

Estrés postraumático secundario en profesionales de la atención al parto. Aproximación al concepto de violencia obstétrica

PTSD and obstetric violence

Ibone Olza Fernández

Recibido: 25/06/2014

Aceptado: 14/07/2014

Resumen

El parto puede ser altamente traumático para algunas mujeres. Se estima que entre el 2 y el 6 % de las mujeres desarrollan un trastorno de estrés postraumático (TEPT) completo tras el parto y que el 35 % de las madres presenta algún grado de TEPT. A menudo, el trauma de las mujeres es el resultado de las acciones (u omisiones) de los profesionales sanitarios. El concepto de violencia obstétrica incluye “un trato jerárquico deshumanizador, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres”. Las razones que llevan a los profesionales que atienden partos a ejercer la violencia obstétrica pueden ser variadas; entre otras se han señalado: la falta de formación y de habilidades técnicas para afrontar los aspectos emocionales y sexuales del parto; el propio trauma no resuelto o el síndrome de burnout.

Palabras clave: TEPT. Parto. Violencia obstétrica. Burnout.

Summary

*Childbirth can be a traumatic event for many women. Different studies have found a high prevalence of trauma symptoms following childbirth: between 1 % and 6 % of women will develop complete post-traumatic stress disorder (PTSD) following childbirth and 35 % of women present some degree of PTSD symptoms postpartum. Women are often traumatized as a result of the actions or inactions of midwives, nurses and doctors. **Obstetric violence** has been defined as “... the appropriation of the body and reproductive processes of women by health personnel, which is expressed as dehumanized treatment, an abuse of medication, and to convert the natural processes into pathological ones, bringing with it loss of autonomy and the ability to decide freely about their bodies and sexuality, negatively impacting the quality of life of women.” Professionals may exert obstetric violence because of lack of technical skills to deal with emotional and sexual aspects of childbirth, unsolved trauma and or professional burnout.*

Key words: PTSD. Childbirth. Obstetric violence. Burnout.

Psiquiatra infantil y perinatal

Dirección de contacto: ibone.olza@salud.madrid.org

El parto puede ser muy traumático para algunas mujeres. En la última década diversos estudios han encontrado una alta prevalencia de síntomas de estrés postraumático tras el parto. Así, en un estudio británico un tercio de las mujeres describían su parto como traumático y referían haber temido por su vida o la de su bebé, o que este tuviera serias secuelas (Soet, Brack, & DiIorio, 2003). En los estudios realizados en población general, en Australia y Reino Unido, se observa que entre el 1 y el 6 % de las mujeres desarrollan un trastorno de estrés postraumático (TEPT) completo tras el parto (Ayers & Pickering, 2001; Creedy, Shochet, & Horsfall, 2000). En Estados Unidos, una encuesta nacional encontró que el 18 % de las mujeres presentaban síntomas altos de TEPT postparto (Beck, Gable, Sakala, & Declercq, 2011). En general se estima que aproximadamente el 35 % de las madres presentan algún grado de TEPT (Allen, 1998; Creedy *et al.*, 2000; Soet *et al.*, 2003).

El parto traumático se ha definido como aquel en el que “hay un peligro real o amenaza vital para la madre o para su bebé” (Beck & Watson, 2008). Son muchos los profesionales sanitarios que desconocen o ignoran los signos del trauma psicológico y emocional (Beck, 2004b). Como dice Beck: “*el trauma del parto reside en la mirada de quien lo percibe*”, lo que implica que trauma es lo que a cada mujer le resulta traumático durante su experiencia de parto (Beck, 2004a). La experiencia de parto traumático se acompaña de miedo, indefensión y terror, y suele ir seguida de toda una serie de pensamientos que incluyen recuerdos vívidos del suceso, *flashbacks*, pesadillas e irritabilidad (Ayers, 2004; Olde, van der Hart, Kleber, & van Son, 2006). Puede afectar seriamente a las mujeres y a sus familias.

Los estudios cualitativos muestran que un tema central para estas mujeres traumatizadas es el haber recibido unos cuidados inadecuados (Allen, 1998). Así, un meta análisis sobre las percepciones y experiencias de las mujeres con partos traumáticos mostró como a menudo el trauma de las mujeres es el resultado de las acciones (u omisiones) de las matronas, médicos y enfermeras (Elmir, Schmied, Wilkes, & Jackson, 2010). En dicho estudio, las mujeres describían como habían sentido que no tenían ningún control sobre su experiencia de parto. Les habían tratado de forma autoritaria

en la toma de decisiones, sus opiniones habían sido ignoradas. Los profesionales no les habían respetado como personas, ni respetado su derecho al consentimiento informado (Thomson & Downe, 2008). Se sentían traicionadas, algunas señalaban incluso cómo habían aceptado intervenciones, como la anestesia epidural o la extracción con ventosa, solo para poder finalizar el trauma que estaban viviendo (Goldbort, 2009). Muchas contaban que habían sido tratadas de forma deshumanizada, irrespetuosa y descuidada. Para describir el trato recibido por los profesionales utilizaban palabras como “*bárbaro, invasivo, terrible y degradante*” (Thomson & Downe, 2008). Otras decían haber sido tratadas como “*un cacho de carne*” o “*una baldosa de la pared*” para explicar el trato deshumanizado recibido durante el parto, describiendo una falta total de consideración hacia ellas como seres humanos (Beck, 2004b). Lo estaban pasando tan mal que solo deseaban que la ordalía del parto terminara, incluso con fantasías de muerte como única forma de evadirse del intenso dolor y trauma (Thomson & Downe, 2008). Muchas seguían teniendo recuerdos muy vívidos años después del parto traumático. Probablemente el maltrato tenga un impacto mucho mayor cuando sucede intraparto, un momento en que el cerebro materno está bañado en neurohormonas específicas que lo preparan para el inicio del vínculo (Olza-Fernández, Marín Gabriel, Gil-Sánchez, García-Segura, & Arévalo, 2014). Resumiendo, los estudios indican que las mujeres con frecuencia salen traumatizadas de sus partos como consecuencia de las acciones y omisiones de matronas, enfermeras y médicos (Elmir *et al.*, 2010).

Las activistas del parto han definido este maltrato a las parturientas por parte de los profesionales de la salud desde una perspectiva diferente, y han visibilizado las secuelas emocionales del mismo. Curiosamente solo lo han llamado abuso las personas que se presentan como activistas del parto, como Susan Hodges (Presidenta de Citizens for Midwifery) o la matrona y defensora del parto en casa Shelia Kitzinger. Conviene recordar que el activismo del parto a menudo es una más de las secuelas que deja un parto traumático (Sawyer & Ayers, 2009). Nombrar el abuso que sufren muchas mujeres en el parto es el primer paso para erradicar el problema, según Hodges. Según ella,

drogar o cortar a una embarazada sin que haya una indicación médica es un acto de violencia, incluso cuando el que lo hace es un médico en un hospital. Prácticas inadecuadas como dar oxitocina sintética hasta que se produce sufrimiento fetal (y entonces la cesárea es urgente) son también un abuso claro, aunque muy pocas mujeres sepan que esto es una forma de maltrato (Hodges, 2009). Kitzinger destaca como algunas mujeres sienten el parto como una forma de violación, y como muchas mujeres que han sufrido un parto traumático presentan los mismos síntomas que las víctimas de violaciones (Kitzinger, 2006). El término “violación en el parto” (*birth rape*) lo han utilizado mujeres que sienten que fueron violadas en sus partos y forzadas a consentir a algunos procedimientos, sin que se les hubiera informado con detalle ni se les hubiera explicado los riesgos de las mismas.

Para los profesionales sanitarios suele ser muy difícil aceptar la palabra “violación” referida a un parto en un hospital. Sin embargo, es frecuente que los profesionales del parto estén igualmente traumatizados por esa forma de trabajo tan deshumanizada. Las enfermeras pueden sentirse impotentes e incapaces de intervenir para evitar el trauma. En un estudio reciente de Beck, el 26 % de las enfermeras obstétricas cumplían todos los criterios diagnósticos para un *screening* positivo, como TEPT por exposición a sus pacientes durante el trauma (Beck & Gable, 2012). Presenciar lo que las enfermeras del paritorio definían como partos abusivos (*abusive deliveries*) amplificaba su riesgo de sufrir trauma secundario. En ese estudio cualitativo, las enfermeras utilizaban frases como “*el médico le violó*”, “*un parto perfecto se convirtió en violento*”, “*fue innecesariamente rudo con su periné*”, “*me sentí cómplice de un crimen*” o incluso “*me sentí como si estuviera presenciando una violación*”. Estas enfermeras se sentían tremendamente culpables y decían que habían fallado a sus pacientes al no defenderlas ni cuestionar las cosas que estaban haciendo los obstetras.

El primer país que ha reconocido la violencia obstétrica como concepto legal ha sido Venezuela. En la Ley Orgánica sobre el Derecho de las mujeres a una vida libre de violencia, publicada el 19 de marzo de 2007, se define como violencia obs-

tétrica: “*La apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por prestadores de salud, que se expresa en un trato jerárquico deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres*” (Perez D’Gregorio, 2010). En el artículo 51, de dicha ley, se detalla que se considerarán actos constitutivos de violencia obstétrica: 1) No atender oportuna y eficazmente las emergencias obstétricas. 2) Obligar a la mujer a parir en posición supina y con las piernas levantadas, existiendo los medios necesarios para la realización del parto vertical. 3) Obstaculizar el apego precoz del niño o niña con su madre sin causa médica justificada, negándole la posibilidad de cargarlo o cargarla y amamantarlo o amamantarla inmediatamente al nacer. 4) Alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer. 5) Practicar el parto por vía de cesárea, existiendo condiciones para el parto natural, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer (Perez D’Gregorio, 2010).

Para las usuarias es fácil comprender el concepto de violencia obstétrica. Nombrarlo puede facilitar que muchas mujeres revelen sus traumas de parto como primer paso para la recuperación emocional. Conseguir que los profesionales comprendan en profundidad la violencia obstétrica parece crucial, ya que esta puede ser consecuencia de la medicalización extrema del parto, que también conlleva una negación de los aspectos más espirituales del mismo (Callister, 2004). Las razones que llevan a los profesionales que atienden partos a ejercer la violencia obstétrica pueden ser variadas:

- La falta de formación y de habilidades técnicas para afrontar los aspectos emocionales y sexuales del parto.

- El propio trauma no resuelto. La medicalización del parto provoca complicaciones iatrogénicas severas (Belghiti *et al.*, 2011; Johanson, Newburn, & Macfarlane, 2002). Si los profesionales no tienen un espacio de apoyo, donde abordar este aspecto iatrogénico de los cuidados, pueden entrar

en una espiral de medicalización creciente como única estrategia defensiva. Entonces el parto se percibe como un suceso muy peligroso, “*una bomba de relojería a punto de estallar*”, sin que los que lo atienden lleguen a ser conscientes de como la cascada de intervenciones innecesarias desencadena la iatrogenia, dando lugar a más intervencionismo, más riesgo y más dolor.

- Los profesionales del parto que tienen un síndrome de *burnout* generan un trato aún más deshumanizado, con lo cual las cifras de mujeres que sufren partos traumáticos pueden seguir aumentando indefinidamente.

Es preciso situar la violencia obstétrica en el centro del debate para poder comenzar a cerrar el círculo vicioso y poner fin a la violencia en el parto. La comprensión de la relación existente entre el TEPT en las mujeres, el maltrato y las causas que favorecen ese tipo de cuidado por parte de los profesionales es urgente. Además, hay que visibilizar el alto y profundo sufrimiento emocional que llevan consigo muchos profesionales del parto y abordarlo terapéuticamente. Los modelos de atención al parto normal, dirigidos por matronas favorecen la continuidad de los cuidados y la participación plena de las mujeres en su experiencia de parto. Es necesario un diálogo continuo entre grupos de usuarias y profesionales para poner fin a la violencia obstétrica.

Versión en castellano. El artículo original en inglés “PTSD and obstetric violence” de la autora fue publicado en *Midwifery Today issue 105 Spring 2013*.

BIBLIOGRAFÍA

1. **Allen, S.** (1998). A qualitative analysis of the process, mediating variables and impact of traumatic childbirth. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 16(2-3): 107-131.
2. **Ayers, S.** (2004). Delivery as a traumatic event: Prevalence, risk factors, and treatment for postnatal posttraumatic stress disorder. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 47(3): 552-567.
3. **Ayers, S., & Pickering, A.D.** (2001). Do women get posttraumatic stress disorder as a result of childbirth? A prospective study of incidence. *Birth (Berkeley, Calif.)*, 28(2): 111-118.
4. **Beck, C.T.** (2004a). Birth trauma: In the eye of the beholder. *Nursing Research*, 53(1): 28-35.
5. **Beck, C.T.** (2004b). Post-traumatic stress disorder due to childbirth: The aftermath. *Nursing Research*, 53(4): 216-224.
6. **Beck, C.T., & Gable, R.K.** (2012). A mixed methods study of secondary traumatic stress in labor and delivery nurses. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing: JOGNN / NAACOG*.
7. **Beck, C.T., Gable, R.K., Sakala, C., & Declercq, E.R.** (2011). Posttraumatic stress disorder in new mothers: Results from a two-stage U.S. national survey. *Birth (Berkeley, Calif.)*, 38(3): 216-227.
8. **Beck, C.T., & Watson, S.** (2008). Impact of birth trauma on breast-feeding: A tale of two pathways. *Nursing Research*, 57(4), 228-236.
9. **Belghiti, J., Kayem, G., Dupont, C., Rudigoz, R.C., Bouvier-Colle, M.H., & De-neux-Tharoux, C.** (2011). Oxytocin during labour and risk of severe postpartum haemorrhage: A population-based, cohort-nested case-control study. *BMJ Open*, 1(2): e000514.
10. **Callister, L.C.** (2004). Making meaning: Women’s birth narratives. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing: JOGNN/NAACOG*, 33(4): 508-518.
11. **Creedy, D.K., Shochet, I.M., & Horsfall, J.** (2000). Childbirth and the development of acute trauma symptoms: Incidence and contributing factors. *Birth (Berkeley, Calif.)*, 27(2): 104-111.
12. **Elmir, R., Schmied, V., Wilkes, L., & Jackson, D.** (2010). Women’s perceptions and experiences of a traumatic birth: A meta-ethnography. *Journal of Advanced Nursing*, 66(10): 2142-2153.
13. **Goldbort, J.G.** (2009). Women’s lived experience of their unexpected birthing process. *MCN. The American Journal of Maternal Child Nursing*, 34(1): 57-62.
14. **Hodges, S.** (2009). Abuse in hospital-based birth settings? *The Journal of Perinatal Education*, 18(4): 8-11.
15. **Johanson, R., Newburn, M., & Macfarlane, A.** (2002). Has the medicalisation of childbirth gone too far? *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 324(7342): 892-895.
16. **Kitzinger, S.** (2006). Birth as rape: There must be an end to ‘just in case’ obstetrics. *British Journal of Midwifery*, 14(9): 544-545.
17. **Olde, E., van der Hart, O., Kleber, R., & van Son, M.** (2006). Posttraumatic stress following childbirth: A review. *Clinical Psychology Review*, 26(1): 1-16.
18. **Olza-Fernández, I., Marín Gabriel, M.A.,**

-
- Gil-Sánchez, A., García-Segura, L.M., & Arévalo, M.A.** (2014). Neuroendocrinology of childbirth and mother-child attachment: The basis of an etiopathogenic model of perinatal neurobiological disorders. *Frontiers in Neuroendocrinology*.
19. **Pérez D'Gregorio, R.** (2010). Obstetric violence: A new legal term introduced in Venezuela. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics: The Official Organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*, 111 (3): 201-202.
20. **Sawyer, A., & Ayers, S.** (2009). Post-traumatic growth in women after childbirth. *Psychology & Health*, 24(4): 457-471.
21. **Soet, J.E., Brack, G.A., & DiIorio, C.** (2003). Prevalence and predictors of women's experience of psychological trauma during childbirth. *Birth (Berkeley, Calif.)*, 30(1): 36-46.
22. **Thomson, G., & Downe, S.** (2008). Widening the trauma discourse: The link between childbirth and experiences of abuse. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 29(4): 268-273.