

Violencia obstétrica y trastorno de estrés postraumático en el postparto de mujeres

Una revisión

Obstetric violence and postpartum post-traumatic stress disorder in women: A review
Violência obstétrica e transtorno de estresse pós-traumático no pós-parto de mulheres: Uma revisão



Eva Grasa Mairal
Guadalupe Germano

SEMANTO_ID

Photo By/Foto:

Rip
18³

Volumen 18 #3 sep-dic
18 Años



Revista Iberoamericana de

Psicología

ISSN-L: 2027-1786 | e-ISSN: 2500-6517
Publicación Cuatrimestral

ID: [10.33881/2027-1786.rip.18303](https://doi.org/10.33881/2027-1786.rip.18303)

Title: Obstetric violence and postpartum post-traumatic stress disorder in women
Subtitle: A review
Título: Violencia obstétrica y trastorno de estrés postraumático en el postparto de mujeres
Subtítulo: Una revisión
Título: Violência obstétrica e transtorno de estresse pós-traumático no pós-parto de mulheres
Subtítulo: Uma revisão

Alt Title / Título alternativo:

[en]: Obstetric violence and postpartum post-traumatic stress disorder in women: a review
[es]: Violencia obstétrica y trastorno de estrés postraumático en el postparto de mujeres: una revisión
[pt]: Violência obstétrica e transtorno de estresse pós-traumático no pós-parto de mulheres: Uma revisão

Author (s) / Autor (es):

Grasa Mairal & Germano

Keywords / Palabras Clave:

[en]: Obstetric violence, Postpartum, Post-traumatic stress disorder, PTSD, Woman
[es]: Mujer, Postparto, TEPT, Trastorno de estrés postraumático, Violencia obstétrica
[pt]: Mulher, Pós-parto, TEPT, Transtorno de estresse pós-traumático, Violência obstétrica

Submitted: 2024-12-13

Accepted: 2025-02-18

Resumen

La violencia obstétrica (VO) es una forma de violencia de género ejercida durante la gestación, el parto e/ou el posparto. Este estudio se centra en analizar el impacto de esta violencia en la salud mental de las mujeres, específicamente en el desarrollo del trastorno de estrés post-traumático (TEPT) posparto. Se realizó una revisión sistemática siguiendo el método PRISMA, seleccionando 15 estudios empíricos publicados entre 2019 y 2024. Los resultados confirmaron una relación entre la VO y el TEPT, evidenciando que la sintomatología aumenta con el tiempo transcurrido desde el parto. Fueron identificadas como prácticas de VO más perjudiciales el abuso físico y verbal, la falta de consentimiento en intervenciones, la negligencia y la deshumanización del proceso de parto. La prevalencia de TEPT posparto varía entre 6% y 20%, siendo mayor en mujeres que sufrieron VO. Como factores protectores destacan el tratamiento respetuoso por parte de los profesionales de salud, el apoyo continuo de un pareja, familiar o doula, y el empoderamiento de las mujeres durante el parto. También son beneficiosas prácticas como el contacto piel a piel y el inicio precoz de la lactancia. Estos hallazgos resaltan la necesidad de implementar políticas de atención perinatal respetuosa y de capacitar al personal de salud para prevenir la VO y sus consecuencias. La percepción del proceso de parto y del tratamiento recibido tienen efectos duraderos en la salud mental materna, afectando el vínculo madre-bebé y la calidad de vida a largo plazo.

Abstract

Obstetric violence (OV) is a form of gender-based violence exercised during pregnancy, childbirth, and/or the postpartum period. This study focuses on analyzing its impact on women's mental health, specifically the development of postpartum post-traumatic stress disorder (PTSD). A systematic review was conducted following the PRISMA method, selecting 15 empirical studies published between 2019 and 2024. The results confirmed a relationship between OV and PTSD, showing that symptoms increase over time after childbirth. The most harmful OV practices identified include physical and verbal abuse, lack of consent for interventions, negligence, and the dehumanization of the birthing process. The prevalence of postpartum PTSD ranges between 6% and 20%, being higher in women who experienced OV. Protective factors include respectful treatment by healthcare professionals, continuous support from a partner, family member, or doula, and the empowerment of women during childbirth. Beneficial practices such as skin-to-skin contact and early initiation of breastfeeding were also highlighted. These findings emphasize the need to implement respectful perinatal care policies and train healthcare personnel to prevent OV and its consequences. The perception of the birthing process and the care received has lasting effects on maternal mental health, affecting the mother-baby bond and long-term quality of life.

Resumo

A violência obstétrica (VO) é uma forma de violência de gênero exercida durante a gravidez, o parto e/ou o pós-parto. Este estudo foca em analisar o impacto dessa violência na saúde mental das mulheres, especificamente no desenvolvimento do transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) pós-parto. Foi realizada uma revisão sistemática seguindo o método PRISMA, selecionando 15 estudos empíricos publicados entre 2019 e 2024. Os resultados confirmaram uma relação entre a VO e o TEPT, evidenciando que a sintomatologia aumenta com o tempo decorrido desde o parto. Foram identificadas como práticas de VO mais prejudiciais o abuso físico e verbal, a falta de consentimento em intervenções, a negligência e a desumanização do processo de parto. A prevalência de TEPT pós-parto varia entre 6% e 20%, sendo maior em mulheres que sofreram VO. Como fatores protetores destacam-se o tratamento respeitoso por parte dos profissionais de saúde, o apoio contínuo de um parceiro, familiar ou doula, e o empoderamento das mulheres durante o parto. Também são benéficas práticas como o contato pele a pele e o início precoce da amamentação. Esses achados ressaltam a necessidade de implementar políticas de atendimento perinatal respeitoso e de capacitar o pessoal de saúde para prevenir a VO e suas consequências. A percepção do processo de parto e do tratamento recebido tem efeitos duradouros na saúde mental materna, afetando o vínculo mãe-bebê e a qualidade de vida a longo prazo.

Citar como:

Grasa Mairal, E. & Germano, G. (2025). Violencia obstétrica y trastorno de estrés postraumático en el postparto de mujeres: Una revisión. **Revista Iberoamericana de Psicología**, 18 (3), 29-43. Obtenido de: <https://reviberopsicologia.iberu.edu.co/article/view/3168>

Eva **Grasa Mairal**, Mgtr Psi

ORCID: [0000-0002-6099-1796](https://orcid.org/0000-0002-6099-1796)

Source | Filiación:

Universidad a distancia de Madrid (UDIMA); Asapme Huesca (Asociación Oscense pro Salud Mental)

BIO:

Máster en Psicología General Sanitaria y en Sexología Clínica. Grado en Psicología con mención en Psicología de la Salud e Intervención en Trastornos Mentales y del Comportamiento

City | Ciudad:

Huesca [sp]

e-mail:

evagrasamairal@cop.es

Dra Lic Guadalupe **Germano**, Dra Esp[Psi]

Research ID: [Guadalupe-Germano](https://orcid.org/Guadalupe-Germano)

ORCID: [0000-0003-2896-6272](https://orcid.org/0000-0003-2896-6272)

Source | Filiación:

Centro de investigaciones en psicología y psicopedagogía (CIPP), Pontificia Universidad Católica Argentina (UCA); Universidad a distancia de Madrid (UDIMA)

BIO:

Doctorado y Licenciatura en Psicología. Especialización en Orientación Vocacional y Educativa

City | Ciudad:

Buenos Aires [ar]

e-mail:

guadalupe_germano@uca.edu.ar

Violencia obstétrica y trastorno de estrés postraumático en el postparto de mujeres

Una revisión

Obstetric violence and postpartum post-traumatic stress disorder in women: A review
Violência obstétrica e transtorno de estresse pós-traumático no pós-parto de
mulheres: Uma revisão

Eva **Grasa Mairal**
Guadalupe **Germano**

INTRODUCCIÓN

El parto es una etapa clave en la vida de las mujeres, marcada por cambios físicos, psicológicos y socioculturales que influyen tanto en su bienestar como en el del bebé (**Jha et al., 2018**). Para la mayoría, es una experiencia positiva asociada con alegría y satisfacción. Los sistemas de salud han desarrollado diversas estrategias para favorecer un parto positivo, entendido como aquel en el que la mujer se siente apoyada, en control, segura y respetada. Este tipo de experiencia puede generar confianza, una sensación de logro y beneficios en el bienestar psicosocial a corto y largo plazo (**Leinweber et al., 2023; Price et al., 2021**).

Sin embargo, una proporción de mujeres experimenta malestar significativo tras el parto, llegando en algunos casos a desarrollar trastorno de estrés postraumático (**TEPT**). Según el DSM-5, el TEPT es un trastorno caracterizado por síntomas consecuencia de haber sufrido un evento traumático, ya sea por una amenaza real o percibida por la persona. Tales síntomas pueden ser recuerdos, sueños angustiosos recurrentes, reacciones disociativas, malestar psicológico, reacciones fisiológicas intensas, conductas de evitación, alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo, aumento de alerta e irritabilidad (**American Psychiatric Association, 2013**).

Así, al poner el foco en las consecuencias negativas del parto, una revisión sistemática reciente identificó los factores de riesgo asociados con el diagnóstico de TEPT después del parto. Concluyó que las intervenciones obstétricas, la violencia obstétrica, la experiencia de un evento traumático o depresión y/o ansiedad, así como una enfermedad mental previa, son factores asociados con el diagnóstico de TEPT después del parto (Khsim et al., 2022). En la misma línea, Kendall-Tackett (2014) refiere que entre los factores de riesgo para un parto traumático se incluyen las acciones del personal sanitario, la pérdida perinatal previa, antecedentes de abuso o trauma, y la etnicidad. Además, Woldegeorgis et al. (2024) mencionan como factores asociados al posible desarrollo de trauma el parto prolongado, la mala presentación fetal, el parto vaginal instrumentado y la macrosomía. Por otro lado, informes de insatisfacción con la experiencia del parto suelen estar relacionados con descripciones de partos complicados, negativos o traumáticos (Dahlen et al., 2010). Por su parte, Ramírez Matos (2020) menciona que existen variables facilitadoras para el desarrollo del TEPT, tales como el alto intervencionismo obstétrico, la cesárea no respetuosa, la separación del recién nacido y la percepción de que el trato recibido no fue el adecuado. Finalmente y en sentido contrario, Hernández-Martínez et al. (2020) indican que las mujeres que están preparadas psicológicamente para el parto, experimentan contacto piel con piel con su recién nacido y tuvieron una sensación de control físico a través de la analgesia epidural, tienen menos probabilidades de experimentar el parto como traumático.

Soet et al. (2003) sugieren que, en el Reino Unido, hasta el 34% de las mujeres describen el parto como traumático. En Australia, se halló que una de cada tres mujeres seguía experimentando síntomas de trauma entre 4 y 6 semanas después de un parto traumático (Creedy et al., 2000). En la misma línea, en un estudio realizado con mujeres suecas y australianas, Waldenstrom et al. (2004) encontraron que entre el 5 y el 7% continuaban insatisfechas con su experiencia de parto después de 2 a 4 meses. Ayers et al. (2016) mencionan que el 3.17% de las mujeres reportan TEPT después del parto. Otra revisión sistemática reciente con metaanálisis sobre el TEPT encontró tasas de prevalencia del 3,3% durante el embarazo y un 4% adicional durante el período posparto, principalmente en relación con eventos traumáticos durante el parto (Yildiz et al., 2017). Por otro lado, en España, sobre una muestra de 17.541 mujeres, el 38.3% percibió haber sufrido violencia obstétrica (Mena-Tudela et al., 2020).

Continuando con el tema de las prevalencias, un estudio realizado por Soussia et al. (2023) indica que el TEPT posparto prevalece en el 5.8% de las mujeres tunecinas. A este hallazgo, una investigación posterior también en mujeres tunecinas refiere que, aunque sin llegar a cumplir con los criterios del TEPT, el 18.4% de las mujeres presentan algunos de los síntomas de TEPT (Sghaier et al., 2024). Fraga et al. (2023) reportan una prevalencia del TEPT después del parto entre el 1,5 % y el 6 %. Osório et al. (2024) encontraron que de un total de 427 mujeres que dieron a luz en hospitales del sudeste de Brasil, el 51.3% consideraron que el parto fue moderadamente o extremadamente traumático y el 50.9% cumplió con el criterio A de TEPT.

Entre las principales consecuencias, el TEPT de la madre puede llevar a problemas de apego en el posparto, dificultades en el vínculo materno-infantil, evitación de futuros embarazos, afrontamiento deficiente e incluso depresión (Ayers et al., 2016; Christie et al., 2019; Kendall-Tackett, 2014; Silva-Fernández et al. 2023). Además, se ha observado que las mujeres con TEPT pueden ser más propensas a adoptar conductas de evitación, tanto a nivel físico como psicológico, lo que lleva a estas mujeres a evitar futuros embarazos o el contacto con entornos relacionados con la violencia obstétrica (Taylor Miller et al., 2021). Finalmente, se ha documentado que el TEPT se relaciona con un mayor riesgo de desarrollar depresión posparto, agravando aún

más el impacto que esta problemática tiene sobre la salud mental de la madre, su calidad de vida y su capacidad para buen ejercicio de la maternidad (Wickham & Pampus, 2023).

De todos los factores de riesgo mencionados, este estudio se centrará únicamente en la violencia obstétrica (VO). La Organización Mundial de la Salud (2014) define la VO como un tipo de violencia de género que se aplica durante el embarazo, parto, puerperio en centros hospitalarios. Se muestra mediante el maltrato físico, sexual o verbal; la realización de acciones de intervención sin previo consentimiento, tales como episiotomías, cesáreas y/o la instrumentalización del parto; falta de confidencialidad, trato estigmatizado y discriminatorio por cuestiones, culturales, éticas, edad, de sexo. Una definición muy apropiada es:

el acto de ignorar la autoridad y la autonomía que las mujeres tienen sobre su sexualidad, sus cuerpos, sus bebés y sus experiencias de gestación y parto. Es también el acto de ignorar la espontaneidad, las posturas, los ritmos y los tiempos que el parto requiere para progresar con normalidad. Y es además el acto de ignorar las necesidades emocionales de la madre y del bebé en cualquier momento del embarazo, del parto y del posparto inmediato (Ricoy, 2013, en Asociación El Parto Es Nuestro, 2016, p. 3).

La primera definición del concepto VO corresponde al año 2007 en Venezuela, tal como indican Ramos y cols. (2023). Nos separan menos de 20 años con ese enunciado, por lo que ya se atisba que es un campo joven de investigación. Se refiere a la usurpación de procesos reproductivos y cuerpos de las mujeres por parte de los profesionales de atención sanitaria, ofreciendo los servicios con un trato no adecuado, instrumentalizando de manera innecesaria procesos naturales, sin consentimiento, mermando así la autonomía y libre elección de las mujeres afectadas, obteniendo un impacto negativo en su calidad de vida.

La VO puede desencadenar en diferentes consecuencias, tanto para la madre, como para el bebé y la díada, es decir, madre e hijo/a. Además, conlleva actos como el maltrato, la medicalización excesiva e intervenciones innecesarias. Las consecuencias psicológicas de la violencia obstétrica después del parto incluyen depresión y, tal como se mencionó previamente, TEPT (Bohren et al., 2015). Un aspecto muy significativo es que la experiencia de haber sufrido VO impide que muchas mujeres utilicen servicios de salud institucionales para el parto. Como consecuencia, esto aumenta los riesgos de complicaciones prevenibles y mortalidad materna (Gebremichael et al., 2018; Valley, 2023).

Si bien existe evidencia sobre este tema, la misma es bastante reciente y se encuentra atomizada. Sin embargo, es de notar que Khsim et al. (2022) llevaron a cabo una revisión sistemática sobre los factores de riesgo asociados con el diagnóstico de TEPT posparto. Entre sus principales hallazgos, identificaron que las intervenciones obstétricas, la violencia obstétrica, la experiencia de un evento traumático, la depresión y/o ansiedad, así como la presencia de una enfermedad mental previa, son factores asociados con el diagnóstico de TEPT después del parto. Sin embargo, su revisión no profundiza en la VO como una variable clave en esta relación, ni analiza de manera específica sus diferentes formas y la magnitud de su impacto en la salud mental materna. Por ello, el presente trabajo se orientó a realizar una revisión sistemática para recabar estudios empíricos que evidencien la posible relación entre haber padecido VO y sufrir TEPT en el posparto. En contraste con la revisión previamente mencionada, nuestro estudio no solo indaga la relación entre la violencia obstétrica y el TEPT posparto, sino que también se centra en analizar con mayor

profundidad la conceptualización de la VO, identificando sus diversas modalidades y su asociación con en el desarrollo de esta patología.

En base a los antecedentes hasta aquí recorridos, esta revisión se plantea como objetivo general revisar la evidencia científica respecto a la relación entre la VO y el TEPT. Por otro lado, se busca conocer las acciones y naturaleza de la VO que tienen un mayor impacto negativo en las mujeres puérperas. Por último, descubrir factores protectores que faciliten la prevención de la salud materna. De esta forma, se considera que el presente trabajo contribuye a la literatura en dos niveles: brindando una revisión estructurada de los factores de riesgo y consecuencias del TEPT posparto con un foco explícito en la VO, y profundizando en la conceptualización de la VO como un fenómeno de salud pública que puede exacerbar la sintomatología postraumática y generar efectos adversos tanto en la madre como en la díada materno-infantil. Estos hallazgos ponen en evidencia la necesidad de desarrollar investigaciones futuras que profundicen en la especificidad del vínculo entre la VO y el TEPT, considerando su relación con otros factores de riesgo y evaluando el impacto de los factores protectores identificados en esta revisión.

MÉTODO

Se realizó una revisión sistemática, entendida como un proceso estructurado y transparente para identificar, evaluar y sintetizar la evidencia científica disponible sobre un tema específico (Page et al., 2021). Se siguieron las pautas establecidas por el método PRISMA que perfilan los pasos a seguir en este tipo de estudios. La revisión se llevó a cabo en el primer semestre de 2024.

Búsqueda e identificación de estudios

La búsqueda se realizó en bases de datos indexadas reconocidas: ProQuest ($n=97$), PubMed ($n=123$) y Scielo ($n=39$) mediante estrategias avanzadas con operadores booleanos. Se seleccionaron documentos que contuvieran datos empíricos (**estudios cuantitativos y cualitativos**) publicados en revistas científicas con revisión por pares y, en algunos casos, tesis de posgrado que, aunque no siempre atraviesan el mismo proceso de revisión, aportan información relevante al campo y suelen derivar en publicaciones en revistas científicas. Se excluyeron artículos exclusivamente teóricos, revisiones sistemáticas, noticias y textos de opinión.

Las búsquedas avanzadas realizadas para obtener los estudios han sido las siguientes:

- Búsqueda 1: noft("TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO") AND noft("MUJER").
- Búsqueda 2: noft("POSTPARTUM") AND noft("VIOLENCE") AND noft("OBSTETRIC") NOT fulltext("DOMESTIC").
- Búsqueda 3: noft("POSTNATAL") AND noft("VIOLENCE") AND noft("OBSTETRIC") NOT "DOMESTIC".

Noft equivale a cualquier campo excepto texto completo.

En inglés se han realizado dos búsquedas, dado que la palabra tesauruso postnatal arroja diferentes resultados de postpartum, en castellano ambas se recogen en posparto. En la base de datos Scielo, la

búsqueda se ha limitado a relacionar TEPT con mujer, ya que con esta búsqueda se arrojaban pocos resultados y se realizó una búsqueda eficiente con operadores booleanos.

Posteriormente al realizar lecturas de los artículos arrojados en la búsqueda de Pubmed, se han localizado tres artículos interesantes sobre VO y TEPT. En dos de ellos se comentaba de manera transversal violencia de pareja, pero no era el tema central de los estudios. Se han añadido a los resultados de la muestra, detallados en la casilla de registros adicionales identificados a través de otras fuentes, ya que aparecieron como sugerencia de lectura y no por la búsqueda realizada mediante búsqueda booleana.

En el cribado solamente han quedado 68 publicaciones, eliminando 194 por ser duplicadas. De éstos, 4 se han eliminado por no garantizar la temática seleccionada, no ser estudios empíricos, sino noticias, artículos de opinión de revistas científicas o bien eran artículos sin acceso a texto completo. Así pues, tras la lectura de los 64 estudios y aplicar procedimiento de elegibilidad, ha quedado una muestra final de 15 estudios. Se ha garantizado que todos los archivos incluidos sean de acceso a texto completo. Desestimando los 49 restantes por los siguientes motivos: no incluyen datos temática TEPT ($n=42$), no incluyen datos temática VO ($n=7$).

Criterios de inclusión y exclusión

Se buscaron estudios empíricos cuantitativos y cualitativos en los que se ponga de manifiesto la relación entre VO y TEPT, escritos en cualquier idioma, ya que se tradujeron las páginas Web mediante herramientas informáticas.

Se excluyeron estudios con fecha de publicación anterior a 2019 para garantizar la inclusión de evidencia reciente, considerando los cambios en la práctica obstétrica y la creciente atención científica sobre la temática. Si bien la VO ha sido reconocida desde hace más de dos décadas (Ramos et al., 2023), los estudios recientes han avanzado en la identificación de nuevos factores de riesgo, formas de manifestación de la VO y su impacto en la salud mental materna, lo que justifica la selección de investigaciones más actuales. Asimismo, se excluyeron investigaciones sobre violencia doméstica o de pareja, ya que no constituyen el foco central de la revisión.

Después de haber realizado las búsquedas, se localizaron dos artículos incluidos como publicaciones adicionales que, debido al criterio de exclusión mencionado, no aparecieron en las búsquedas realizadas, pero al leer otros artículos arrojados en la búsqueda, se encontraron como sugerencias de lectura y tras su revisión, se consideró que eran aptos para incluirlos en la muestra final, ya que tenían una gran relación de VO y TEPT, mencionando de manera transversal la violencia de pareja, pero sin que sea tema central de los estudios. También se incluyó un artículo localizado mediante el buscador Google Scholar. Se decide matizar este detalle, para garantizar la replicabilidad de la revisión.

Por otro lado, en inglés se han realizado dos búsquedas, dado que la palabra tesauruso postnatal arroja diferentes resultados de postpartum, en castellano ambas se recogen en posparto. En la base de datos Scielo, la búsqueda se ha limitado a relacionar TEPT con mujer, ya que con esta búsqueda se arrojaban pocos resultados y se realizó una búsqueda eficiente con operadores booleanos.

En la Tabla 1 se representan los principales criterios utilizados para incluir o excluir los artículos como parte de la muestra final.

Tabla 1
Criterios de selección

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
Temática VO y TEPT	Sin acceso a texto completo
Estudios empíricos con metodología cuantitativa y cualitativa	Temática central violencia de la pareja y doméstica
Artículos científicos publicados	Artículos teóricos y revisiones sistemáticas
Tesis empíricas	Artículos de noticias u opinión
Escritos en cualquier idioma	Tesis con instrumentos ad hoc
Publicados entre 2019 – 2024	Publicados hace más de cinco años

Valoración de validez interna

Para garantizar la validez interna y reducir posibles sesgos, la revisión de cada artículo fue realizada por dos investigadores independientes, resolviéndose discrepancias mediante discusión y consenso con un tercer revisor.

Plan de análisis de datos

Todas las investigaciones han sido exportadas a una hoja de cálculo, en formato Excel para, mediante filtros, eliminar los duplicados. Luego de la lectura de las publicaciones cribadas, se seleccionaron aquellas que cumplieren con los criterios de inclusión y, una vez escogida la muestra, se han querido destacar ciertas características para realizar un análisis de las publicaciones que la conforman. Se extrajeron los datos mediante un formulario estructurado, incluyendo autoría y fecha de publicación, título, tipo de diseño, información sobre los participantes, los instrumentos utilizados, las variables analizadas y los principales resultados. Vale destacar que, en cuanto a los resultados, se recogen los hallazgos relacionados con la VO y el TEPT, pero no se mencionan otros resultados relevantes de los estudios, pero que difieren a los temas seleccionados para la presente revisión. No se realizó metaanálisis debido a la heterogeneidad metodológica y conceptual de los estudios incluidos.

La muestra final incluyó 15 estudios, de los cuales 14 fueron artículos científicos y una tesis de maestría. Se analizaron diversas características de los estudios, incluyendo:

- ➔ Diseño: 13 estudios cuantitativos y 2 cualitativos.
- ➔ Tipo de estudio: 14 transversales y 1 longitudinal.
- ➔ Muestreo: 4 estudios utilizaron muestreo deliberado y 11 de conveniencia.
- ➔ Contexto: 14 estudios se realizaron en entornos hospitalarios y 1 en un contexto penitenciario.
- ➔ Tamaño muestral: Entre 30 y 2256 participantes, con una mediana de 611 y una media de 870.

Consideraciones éticas

Esta revisión sistemática se realizó respetando principios éticos de transparencia y rigor científico. Se garantizó el acceso a la información

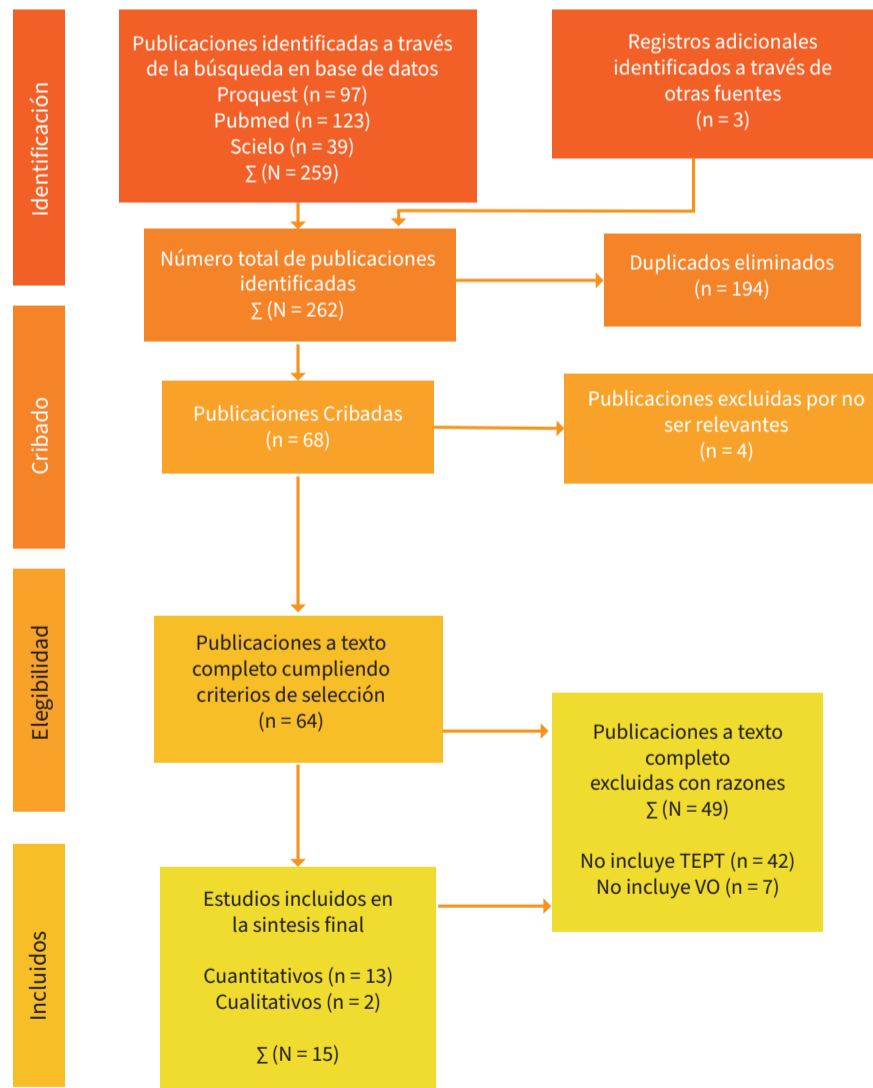
respetando los derechos de autor y utilizando bases de datos de acceso abierto y repositorios institucionales. Para los estudios revisados, se verificó la presencia de declaraciones éticas y aprobaciones de comités de ética cuando correspondía. No se manipularon datos ni se excluyeron estudios arbitrariamente, y se siguieron las recomendaciones PRISMA para asegurar la replicabilidad de los resultados.

Finalmente, se verificó si la revisión podía registrarse en una base de datos internacional de revisiones sistemáticas. Sin embargo, debido a que no se trata de una revisión Cochrane ni de un protocolo prospectivo, no se realizó un registro formal. No obstante, se adhiere a los lineamientos PRISMA para garantizar la transparencia en el proceso de revisión.

RESULTADOS

La muestra final la conforman 14 artículos y una tesis, otorgando una muestra final de 15 estudios. Con ellos, se pretende contrastar la hipótesis de trabajo planteada. En la Figura 1 se puede observar el diagrama de flujo en el que se plasma el proceso seguido para llegar a los resultados finales.

Figura 1
Diagrama de Flujo según Modelo Prisma para la Revisión Sistemática



Nota. Flujo de información para la revisión sistemática de la literatura según Moher et al. (2009)

Esta revisión sistemática se presenta siguiendo las directrices de la declaración PRISMA para mejorar la transparencia en la síntesis de evidencia de estudios empíricos para lo que se siguió el plan de análisis de datos establecido en el apartado anterior (ver Tabla 2).

Caracterización de los estudios incluidos en la revisión sistemática

En relación con el país y autoría de procedencia, los estudios seleccionados se realizaron en los siguientes países por orden de volumen: España ($n=6$; 40%), Rusia ($n=3$; 20%), Francia ($n=2$; 13.33%), Estados Unidos ($n=1$; 6.66%), Alemania ($n=1$; 6.66%), China ($n=1$; 6.66%) y Tanzania ($n=1$; 6.66%). Se destaca que el 60% pertenecen a la Unión Europea ($n=9$). Respecto a la autoría, vale mencionar que de los estudios de España ($n=6$), en dos aparecen como autores Martínez-Rodríguez, Rodríguez-Almagro y Hernández-Martínez (2021a, 2021b). Por otro lado, las investigaciones de Rusia ($n=3$), son todas de los mismos autores (Suárez & Yakupova, 2023; Yakupova et al., 2021; Yakupova & Suárez, 2022).

En segundo lugar, respecto del diseño y metodología, los enfoques de las investigaciones son en su mayoría cuantitativos ($n=13$) y una menor parte cualitativos ($n=2$). Sobre el tipo de estudio, prácticamente todos son de corte transversal ($n=14$) y el restante, longitudinal.

En relación con el tipo de muestreo, en algunos casos fue deliberado ($n=4$) y otros de conveniencia ($n=11$). El contexto en el que se obtuvo la muestra fue mayoritariamente hospitalario ($n=14$), con la excepción del contexto penitenciario ($n=1$). Al considerar el tamaño de la muestra, existe un amplio rango de tamaño: de 30 a 2256 participantes. Con una mediana de 611 y una media de 870.

Tercero, al analizar las características de los participantes en los estudios revisados, se observa que todos se centran en mujeres y personas en capacidad de gestar, dado que la gestación y el parto son procesos biológicos que ocurren en este grupo poblacional. Si bien existen investigaciones sobre la experiencia del posparto en hombres, especialmente en su rol de acompañantes, y evidencia sobre cambios neurobiológicos en ellos durante este período (Barba-Müller, 2017), así como la posible presencia de depresión posparto en esta población (Pérez & Brahm, 2017), estos aspectos no son el foco de la presente revisión.

Se destaca que, de los estudios, solamente uno no da ningún dato sobre la edad y otro indica que la mayoría de la muestra se ubica en el rango 19-40 años, por lo que dichos estudios no se utilizaron para calcular el valor medio de la edad de la muestra por falta de información. Justamente esos estudios tienen 30 participantes, por lo que se infiere que esa falta de información no desvirtúa los hallazgos reportados. Así pues, el valor medio de edad con los 13 estudios que aportan datos es de 31.43 años ($DE=4.64$). Se observa que la mayoría de las investigaciones eran restringidas respecto de la edad, exigiendo la mayoría de edad o incluso más de 25 años como criterio de inclusión.

Causas y consecuencias del TEPT en presencia de VO

A continuación, se recogen las diferentes causas y consecuencias respecto al TEPT. Se enfatiza la coincidencia de mayor sintomatología TEPT conforme más casos de VO se experimentan ($n=5$), sin que ninguno de los restantes estudios contraríe dicha afirmación. El factor tiempo tiene su relevancia, pues cuanto más tiempo pasa desde el momento del parto, mayor sintomatología y reconocimiento de TEPT se detecta ($n=2$). Como consecuencia, se produce una disminución de

confianza tanto en la atención médica como con el sistema sanitario ($n=2$), lo que se traduce en aumentar partos posteriores en casa, con los riesgos que supone para la salud ($n=1$), o incluso reducir y mermar el deseo de tener futuros hijos ($n=1$).

Es importante destacar la necesidad que se evidencia en la falta de detección de síntomas y diagnóstico de TEPT para poder derivar y facilitar una atención adecuada tanto por el personal sanitario ($n=2$), como por la falta de instrumentos estandarizados ($n=1$). Por otro lado, se observa que producen mayores problemas de sintomatología los estereotipos negativos, faltas de respeto, violencia verbal o psicoafectiva ($n=5$). Así como un buen predictor de TEPT, el haber sufrido un parto traumático previo ($n=2$).

Caracterización de la VO

En relación con la VO, a partir de los estudios revisados se puede afirmar que tiene diversas modalidades. En algunos estudios de la muestra se detallan acciones con más detalle, en otras se relatan de manera más global, o incluso tienen un corte cualitativo, lo que dificulta su clasificación. Por ello, a continuación, se ofrece una agrupación en formato lista por orden de incidencia:

- Trato no adecuado ($n=10$), desglosando los siguientes motivos: discriminación ($n=2$), prohibición de ingerir durante el parto ($n=1$), atención descuidada ($n=3$), no alivio del dolor ($n=1$), falta de confidencialidad/privacidad ($n=1$), falta de comunicación ($n=2$)
- Maltrato psicológico – afectivo ($n=7$)
- Falta de consentimiento en las intervenciones ($n=4$)
- Maltrato físico ($n=4$)
- No respetar plan de parto ($n=2$)
- VO global ($n=1$)

Por otra parte, al poner el foco en el tema de las recomendaciones en base a los resultados hallados, los autores intentan ofrecer recomendaciones, poniendo en valor factores amortiguadores de la VO y sus efectos tales como el TEPT. Así, se ofrecen las agrupaciones logradas a modo de síntesis:

- Trato adecuado y mejoras comunicación médico paciente ética ($n=8$).
- Garantizar el acompañamiento de la persona elegida (acompañante/doula) ($n=5$).
- Realizar cambios significativos en el sistema de salud ($n=4$) tales como recursos humanos ($n=1$), atención psicológica ($n=1$), y políticas públicas y organizativas ($n=2$).
- Aumentar el apoyo emocional, social y gestión del dolor ($n=3$) a través de herramientas especializadas validadas en evaluar VO en mujeres ($n=2$); inicio de lactancia materna en la primera hora ($n=1$).
- Contacto piel con piel con el bebé ($n=1$).

Considerando los instrumentos utilizados en cada estudio de la muestra, se realizó una clasificación distinguiendo si tienen entrevistas ($n=3$) [semiestructuradas ($n=2$) y cognitiva ($n=1$)]; cuestionarios ad-hoc en caso de que no tengan instrumentos estandarizados ($n=3$); y con cuestionarios estandarizados ($n=11$). Vale puntualizar que existe una gran diversidad respecto a la evaluación mediante cuestionarios

estandarizados y se destaca que se reitera el uso de la Escala de depresión posparto de Edimburgo (EPPS) ($n=4$), del Cuestionario de estrés postraumático perinatal (PPQ) ($n=3$), y de la Escala de trauma de nacimiento en la ciudad (CBTS) ($n=2$). No se han hallado diferencias notables en las puntuaciones de estos. Por otro lado, es de notar que el PCL-5, siendo uno de los instrumentos validados en la tesis Palma Cinquemani (2023), es capaz de evaluar correctamente la existencia de TEPT en el posparto, evitando falsos positivos y falsos negativos, gracias al estudio llevado a cabo por Arora et al. (2024).

Análisis de resultados en función de los objetivos de la revisión sistemática

Finalmente, se detallan los resultados obtenidos de cada estudio, desglosándolos según los objetivos establecidos en la introducción.

Relación entre las variables de interés y características de la VO que tienen más impacto negativo

En primer lugar, al poner el foco en la relación entre VO y TEPT, el artículo en el que se estudia a una muestra racial y diversa en Estados Unidos (Dmowskka et al., 2023) destaca la invalidación de las necesidades durante el parto y la carencia de trato humanizado motivados por un racismo interseccional. Por otro lado, según González de la Torre et al. (2023), al 25% de la muestra se le prohibió ingerir alimentos o bebidas durante el parto, además de un 4.7%, siendo lo más reseñable que el 72% de las mujeres no se les pidió consentimiento para realizar intervenciones: episiotomía, rotura de membranas e inducción al parto. Diferentes situaciones de maltrato en mujeres púerperas presidiarias, tanto por parte de policías como del personal sanitario (Jubany-Roig & Guijarro, 2024). La falta de comunicación es clave (Yakupova et al., 2021), al igual que de apoyo durante el parto (Yakupova & Suarez, 2022).

Según Leavy et al. (2023), el 8.13% informó de falta de respeto durante el parto a los tres días, el cual aumentó significativamente en un 31%, cuando preguntó a los dos meses. La falta de respeto y añadiendo maltrato y falta de consentimiento, al igual que en el estudio de Malet et al. (2020), donde la mayor causa fue la falta de consentimiento 21.5%. añadiendo Limmer et al. (2023) que, de una muestra de 2045 mujeres, más del 77% informó de alguna forma de maltrato y falta de respeto, de las cuales 49.6% fue por motivos de discriminación y 40% por falta de consentimiento en las intervenciones. Yakupova y Suarez (2022) reportan el bullying, falta de consentimiento, amenazas, maniobra de Kristeller y no alivio del dolor.

Por su parte, Malet et al. (2020), señala la falta de recursos humanos y/o materiales, falta de manejo del dolor y haber tenido un parto anterior difícil como los mayores predictores de TEPT. Este último factor es replicado por el estudio de Suarez y Yakupova (2023).

Sanga y Jaho (2023) indican que, en una muestra de 307 mujeres, más de la mitad sufrieron violencia intraparto con los siguientes porcentajes: Falta de confidencialidad 66.8%, Abuso verbal 58%, Abuso físico 45.3%, Negligencia parteras 36.8%. Según Martínez Vázquez et al. (2021a; 2021b) se observó violencia verbal o psicoafectiva, falta de respeto de plan de parto y global. Por último, Palma Cinquemani (2023) que el 65.9% se debía a haber sufrido violencia física, concretamente por no haber respetado el ritmo natural del parto y la falta de consentimiento, mientras que el 24.2% se debía a violencia psicológica.

Según Dmowska et al. (2023), los estereotipos negativos primarios de los proveedores sanitarios causaron experiencias traumáticas de parto en las mujeres. Pese a tener sintomatología TEPT posteriormente, eludieron solicitar atención médica por ello, facilitando así el daño en la salud mental a largo plazo, coincidiendo con Limmer et al. (2023) respecto a salud mental, con una importante merma de la confianza en atención médica e incluso reduciendo el deseo de tener hijos futuros. Similares son las conclusiones recogidas por Sanga y Jaho (2023), en las que el TEPT debido a la VO produce desconfianza hacia el sistema sanitario y disminuye la probabilidad de siguientes partos en centros de salud, con los consecuentes riesgos para la salud tanto para la madre como para el bebé.

En el estudio llevado a cabo en España con muestra presidiaria de Jubany-Roig y Guijarro (2024), las mujeres muestran síntomas TEPT, pero la falta de evaluación médica conlleva que no se presenten datos al respecto, por lo que tampoco hay tratamiento.

Leavy et al. (2023) evidencian que el 10.56% de la muestra sufre TEPT a los 2 meses del parto, un 4.06% mayor respecto a la medición a los tres días del parto. También se encontraron datos que cortejaban en aumento de sintomatología con el paso del tiempo Yakupova et Suárez (2022), con una mayor tasa del 15% de TEPT: Cuantos más casos y situaciones de VO experimentan la mujer, más síntomas y probabilidad de padecer TEPT tendrá lugar en el posparto, y más todavía conforme pase el tiempo, pudiendo tener lugar en el posparto tardío muy probablemente. Resulta reseñable la prevalencia del 6.1% de TEPT en la muestra de 1136 del estudio de Liu et al. (2021).

Yakupova et al. (2021) encuentran que la prevalencia del TEPT posparto oscila entre el 15% - 18%, variando escasamente 2%, mientras que en el estudio que realiza junto a Suárez (2022), la prevalencia es del 20%, en ambos estudios llevado a cabo con mujeres rusas. Suárez y Yakupova (2023) y Palma Cinquemani (2023) coinciden en porcentajes muy similares en mujeres con síntomas de diagnóstico TEPT posparto, 20.5% y 19.2% respectivamente.

En ambos estudios de Martínez-Vázquez et al. (2021a; 2021b), se prevé un alto riesgo de padecer TEPT posparto, concretamente en 13 de cada 100 mujeres, así como en un 12.7% respectivamente, obteniendo una puntuación de 9.10 puntos (PPQ).

Detección de factores protectores

En relación con el tercer objetivo específico del estudio, como factor protector Dmowska et al. (2023) destacan los beneficios del acompañamiento de una doula durante el trabajo de parto, reivindicando la necesidad de cambios significativos en el sistema de salud para garantizar una atención digna. Por su parte, Malet et al. (2020) priorizan el aumentar los recursos humanos y/o materiales, además de facilitar un mejor manejo del dolor.

Rodríguez Coll et al. (2020), al igual que, González de la Torre et al. (2023), evidencian la necesidad de herramientas específicas validadas para evaluar la percepción de VO, utilizar planes de parto como medio para mejorar la comunicación médico paciente. Sin detallar que la necesidad sea de instrumentos de medida, Jubany-Roig y Guijarro (2024), inciden en la necesidad de evaluación médica de las mujeres, en su estudio presidiarias, detallando que sea una detección precoz de síntomas TEP para derivar y atender adecuadamente (Liu et al. 2021), así como mejorar la atención psicológica.

Atención respetuosa y apropiada son factores protectores que se reseñan en distintos artículos (Leavy et al., 2023; Limmer et al., 2023; Martínez Vázquez et al., 2021a; Martínez Vázquez et al., 2021b). Además, Martínez Vázquez et al. (2021a) resaltan la lactancia materna en la primera hora de vida del bebé como un buen elemento preventivo. En relación con el bebé, el contacto piel con piel también es un componente protector (Palma Cinquemani, 2023).

Se enfatiza tanto el acompañamiento de la pareja, como que se perciba un apoyo social adecuado para empoderar a las mujeres (Martínez Vázquez et al., 2021a; Martínez Vázquez et al., 2021b; Palma Cinquemani, 2023; Rodríguez et al., 2020; Sanga & Joho, 2023; Suarez & Yakupova 2023; Yakupova et al., 2021; Yakupova & Suárez, 2022).

A continuación, en la Tabla 2, se detallan características de los artículos incluidos en la muestra.

Tabla 2
Resumen de los artículos incluidos en la revisión sistemática

Autor	Título	Año	Diseño	País	Muestra	Edad	Motivo de estudio	Instrumentos	Resultados
Dmowska et al.	The intersection of traumatic childbirth and obstetric racism: A qualitative study.	2023	Diseño no experimental. Enfoque cualitativo. Estudio transversal.	Estados Unidos	30 madres de color con parto traumático	No hay datos	Investigar partos traumáticos en muestra racial diversa y minoritaria de Estados Unidos	Entrevistas semiestructuradas.	Los estereotipos negativos de los profesionales de la salud moldearon sus experiencias de parto traumático. Invalidez de necesidades, falta de trato humanizado. Síntomas TEPT, evitaron pedir ayuda médica. Beneficios doula.
González de la Torre et al.	Cultural Adaptation, Validation and Evaluation of the Psychometric Properties of an Obstetric Violence Scale in the Spanish Context.	2023	Estudio instrumental. Diseño no experimental. Enfoque cuantitativo. Estudio transversal.	España	256 mujeres Las Palmas acudieron a matrona en semanas 0-6 posparto.	La edad media fue de 31.66 años (DE = 5.54) (Mín.= 18; Máx.=46)	Realizar la adaptación cultural y validación de una escala de violencia obstétrica existente de 14 ítems en el contexto español y evaluar sus propiedades psicométricas.	Escala de Violencia Obstétrica (OV). Childbirth Experience Questionnaire (CEQ-E)	Hay mujeres que perciben diferentes grados de VO durante el parto, especialmente cuando se realizan determinadas intervenciones sin su consentimiento. La Escala de Violencia Obstétrica es una herramienta con adecuadas propiedades psicométricas, fiable y útil para medir la percepción de la VO por parte de las mujeres en países de habla hispana, a pesar de algunas limitaciones, especialmente en contextos de baja VO.
Jubani – Roig et Massó Guijarro.	Lactancia materna entre rejas: experiencias de las madres encarceladas en el sistema penitenciario español.	2023	Diseño no experimental. Enfoque cualitativo. Estudio transversal. Alcance exploratorio – descriptivo.	España	30 mujeres presidiarias en España (África, Europa, Europa del Este y Latinoamérica)	Rango de edad: 19-45 años. La mayoría entre 19 y 40 años.	Analizar la experiencia de las madres en el sistema penitenciario español en relación con la lactancia materna y estudiar si han percibido prácticas de VO durante el embarazo, el parto y el puerperio.	Cuestionario ad-hoc. Entrevista semiestructurada.	Los relatos describen situaciones de maltrato, durante el puerperio. Muestran síntomas. La falta de evaluación médica no determina datos de TEPT.
Leavy et al.	Disrespect during childbirth and postpartum mental health: a French cohort study.	2023	Diseño no experimental. Enfoque cuantitativo. Estudio longitudinal de cohorte multicéntrico.	Francia	123 mujeres en las 25 salas de posparto de la red perinatal AURORA. Participaron en la toma de medidas hasta 2 meses después del parto. Sin pérdida bebé.	La edad media fue de 31 años (DE = 3.9). – Mín.=18; Máx.=no informado	Estudiar las asociaciones entre la falta de respeto durante el parto y el bienestar mental de las madres.	Cuestionario de satisfacción sobre el comportamiento de los cuidadores de la madre (BMC-SQ) 3 días y 2 meses después del parto. El TEPT-CB y la depresión posparto (PPD) se evaluaron 2 meses después del parto utilizando respectivamente la Escala de lista de verificación postraumática (PCLS) y la Escala de depresión posparto de Edimburgo (EPDS).	El informe temprano de falta de respeto durante el parto por parte de los cuidadores se asoció positivamente con niveles más altos de TEPT-CB 2 meses después del parto. Con un retraso de dos meses, la proporción de madres que informaron haber experimentado falta de respeto durante el parto fue mayor que los informes inmediatamente después del nacimiento.

Violencia obstétrica y trastorno de estrés postraumático en el postparto de mujeres

Una revisión

Autor	Título	Año	Diseño	País	Muestra	Edad	Motivo de estudio	Instrumentos	Resultados
Limmer et al.	Measuring disrespect and abuse during childbirth in a high-resource country: Development and validation of a German self-report tool.	2023	Estudio instrumental. Diseño no experimental. Enfoque cuantitativo. Estudio transversal.	Alemania	2045 mujeres puérperas	La edad media fue de 29.8 años (DE = 4.5).	Desarrollar y validar psicométricamente una herramienta de encuesta en idioma alemán que mide la falta de respeto y el abuso de las mujeres durante el parto.	“Mothers on Respect” (MOR) (MOR-7 y MOR-G). Escala “Mothers’ Autonomy in Decision Making” (MADM). Índice de maltrato (MIST-I).	Las parteras y los proveedores de atención de maternidad son fundamentales para mitigar el trauma postparto y sus posibles efectos adversos en la salud materna, familiar e infantil, al garantizar una atención digna, respetuosa y de apoyo durante el parto.
Liu et al.	Postpartum depression and postpartum post-traumatic stress disorder: prevalence and associated factors.	2021	Diseño no experimental. Enfoque cuantitativo. Estudio transversal.	China	1136 mujeres. Visita postparto rutinaria.	La edad media fue de 30.16 años (DE = 3.91)	Determinar la prevalencia de TEPT y depresión postparto en China. Examinar las relaciones entre dichos trastornos y unas variables sociodemográficas, relacionadas con el embarazo y el recién nacido.	Escala de apoyo social percibido (PSSS). Escala de depresión postparto de Edimburgo (EPDS). Cuestionario de estrés postraumático perinatal (PPQ).	Aunque ha habido una mejora importante en la atención prenatal, la atención psicológica sigue siendo en gran medida ignorada. Necesidad de detección precoz de síntomas TEPT por parte de obstetras y parteras para derivación a especialistas multidisciplinares.
Malet et al.	Mistreatment during childbirth: A prospective multicentric survey among women in maternities in Burgundy.	2020	Diseño no experimental. Enfoque cuantitativo. Estudio transversal de cohorte multicéntrico.	Francia	1149 mujeres	La edad media fue de 29.96 años (DE = 5.06)	Estimar la prevalencia de violencia en el quirófano obstétrico (OBV), evaluar las experiencias de las mujeres e investigar los factores asociados a la OVb.	Cuestionario ad hoc.	Influencia de un parto anterior difícil y la falta de recursos humanos y/o materiales del establecimiento. Manejo del dolor, influencia con TEPT. Necesidad decisiones mujeres.
Martínez-Vázquez et al. (a)	Long-Term High Risk of Postpartum Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) and Associated Factors.	2021	Diseño no experimental. Enfoque cuantitativo. Estudio transversal.	España	1301 mujeres que habían dado a luz los últimos 12-36 meses.	La edad media fue de 36.16 años (DE = 4.21). Mín.=18; Máx.=no informado	Determinar los factores asociados con los síntomas de TEPT a largo plazo un año después del parto.	Cuestionario de Trastorno de Estrés Posttraumático Perinatal (PPQ).	Determinaron que 13 de cada 100 mujeres corren un alto riesgo de sufrir TEPT más allá del primer año después del parto. Haber experimentado violencia obstétrica verbal o psicoafectiva durante el parto tenía, plan de parto no respetado, causas de mayor probabilidad de puntuar como de alto riesgo de TEPT en el PPQ durante el puerperio tardío.
Martínez-Vázquez et al. (b)	Factors Associated with Postpartum Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) Following Obstetric Violence: A Cross-Sectional Study	2021	Diseño no experimental. Enfoque cuantitativo. Estudio transversal.	España	899 mujeres puérperas (mínimo 1 mes desde parto, máximo 12 meses).	La edad media fue de 35.2 años (DE = 4.25). Mín.=18; Máx.=no informado	Determinar la asociación entre la experiencia de violencia obstétrica y la incidencia de trastorno de estrés postraumático (TEPT) postparto.	Cuestionario de Trastorno de Estrés Posttraumático Perinatal (PPQ)	Se observó asociación entre el riesgo de TEPT con 19 variables, entre ellas la violencia obstétrica global y los subtipos verbal, física y psicoafectivo.
Rodríguez Coll et al.	Proceso de adaptación cultural del “Questionnaire for Assessing the Childbirth Experience (QACE)”.	2020	Estudio instrumental. Diseño no experimental. Enfoque cuantitativo. Estudio transversal.	España	138 mujeres entre 1 y 3 meses después del parto	La edad media fue de 32.74 años (DE = 4.80). Mín.=18; Máx.=no informado	Adaptar el Questionnaire for Assessing the Childbirth Experience (QACE) a la población española y obtener sus características psicométricas.	Questionnaire for Assessing the Childbirth Experience (QACE). Entrevista cognitiva.	El temor al parto, la sensación de control y las técnicas para aliviar el dolor durante el proceso son factores sumamente relevantes. Toma de decisiones propias en proceso de parto, proporcionar apoyo emocional y dar información clara y comprensible.

Autor	Título	Año	Diseño	País	Muestra	Edad	Motivo de estudio	Instrumentos	Resultados
Sanga et Joho	Intrapartum violence during facility-based childbirth and its determinants: A cross-sectional study among postnatal women in Tanzania.	2023	Diseño no experimental. Enfoque cuantitativo. Estudio transversal.	Tanzania	307 mujeres en posparto de la región de Dodoma	La edad media fue de 26 años (DE = 6.37). Mín.=18; Máx.=no informado	Evaluar los tipos de violencia intraparto y sus determinantes entre mujeres posparto en la región de Dodoma, Tanzania.	Cuestionario ad-hoc.	El TEPT debido a la VO produce desconfianza hacia el sistema de atención de maternidad y a una disminución del deseo de dar a luz en un centro de salud y un aumento de los partos en el hogar (riesgo de salud). Resultan del abuso físico y verbal, la falta de confidencialidad, la atención no consentida, la falta de privacidad y la atención descuidada.
Suarez et Yakupova	Past Traumatic Life Events, Postpartum PTSD, and the Role of Labor Support.	2023	Diseño no experimental. Enfoque cuantitativo. Estudio transversal.	Rusia	2579 mujeres que dieron a luz en los 12 meses anteriores.	La edad media fue de 31.03 años (DE = 4.30). Mín.=18; Máx.=46	Investigar la asociación de los síntomas del trastorno de estrés postraumático posparto (TEPT-PP) y las tasas subjetivas de experiencia de parto traumático con eventos vitales traumáticos pasados (agresión física y sexual, abuso infantil, pérdida perinatal, experiencia de parto traumático previo y la experiencia traumática acumulada).	Escala de depresión posparto de Edimburgo (EPDS). Escala de Trauma de Nacimiento Urbano (CBITS).	Riesgo de TEPT significativamente mayor con parto traumático previo. Experiencia de parto menos traumática: mujeres que recibieron el apoyo de sus parejas y de un profesional contratado (doula o partera privada).
Palma Cinquemani.	Impacto de la violencia obstétrica en el desarrollo de estrés postraumático y la calidad del vínculo materno-infantil.	2023	Diseño no experimental. Enfoque cuantitativo. Estudio transversal.	España	188 mujeres en posparto 4-6 semanas	La edad media fue de 32.6 años (DE = 3.57). Mín.=25; Máx.=44	Investigar cómo la violencia obstétrica puede predecir el desarrollo de síntomas de estrés postraumático de forma directa y afectar, de manera indirecta, la calidad del vínculo materno-infantil.	Cuestionario sobre Condiciones del Parto. Test del Vínculo en el Posparto (Postpartum Bonding Questionnaire: PBQ). Listado de Síntomas de Estrés Postraumático (PCL-5), versión en español. Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (EMAS), versión en español.	Corroboración de relación de VO con TEPT. Se destaca la violencia física. Un incremento en el nivel de apoyo social percibido está asociado con una reducción de los síntomas TEPT. También factor protector contacto piel con piel con el bebé.
Yakupova et al.	Birth Experience, Postpartum PTSD and Depression before and during the Pandemic of COVID-19 in Russia.	2021	Diseño no experimental. Enfoque cuantitativo. Estudio transversal.	Rusia	2256 mujeres, que dieron a luz durante el primer año de la pandemia de COVID-19 (n = 1645) y controles emparejados, mujeres que dieron a luz antes de la COVID-19 (n = 611)	La edad media fue de 30.98 años (las que dieron a luz en pandemia); 31.17 (las que dieron a luz antes de pandemia). Mín.=19; Máx.=50	Investigar los cambios en el sistema de atención de la salud materna durante la pandemia y sus asociaciones con la salud mental materna en Rusia.	Escala de trauma de nacimiento en la ciudad (CBTS). Escala de depresión posparto de Edimburgo (EPDS).	Los síntomas de trastorno por estrés postraumático (TEPT) fueron significativamente más altos entre las mujeres que experimentaron violencia obstétrica durante el parto en ambas cohortes. Cuanto más casos de violencia obstétrica experimentaron, mayores fueron los síntomas de TEPT antes y durante la pandemia.
Yakupova et Suárez.	Postpartum PTSD and birth experience in Russian-speaking women.	2022	Diseño no experimental. Enfoque cuantitativo. Estudio transversal.	Rusia	611 mujeres de habla rusa con bebés de 0 a 12 meses	La edad media fue de 31.2 años (DE = 4.5). Mín.=18; Máx.=45	Examinar los factores de riesgo del TEPT posparto, como el modo de nacimiento, la violencia obstétrica y las intervenciones médicas durante el parto, en Rusia.	Escala de depresión posparto de Edimburgo (EPDS). Escala de trauma de nacimiento en la ciudad (CBTS).	Los síntomas de TEPT posparto fueron mayores entre las mujeres que vivieron violencia obstétrica durante el parto. Cuantos más intervenciones tuvieron y más casos de violencia obstétrica experimentaron, mayores fueron los síntomas TEPT. La presencia de una pareja o una partera/doula personal en el parto se asoció con menos violencia obstétrica.

DISCUSIÓN

Este estudio se propuso revisar sistemáticamente la evidencia científica sobre la relación entre la violencia obstétrica (VO) y el trastorno de estrés postraumático (TEPT) en el posparto. Se analizaron 15 estudios empíricos publicados entre 2019 y 2024, identificando las formas de VO más prevalentes y su impacto en la salud mental materna, así como los factores protectores que pueden mitigar sus efectos. Los resultados confirmaron la asociación entre la VO y el TEPT, evidenciando que la sintomatología aumenta con el tiempo transcurrido desde el parto. En este apartado de la discusión, se procederá a comparar estos hallazgos con los antecedentes teóricos y empíricos presentados en la introducción, analizando las coincidencias y divergencias, y profundizando en la interpretación de los resultados a la luz del contexto de la investigación actual.

En primer lugar, la hipótesis planteada, en la que se establece una relación entre la violencia obstétrica (VO) y el trastorno de estrés postraumático (TEPT), ha sido corroborada. Diversos estudios coinciden en señalar que la VO constituye un factor de riesgo significativo para el desarrollo del TEPT posparto. Como se menciona en la introducción, Kendall-Tackett (2014) y Khsim et al. (2022) identifican que intervenciones obstétricas invasivas, abuso o negligencia por parte del personal sanitario y experiencias traumáticas previas son determinantes en la aparición del TEPT. Además, el estudio de Ramírez Matos (2020) destaca que el alto intervencionismo, cesáreas no respetuosas y la separación del recién nacido son factores clave que pueden predisponer al TEPT.

El análisis de la literatura revela que la insatisfacción con la experiencia del parto está frecuentemente relacionada con partos complicados o traumáticos (Dahlen et al., 2010; Soet et al., 2003). Por ejemplo, en un estudio realizado en Suecia y Australia, entre el 5% y el 7% de las mujeres manifestaron insatisfacción dos a cuatro meses después del parto. Estos datos evidencian que, aunque el parto es una experiencia positiva para muchas mujeres, la falta de atención respetuosa y de prácticas basadas en derechos humanos puede convertirlo en un evento traumático con consecuencias psicológicas a largo plazo.

Los hallazgos de Yakupova et al. (2022) y Palma Cinquemani (2023) confirman que, cuanto mayor es el número de intervenciones y episodios de VO experimentados, mayores son los síntomas de TEPT posparto. Factores como la falta de consentimiento, el abuso verbal o físico y la negligencia afectan negativamente la salud mental materna (Sanga y Jaho, 2023; Martínez-Vázquez et al., 2021). La pérdida de autonomía durante el parto y el trato deshumanizado también incrementan el riesgo de evitar futuras consultas médicas y de enfrentar complicaciones derivadas de partos domiciliarios sin supervisión profesional (Gebremichael et al., 2018; Yalley, 2023).

Sin embargo, existen factores protectores que pueden mitigar estos efectos adversos. El apoyo de una pareja, una partera o una doula durante el parto se ha asociado con una menor incidencia de VO y, por ende, con una reducción en los síntomas de TEPT (Dmowska et al., 2023; Martínez-Vázquez et al., 2021). Además, garantizar el respeto del plan de parto, ofrecer un trato adecuado y facilitar el contacto piel con piel con el recién nacido son intervenciones recomendadas para mejorar los resultados en la salud mental materna. La lactancia materna en la primera hora también se ha identificado como un factor protector relevante (Martínez-Vázquez et al., 2021a). A su vez, empoderar a la mujer, garantizar un servicio de atención psicológica de calidad, herramientas para la gestión del dolor y promover su autonomía en

la toma de decisiones, son elementos facilitadores para un parto y posparto saludable, reduciendo así ese 6.1% de prevalencia de TEPT que obtiene en la muestra Liu et al (2021).

Se destaca que, pese a que el origen de la definición de VO es de Venezuela y muchos estudios de corte perinatal proceden de América Latina, ha resultado sorprendente no poder incluir ningún estudio con dicha naturaleza en la muestra. Obtener inicialmente una muestra de 190 artículos para cribar y alcanzar una muestra final tan escasa con 15 artículos, pone en evidencia que el TEPT posparto es algo que se menciona mucho, al igual que la depresión posparto, pero no se materializa con la misma fuerza mediante evidencia en artículos que arrojen datos y certezas sobre la temática, ya que se eliminaron 42 publicaciones a texto completo por no contener TEPT, a pesar de haber aparecido en las búsquedas booleanas detalladas.

Al realizar esta revisión se ha corroborado que: faltan herramientas estandarizadas para medir tanto la VO como el TEPT posparto (González de la Torre et al., 2023; Rodríguez col et al., 2020). Al igual que falta algo menos tangible, pero no por ello menos importante: formación adecuada al personal sanitario que promueva un trato adecuado y reduzca las posibilidades de abusos y negligencias asociados a graves problemas de salud mental (Limmer et al 2023), tal como ya anticipaba Ramos et al (2023). Las consecuencias son negativas tanto para la madre como para los bebés: supresión de lactancia materna en ambiente restrictivo penitenciario español (Jubany-Roig & Guijarro, 2024), evitación de futuros partos en sistemas sanitarios suponiendo riesgos para la salud de madre-bebé (Sanga & Jaho, 2023). Se destaca que la VO es algo evitable, con factores protectores que ya están en marcha como los planes de parto, el apoyo adecuado de los acompañantes o doulas (Dmoska et al., 2023; Martínez-Vázquez et al. 2021a), pero que no son garantizados tal como muestra la evidencia actual.

Limitaciones y futuras líneas de investigación

Esta revisión presenta algunas limitaciones. La mayoría de los estudios incluidos tienen un diseño transversal, lo que dificulta establecer una relación causal definitiva entre la VO y el TEPT. Sería necesario realizar investigaciones longitudinales para observar cómo evoluciona la sintomatología a lo largo del tiempo (Leavy et al., 2023). Sería necesario realizar seguimientos de las puérperas con una mayor implicación para detectar e intervenir en los casos necesarios y que dejen de ser tratados como cuerpos que ya han expulsado a los bebés, tal como relataban mujeres de las muestras de estudios cualitativos.

Además, la muestra seleccionada está limitada a estudios recientes publicados en los últimos cinco años, por lo que podrían existir investigaciones relevantes anteriores que no fueron incluidas. También se observa una falta de diversidad geográfica en la muestra, predominando estudios realizados en Europa, especialmente en España y Rusia, lo que limita la generalización de los resultados a otras regiones como América Latina y África.

Por otro lado, tal como se ha indicado, la muestra resulta algo escasa para ser una revisión sistemática (N=15), pero evidencia que se requieren mayores estudios empíricos para poder tener un abordaje científico investigador más completo y así actualizar protocolos y promover líneas de humanización en la atención sanitaria. La autoría repetida también es una limitación de cara a poder generalizar resultados a diferentes poblaciones, ya que se replican sus resultados,

algo que les da una muy buena consistencia interna, pero puede que existan ciertos sesgos que serían corregidos al ser contrastados con otros autores diferentes. Aunque dicha limitación, también muestra la especialización de determinados autores en el tema, como Yakupova y Suárez, que muestran unos datos claros y consistentes: prevalencia de TEPT posparto en torno al **15% – 20%**, los cuales fueron significativamente mayores en los casos que habían experimentado VO (2022).

Futuras investigaciones deberían enfocarse en desarrollar y validar herramientas estandarizadas para medir tanto la VO como el TEPT posparto en diferentes contextos culturales (González de la Torre et al., 2023; Rodríguez Coll et al., 2020). Asimismo, es fundamental investigar el impacto de intervenciones específicas destinadas a reducir la VO y promover un parto respetado. Estudios cualitativos podrían proporcionar información más detallada sobre las experiencias subjetivas de las mujeres y los factores contextuales que influyen en la percepción de VO. Además, sería valioso incluir a profesionales de la salud en estos estudios para identificar barreras y facilitadores en la implementación de prácticas respetuosas durante el parto.

Reflexiones finales

Los resultados de esta revisión tienen importantes implicancias para las políticas de salud pública y la práctica clínica. Es crucial sensibilizar y formar al personal sanitario en prácticas respetuosas y libres de violencia, promoviendo un trato digno y empático durante el embarazo, el parto y el puerperio (Limmer et al., 2023). Por otro lado, se deben establecer protocolos que garanticen el consentimiento informado y la participación activa de las mujeres en la toma de decisiones durante el parto. Las instituciones de salud deben considerar el acompañamiento continuo por parte de parejas, familiares o doulas como una medida efectiva para reducir la incidencia de VO y sus consecuencias psicológicas

Por último, es de notar que la Organización Mundial de la Salud (WHO, 2019) reconoce la “experiencia positiva del parto” como un objetivo significativo para todas las mujeres que atraviesan el trabajo de parto. Define una experiencia positiva del parto como aquella que cumple o supera las creencias y expectativas personales y socioculturales previas de una mujer, incluyendo dar a luz a un bebé sano en un entorno clínico y psicológicamente seguro, con continuidad de apoyo práctico y emocional por parte de un acompañante(s) y un personal clínico amable y técnicamente competente. Esta definición se basa en la premisa de que la mayoría de las mujeres desean un parto fisiológico, así como tener un sentido de logro personal y control mediante su participación en la toma de decisiones, incluso cuando se necesitan o se desean intervenciones médicas. También destacan la importancia de una atención centrada en la mujer para optimizar la experiencia del trabajo de parto y el nacimiento tanto para las mujeres como para sus bebés, a través de un enfoque holístico basado en los derechos humanos. Asimismo, introduce un modelo global de atención intraparto que considera la complejidad y la diversidad de los modelos de atención predominantes y las prácticas contemporáneas.

En línea con esto, esta revisión pone de manifiesto la necesidad urgente de abordar la VO como un problema de salud pública y de derechos humanos. La implementación de políticas de atención perinatal respetuosas no solo mejoraría la experiencia de parto, sino que también contribuiría a una mejor salud mental y calidad de vida de las madres y sus hijos a largo plazo.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. DSM-5™ (5th ed.). American Psychiatric Publishing, Inc. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Arora, I. H., Woscoboinik, G. G., Mokhtar, S., Quagliarini, B., Bartal, A., Jagodnik, K. M., ... & Dekel, S. (2024). A diagnostic questionnaire for childbirth related posttraumatic stress disorder: A validation study. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 231(1), 134-e1. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2023.11.1229>
- Ayers, S., Bond, R., Bertullies, S., & Wijma, K. (2016). The aetiology of post-traumatic stress following childbirth: a meta-analysis and theoretical framework. *Psychological medicine*, 46(6), 1121–1134. <https://doi.org/10.1017/S0033291715002706>
- Asociación El Parto Es Nuestro. (2016). Informe del Observatorio español de la Violencia Obstétrica. <https://www.elpaítoesnuestro.es/sites/default/files/public/OVO/infoímeovo2016.pdf>
- Barba-Müller, E. (2017). El embarazo conduce cambios duraderos en la estructura del cerebro humano. *Psicosomática y Psiquiatría*, 1(1), 81-100. <https://www.raco.cat/index.php/PsicosomPsiquiatr/article/download/393664/487100>
- Bohren, MA, Vogel, JP, Hunter, EC, Lutsiv, O, Makh, SK, Souza, JP, et al. (2015). The mistreatment of women during childbirth in health facilities globally: a mixed-methods systematic review. *PLoS Med*, 12: e1001847. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001847>
- Creedy K.D., Sochet M.I. & Horsfall J. (2000) Childbirth and the development of acute trauma symptoms: incidence and contributing factors. *Birth*, 27(2), 105–111. <https://doi.org/10.1046/j.1523-536x.2000.00104.x>
- Dahlen, H.G., Barclay, L.M., & Homer C.S.E. (2010) The novice birthing: theorising first-time mothers' experiences of birth at home and in hospital in. *Australia Midwifery*, 26(1), 53–63. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2008.01.012>
- Dmowska, A., Fielding-Singh, P., Halpern, J., & Prata, N. (2023). The intersection of traumatic childbirth and obstetric racism: A qualitative study. *Birth (Berkeley, Calif.)*, 51(1), 209–217. <https://doi.org/10.1111/birt.12774> (*)
- Fraga, A., Quintão, A., Mesquita, B., Santos, M., Soares, F., Correia, J., Albuquerque, M., Neves, S., Moutinho, A., & Cintra, P. (2023). The link between Pos-Traumatic Stress Disorder and Childbirth. *European Psychiatry*, 66, S1124-S1124. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2023.2390>
- Gebremichael, M. W., Worku, A., Medhanyie, A. A., Edin, K., & Berhane, Y. (2018). Women suffer more from disrespectful and abusive care than from the labour pain itself: a qualitative study from Women's perspective. *BMC pregnancy and childbirth*, 18(1), 392. <https://doi.org/10.1186/s12884-018-2026-4>
- González-de la Torre, H., González-Artero, P. N., Muñoz de León-Ortega, D., Lancha-de la Cruz, M. R., & Verdú-Soriano, J. (2023). Cultural Adaptation, Validation and Evaluation of the Psychometric Properties of an Obstetric Violence Scale in the Spanish Context. *Nursing (Pavia, Italy)*, 13(4), 1368–1387. <https://doi.org/10.3390/nursrep13040115> (*)
- Hernández-Martínez, A., Rodríguez-Almagro, J., Molina-Alarcón, M., Infante-Torres, N., Rubio-Álvarez, A., & Martínez-Galiano, J. (2020). Perinatal factors related to post-traumatic stress disorder symptoms 1-5 years following birth. *Women and birth: journal of the Australian College of Midwives*. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2019.03.008>
- Jha, P., Larsson, M., Christensson, K., & Svanberg, A. S. (2018). Fear of childbirth and depressive symptoms among postnatal women: A cross-sectional survey from Chhattisgarh, India. *Women and birth: journal of the Australian College of Midwives*, 31(2), e122–e133. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2017.07.003>
- Jubany-Roig, P., & Guijarro, E. M. (2024). Lactancia materna entre rejas: experiencias de las madres encarceladas en el sistema penitenciario español. *Salud Colectiva*, 20, e4665. <https://doi.org/10.18294/sc.2024.4665> (*)

- Kendall-Tackett, K. (2014). Birth Trauma: The Causes and Consequences of Childbirth-Related Trauma and PTSD. In: Barnes, D. (eds) Women's Reproductive Mental Health Across the Lifespan. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-319-05116-1_10
- Khsim, I. E. F., Rodríguez, M. M., Riquelme Gallego, B., Caparros-Gonzalez, R. A., & Amezcua-Prieto, C. (2022). Risk Factors for Post-Traumatic Stress Disorder after Childbirth: A Systematic Review. *Diagnostics* (Basel, Switzerland), 12(11), 2598. <https://doi.org/10.3390/diagnostics12112598>
- Leavy, E., Cortet, M., Huissoud, C., Desplanches, T., Sormani, J., Viaux-Savelon, S., Dupont, C., Pichon, S., & Gaucher, L. (2023). Disrespect during childbirth and postpartum mental health: a French cohort study. *BMC pregnancy and childbirth*, 23(1), 241-241. <https://doi.org/10.1186/s12884-023-05551-3> (*)
- Leinweber, J., Fontein-Kuipers, Y., Karlsdóttir, S., Ekström-Bergström, A., Nilsson, C., Stramrood, C., & Thomson, G. (2022). Developing a woman-centered, inclusive definition of positive childbirth experiences: A discussion paper. *Birth*, 50(2), 362-383. <https://doi.org/10.1111/birt.12666>
- Limmer, C. M., Stoll, K., Vedam, S., Leinweber, J., & Gross, M. M. (2023). Measuring disrespect and abuse during childbirth in a high-resource country: Development and validation of a German self-report tool. *Midwifery*, 126, 103809. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2023.103809> (*)
- Liu, Y., Zhang, L., Guo, N., & Jiang, H. (2021). Postpartum depression and postpartum post-traumatic stress disorder: prevalence and associated factors. *BMC psychiatry*, 21(1), 487. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03432-7> (*)
- Malet, S., Choux, C., Akrich, M., Simon, E., & Sagot, P. (2020). Violence au bloc obstétrical : une enquête prospective multicentrique auprès des femmes dans les maternités de Bourgogne [Mistreatment during childbirth: A prospective multicentric survey among women in maternities in Burgundy]. *Gynecologie, obstetrique, fertilité & senologie*, 48(11), 790-799. <https://doi.org/10.1016/j.gofs.2020.04.012> (*)
- Martínez-Vázquez, S., Rodríguez-Almagro, J., Hernández-Martínez, A., Delgado-Rodríguez, M., & Martínez-Galiano, J. M. (2021). Long-Term High Risk of Postpartum Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) and Associated Factors. *Journal of clinical medicine*, 10(3), 488-488. <https://doi.org/10.3390/jcm10030488> (*)
- Martínez-Vázquez, S., Rodríguez-Almagro, J., Hernández-Martínez, A., & Martínez-Galiano, J. M. (2021). Factors Associated with Postpartum Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) Following Obstetric Violence: A Cross-Sectional Study. *Journal of personalized medicine*, 11(5), 338-338. <https://doi.org/10.3390/jpm11050338> (*)
- Mena-Tudela, D., Iglesias-Casás, S., González-Chordá, V. M., Cervera-Gasch, Á., Andreu-Pejó, L., & Valero-Chilleron, M. J. (2020). Obstetric Violence in Spain (Part I): Women's Perception and Interterritorial Differences. *International journal of environmental research and public health*, 17(21), 7726. <https://doi.org/10.3390/ijerph17217726>
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G., y PRISMA Group (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *PLoS medicine*, 6(7), e1000097. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>
- Osório, F., Baldissarroto, M., Filha, M., & Ayers, S. (2024). Traumatic Childbirth and Post Traumatic Stress Disorder: prevalence in a Brazilian cohort. *European Psychiatry*, 67(S1), S374-S374. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2024.768>
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., Alonso-Fernández, S. (2021). Declaración PRISMA 2020: Una guía actualizada para la publicación de revisiones sistemáticas. *Revista Española De Cardiología*, 74(9), 790-799. <https://doi.org/10.1016/j.recresp.2021.06.016>
- Pérez C, F., & Brahm M, P. (2017). Depresión posparto en padres: ¿por qué también es importante?. *Revista chilena de pediatría*, 88(5), 582-585. <https://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062017000500002>
- Ramírez Matos, E. (2020). *Psicología del posparto*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Ramos, E., Acuña González, A. G., García Verduzco, M. F., & Gómez Pérez, C. S. (2023). Violencia obstétrica: una revisión sistemática de literatura. *Revista de Ciencias Humanas y Sociales*, (100), 60-93. <https://doi.org/10.5281/zenodo.7637450>
- Rodríguez Coll, P, Casañas, R, Collado Palomares, A, Maldonado Aubian, G, Vicente Garcia, M, & Escuriet Peiro, R. (2020). Proceso de adaptación cultural del "Questionnaire for Assessing the Childbirth Experience (QACE)". *Enfermería Global*, 19(60), 289-321. <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.402271> (*)
- Sanga, N. E., & Joho, A. A. (2023). Intrapartum violence during facility-based childbirth and its determinants: A cross-sectional study among postnatal women in Tanzania. *Women's health* (London, England), 19, 17455057231189544. <https://doi.org/10.1177/17455057231189544> (*)
- Sanjuán Suárez, P., & Rueda Laffond, B. (2014). *Promoción y prevención de la salud desde la psicología*. Editorial Síntesis.
- Sghaier, N., Soussia, B., Bouchahda, H., Belhadj, I., Garouia, B., & Khiari, H. (2024). Post-traumatic stress disorder after childbirth: A Tunisian study. *European Psychiatry*, 67(S1), S664-S664. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2024.1379>
- Silva-Fernández, C., De La Calle, M., Arribas, S., Garrosa, E., & Ramiro-Cortijo, D. (2023). Factors Associated with Obstetric Violence Implicated in the Development of Postpartum Depression and Post-Traumatic Stress Disorder: A Systematic Review. *Nursing Reports*, 13, 1553 - 1576. <https://doi.org/10.3390/nursrep13040130>
- Soet E. J., Brack A.G. & Dilorio C. (2003) Prevalence and predictors of women's experience of psychological trauma during childbirth. *Birth* 30(1), 36-46. <https://doi.org/10.1046/j.1523-536X.2003.00215.x>
- Suarez, A., & Yakupova, V. (2023). Past Traumatic Life Events, Postpartum PTSD, and the Role of Labor Support. *International journal of environmental research and public health*, 20(11), 6048. <https://doi.org/10.3390/ijerph20116048> (*)
- Palma Cinquemani, M.G. (2023). *Impacto de la violencia obstétrica en el desarrollo de estrés postraumático y la calidad del vínculo materno-infantil* [Tesis de Máster, Pontificia Universidad Comillas]. Repositorio Institucional Pontificia Universidad Comillas. <https://repositorio.comillas.edu/xmlui/handle/11531/74191> (*)
- Price, T., Andries, C., Palokas, M., & Christian, R. (2021). Factors contributing to a positive childbirth experience for women in a hospital setting: an umbrella review protocol. *JB I evidence synthesis*, 20(3), 854-859. <https://doi.org/10.11124/JBIES-21-00132>
- Soussia, B., Faouel, N., Bouali, W., BlHadj, I., Bouchahda, H., & Zarrouk, L. (2023). Prevalence of Post-Traumatic Stress Disorder after Childbirth: A Tunisian Sample. *European Psychiatry*, 66, S1131 - S1131. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10479606/>
- Taylor Miller, P. G., Sinclair, M., Gillen, P., McCullough, J. E. M., Miller, P. W., Farrell, D. P., ... & Klaus, P. (2021). Early psychological interventions for prevention and treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD) and post-traumatic stress symptoms in post-partum women: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*, 16(11), e0258170. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0258170>
- Waldenstrom U., Hildingsson I., Rubertsson C. & Radestad I. (2004) A negative birth experience: prevalence and risk factors in a national sample. *Birth* 31(1), 17-27. <https://doi.org/10.1111/j.0730-7659.2004.0270.x>
- WHO (2019). *Recommendations: Intrapartum Care for a Positive Childbirth Experience*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550215>
- Wickham, R. J., & Van Pampus, M. G. (2023). Understanding perinatal mental health psychiatric impact. *Frontiers in Psychiatry*, 14, 1118492. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1118492>

- Woldegeorgis, B., Gebrekidan, A., Kassie, G., Azeze, G., Asgedom, Y., Alemu, H., & Obsa, M. (2024). Neonatal birth trauma and associated factors in low and middle-income countries: A systematic review and meta-analysis. *PLOS ONE*, 19. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0298519>
- Yalley, AA. (2023). "We beat them to help them push": midwives' perceptions on obstetric violence in the Ashante and Western regions of Ghana. *Women*, 3, 22–40. <https://doi.org/10.3390/women3010002>
- Yakupova, V., Suarez, A., & Kharchenko, A. (2021). Birth Experience, Postpartum PTSD and Depression before and during the Pandemic of COVID-19 in Russia. *International journal of environmental research and public health*, 19(1), 335-335. <https://doi.org/10.3390/ijerph19010335> (*)
- Yakupova, V., & Suarez, A. (2022). Postpartum PTSD and birth experience in Russian-speaking women. *Midwifery*, 112, 103385. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2022.103385> (*)
- Yildiz, P. D., Ayers, S., & Phillips, L. (2017). The prevalence of posttraumatic stress disorder in pregnancy and after birth: A systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 208, 634–645. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.10.009>