descanso laboral y la productividad en enfermería: Revisión bibliográfica

Anabel Fernández Vargas y Javier García Padilla..... 203

CAPÍTULO 30

La importancia de la comunicación enfermera al familiar del paciente crítico

Juan Emilio Navarro Rognoni, Blanca Espina Jerez, Patricia Domínguez Isabel, Abel Checa Peñalver, Cristina del Rocío Rodríguez López, Pamela Vergara León, Laura Romera Álvarez, y Manuel Arce Perea 209

CAPÍTULO 31

Borreliosis ocular: Manifestaciones clínicas, diagnóstico y tratamiento

Lucía Ocaña Molinero, Sergio Ferra Murcia, y Elena María Gázquez Aguilera..... 215

CAPÍTULO 32

Medidas ante el tabaquismo en establecimientos alimentarios

Mirian Garrucho Garrucho y José Delgado Mojarro 221

CAPÍTULO 33

Valoración de hábitos dietéticos en alumnado de primer curso del grado de enfermería

Francisco Javier Sánchez Jiménez, Verónica Galán Marín, Sheila Pulgarín Vilches, Luna López González, María José García Soler, Verónica Carmona Moreno, Antonio Jesús Santos Luna, Elena Córdoba Salamanca, Luz María Obregón Delgado, y Álvaro Rojano Gálvez	227
---	-----

CAPÍTULO 26

Percepciones de las mujeres sobre Violencia Obstétrica durante el periodo de Embarazo y Parto

María del Carmen Martínez González*, José María Zaragoza Cortés**,
Sonia del Río Medina*, Cristina Salar Andreu*, Sergio Montero Navarro*,
Esther Mancheño Maciá*, Vanesa Escudero Ortiz*, Marina Leal Clavel*,
Jesús Manuel Sánchez Más*, y Jaime Morera Balaguer*

**Universidad CEU Cardenal Herrera; **Departamento Marina Baixa*

Introducción

Las actuaciones del equipo sanitario hacia la mujer durante el periodo del embarazo, parto y puerperio van a influir en su salud física y mental. El trato deshumanizado, la desprotección de su esfera biopsicológica y la limitación de sus derechos como usuarias del sistema de salud, van a afectar a la salud de la mujer embarazada (Cardona-Arias, Román-Jurado, y Suárez-Fernández, 2021).

Sin embargo, 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. Muchas mujeres en todo el mundo refieren haber sufrido un trato irrespetuoso, ofensivo o negligente durante el parto en centros sanitarios (Silal, Penn-Kekana, Harris, Birch, y McIntyre, 2012).

Cada vez hay más datos que demuestran que las mujeres de todo el mundo sufren un trato inaceptable durante el parto, según señala la OMS (OMS, 2018) tales como la violación del derecho a la intimidad, el consentimiento informado y el derecho a tener un acompañante de confianza durante el parto.

Aunque no existe consenso con respecto a su definición, sí se coincide en que existen prácticas obstétricas violentas, que son todas aquellas prácticas que no miran por un parto respetuoso. El Observatorio de Violencia Obstétrica de España, define la violencia obstétrica como el desconocimiento de las necesidades emocionales de la madre y del bebé en cualquier momento del embarazo, del parto y del puerperio inmediato; así como de la autoridad y autonomía que la mujer tiene sobre su sexualidad, su cuerpo, sus bebés y las posturas, ritmos y tiempos que requiere el parto (Rodríguez-Mir y Martínez-Gandolfi, 2021).

No sólo son constituyentes de violencia obstétrica aquellas intervenciones innecesarias que pongan en riesgo la esfera física de la mujer, sino que se contemplan aquellas actuaciones que hacen que su estado psicológico se vea comprometido. Algunas de las más frecuentes son: humillaciones, trato despersonalizado, insultos verbales y actuaciones paternalistas.

En la actualidad, la violencia obstétrica es una cuestión poco conocida y revisada. En España, no es habitual la mención de dicho término, pese a que las mujeres hayan sufrido una experiencia dañina en sus partos, por las acciones tanto físicas como morales, por parte del equipo de salud (Ramos y Águila, 2017).

La asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa en su Resolución 2306 de octubre de 2019 titulada «violencia obstétrica y ginecológica», describía la violencia obstétrica como «una forma más de violencia hacia las mujeres» y reconocía que, en la intimidad de una consulta médica o parto, las mujeres son víctimas de prácticas violentas o que pueden percibirse como tales. Estas incluyen actos inapropiados o no consensuados, como episiotomías y tactos vaginales llevados a cabo sin consentimiento, presión de fondo o intervenciones dolorosas sin anestesia (Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa, 2019).

Más recientemente, el Parlamento Europeo en su resolución del 21 de enero de 2021 sobre la Estrategia de la Unión para la Igualdad de Género, considera que «la violencia de género en el ámbito sanitario, por

ejemplo, la violencia obstétrica y ginecológica, es una forma de violencia que solo ha salido a la luz en los últimos años» (Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa, 2021).

Según el informe del Instituto Nacional de Estadística (INE), en 2018 en España se registraron 372.777 nacimientos, de los cuales 97.804 fueron cesáreas, representando un 26'23%. Asimismo, en 2020, el INE registró 341.315 nacimientos en España, de los cuales 112.066 fueron cesáreas, siendo estas el 32'83%. A partir de estos datos se observa un incremento, entre ambos años, de un 6'6% (INE; 2018-2020). Estos datos están muy por encima de las recomendaciones al respecto de las cesáreas que establece la OMS.

Según la declaración de la OMS sobre tasas de cesárea (OMS, 2015) los profesionales de la salud de todo el mundo han considerado que la tasa ideal de cesárea debe oscilar entre el 10% y el 15%. En la intervención de una cesárea justificada, la morbilidad materna y perinatal es menor puesto que se utiliza para prevenir, pero resulta innecesario aplicar un intervencionismo quirúrgico, en aquellos casos en los que no está demostrado el beneficio. La cesárea conlleva riesgos tanto a corto como a largo plazo, que pueden hacerse visibles años después del procedimiento, afectando a la salud de la mujer y a la del neonato, llegando a aumentar el riesgo en aquellas mujeres que no reciben una atención obstétrica completa.

Un ejemplo de la situación actual en nuestro país se puede observar en un estudio realizado en Tenerife en el año 2017, donde en una muestra de 282 mujeres gestantes, el 21'6% de ellas tuvieron un cambio en el ritmo del parto por interés del equipo sanitario. Además, el 28'7%, es decir, 81 mujeres, afirmaron que en su proceso del parto participaron estudiantes sin previo consentimiento (Ramos y Águila, 2017).

En nuestra sociedad, existe una controversia en la existencia de la violencia obstétrica producida por los profesionales sanitarios. Tal controversia, se ha situado incluso en las esferas políticas y en la de los profesionales sanitarios de algunas comunidades autónomas, como la Comunidad Valenciana en la que en noviembre de 2021 el Gobierno Valenciano propusiera una modificación de la ley integral contra la violencia sobre la mujer, introduciendo la violencia obstétrica como una forma de violencia machista, equiparándola a los malos tratos, la violencia psicológica o a la mutilación genital.

La propuesta legislativa establecía que se añadiese al articulado de la norma la violencia obstétrica como aquella que, sin el consentimiento libre, previo e informado, en el marco de la definición de la Organización Mundial de la Salud, sufren las mujeres durante el embarazo o el parto al recibir un maltrato físico, humillación y abuso verbal, o procedimientos médicos coercitivos o no consentidos (Martínez, 2021).

Atendiendo al panorama actual y evolutivo relacionado con la violencia obstétrica, se plantea el presente trabajo cuyo objetivo general es determinar las percepciones de las mujeres que han sido víctimas de violencia obstétrica durante el periodo del parto. Como objetivos específicos se pretende, a su vez, identificar los recursos y barreras que presentan los profesionales sanitarios para minimizar la violencia obstétrica.

Metodología

Bases de datos

Para la presente revisión sistemática, se consultado las bases de datos Pubmed, Scielo y Scopus, en el periodo de tiempo comprendido entre el 13 de octubre de 2021 y el 3 de diciembre de 2021.

Descriptores

Los términos utilizados para la búsqueda de artículos científicos se encuentran en la Tabla 1.

Tabla 1. Palabras Clave, Descriptores en Ciencias de la Salud y Descriptores Médicos

Palabra Clave	DeCS	MeSH
Violencia obstétrica		
Parto humanizado	Parto humanizado	Humanizing delivery.
Derechos reproductivos	Derechos sexuales y reproductivos	Reproductive rights
Estrés psíquico	Estrés psicológico	Stress, psychological

Fórmulas de búsqueda

Las fórmulas de búsqueda introducidas en los buscadores incluyendo los operadores booleanos fueron: PubMed (52 resultados): humanizing delivery AND obstetric nursing.

Scielo (5 resultados): obstetric violence AND reproductive rights.

Scopus (19 resultados): obstetric violence AND humaniz* delivery.

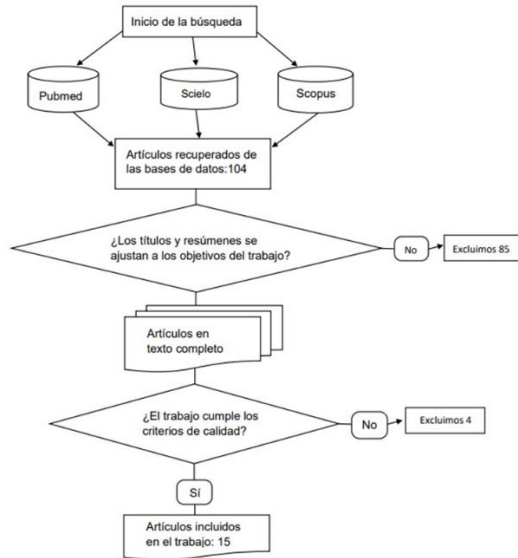
Scopus (28 resultados): obstetric violence AND stress, psychological.

Criterios de inclusión: Fecha de publicación dentro de los últimos 5 años. Idioma de publicación español o inglés. Puntuación mínima de 7 en la parrilla de CASPE para valorar el criterio de calidad de los respectivos artículos. Artículos originales.

Criterios de exclusión: Tesis doctorales, trabajos fin de máster, trabajos de fin de grado. Artículos de revistas no indexadas, publicaciones divulgativas.

Se recuperaron 104 artículos siguiendo las diferentes ecuaciones de búsqueda anteriormente citadas. Posteriormente, se excluyeron 85 artículos porque los títulos y los resúmenes no se ajustaban a los criterios de selección. Finalmente, se obtuvieron 15 artículos tras la exclusión de cuatro artículos que no se ceñían a los criterios de calidad.

Figura 1. Algoritmo de Búsqueda



Resultados

Dentro de los artículos observados con respecto a las percepciones de las mujeres en los paritorios, se pueden clasificar en dos tipos diferentes:

Por una parte, la mujer se siente cómoda con el equipo sanitario. Además de permanecer segura y con apoyo (Rodrigues-Ribeiro, 2018; Rodríguez-Roque et al., 2020). Muchas de ellas no tuvieron dificultad en moverse de forma independiente por la sala de dilataciones, como explica Rodrigues-Ribeiro (2018) y tuvieron el apoyo emocional con las visitas de sus acompañantes. Asimismo, las mujeres que quedaron satisfechas durante el proceso del parto destacaron como motivos de su satisfacción la posibilidad de la deambulación para ir al baño, incentivadas por el equipo de enfermería, dar a luz en posición vertical, tener contacto piel con piel tras el nacimiento y tener una orientación por los profesionales sanitarios.

Por otra parte, podemos encontrar varias intervenciones que destacan la puesta en riesgo de la situación física de la mujer durante el proceso del parto.

Primero, nos encontramos con la maniobra de Kristeller y la de Valsalva. En la primera, el profesional sanitario aplica fuerza contra el útero de la gestante para que se pueda producir el parto; en la segunda la gestante exhala el aire sin permitir su salida hacia el exterior. En los artículos de Rodrigues-Ribeiro (2018) y Rodríguez-Roque et al. (2020), demuestran unos altos porcentajes de ejecución de esta maniobra, encontrándose un 33% en aquellas mujeres que habían dado luz en zonas urbanas y un 90% en hospitales urbanos. Asimismo, en los momentos de expulsivo cuando la gestante no tiene fuerza para el nacimiento del recién nacido, el equipo sanitario realiza la técnica sin llegar a dar información ni solicitar el consentimiento de la gestante (Oliveira y Penna, 2017; Souza et al., 2017).

En cuanto a la maniobra de Valsalva en el artículo de Cunha-Rodrigues et al. (2017) se reporta su práctica en más de tres cuartas partes del total de maternidades.

En cuanto al daño psicológico, muchas mujeres llegan a experimentar un proceso traumático en el parto debido a los tratos ejercidos en las salas de paritorio. Desde su propia percepción, se sienten humilladas y despreciadas ante el sufrimiento que conlleva el proceso del parto, junto con las faltas de respeto ejercidas por los profesionales de la salud. Algunas mujeres reportaron sentimientos de culpabilidad cuando alguno de los profesionales les recriminó la escasez de informes de salud que deberían de haber realizado las gestantes durante el embarazo (Junqueira-Oliveira et al., 2017).

El sentirse infantilizadas e ignoradas fueron otras de las experiencias subjetivas vividas por algunas gestantes, experiencias que hicieron aumentar su frustración y su miedo a las represalias por parte de los profesionales sanitarios en caso de expresar su malestar por el trato recibido (Welday et al., 2018; Mejía-Merino, 2018). Además, muchas de ellas explican que el tacto vaginal les parece desagradable, doloroso e innecesario sobre todo en aquellos casos en los que se realiza exámenes vaginales por varios profesionales sanitarios de forma repetida (Afulani et al., 2020; Spanevello et al., 2018).

Respecto a la información recibida sobre las prácticas a realizar y la solicitud de consentimiento para las mismas, las investigaciones revisadas indican una alta tasa de mujeres que no recibieron información sobre los procedimientos que iban a realizarles (Cunha-Rodrigues et al., 2017; Rodrigues-Ribeiro, 2018; Mejía-Merino, 2018). Las mujeres no son conscientes de sus propios derechos cuando se encuentran en la sala de partos, es decir, no conocen el derecho a no ser atendidas con violencia como comenta Rodríguez-Roque et al. (2020), en su artículo donde estimó que solo un 12'94% de las mujeres conocía sus propios derechos cuando se encontraban en el paritorio.

En el estudio realizado por Souza et al. (2017) se encontraron relaciones entre el proceso llevado a cabo durante el parto y la depresión postparto. En esta investigación, se concluye que, las gestantes que recibieron violencia por negligencia durante el parto tenían más probabilidades de sufrir depresión postparto comparando con las que no la tuvieron.

En cuanto a las barreras que impiden asegurar un parto humanitario, en los paritorios existen obstáculos para no brindar unos cuidados de calidad a las mujeres gestantes. Entre estas barreras encontramos la falta de recursos humanos, suministros, espacio para poder desarrollar la actividad del proceso del parto y la sobrecarga de trabajo (Afulani et al., 2020; Hunter et al, 2017; Mselle et al, 2018). Estos son cuatro factores externos que impiden practicar un parto humanizado.

Por otra parte, se encuentran los factores internos del equipo sanitario. En ellos, se observa las incompetencias ante la resolución de los problemas que le surgen a las mujeres durante el parto. Además de propiciar el miedo a las gestantes con respecto a la salud de sus hijos. Asimismo, los sentimientos negativos y no proactivos como la escasa motivación y la ignorancia, no se escaparon dentro de los factores internos (Afulani et al., 2020). También existen sesgos en los profesionales al tratar de forma diferente a las personas dependiendo de sus condiciones personales y situación socioeconómica (Shimoda et al., 2018). Algunas enfermeras especialistas en obstetricia afirmaron tener un mejor trato a las gestantes de mayor estatus social y atender con menos empatía a las mujeres de baja clase social (Bradfield et al., 2018).

El respeto ante los deseos que tienen las mujeres acerca de su plan de partos, siempre que no tuviera consecuencias para el recién nacido, es un facilitador para la humanización del nacimiento.

Los establecimientos de confianza entre las gestantes y las matronas provocan un entorno de seguridad que permiten la obtención de información para así mejorar sus cuidados. Además de fortalecer el compromiso por parte de las matronas para saber identificar las necesidades de la gestante, con el fin de poder paliarlas (Majlesi et al., 2020).

Otros factores para tener en cuenta a la hora de garantizar unos beneficios hacia las mujeres en su proceso de parto, es el de conservar un entorno pacífico, reconocer las vidas de las mujeres teniendo en cuenta las experiencias individuales de las gestantes, sus temores y preferencias sobre el parto, la autonomía y el apoyo emocional, lo cual permite el empoderamiento de la mujer durante el proceso (Hunter et al., 2017).

Los continuos movimientos migratorios propician que actualmente en los hospitales españoles se atienda a un gran número de mujeres migrantes, con idiomas y culturas distintas. Este hecho supone una dificultad añadida al cuidado de las gestantes, puesto que existe una barrera idiomática y cultural importante que, en muchos casos, puede dificultar su atención y mermar su trato (Borges et al., 2018).

Discusión/Conclusiones

La realidad aportada por los movimientos migratorios hace que los profesionales sanitarios nos encontremos ante nuevas situaciones de diversidad cultural, de variabilidad y heterogeneidad en las demandas y expectativas en cuanto al proceso de embarazo y parto.

Por tanto, respecto al primer objetivo de este trabajo se puede concluir que uno de los hechos más recurrente es el de la percepción de maltrato psicológico que tienen las madres por parte del equipo sanitario.

Esto, según los artículos revisados, puede estar relacionado con la escasa formación específica de los y las profesionales, ya que en la mayoría de las situaciones no son capaces de dar respuesta, tanto a situaciones de conflicto como de empatía con la gestante, dando lugar a una violencia obstétrica involuntaria. Además, se observa un alto número de actuaciones que ponen en riesgo la vida de la gestante y del futuro recién nacido.

El exceso de intervenciones innecesarias y no racionalizadas, pueden derivar en consecuencias físicas y psicológicas en las mujeres durante o tras el proceso de parto, llegando incluso a poder desencadenar en una depresión postparto debido al estado emocional y físico en un momento tan vulnerable.

Por otra parte, en relación con el segundo objetivo específico de este trabajo, tras la revisión llevada a cabo se puede concluir que las principales barreras para no garantizar un parto adecuado son los escasos recursos que se encuentran en los paritorios.

Además de las infraestructuras y las actitudes de ineficacia por parte del equipo sanitario. Hay testimonios en los que se relata una percepción positiva durante el parto debido a las actuaciones idóneas del equipo sanitario, por lo tanto, para romper los obstáculos y poder llevar así un parto humanitario, el equipo debe centrarse en los parámetros que le benefician a la mujer, atendiendo a toda su esfera biopsicosocial e individualizando a cada gestante, evitando caer en la deshumanización y en las malas praxis.

En la mayoría de los artículos encontrados se puede analizar que, durante la experiencia del parto, desde un punto de vista globalizado, con culturas y creencias individuales, prevalece la percepción negativa frente a la positiva en cuanto al trato recibido.

A pesar de ello, también cabe concluir, que las experiencias narradas por algunas mujeres en los artículos revisados son positivas. Algunas mujeres perciben de forma profesional las conductas del equipo sanitario, sobre todo cuando se favorece la autonomía, se realiza el seguimiento de su plan de parto y se establecen actitudes proactivas que favorecerán en la gestante un bienestar durante el proceso del parto.

Referencias

- Afulani, P.A., Kelly, A.M., Buback, L., Asunka, J., Kirumbi, L., y Lyndon, A. (2020). Providers' perceptions of disrespect and abuse during childbirth: a mixed-methods study in Kenya. *Health Policy and Planning*, 35, 577-586.
- Asamblea parlamentaria del Consejo de Europa (2019). *Violencia obstétrica y ginecológica*. Recuperado de: <https://www.europarl.europa.eu/porta/es>
- Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa (2021). *Estrategia de la unión para la igualdad de género*. Recuperado de: <https://www.europarl.europa.eu/porta/es>
- Borges, D.L., Sánchez, M.R., y Domínguez, H.R. (2018). El parto humanizado como necesidad para la atención integral a la mujer. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 44(3), 1-12.
- Bradfield, Z., Hauck, Y., Kelly, M., y Duggan, R. (2019). "It's what midwifery is all about": Western Australian midwives' experiences of being 'with woman' during labour and birth in the known midwife model. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 19(1), 29. doi: 10.1186/s12884-018-2144-z
- Cardona-Arias, J., Román-Jurado, L.F., y Suárez-Fernández, L.V. (2021). Revisión sistemática sobre calidad de vida relacionada con la salud en gestantes 2008-2019. *Hechos Microbiológicos*, 12(1), 18-29. doi: 10.17533/10.17533/udea.hm.v12n1a03
- Cunha-Rodrigues, F.A., Gama-Lira, S.V., Hilário-Magalhães, P., Luiza, A., Freitas, V., da Silva-Mitros, V.M., y Almeida, P. (2017). Violence obstetric in the parturition process in maternities linked to the Stork Network. *Sociedade Brasileira de Reprodução Humana*, 32(2), 78-84. doi: 10.1016/j.recli.2016.12.001
- Hunter, A., Devane, D., Houghton, C., Grealish, A., Tully, A., y Smith, V. (2017). Woman-centred care during pregnancy and birth in Ireland: thematic analysis of women's and clinicians' experiences. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(1), 322. doi: 10.1186/s12884-017-1521-3
- Majlesi, M., Montazeri, A., Rakhshani, F., Nouri-Khashe-Heiran, E., y Akbari, N. (2020). 'No to unnecessary caesarean sections': Evaluation of a mass-media campaign on women's knowledge, attitude and intention for mode of delivery. *Plos One*, 15(8), e0235688. doi: 10.1371/journal.pone.0235688
- Martínez, L. (2021). *La violencia obstétrica tendrá la consideración de violencia contra las mujeres en la Comunitat Valenciana*. Recuperado de: https://www.eldiario.es/comunitat-valenciana/politica/violencia-obstetrica-tendra-consideracion-violencia-mujeres-comunitat-valenciana_1_8502287.html
- Mejía-Merino, C.M., Zapata, L.-F., Molina-Berrio, D.P., y Arango-Urrea, J.D. (2018). Dehumanization during Delivery: Meanings and Experiences of Women Cared for in the Medellín Public Network. *Investigación y Educación en Enfermería*, 36(1). doi: 10.17533/udea.iee.v36n1e03
- Msele, L.T., Kohi, T.W., y Dol, J. (2018). Barriers and facilitators to humanizing birth care in Tanzania: findings from semi-structured interviews with midwives and obstetricians. *Reproductive Health*, 15(1), 137. doi: 10.1186/s12978-018-0583-7
- Oliveira, V. y Penna, C. (2017). Discussing obstetric violence through the voices of women and health professionals. *Texto & Contexto – Enfermagem*, 26.
- Organización Mundial de la Salud (2015). *Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea*. Recuperado de: <https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-RHR-15.02#:~:text=Desde%201985%2C%20los%20profesionales%20de,como%20en%20pa%C3%ADses%20en%20desarrollo>
- Organización Mundial de la Salud (2018). *WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience*. Recuperado de: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550215>
- Ramos, P.A.R. y Ávila, L.A. (2017). La violencia obstétrica, otra forma de violencia contra la mujer. El caso de Tenerife. *MUSAS. Revista de Investigación en Mujer, Salud y Sociedad*, 2(2), 56-74.
- Ribeiro-Rodrigues, M.A (2018). Análisis exploratorio de los cuidados al parto en Nicaragua desde el marco de los derechos sexuales y reproductivos. *Anuario de Estudios Centroamericanos*, 44, 399-427.
- Rodríguez-Mir, J. y Martínez-Gandolfi, A. (2021). La violencia obstétrica: una práctica invisibilizada en la atención médica en España. *Gaceta Sanitaria*, 35(3), 211-212. doi: 10.1016/j.gaceta.2020.06.019
- Rodríguez-Roque, S., Rodríguez-Rico, D., Rodríguez-Rico, G., y Jiménez-Malavé, R. (2020). Violencia obstétrica: conducta del personal médico y percepción de las usuarias en las salas de parto. Estudio multicéntrico, estado Anzoátegui. *Revista Obstétrica Ginecológica de Venezuela*, 80(4), 280-291. Recuperado de: <https://www.researchgate.net/publication/346939981>
- Shimoda, K., Horiuchi, S., Leshabari, S., y Shimpuku, Y. (2018). Midwives' respect and disrespect of women during facility-based childbirth in urban Tanzania: a qualitative study. *Reproductive Health*, 15, 8.

Silal, S.P., Penn-Kekana, L., Harris, B., Birch, S., y McIntyre, D. (2012). Exploring inequalities in access to and use of maternal health services in South Africa. *BMC Health Services Research*, 12, 120. doi: 10.1186/1472-6963-12-120

Souza, K.J., Rattner, D., y Gubert, M.B. (2017). Institutional violence and quality of service in obstetrics are associated with postpartum depression. *Revista de Saude Publica*, 51, 69. doi: 10.1590/S1518-8787.2017051006549