



Universidad Internacional de La Rioja
Facultad de Salud

Máster Universitario en Psicología General Sanitaria

**Violencia obstétrica durante el parto y su
relación con el vínculo madre-bebé**

Trabajo fin de estudio presentado por:	Julia M ^a Montes Pérez
Línea de investigación:	Evaluación y psicodiagnóstico en Psicología General Sanitaria
Directora:	Dra. Cristina Medina Pradas
Lugar, mes y año:	Sevilla, Mayo 2024

Agradecimientos

Gracias a Sergio, mi esposo, amigo y compañero de vida, por tu comprensión y apoyo incondicional, por ayudarme a seguir cada vez que he querido tirar la toalla.

A mis dos hijas, Berta y Olivia, cuyos partos estuvieron manchados de violencia obstétrica. Para que el día de mañana, si deciden ser madres, puedan decidir libremente como será su parto.

A Cristina, mi directora de TFM, que ha dado forma a esta investigación.

Resumen

Uno de los procesos básicos de la maternidad en sus primeros momentos es crear un vínculo afectivo sano entre la madre y su bebé, el cual va a tener importantes repercusiones. Este estudio ha investigado si la violencia obstétrica que la madre haya podido sufrir durante el parto se relaciona con la formación de dicho vínculo. Para ello, se analizaron 245 mujeres de población general española, que habían parido durante el último año. Se les aplicó un formulario online que incluía instrumentos validados para tal fin. Las variables que se han medido en este estudio han sido, violencia obstétrica y vínculo madre-bebé, ésta última se divide en las cuatro variables específicas: Deterioro del vínculo, ansiedad y angustia materna, falta de disfrute y afecto por el/la bebé y rechazo y riesgo de abuso hacia el/la bebé. Tras analizar los datos, se encontró que las mujeres evaluadas habían obtenido unos niveles de violencia obstétrica medio-bajos y presentaban un vínculo madre-bebé bastante bueno. Además, se demostró que, a más violencia obstétrica sufrida durante el parto, el vínculo madre-bebé era peor. Se confirmó que el hecho de no haber sido respetadas en sus partos tuvo consecuencias negativas para las madres hasta el punto de deteriorar sus habilidades maternas de vinculación con su bebé. Es importante, por tanto, llevar a cabo acciones urgentes en el sistema de salud que ayuden a prevenir dicho tipo de actuaciones, de cara a una mejora en la salud de madres, bebés y familias, que repercutirá en la sociedad en general.

Palabras clave: Violencia obstétrica, Vínculo madre-bebé, Apego, Violencia de género.

Abstract

One of the basic processes of maternity in its early stages is to create a healthy emotional bond between the mother and her baby, which will have significant repercussions. This study has investigated whether obstetric violence that the mother may have suffered during childbirth is related to the formation of this bond. To do so, 245 women from the general Spanish population who had given birth in the last year were analyzed. They were given an online form that included validated instruments for this purpose. The variables measured in this study were obstetric violence and mother-baby bond, which had a latter divided into four specific variables: Bond deterioration, maternal anxiety and distress, lack of enjoyment and affection for the baby, and rejection and risk of abuse towards the baby. After data were analyzed, it was found that the evaluated women had obtained levels of obstetric violence from low to moderate, and demonstrated a relatively strong mother-infant bond. Furthermore, the more obstetric violence suffered during childbirth, the worse the mother-baby bond was. Furthermore, the more obstetric violence suffered during childbirth, the worse the mother-baby bond was. It was confirmed that not being respected during their childbirths had negative consequences for the mothers to the extent of deteriorating their maternal bonding skills with their babies. It is important, therefore, to carry out urgent actions in the healthcare system to help preventing such actions, towards an improvement in the health of mothers, babies, and families, which will impact society as a whole as well.

Keywords: Obstetric violence, Mother-baby bond, Attachment, Gender violence

Índice de contenidos

Agradecimientos.....	2
Resumen	3
Abstract	4
1. Marco teórico.....	7
1.1. La importancia de la salud mental perinatal	7
1.2. Violencia ginecológica-obstétrica	8
1.2.1. Antecedentes de la Violencia ginecológica-obstétrica.....	8
1.2.2. Definición de la Violencia ginecológica-obstétrica.....	9
1.2.3. Consecuencias psicológicas de la Violencia ginecológica- obstétrica en madre y bebé.....	10
1.3. Vínculo madre- bebé.....	12
1.3.1. Definición de Vínculo madre- bebé y tipos.	12
1.3.2. Confluencia entre Vínculo madre-bebé y Apego	13
1.3.3. Factores explicativos del vínculo madre-bebé	14
1.4. Relación entre Violencia ginecológica-obstétrica y el vínculo madre-bebé: Estado de la cuestión	14
2. Justificación	15
3. Objetivos	16
4. Hipótesis.....	17

5. Marco metodológico	18
5.1. Diseño	18
5.2. Participantes	18
5.3. Variables e Instrumentos	22
5.4. Procedimiento.....	25
5.5. Análisis de datos	26
6. Resultados	27
6.1. Niveles de Violencia Obstétrica en mujeres españolas que han parido en el último año.....	27
6.2. Grado de vinculación madre-bebé en mujeres españolas que han parido en el último año.....	27
6.3. Relación entre la Violencia Obstétrica y el Vínculo madre-bebé en mujeres españolas que han parido en el último año.....	28
7. Discusión	29
7.1. Limitaciones	31
7.2. Prospectiva.....	31
8. Referencias bibliográficas	32
Anexos	36

1. Marco teórico

1.1. La importancia de la salud mental perinatal

Desde el momento en que una mujer decide ser madre, se producen en ella una serie de cambios no solamente físicos, sino también psíquicos a los que se les presta poca atención.

La salud mental de las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio es la gran olvidada en los sistemas públicos y privados de salud. Es muy frecuente escuchar a personas como minimizan o normalizan el sufrimiento de una madre con frases como *“no te quejes tanto que tienes un bebé sano”* o *“para que has sido madre si no dejas de quejarte”*. La atención médica durante el embarazo suele centrarse en garantizar el bienestar del bebé en el útero olvidándose prácticamente de la madre. Una vez que nace el bebé es tratado como un ser independiente sin considerar la formación de su psique ni la necesaria conexión entre madre- bebé al inicio de su vida. Sin embargo, cada vez más son los estudios que evidencian que el estado emocional de la mujer durante el embarazo, parto y postparto tiene una gran repercusión tanto para la madre como para la criatura, así como para la salud física y mental de todos los miembros de la familia tanto a corto como a largo plazo (Olza et al., 2021).

En 2022, la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó una nueva Guía para la integración de la salud mental perinatal en los servicios de salud materno-infantil, el objetivo de esta guía es proporcionar recursos a los profesionales de la salud y a los encargados de programas y políticas sanitarias enfocadas en el periodo perinatal que deseen implementar programas de atención a la salud mental en los servicios de salud materno-infantil o mejorar los servicios establecidos. Por tanto, la detección, diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud mental perinatal en los servicios de salud materno-infantil tanto públicos como privados es crucial para el bienestar de las madre, bebés y familia (Organización Mundial de la Salud, 2022).

1.2. Violencia ginecológica-obstétrica

1.2.1. Antecedentes de la Violencia ginecológica-obstétrica

Hasta hace relativamente poco no se había escuchado hablar del término “violencia obstétrica” (VO), un tipo de violencia ejercida sobre la mujer más común de lo que se cree (Brigidi et al., 2023). Es una forma de violencia estructural, simbólica y de género, que puede experimentarse a lo largo de todo el ciclo vital sexual y reproductivo de las mujeres (Šimonović, 2019). Es un fenómeno complejo por las implicaciones y secuelas que produce, tanto a nivel individual (la mujer), como en la diada (madre-bebe/s) y en el ámbito familiar y comunitario (Brigidi et al., 2023).

A nivel internacional, en 2007 Venezuela fue el primer país en utilizar el término VO, dentro de “La ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia”, seguida por Argentina (2009) y los estados mexicanos de Durango, Veracruz, Guanajuato y Chiapas. En 2014 el senado nacional de México también aprobó modificaciones en varias leyes sobre violencia contra las mujeres para incluir la VO como una práctica punible. En España la situación actual evidencia una negación ferviente que fomenta eufemismos al concepto de VO como “intervenciones ginecológicas y obstétricas inadecuadas” o “violencia contra las mujeres en el ámbito reproductivo” (Boletín Oficial del Estado, 2023), aunque existe un reconocimiento cada vez mayor de la misma como un tipo de violencia machista –en Cataluña (2021) y País Vasco (2022)– o como un derecho general en el ámbito de la salud sexual reproductiva de las mujeres (en la Comunidad Valenciana, 2022) (Brigidi et al., 2023).

El Ministerio de Sanidad y Consumo, en 2007 elaboró un documento titulado *Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud* que sirviera de guía para las intervenciones y prácticas de los profesionales de la salud (Goberna-Tricas, 2018; Rodríguez-Ramos & Aguilera-Ávila, 2017). Además, la Organización Mundial de la Salud elabora documentos que sirven de directrices en los programas de salud reproductiva, ofreciendo recomendaciones para favorecer una atención de calidad a las mujeres y sus bebés y fomentar un parto humanizado (Organización Mundial de la Salud, 2018).

1.2.2. Definición de la Violencia ginecológica-obstétrica.

Rodríguez y Martínez (2021) definen la violencia obstétrica como las acciones y comportamientos llevados a cabo por profesionales de la salud hacia mujeres durante el embarazo, parto y postparto, ya sea en entornos públicos o privados, que pueden considerarse violentos ya sea por acción directa o por omisión. Esto abarca prácticas que no son apropiadas o consensuadas, como la realización de episiotomías sin el consentimiento de la paciente, procedimientos dolorosos sin el uso de anestesia, imposición de determinadas posiciones durante el parto o la aplicación excesiva e innecesaria de medicamentos que podrían causar graves complicaciones tanto para la madre como para el bebé. Esta violencia también se ejerce de manera psicológica, mediante un trato infantil, paternalista, autoritario, despectivo, humillante, con insultos verbales, despersonalizado o vejatorio hacia la mujer.

Por tanto, la violencia obstétrica se identifica como una forma de discriminación de género y constituye una violación de los derechos humanos desde la perspectiva de los derechos de la salud, sexuales y reproductivos de la mujer, entendidos como derechos personales e indivisibles de los derechos humanos (Rodríguez & Martínez, 2021).

Sin embargo, hoy en día la literatura sobre este término es muy escasa tal y como se señalan en algunos estudios, especialmente en Europa (Arguedas, 2014; Brigidi & Ferreiro, 2018; Rodríguez-Ramos & Aguilera-Ávila, 2017). Según Arguedas (2014), la violencia obstétrica es un conjunto de prácticas que degradan, intimidan y oprimen a las mujeres y a las niñas en el ámbito de atención en salud reproductiva y, especialmente durante el embarazo, el parto y el puerperio.

Esta definición guarda similitud con la propuesta por Brigidi y Ferreiro (2018), quienes además agregan que la violencia obstétrica no se limita únicamente al exceso de intervención, sino que también incluye la omisión de atención como una forma de violencia obstétrica. Por todo esto, estas autoras indican que se puede tratar de violencia obstétrica si:

- Se observa una falta de humanidad en el trato.
- Se utiliza un lenguaje indebido, vulgar o paternalista.
- Se practica la discriminación basada en la clase social, etnia, nacionalidad, orientación sexual, entre otros aspectos.

- Se infligen humillación, burlas y críticas.
- Se omite o se oculta información, afectando la capacidad de decisión de la mujer.
- Se vulnera el derecho a la intimidad.
- Uso excesivo de algunas técnicas como las episiotomías, maniobras de Kristeller o cesáreas, superando las indicaciones de la Organización Mundial de la Salud (Benlloch-Doménech, et al., 2019; Brigidi & Ferreiro, 2018; Iglesias et al., 2019).

Otro aspecto que aborda este concepto es el contexto y la forma en que se produce, ya que durante el parto la mujer se encuentra en un estado de vulnerabilidad física y psicológica, en un entorno desconocido y donde existe una clara relación de poder entre los profesionales de la salud y la mujer (Rodríguez-Ramos & Aguilera-Ávila, 2017). Por lo tanto, el concepto de violencia obstétrica engloba simultáneamente otros tipos de violencia, tales como la violencia de género, la violencia institucional y la violencia simbólica (Rodríguez-Ramos & Aguilera-Ávila, 2017).

1.2.3. Consecuencias psicológicas de la Violencia ginecológica- obstétrica en madre y bebé.

Brigidi et al. (2023), ponen de manifiesto indicadores que repercuten en el ámbito emocional, como verbalizaciones, expresiones y humillaciones infantilizadoras y ninguneadoras hacia las mujeres y que tienen un impacto muy negativo en su salud psicológica, en un momento de vulnerabilidad psíquica máxima (Olza, 2014). Brigidi et al. (2023) continúan exponiendo que la pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos que experimentan las mujeres a consecuencia de la VO, de lo que han hecho o no han hecho las/os profesionales que las atendieron, de la VO protocolizada y de la invisible, tiene un impacto importante en ellas, suponiendo un factor de riesgo para desarrollar problemas de ansiedad, depresión y/o estrés postraumático. Las percepciones de abusos durante su parto o el haber vivido un parto violento están presentes en casi la mitad de las mujeres, con consecuencias desde la culpa, el miedo, la indefensión, pesadillas, aislamiento y falta de apoyo, problemas de pareja, dificultades con la lactancia y en la interacción con el/ la bebé, el no querer tener más, etc. hasta la evitación del sistema sanitario.

Estas consecuencias psicológicas permanecen durante más tiempo en las mujeres que las secuelas físicas como la episiotomía, desgarros, problemas con la lactancia, incontinencias provocadas por posturas antinaturales durante el parto, hemorragias (García, 2018). Esta autora destaca entre las consecuencias psicológicas las siguientes:

- **Depresión postparto:** Muchas mujeres experimentan síntomas de depresión postparto. En la mayoría de los casos, es una tristeza transitoria causada por los cambios hormonales tras el parto y que suele desaparecer en unos días. Sin embargo, la depresión postparto es más grave y requiere de intervención ya que no mejora por sí sola. Entre los factores de riesgo vinculados a la depresión postparto se encuentra la experiencia de un parto traumático y/o violencia obstétrica (Mata, 2015).
- **Estrés Postraumático:** Se calcula que aproximadamente entre el 2% y el 6 % de las mujeres a nivel mundial experimentan trastorno de estrés postraumático después del parto y alrededor del 35 % experimentan algún nivel de este trastorno (Olza, 2014). Las investigaciones sugieren que las mujeres que desarrollan estrés postraumático, no han recibido cuidados de manera adecuada y que han perdido el control sobre su experiencia durante el parto, provocándoles recuerdos muy vívidos años después.
- **Secuelas Emocionales:** Aunque no todas las mujeres que experimentan violencia obstétrica desarrollan depresión postparto o trastorno de estrés postraumático, sí experimentan secuelas emocionales en diferentes grados. Las secuelas emocionales derivadas de sentirse humilladas pueden persistir durante mucho tiempo e incluso durar toda la vida. Estas experiencias son tremendamente desagradables y pueden dejar una marca emocional significativa en las mujeres afectadas.

Todas ellas son consecuencias muy graves y que alteran sus proyectos de vida. Además, una madre traumatizada o deprimida tiene dificultades en la interacción con su bebé, lo que afecta al apego que éste/a vaya a desarrollar y a otras problemáticas conductuales (Beck, et al., 2013).

1.3. Vínculo madre- bebé

1.3.1. Definición de Vínculo madre- bebé y tipos.

Jarillo et al. (2021) definen el vínculo materno-infantil como la conexión que se forma entre una madre y su criatura antes de que esta desarrolle patrones de pensamiento o conducta establecidos. Este vínculo se basa en la respuesta unidireccional de la madre hacia el niño o niña donde se expresan diversas manifestaciones emocionales y afectivas (Taylor et al., 2005; Burutxaga et al., 2018). Este proceso tiene lugar durante los primeros meses de vida, desde el nacimiento del bebé hasta aproximadamente los 12 meses (Palacios Hernández, 2016). Además, según lo señalado por Roncallo, Sánchez & Arranz (2015), antes de que se establezca el vínculo materno-infantil, se establece un tipo de conexión temprana durante el embarazo antes de que se forme el vínculo materno-infantil. Tanto el vínculo materno-fetal como el materno- infantil son procesos innatos y poseen similitudes en cuanto a su importancia para establecer prácticas adecuadas durante el parto (Condon & Dunn, 1988). El primer contacto que se establece entre madre y bebé después del parto es el conocido “piel con piel” y que en muchas ocasiones se privan de él a madres y bebés para cumplir protocolos hospitalarios. Mientras madre y bebé estén sanos, el parto transcurre de forma natural y llega a término, debería considerarse la posibilidad de permitir a las madres tener tiempo para establecer contacto y conexión con su bebé (Phillips, 2013). El “piel con piel”, debería considerarse un derecho en el momento del nacimiento debido a los numerosos beneficios estudiados, especialmente en lo que respecta al fortalecimiento del vínculo y la regulación hormonal posterior al parto (Camacho, 2019). Según este estudio, se ha observado una asociación entre el contacto durante este periodo sensible y una mejora en la capacidad de autorregulación, el manejo de la irritabilidad y ayudando la interacción futura entre madre y bebé (Bystrova, 2009). En síntesis, se respalda la presencia de un período sensible precoz en el ser humano durante el cual madre y bebé tienen la posibilidad de establecer un vínculo y ejercer influencia mutua, lo que facilita una interacción futura entre ambos (Bystrova, 2009).

Rosenberg & Trevathan (2002) encontraron diferencias en el comportamiento materno dependiendo del momento en que se establece el contacto con su bebé, ya sea

inmediatamente después del parto o después de un período prolongado. La primera hora de vida fuera del útero materno es un momento único, donde la criatura se encuentra por primera vez con su madre. Este primer contacto es de gran importancia y debería de ser tratado con respeto, aprecio y protección en la medida de lo posible (Phillips, 2013).

1.3.2. Confluencia entre Vínculo madre-bebé y Apego

Tras establecerse el vínculo madre-bebé y después de los primeros 12 meses de vida, aparece el apego, que es una conexión mutua entre la madre y su bebé (Roncallo et al., 2015).

Bowlby (1958) describe este vínculo como las conductas compartidas entre madre e hijo o hija para interactuar y construir confianza y cercanía mutua.

Ainsworth en 1970 identificó tres tipos de apego:

- *Apego seguro*: Los infantes forman este tipo de apego cuando el cuidador o cuidadora muestra sensibilidad a sus señales y satisface sus necesidades de manera adecuada. Esto les permite utilizar a su cuidador o cuidadora como una base segura desde la cual explora su entorno y busca consuelo en momentos de angustia. Estos niños y niñas confiarán en la disponibilidad de su figura de apego para atender sus necesidades (Main & Cassidy, 1988).
- *Apego inseguro evitativo*: Estos niños y niñas, en situaciones de estrés, evitan buscar cercanía o contacto con su cuidador o cuidadora principal (Behrens, Hesse, & Main, 2007). Además, al investigar su entorno, muestran una tendencia a independizarse física y emocionalmente de su figura de apego, en lugar de orientarse hacia ellos (Main & Cassidy, 1988).
- *Apego inseguro ambivalente*: Estos niños y niñas muestran conductas ambivalentes hacia su cuidador o cuidadora, mostrando una fuerte necesidad de proximidad cuando está separados, pero rechazándola al intentar interactuar o establecer contacto. Como resultado, tienen dificultades para sentirse seguros en relación con su figura de apego y les resulta complicado alejarse de ella para investigar su entorno. En situaciones de angustia, no encuentran consuelo al buscar el contacto con su

figura de apego debido a una respuesta poco adecuada o inconsistente a sus necesidades por parte de su figura de apego principal.

Estas primeras relaciones de apego marcan las bases del desarrollo de la personalidad del niño, como sostiene Bowlby (1976).

1.3.3. Factores explicativos del vínculo madre-bebé

Siguiendo a Jarillo et al. (2021), el vínculo materno-infantil y el apego son, por lo tanto, distintos procesos (Burutxaga et al., 2018). Mientras que el primero se refiere a una relación unilateral (Taylor et al., 2005) de la madre hacia su bebé desde el nacimiento hasta aproximadamente el primer año de vida (Palacios Hernández, 2016), el apego implica una relación bidireccional que comienza a partir del primer año (Roncallo et al., 2015). El tipo de apego formado puede variar, siendo principalmente apego seguro e inseguro. Cuando las necesidades de la criatura no se satisfacen, puede resultar un apego inseguro y, por ende, en desajustes psicológicos, inseguridad, problemas de conducta como agresividad o dificultades en las relaciones sociales (Moya et al., 2015). Por otro lado, el vínculo materno-infantil constituye un factor de protección para el apego, ya que un buen vínculo en los primeros meses de vida facilita el desarrollo de un apego seguro (Zorrilla, 2017).

1.4. Relación entre Violencia ginecológica-obstétrica y el vínculo madre-bebé: Estado de la cuestión

Según Palacios Hernández (2016), el parto y el posparto a menudo son experiencias estresantes para una mujer, requiriendo un esfuerzo físico, psicológico y emocional extraordinario para satisfacer las demandas del cuidado de la criatura. Durante la interacción temprana entre madre y bebé, ciertos factores adicionales al estrés del posparto pueden afectar negativamente este proceso. Entre los factores de riesgo más comunes que pueden alterar el vínculo se encuentra el haber tenido una mala experiencia durante el parto.

2. Justificación

Hasta hace relativamente poco no se había escuchado hablar del término VO, un tipo de violencia ejercida sobre la mujer más común de lo que se cree (Brigidi et al., 2023).

Palacios (2016) demostró que una mala experiencia en el parto o un trauma provocado por un mal trato de los/as profesionales hacia la mujer en el parto tiene repercusiones tanto en la madre (puede generarles estrés postraumático) como en el/la bebé (problemas en el desarrollo, directa o indirectamente), así como Bystrova (2009) y Phillips (2013) evidenciaron la repercusión de la VO en la relación entre ambos (observando cómo puede deteriorar la calidad del vínculo madre-bebé). Por tanto, la VO parece ser un factor de riesgo para el desarrollo de un vínculo materno-infantil más débil y para el desarrollo de un apego más inseguro.

El presente estudio se centrará principalmente en la VO ejercida durante el momento del parto, es decir, desde que la mujer inicia el trabajo de parto hasta que se produce el alumbramiento, y analizará la relación de la VO con el vínculo madre-bebé. Contar con datos de nuestro contexto a este respecto, permitirá desarrollar intervenciones preventivas eficaces que ayuden a prevenir y eliminar estas prácticas tan implantadas y normalizadas en nuestro sistema sanitario y sociedad, de manera que se fomente un parto respetado y que ayude a establecer el vínculo madre- bebé de manera natural.

3. Objetivos

El **objetivo general** del presente estudio fue analizar la relación entre haber sufrido violencia obstétrica durante el parto y las características del vínculo madre-bebé en una muestra de mujeres que han parido en el último año.

Se pueden concretar en los siguientes **objetivos específicos**:

1. Evaluar violencia obstétrica sufrida por el grupo de mujeres evaluada.
2. Examinar el vínculo madre-bebé.
3. Analizar la relación entre violencia obstétrica y el vínculo madre-bebé.

4. Hipótesis

Este estudio parte de la hipótesis nula que tras sufrir VO el vínculo madre- bebé no se verá deteriorado.

Las diferentes hipótesis que esta investigación quiere comprobar son las siguientes:

- H₁: Existe un grado elevado de percepción de violencia obstétrica entre las mujeres evaluadas.
- H₂: El vínculo madre-bebé será mayor en mujeres que han sido madres a mayor edad.
- H₃: Las mujeres que han experimentado violencia obstétrica durante el parto, mostrarán niveles más bajos de satisfacción con la maternidad, lo que repercutirá negativamente con el vínculo madre-bebé.

5. Marco metodológico

5.1. Diseño

El diseño del presente estudio es no experimental y emplea una metodología cuantitativa. Se trata de un estudio transversal, descriptivo-analítico y de corte correlacional.

5.2. Participantes

Han participado en el estudio 245 mujeres que han parido en el último año (desde marzo 2023 hasta marzo 2024). Los criterios de inclusión utilizados fueron: Haber parido en el último año, tener nacionalidad española, firmar el consentimiento informado, manejar el castellano y no contar con un diagnóstico psiquiátrico en el momento del estudio.

La edad media de las mujeres que han participado en el estudio es de 34,82 años (DT=3,87, rango= 23-46 años). La media del número de hijos/as que tienen las mujeres de la muestra es de 1,47 con un máximo de 4 hijos por familia. Y la media en la valoración subjetiva del parto es de 3,40 puntos en un rango posible de "1" a "5".

A continuación se muestra la descripción completa de los datos sociodemográficos y obstétricos (ver Tabla 1).

Tabla 1

Descripción sociodemográfica y obstétrica de la muestra (N=245).

	Mínimo	Máximo	Media	DT	%
Número de hijos/as	1	4	1,47	,62	
Nivel de estudios					
Primarios					0,4
Secundaria					2,4
Bachillerato/FP medio					11
FP Superior					11
Grado/Licenciatura					38,8
Postgrado/Máster/Doctorado					36,3
Situación laboral					
Trabajo a tiempo completo					61,2
Trabajo a tiempo parcial					17,1
Trabajo en casa					3,7
Desempleada					11,4
Estudio solamente					0,8
Otros					5,7
Estado civil					
Soltera					19,6
Casada o Pareja de hecho					78,4
En pareja sin convivir					0,8
Separada o Divorciada					1,2
Valoración del parto	1	5	3,40	1,41	
Tipo de parto					
Vaginal					74,7
Cesárea programada					7,8
Cesárea de urgencia					17,6
Medicación durante el parto					
Oxitocina					2
Oxitocina y Epidural					53,5

Violencia obstétrica durante el parto y su relación con el vínculo madre-bebé

Epidural	26,5
Otros	18
<i>Instrumentos usados durante el parto</i>	
Fórceps	1,2
Ventosas	13,9
Espátula	3,3
Fórceps y ventosas	1,2
Otros(especificar)	2,4
Ninguno	78
<i>Maniobras durante el parto</i>	
Ninguna	70,2
Maniobra de Hamilton	14,7
Maniobra de Kristeller	7,3
Hamilton y Kristeller	3,7
Otra/s	4,1
<i>Información recibida durante el parto</i>	
Sentí que me informaron adecuadamente	52,2
No me hicieron nada de lo que ser informada	18,8
No sentí que me informaran adecuadamente	29

DT: Desviación Típica

Como puede verse en la Tabla 1, se observó un elevado porcentaje de mujeres con estudios superiores. Además, la mayoría de las mujeres estaban empleadas a tiempo completo y casadas o convivían con sus parejas.

En cuanto al tipo de parto, el 74,7% de las mujeres participantes en el estudio habían tenido un parto vaginal. Hay que destacar también un elevado número de cesáreas de urgencia que se han informado en el estudio. Sobre la medicalización durante el parto, un alto porcentaje de mujeres reportó haber recibido algún tipo de medicación, mayoritariamente la administración de oxitocina y epidural. Sobre la instrumentalización usada durante el parto, la mayoría informó de la no utilización de ningún instrumento durante su parto.

La mayor parte de las mujeres informaron que les realizaron maniobras durante el parto, siendo la más frecuente la maniobra de Hamilton, la cual ha sido practicada. Por último, un elevado porcentaje de mujeres fueron informadas de los procedimientos que se les iban a llevar a cabo por parte del personal sanitario durante su parto.

5.3. Variables e Instrumentos

Las variables del presente estudio fueron las siguientes:

- Violencia obstétrica: variable cuantitativa continua.
- Vínculo madre-bebé: 5 variables cuantitativas continuas, que con la Global y las 4 medidas específicas siguientes:
 - Deterioro del vínculo.
 - Ansiedad y angustia materna.
 - Falta de disfrute y afecto por el/la bebé.
 - Rechazo y riesgo de abuso hacia el/la bebé.

Para medir dichas variables, se aplicará en primer lugar un **Cuestionario de datos sociodemográficos diseñado *ad hoc*** (ver Anexo A), que medirá edad, estado civil, número de hijos/as, nivel de estudios, así como datos relacionados con el parto: si se utilizó o no medicación (oxitocina, epidural), instrumentalización del parto (fórceps, tenazas, etc.), trato recibido por el personal sanitario que atendió a la madre y bebé durante el proceso del parto.

Aparte, se usarán los siguientes instrumentos validados:

Escala de Violencia Obstétrica (EVO; Cárdenas & Salinero, 2021) (ver Anexo B). La escala incluye preguntas que reflejan aquellas situaciones que tienen lugar de manera más frecuente en relación con las faltas de respeto y/o abuso en la atención obstétrica. Consta de 14 ítems con opciones de respuesta en escala tipo Likert con cinco puntos que contemplan desde el

“1= no describe para nada lo que me ocurrió” hasta el “5= Definitivamente es lo que me ocurrió”. La puntuación global del grado de VO percibida se calcula sumando las respuestas a todos los ítems, por lo que la puntuación global puede oscilar de “14” a “70”, significando una puntuación mayor un mayor grado de VO. Cárdenas y Salinero (2021) validaron la escala con población chilena, alcanzando un índice de fiabilidad adecuada con base en las cargas factoriales (omega) de 0.88 y un coeficiente de fiabilidad interna de 0.83. González-de la Torre et al. (2023) validaron la escala con población española, alcanzaron un índice de fiabilidad con base en las cargas factoriales (omega) de 0.86 y de 0.86 (Alfa de Cronbach) similares a los obtenidos por Cárdenas y Salinero. Para este estudio utilizaremos la Escala validada por González de la Torre et. al (2023). Consta de 13 ítems con opciones de respuesta en escala tipo Likert con cuatro puntos que contemplan desde el “1=No estoy segura, pero creo/siento que esto me sucedió” hasta el “4= Definitivamente esto me sucedió”. La puntuación global del grado de VO percibida se calcula sumando las respuestas a todos los ítems, por lo que la puntuación global puede oscilar de “13” a “52”, significando una puntuación mayor un mayor grado de VO.

Test del vínculo en el posparto (PBQ; Brockington et al., 2001; García, Navarro, & Diez, 2015) (ver Anexo C). Evalúa el vínculo madre-hijo durante el periodo de postparto. Incluye un total de 25 ítems que forman 4 subescalas, con formato de respuesta escala Likert de “0” a “5”. Las cuatro subescalas psicométricamente puntúan: (Escala 1) Describe signos de deterioro del vínculo e incluye 8 ítems (P1, P2, P3, P15, P16, P17, P22 y P23) que reflejan temas como la distancia emocional, el arrepentimiento sobre tener el/la bebé, indisponibilidad para cuidar del/de la bebé, o nostalgia de tiempos pasados cuando el/la bebé aún no había nacido; (Escala 2) Relacionada con la ansiedad y angustia materna, incluye 8 ítems (P7, P10, P12, P13, P19, P20, P21 y P25); (Escala 3) Incluye elementos que identifican una falta de disfrute y afecto por el/la bebé y consta de 5 ítems (P4, P8, P9, P11 y P16); (Escala 4) Describe el rechazo y riesgo de abuso, incluye 4 ítems relacionados con sentimientos hacia sus bebés y comportamientos que ponen en peligro el bienestar del/de la bebé (P14, P15, P18 y P24) (García-Esteve et. al ,2015). Los resultados por encima de 26 puntos en la puntuación global pueden significar la existencia de un trastorno de la vinculación, mientras que puntuaciones por encima de 40 significan presencia de un trastorno severo de vinculación entre la madre y el/la bebé. García-

Esteve et al. (2015) validaron el cuestionario con población española alcanzando una fiabilidad (coeficiente alfa de Cronbach) de 0.90 para el factor general (puntuaje total PBQ) y entre 0.56 y 0.85 para los cuatro nuevos factores.

Puede verse un resumen de las medidas del estudio en la siguiente tabla (ver Tabla 2).

Tabla 2. Descripción de medidas e instrumentos del estudio.

Variable (Instrumento)	Rango de puntuaciones posibles	Interpretación de las puntuaciones
VO	13- 52	A mayor puntuación, más VO percibida durante el parto
Vínculo madre-bebé - Puntuación global	0-125	A mayor puntuación, peor vínculo madre-bebé Se puede categorizar también en: ≥26 Trastorno de la vinculación ≥40 Trastorno severo de la vinculación
Deterioro del vínculo	0-8	A mayor puntuación, más deterioro del vínculo
Ansiedad y angustia materna	0-8	A mayor puntuación, más ansiedad y angustia materna
Falta de disfrute y afecto por el/la bebé	0-5	A mayor puntuación, menor disfrute y afecto por la criatura
Rechazo y riesgo de abuso hacia el/la bebé	0-4	A mayor puntuación mayor riesgo de rechazo y abuso hacia el/la bebé

5.4.Procedimiento

En primer lugar, se rellenó y se firmó el compromiso de confidencialidad por parte de la alumna investigadora (ver Anexo D). A la vez, se preparó el documento de consentimiento informado y protección de datos, siguiendo el Reglamento General de Protección de Datos vigente desde mayo de 2018 y el Real Decreto 1720/2007, especificando que todos los datos

que se recogen son estrictamente confidenciales, anónimos y la participación es voluntaria (ver Anexo E).

Tras la aprobación de este estudio por la Comisión Ética de la Universidad Internacional de la Rioja (ver Anexo F), se creó una encuesta online en la plataforma *Microsoft Forms* que contenía el consentimiento informado y los instrumentos descritos anteriormente. Ésta se difundió por correo electrónico a través de asociaciones relacionadas con el tema a nivel nacional, por redes sociales y diferentes grupos de mujeres.

El link del cuestionario es:

https://forms.office.com/pages/responsepage.aspx?id=DQSIkWdsW0yxEjaiBLZtrQAAAAAAAAAAAAa_aRI64VUMzRYMTVETUUzVTgyM1ZBSTRVTjQ0TFo0TS4u

Para poder completar el cuestionario era requisito indispensable cumplir los criterios de inclusión del estudio, los cuales estaban recogidos en el mismo.

5.5. Análisis de datos

Para poder realizar el análisis estadístico se han empleado técnicas de estadística descriptiva y analítica, utilizándose para ello el programa estadístico IBM SPSS versión 28.0 (IBM, 2022).

Inicialmente, se calcularon los descriptivos de las variables tanto de estudio como de descripción de la muestra. Concretamente, se calcularon la media, la desviación típica y los rangos mínimo y máximo de las variables cuantitativas (todas las variables de estudio y edad) y los porcentajes de las variables cualitativas (el resto de descriptivas de la muestra).

En primer lugar, para saber si las variables del estudio tenían una distribución normal, antes de realizar las comparaciones y análisis se realizaron pruebas de normalidad. Al ser la n mayor de 50, se utilizó la prueba de *Kolmogorv-Smirnov* para las diferentes variables objeto de estudio. Los valores de significación para las medidas de VO y vínculo estuvieron por debajo de 0,05. Por ello, se decidió aplicar pruebas no paramétricas para contrastar las hipótesis planteadas relacionadas con todos los objetivos del estudio.

A continuación, para analizar la relación entre los niveles de VO y el grado de vínculo madre-bebé, se llevaron a cabo correlaciones mediante los coeficientes r de Spearman. Se consideraron correlaciones débiles los valores de magnitud hasta 0,45, medias hasta 0,75 y altas a partir de 0,75 (Cohen, 1988).

El nivel de significación será el de una p menor de 0,05.

6. Resultados

6.1. Niveles de Violencia Obstétrica en mujeres españolas que han parido en el último año

En primer lugar, se presenta la descripción de los niveles de violencia obstétrica que las mujeres de la muestra sufrieron en sus partos, según ellas percibieron en el momento del estudio (ver Tabla 3).

Tabla 3. Niveles de VO en la muestra (N=245)

	Mínimo	Máximo	Media	DT
VO	13	52	20,36	8,38

Como puede observarse, el nivel de violencia obstétrica sufrida en la muestra fue baja.

6.2. Grado de vinculación madre-bebé en mujeres españolas que han parido en el último año

En segundo lugar, se presentan los datos descriptivos del grado de vínculo madre-bebé que mostraron las mujeres participantes (ver Tabla 4).

Tabla 4. Vínculo madre-bebé en la muestra (N=245)

	Mínimo	Máximo	Media	DT
Puntuación global	57	94	84,36	6,12
Deterioro Vínculo	21	32	26,60	1,99
Ansiedad y Angustia Materna	16	37	30,64	3,64
Falta de Disfrute y Afecto por el/la bebé	5	15	5,57	1,21
Rechazo y Riesgo de Abuso al/a la bebé	14	20	19,17	1,22

Los resultados obtenidos en cada una de las subescalas relacionadas con el vínculo madre-bebé indican, por un lado, que existe un vínculo positivo global entre las madres y sus bebés. Por otro lado, cabe destacar que la muestra de mujeres, en la subescala de Rechazo y riesgo de abuso al/a la bebé, manifiesta poco riesgo existente para infligir algún tipo de maltrato al/a la bebé.

6.3. Relación entre la Violencia Obstétrica y el Vínculo madre-bebé en mujeres españolas que han parido en el último año

Por último, se analizó la relación entre la violencia obstétrica sufrida en el parto y el vínculo madre-bebé (ver Tabla 5).

Tabla 5. Correlación entre violencia obstétrica durante el parto y vínculo madre-bebé (N=245).

	Vínculo madre-bebé	
	r_s	p
Violencia obstétrica	-,31	<,001***

r_s = Correlación de Spearman

***. La correlación es significativa en el nivel 0,001 (bilateral).

7. Discusión

El objetivo del presente estudio ha sido conocer, en una muestra de 245 mujeres que han parido en el último año (desde marzo de 2023 hasta marzo de 2024) si tras sufrir violencia obstétrica durante el parto, el vínculo madre-bebé se ve deteriorado.

Se encontró que una mayoría de las mujeres que participaron en el estudio habían sufrido en diferentes grados VO, por lo que se confirma la primera de las hipótesis, asumiendo que existe un grado elevado de percepción de violencia obstétrica entre las mujeres evaluadas. Recientemente la Comisión Europea (2024) ha publicado un estudio de Violencia Obstétrica en la Unión Europea junto a un informe centrado en cuatro casos sobre VO en cuatro países, entre los que se incluye España. Este informe revela que en España la práctica clínica relacionada con el cuidado del parto sigue siendo excesivamente intervencionista. En cuanto a la prevalencia de la violencia obstétrica, el 38.3 % de las mujeres informaron haberla sufrido durante el parto o en el período postparto, el 45.9 % indicó que no se les informó sobre los procedimientos a los que fueron sometidas, ni se les solicitó su consentimiento expreso; el 34.5 % afirmó que fueron criticadas por su comportamiento con comentarios irónicos o despectivos; el 31.4 % habían sido tratadas con apodosos o diminutivos infantiles; el 48 % indicó que les resultaba imposible resolver sus dudas o expresar sus miedos o preocupaciones; el 44.4 % percibió que se les habían realizado procedimientos innecesarios y/o dolorosos y de estos, el 52.3 % no recibió razones ni se les pidió consentimiento, y el 31.1 % recibió razones, pero no se les pidió consentimiento. Por lo tanto, un total del 83.4 % no se les solicitó su consentimiento informado (Comisión Europea, 2024). Cabe destacar el elevado número de mujeres que informaron que durante el parto llevaron a cabo algún tipo de maniobra para “ayudarlas” siendo la más informada la Maniobra de Hamilton, seguida de la Maniobra de Kristeller. El uso de esta última maniobra está totalmente desaconsejada, tanto por la OMS como por el Ministerio de Sanidad y la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) (Brigidi & Ferreiro, 2018). Otro dato reseñable es el uso de instrumentos utilizados durante el parto, siendo el más informado el uso de ventosas lo que en muchos casos provoca un desgarro en la madre o bien el tener que realizar una episiotomía. Con respecto al tipo de parto, fueron muchas las mujeres que tuvieron una cesárea de urgencia (17,6%) o una cesárea

programada (7,8%), lo cual confirma la epidemia de cesáreas que describen Brigidi y Ferreiro (2018) y que superan las recomendaciones de la OMS (2018) que oscila entre el 10% y el 15%. En muchas ocasiones, estas cesáreas programadas suelen pedir las mujeres sin una indicación médica, o simplemente se realizan por conveniencia de los/as profesionales sanitarios.

En cuanto al vínculo madre-bebé, la mayoría de las mujeres que han participado en el estudio presentaron un vínculo positivo con su bebé, lo cual también confirma las hipótesis previas. Quizás esto pueda explicarse por la edad más tardía de las maternidades en la actualidad y la consecuente mayor madurez de las mujeres, que una vez alcanzan una estabilidad económica, laboral y en algunas ocasiones sentimental, le surge el deseo de ser madre, y comienzan a crear un vínculo madre-bebé ya sano durante la gestación (Roncallo et al., 2015). Otro estudio llevado a cabo por Esma et.al (2018), revela que las mujeres que habían sido madres en edades más avanzadas, el vínculo que establecían con su bebé era más positivo.

Por último, se encontró una relación significativa entre la VO y el vínculo madre-bebé, siendo éste peor cuando las mujeres sufrían VO, por lo que se confirma la hipótesis inicial de que tras sufrir violencia obstétrica el vínculo madre-bebé se ve deteriorado. Este resultado concuerda con los obtenidos previamente por Bystrova (2009) y Phillips (2013), quienes evidenciaron la repercusión de la VO en la relación entre madre-bebé, observando cómo puede deteriorar la calidad del vínculo madre-bebé.

Se concluye enfatizando la importancia de luchar contra la violencia obstétrica que se ejerce en los partos, a través de formación y soporte emocional a los/as profesionales de la salud, de cara a cuidar la salud mental de las madres, que repercutirá a su vez en el vínculo con su bebé y su desarrollo psíquico, con consecuencias también para toda la familia.

7.1.Limitaciones

Una de las limitaciones que presenta este estudio es la posibilidad de que, en algún momento, alguna mujer haya podido falsear los datos, debido al carácter on line de la recogida, lo que puede haber alterado los resultados.

Otra limitación es la falta de investigación sobre el tema con la que poder comparar los resultados obtenidos.

Por último, aunque la muestra no es nada desdeñable, se considera escasa para un fenómeno de este calibre, así como su representatividad de la población española en su globalidad.

7.2.Prospectiva

De cara a futuras investigaciones, se recomienda replicar el estudio con una muestra mayor y más representativa de la población, e incluyendo otras variables significativas en su relación con las variables de estudio.

Los resultados obtenidos, también podrían utilizarse para realizar programas o talleres de prevención de la violencia obstétrica y de promoción de un vínculo madre-bebé saludable, pudiéndose llevar a cabo desde un ámbito multidisciplinar donde participen diferentes profesionales de la salud física y mental.

Referencias bibliográficas

- Ainsworth, M. D. & Bell, S. M. (1970). Attachment, Exploration, and Separation: Illustrated by the Behavior of One-Year-Olds in a Strange Situation. *Child Development*, 41(1), 49-67. <https://doi.org/10.2307/1127388>
- Arguedas, G. (2014). La violencia obstétrica: propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense. *Cuadernos Intercambio sobre Centroamérica y el Caribe*. 11(1), 145-169.
- Beck, C.T., Driscoll, J.W., & Watson, S. (2013). *Traumatic childbirth*. Routledge.
- Benlloch-Doménech, C., Barbé-Villarubia, M. J., & Ribera, J. C. (2019). Reflexiones al final de un inicio: estudio de asociación entre variables sociodemográficas y tipo de parto en la prevención de la violencia obstétrica en España. MUSAS. *Revista de Investigación en Mujer, Salud y Sociedad*, 4(1), 98-119. <https://doi.org/10.1344/musas2019.vol4.num1.6>
- Boletín Oficial del Estado. (2023). Ley Orgánica 1/2023, de 28 de febrero, por la que se modifica la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2023-5364>
- Bowlby, J. (1958). The nature of the child's tie to his mother. *The International Journal of Psycho-Analysis*, 39, 350-373.
- Bowlby, J. (1976). Attachment and Loss, volumen II. La Separación Afectiva. Editorial Paidós *Psicología Profunda*.
- Brigidi, S. & Ferreiro, S. (2018). Observatorio de la violencia de obstétrica en España. *Mujeres y Salud*, 43, 40-44.
- Brigidi, S., Polo, A., Mena-Tudela, D., & Medina-Pradas, C. (2023). Violencia ginecológica-obstétrica. *Psicosomática y Psiquiatría*, 27, 34-38. <https://doi.org/10.60940/PsicosomPsiquiatrnum2708>
- Burutxaga, I., Pérez-Testor, C., Ibáñez, M., de Diego, S., Golanó, M., Ballús, E., & Castillo, J. A. (2018). Apego y vínculo: una propuesta de delimitación y diferenciación conceptual. *Temas de Psicoanálisis*, 15, 1-17.

Bystrova, K., Ivanova, V.; Edhborg, M., Matthiesen, A. S., Ransjö-Arvidson, A. B., Mukhamedrakhimov, R., Uvnäs-Moberg, K., & Widström, A. M. (2009). Early contact versus separation: effects on mother-infant interaction one year later. *Birth*, 36(2), 97-109. <https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.2009.00307.x>

Camacho, J. (2019). *Contacto piel con piel en la primera hora de vida como facilitador del desarrollo de un vínculo de apego seguro; dependiendo de los niveles de cortisol y oxitocina que se secretan en la madre y el infante durante el parto y en la primera hora* (Tesis doctoral). Recuperado de: <http://repositorio.usfq.edu.ec/handle/23000/8371>

Comunidad Autónoma de Cataluña. (2021). Ley 17/2020, de 22 de diciembre, de modificación de la Ley 5/2008, del derecho de las mujeres a erradicar la violencia machista. https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2021-464

Comunidad Autónoma de la Comunitat Valenciana. (2022). Ley 10/2014, de 29 diciembre de Salud de la comunidad valenciana Comunidad Valenciana.

Comunidad Autónoma del País Vasco. (2022). Ley 1/2022, de 3 de marzo, de segunda modificación de la Ley para la Igualdad de Mujeres y Hombres. En Boletín Oficial del Estado.

Condon, J. T. & Dunn, D. J. (1988). Nature and determinants of parent-to-infant attachment in the early postnatal period. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 27(3), 293-299. <https://doi.org/10.1097/00004583-198805000-00005>

Esma G., Ozgur K., Kamile K. (2018). Identification of factors affecting mother- infant bonding in advanced maternal age. *Lupine Online Journal of Nursing & Health care*. doi:[10.32474/LOJNHC.2018.01.000102](https://doi.org/10.32474/LOJNHC.2018.01.000102)

European Commission, Directorate-General for Justice and Consumers, Rozée, V., Schantz, C., van der Waal, R. (2024). Case studies on obstetric violence: experience, analysis, and responses, *Publications Office of the European Union*. <https://data.europa.eu/doi/10.2838/712175>

European Parliament's Committee on Women's Rights and Gender Equality (FEMM), Brunello, S., Gay-Berthomieu, M., Smiles, B., Bardho, E., Schantz, C., Rozee, V. (2024). Obstetric and gynaecological violence in the EU - Prevalence, legal frameworks and educational guidelines for prevention and elimination. <https://www.europarl.europa.eu/committees/en/obstetric-and-gynaecological-violence-in/product-details/20240422CAN73174>

- García-Esteve, L., Torres, A., Lasheras, G., Palacios- Hernández, B., Farré- Sender, B., Subirà, S., Valdés, M. & Brockington, I. (2015) Assessment of psychometric properties of the Postpartum Bonding Questionnaire (PBQ) in Spanish mothers. *Arch Womens Ment Health* 19, 385–394. <https://doi.org/10.1007/s00737-015-0589-x>
- García, E. (2018). *La violencia obstétrica como violencia de género. Estudio etnográfico de la violencia asistencial en el embarazo y el parto en España y de la percepción de usuarias y profesionales*. (Tesis doctoral). Recuperado de: <http://hdl.handle.net/10486/684184>
- Goberna-Tricas, J. (2018). Bioética de la relación asistencial: El modelo deliberativo como propuesta frente a la falta de respeto, el maltrato y la violencia obstétrica en atención al parto. *Dilemata*, (26), 53-62.
- Iglesias, S., Conde, M., González, S. & Parada, M. E. (2019). ¿Violencia obstétrica en España, realidad o mito? 17.000 mujeres opinan. *MUSAS. Revista de Investigación en Mujer, Salud y Sociedad*, 4(1), 77-97. <https://doi.org/10.1344/musas2019.vol4.num1.5>
- Jarillo, A., Fernández-Velasco, R., Garrido-Hernansaiz, H. (2021). La violencia obstétrica como factor de riesgo para la formación del vínculo y el apego materno-infantil: una revisión sistemática». *Psicosomática y Psiquiatría*, 18, 25-35. <https://doi.org/10.34810/PsicosomPsiquiatrnum1804>
- Main, M., & Cassidy, J. (1988). Categories of response to reunion with the parent at age 6: Predictable from infant attachment classifications and stable over a 1-month period. *Developmental Psychology*, 24(3), 415–426. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.24.3.415>
- Mata, M.T. (2015). «La depresión postparto», disponible en Revista Mensalus del 21-1-2015: <https://mensalus.es/blog/ansiedad-estres/2015/01/la-depresion-postparto/>
- Moya, J., Sierra, P., del Valle, C., & Carrasco M. A. (2015). Efectos del apego seguro y el riesgo psicosocial en los problemas infantiles interiorizados y exteriorizados. *Tendencias pedagógicas*, 26, 163-178. Disponible en: <https://revistas.uam.es/tendenciaspedagogicas/article/view/2131>
- Olza, I. (2014). Estrés postraumático secundario en profesionales de la atención al parto. Aproximación al concepto de violencia obstétrica. *Medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, 111, 79-83.

- Olza, I., Fernández Lorenzo, P., González Uriarte, A., Herrero Azorín, F., Carmona Cañabate, S., Gil Sanchez, A., Amado Gómez, E., & Dip, M. E. (2021). An ecosystemic model for comprehensive perinatal mental health care. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 41(139), 23-35. <https://dx.doi.org/10.4321/s0211-57352021000100003>
- Organización Mundial de la Salud (2018). Recomendaciones de la OMS Para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva. Recuperado de: <https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-RHR-18.12>
- Organización Mundial de la Salud (2022). Guide for integration of perinatal mental health in maternal and child health services. Recuperado de: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240057142>
- Palacios Hernández, B. (2016). Alteraciones en el vínculo materno-infantil: prevalencia, factores de riesgo, criterios diagnósticos y estrategias de evaluación. *Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud*, 48(2), 164-176. <http://dx.doi.org/10.18273/revsal.v48n2-2016001>
- Phillips, R. (2013). The sacred hour: Uninterrupted skin-to-skin contact immediately after birth. *Newborn and Infant Nursing Reviews*, 13(2), 67-72. <https://doi.org/10.1053/j.nainr.2013.04.001>
- Rodríguez, J. & Martínez, A. (2021). Violencia obstétrica: una práctica invisible en la atención médica en España. *Gaceta de Salud*, 35 (3), 211-212. Publicación electrónica del 20 de diciembre de 2021. <https://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.06.019>
- Rodríguez- Ramos, P. A. & Aguilera- Ávila, L. (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. <https://doi.org/10.1344/musas2017.vol2.num2.4>
- Roncallo, C.P., Sánchez de Miguel, M. & Arranz Freijo, E. (2015). Vínculo materno-fetal: implicaciones en el desarrollo psicológico y propuesta de intervención en atención temprana. *Escritos de Psicología (Internet)*, 8(2), 14-23. <https://dx.doi.org/10.5231/psy.writ.2015.0706>
- Rosenberg, K., & Trevathan, W. (2002). Birth, obstetrics and human evolution. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 109(11), 1199-1206. [https://doi.org/10.1016/S1470-0328\(02\)00410-X](https://doi.org/10.1016/S1470-0328(02)00410-X)

Taylor, A., Atkins, R., Kumar, R., Adams, D., & Glover, V. (2005). A new Mother-to-Infant Bonding Scale: links with early maternal mood. *Archives of women's mental health*, 8(1), 45–51.
<https://doi.org/10.1007/s00737-005-0074-z>

Zorrilla Blasco, A. (2017). Apego y vínculo: convergencias y divergencias. *Área 3. Cuadernos de temas grupales e institucionales*, 21, 1-23.

Anexos

Anexo A: Cuestionario de datos sociodemográficos diseñado ad hoc

DATOS RELACIONADOS CON EL PARTO

¿Cómo fue tu parto? *

- Vaginal
- Cesárea programada
- Cesárea de urgencia

Fecha de parto (dd/mm/aaaa) *

¿Te administraron alguna medicación durante el parto? *

- Si. Oxitocina
- Si. Oxitocina y Epidural
- Si. Epidural
- Otros (especificar)

Indica la medicación que te administraron *

¿Utilizaron algún tipo de instrumento durante el parto? ej. fórceps, ventosa, espátula *

- Si. Forceps
- Si. Ventosas
- Si. Espátula
- Si. Forceps y ventosas
- Si, otros(especificar)
- No

Indica los instrumentos que utilizaron *

¿Te realizaron alguna maniobra para "ayudarte" durante el parto? *

- No
- Sí. Maniobra de Hamilton (con la mano me despegaron las membranas de las paredes del útero)
- Sí. Maniobra de Kristeller (se pusieron encima de mi barriga y apretaron)
- Sí, las dos anteriores
- Sí, otra/s (especificar)

Descríbela/as *

¿Te informaron de los procedimientos que iban a llevar a cabo durante tu proceso de parto? Es decir, de las ventajas e inconvenientes de la inducción, de la cesárea o de otro procedimiento que llevaran a cabo en tu parto *

- Sí, sentí que me informaron adecuadamente
- No, porque no llevaron a cabo ningún procedimiento (fue un parto natural y vaginal sin ningún tipo de intervención)
- No, no sentí que me informaran adecuadamente.

Anexo B: Escala de Violencia Obstétrica

ESCALA DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA

A continuación encontrarás una serie de preguntas relacionadas con el parto, te rogamos respondas de manera sincera según haya sido tu experiencia. Recuerda que no hay respuestas "buenas" o "malas". Las puntuaciones van desde "1=No estoy segura, pero creo/siento que esto me sucedió" hasta el "4=Definitivamente esto me sucedió".

- El personal de salud hizo comentarios irónicos, descalificadores o en tono de chiste acerca de mi comportamiento *
 - o 1 "No estoy segura, pero creo/siento que esto no me sucedió"
 - o 2 "No estoy segura"
 - o 3 "No estoy segura, pero creo/siento que esto me sucedió",
 - o 4 "Definitivamente esto me sucedió"
- Me sentiste infantilizada o anulada por el equipo médico como si fuera incapaz de tomar decisiones sobre lo que me ocurría antes, durante o después del parto. *
 - o 1 "No estoy segura, pero creo/siento que esto no me sucedió"
 - o 2 "No estoy segura"
 - o 3 "No estoy segura, pero creo/siento que esto me sucedió",
 - o 4 "Definitivamente esto me sucedió"
- Fui criticada de algún modo por expresar mis emociones (llorar, gritar de dolor, etc.) durante el trabajo de parto y/o el parto *
 - o 1 "No estoy segura, pero creo/siento que esto no me sucedió"
 - o 2 "No estoy segura"
 - o 3 "No estoy segura, pero creo/siento que esto me sucedió",
 - o 4 "Definitivamente esto me sucedió"
- Me fue difícil o imposible preguntar o manifestar mis miedos o inquietudes porque no me respondían o lo hacían de mala manera *
 - o 1 "No estoy segura, pero creo/siento que esto no me sucedió"
 - o 2 "No estoy segura"
 - o 3 "No estoy segura, pero creo/siento que esto me sucedió",
 - o 4 "Definitivamente esto me sucedió"
- Me realizaron procedimientos médicos sin pedirme consentimiento o sin explicarme por qué eran necesarios *
 - o 1 "No estoy segura, pero creo/siento que esto no me sucedió"
 - o 2 "No estoy segura"
 - o 3 "No estoy segura, pero creo/siento que esto me sucedió",
 - o 4 "Definitivamente esto me sucedió"
- En el momento del parto, me obligaron a permanecer acostada boca arriba aunque manifestara mi incomodidad en esa posición *
 - o 1 "No estoy segura, pero creo/siento que esto no me sucedió"
 - o 2 "No estoy segura"
 - o 3 "No estoy segura, pero creo/siento que esto me sucedió",
 - o 4 "Definitivamente esto me sucedió"
- Fui obligada a quedarme en cama impidiéndome caminar o buscar posiciones según mis necesidades *
 - o 1 "No estoy segura, pero creo/siento que esto no me sucedió"
 - o 2 "No estoy segura"
 - o 3 "No estoy segura, pero creo/siento que esto me sucedió",
 - o 4 "Definitivamente esto me sucedió"
- Se me impidió estar acompañada por alguien de mi confianza *
 - o 1 "No estoy segura, pero creo/siento que esto no me sucedió"
 - o 2 "No estoy segura"
 - o 3 "No estoy segura, pero creo/siento que esto me sucedió",
 - o 4 "Definitivamente esto me sucedió"

- Se me impidió el contacto inmediato con mi hija/o recién nacida/o antes de que se lo llevara la/el pediatra para su control (acariciarlo, tenerlo en brazos, etc.) *
 - o 1 "No estoy segura, pero creo/siento que esto no me sucedió"
 - o 2 "No estoy segura"
 - o 3 "No estoy segura, pero creo/siento que esto me sucedió",
 - o 4 "Definitivamente esto me sucedió"
- Después del parto, me hicieron sentir que no había estado a la altura de lo que se esperaba de mí (que no había «colaborado»). *
 - o 1 "No estoy segura, pero creo/siento que esto no me sucedió"
 - o 2 "No estoy segura"
 - o 3 "No estoy segura, pero creo/siento que esto me sucedió",
 - o 4 "Definitivamente esto me sucedió"
- La experiencia de la atención en el parto me hizo sentir vulnerable, culpable o insegura en algún sentido *
 - o 1 "No estoy segura, pero creo/siento que esto no me sucedió"
 - o 2 "No estoy segura"
 - o 3 "No estoy segura, pero creo/siento que esto me sucedió",
 - o 4 "Definitivamente esto me sucedió"
- Después del parto se me negó la posibilidad de utilizar algún dispositivo o realizar algún procedimiento de control de natalidad (DIU, ligadura de trompas, etc.) *
 - o 1 "No estoy segura, pero creo/siento que esto no me sucedió"
 - o 2 "No estoy segura"
 - o 3 "No estoy segura, pero creo/siento que esto me sucedió",
 - o 4 "Definitivamente esto me sucedió"
- Durante el trabajo del parto o con posterioridad a este me sentí expuesta a la mirada de otras personas desconocidas para mí *
 - o 1 "No estoy segura, pero creo/siento que esto no me sucedió"
 - o 2 "No estoy segura"
 - o 3 "No estoy segura, pero creo/siento que esto me sucedió",
 - o 4 "Definitivamente esto me sucedió"

Anexo C: Test del vínculo en el postparto (PBQ)

TEST DEL VÍNCULO EN EL POSTPARTO

Por favor, indica cómo te sientes respecto a tu bebé. No hay respuestas "buenas" o "malas". Escoge la respuesta más adecuada a tu experiencia reciente, siendo 1= Muy a menudo y 5= Nunca

- Me siento cercana a mi bebé *
- o 1. Muy a menudo
- o 2. Bastante a menudo
- o 3. A veces
- o 4. Raramente
- o 5. Nunca
- Desearía que volvieran los días en que no tenía bebé *
- o 1. Muy a menudo
- o 2. Bastante a menudo
- o 3. A veces
- o 4. Raramente
- o 5. Nunca
- Me siento distante *
- o 1. Muy a menudo
- o 2. Bastante a menudo
- o 3. A veces
- o 4. Raramente
- o 5. Nunca
- Me encanta abrazar a mi bebé *
- o 1. Muy a menudo
- o 2. Bastante a menudo
- o 3. A veces
- o 4. Raramente
- o 5. Nunca
- Lamento haberle tenido *
- o 1. Muy a menudo
- o 2. Bastante a menudo
- o 3. A veces
- o 4. Raramente
- o 5. Nunca
- Siento como si no fuera mío/a *
- o 1. Muy a menudo
- o 2. Bastante a menudo
- o 3. A veces
- o 4. Raramente
- o 5. Nunca
- Siento que mi bebé me toma el pelo *
- o 1. Muy a menudo
- o 2. Bastante a menudo
- o 3. A veces
- o 4. Raramente
- o 5. Nunca
- Le quiero con locura *
- o 1. Muy a menudo
- o 2. Bastante a menudo
- o 3. A veces
- o 4. Raramente
- o 5. Nunca
- Me siento feliz cuando mi bebé ríe *
- o 1. Muy a menudo
- o 2. Bastante a menudo
- o 3. A veces
- o 4. Raramente
- o 5. Nunca

- Mi bebé me irrita *
 - o 1. Muy a menudo
 - o 2. Bastante a menudo
 - o 3. A veces
 - o 4. Raramente
 - o 5. Nunca
- Disfruto jugando con mi bebé *
 - o 1. Muy a menudo
 - o 2. Bastante a menudo
 - o 3. A veces
 - o 4. Raramente
 - o 5. Nunca
- Mi bebé llora demasiado *
 - o 1. Muy a menudo
 - o 2. Bastante a menudo
 - o 3. A veces
 - o 4. Raramente
 - o 5. Nunca
- Me siento atrapada como madre *
 - o 1. Muy a menudo
 - o 2. Bastante a menudo
 - o 3. A veces
 - o 4. Raramente
 - o 5. Nunca
- Me siento enfadada con mi bebé *
 - o 1. Muy a menudo
 - o 2. Bastante a menudo
 - o 3. A veces
 - o 4. Raramente
 - o 5. Nunca
- Siento resentimiento hacia mi bebé *
 - o 1. Muy a menudo
 - o 2. Bastante a menudo
 - o 3. A veces
 - o 4. Raramente
 - o 5. Nunca
- Mi bebé es el/la más guapo/a *
 - o 1. Muy a menudo
 - o 2. Bastante a menudo
 - o 3. A veces
 - o 4. Raramente
 - o 5. Nunca

Violencia obstétrica durante el parto y su relación con el vínculo madre-bebé

- Desearía que de alguna manera mi bebé desapareciera *
 - o 1. Muy a menudo
 - o 2. Bastante a menudo
 - o 3. A veces
 - o 4. Raramente
 - o 5. Nunca
- He hecho cosas que son perjudiciales para mi bebé *
 - o 1. Muy a menudo
 - o 2. Bastante a menudo
 - o 3. A veces
 - o 4. Raramente
 - o 5. Nunca
- Mi bebé me pone nerviosa *
 - o 1. Muy a menudo
 - o 2. Bastante a menudo
 - o 3. A veces
 - o 4. Raramente
 - o 5. Nunca
- Mi bebé me asusta *
 - o 1. Muy a menudo
 - o 2. Bastante a menudo
 - o 3. A veces
 - o 4. Raramente
 - o 5. Nunca
- Mi bebé me fastidia *
 - o 1. Muy a menudo
 - o 2. Bastante a menudo
 - o 3. A veces
 - o 4. Raramente
 - o 5. Nunca
- Me siento segura cuando cuidando de mi bebé *
 - o 1. Muy a menudo
 - o 2. Bastante a menudo
 - o 3. A veces
 - o 4. Raramente
 - o 5. Nunca
- Siento que la única solución es que otra persona cuide a mi bebé *
 - o 1. Muy a menudo
 - o 2. Bastante a menudo
 - o 3. A veces
 - o 4. Raramente
 - o 5. Nunca
- Tengo ganas de hacer daño a mi bebé *
 - o 1. Muy a menudo
 - o 2. Bastante a menudo
 - o 3. A veces
 - o 4. Raramente
 - o 5. Nunca
- Mi bebé se consuela fácilmente *
 - o 1. Muy a menudo
 - o 2. Bastante a menudo
 - o 3. A veces
 - o 4. Raramente
 - o 5. Nunca