

Violencias invisibles, voces desde el útero.

Gabriella Bianco.

Psicóloga (nº colegiada B-1227). Psicoterapeuta Gestalt.

Las psicólogas que trabajaban desde aproximadamente una década enfocando su trabajo clínico y de investigación hacia la psicología de género, volvieron eufóricas desde aquel histórico encuentro mundial de mujeres que fue la **Conferencia Mundial sobre la Mujer**, celebrada en Pekín en el no demasiado lejano 1995! En esta ocasión se acuñó el término **violencia de género**, dando así un nombre al sufrimiento que traían tantas y tantas mujeres silenciosa y discretamente hacia las consultas de psicología y psicoterapia. Allí se quedaban secretamente guardados sus relatos, sus lágrimas, sus heridas y procesos emocionales hasta ver nacer los brotes tiernos de la recuperación del amor hacia sí mismas, verla transformada en acciones puntuales y decisivas, pruebas de una evolución promotora de su salud y de la de generaciones futuras. Esto ocurría con las mujeres víctimas de violencia y malos tratos, sin contar con reconocimiento alguno por parte de la sociedad civil.

En Pekín se declaró de forma unánime que

“la violencia contra la mujer impide el logro de los objetivos de la igualdad de desarrollo y Paz, que viola y menoscaba el disfrute de los deberes y derechos fundamentales”.

Se pidió entonces a los Gobiernos adoptar medidas preventivas y desarrollar intervenciones específicas para eliminar esta forma de violencia. El maltrato dejó de ser invisible, aunque anteriormente ya se había definido la violencia contra las mujeres en una **Declaración de las Naciones Unidas** (1993) como

“todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para las mujeres, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública o privada”.

Como psicóloga comprometida con la promoción de la salud y el bienestar de la mujer, especialmente implicada en el área de la Psicología Perinatal me encuentro a menudo confrontada con las secuelas psicológicas de un tipo de violencia de género que aún queda demasiado ignorada, *invisibilizada* y no especialmente reconocida como tal. La primera vez que hablé de *violencia obstétrica* fue en ocasión de un foro profesional sobre violencia de género organizado por mi Colegio Profesional en 2009. Entre abogadas y psicólogas expertas en el tema me di cuenta que, ni desde un punto de vista legal, ni psicológico, ni desde una mirada feminista común se pudo reconocer que el trato vejatorio y denigrante sufrido frecuentemente por la mujer durante el parto y/o exploraciones ginecológicas pudiera nombrarse “violencia”.

¿Cómo reconocer violenta una actuación (aparentemente) sanitaria, llevada a cabo en la institución sanitaria y por profesionales sanitarios?

Esta y sucesivas participaciones en foros de profesionales de la salud de género me procuraron cierta frustración, acompañada de impotencia e indignación. Salía preguntándome sistemáticamente como era posible que otras mujeres como yo, algunas de ellas madres, no cuestionaran a penas una praxis obstétrica obsoleta, incluso una mala praxis acompañada por actos y palabras violentos, denigrantes y ofensivos para la parturienta. Nunca olvidaré las miradas de reproche cuando, en más de una ocasión, hablé de la episiotomía rutinaria (cuando su incidencia en España se calculaba en más de un 80% de los partos, según los datos del INE) como una forma más de mutilación genital femenina. Ni la OMS siquiera reconoce esta lectura del corte sistemático del periné femenino en la cultura moderna occidental cuando, al definir la MGF de tipo IV reza: *“todos los demás procedimientos lesivos de los genitales externos con fines no médicos, tales como la perforación, incisión, raspado o cauterización de la zona”*. Una definición diplomática, políticamente correcta, que sigue dejando en la invisibilidad generaciones de mujeres que sufren en silencio las consecuencias físicas y psicológicas del corte iatrogénico de sus perinés, sin su consentimiento, porque *“no dilatas”* o *“es un cortecito de nada, todas lo tienen”*. Quiero señalar que las secuelas de la episiotomía resultan ser, en parte, idénticas a las descritas por las mujeres víctimas de la MGF: *“dolor severo”* al contraer relaciones sexuales, *“infecciones recurrentes”*, *“queloides”*, *“trauma psicológico”*, además de la frecuente incontinencia urinaria y/o fecal, tocofobia secundaria etc.

La experiencia clínica y el trabajo cotidiano con las mujeres y las madres siguen enseñándome a diario que la violencia invisible sigue siendo la más peligrosa:

- no deja marcas (fácilmente) visibles,
- se ejerce bajo el amparo del Estado o de la Institución,
- puede tener uniforme,
- está socialmente y/o culturalmente aceptada,
- no se quiere ver.

Reconocer este tipo de violencia conlleva dolor, así como una autocrítica honesta y valiente por parte de quienes la ejerce; visibilizarla implica cuestionar la Autoridad; denunciarla supone finalmente un riesgo y para trabajar en el cambio profundo y su erradicación se requiere un compromiso firme y, para que negarlo, cierto idealismo.

Como psicóloga y psicoterapeuta no dejo de corroborar a diario que un parto (o cesárea) puede ser vivido por su(s) protagonista(s) como un suceso traumático, tal y como descrito en los recientes estudios que abren el debate acerca de la existencia de un Trastorno de Estrés Post Traumático posterior al parto. El trauma no ocurre exclusivamente cuando la mujer vivió la experiencia como amenaza para su vida o la de su bebé. En demasiadas ocasiones la mujer reconoce haberse sentido mal-tratada por las y los profesionales de la salud que la atendieron en uno de los momentos más delicados de su vida sexual, tal y como representa el acto de dar a luz.

De acuerdo con la citada definición de las Naciones Unidas de 1993, las mujeres que acuden a consulta buscando entendimiento, apoyo y tratamiento psicoterapéutico especializado tras sus partos relatan un tipo de *violencia basada en la pertenencia al sexo femenino*, reconocen haberse sentido *amenazadas, coaccionadas*, además de “vulneradas”, “no respetadas”, “violadas”, “asustadas”, “ofendidas”, “ridiculizadas”, convirtiéndose finalmente en un mero objeto de intervención de una bata blanca que despliega todo su poderío frente a una yacente pijama. Las mujeres que acuden a una psicóloga perinatal tras un parto vivido como una agresión o violación presentan *daños y/o sufrimiento físico, sexual y psicológico*.

El maltrato institucional e institucionalizado hacia la mujer en el parto fue definido y reconocido por primera vez a nivel jurídico en 2006 por la legislación de Venezuela como **violencia obstétrica**:

“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”.

Las secuelas de la violencia obstétrica se encuentran descritas en la literatura especializada y se plasman de forma clara y contundente en los relatos de las mujeres que se han sentido invadidas física y anímicamente, infantilizadas, despreciadas y no respetadas tras elegir parir según sus deseos, en la mayoría de los casos según las recomendaciones de la OMS y/o las de la Estrategia de Atención al Parto Normal elaborada y publicada en 2007 por el Ministerio de Salud.

El mal-trato obstétrico o ginecológico se traduce a menudo en una experiencia traumática, que deja secuelas en el plano psíquico, presentando síntomas que pueden llegar a perjudicar profundamente no solamente el bienestar y la salud mental, sexual y reproductiva de la mujer, sino extenderse a la salud de su descendencia, a la de la pareja, así como a la salud familiar.

La bibliografía describe cuadros completos de TEPT (Trastorno de Estrés Post Traumático) tras el parto en un 5,6 % (Creedy, Shochet, & Horsfall, 2000) y hasta un 9% (Beck, Gable, Sakala y Declercq, 2011). Los síntomas (ansiedad extrema; re-experimentación de los sucesos traumáticos; evitación de estímulos asociados con la experiencia traumática; disociación; entumecimiento; sobre-excitación; insomnio; nerviosismo y aumento del miedo; pesadillas) pueden persistir durante meses o años si no reconocidos y tratados a tiempo.

Cuando hablamos de una experiencia traumática ligada al parto/cesárea, afortunadamente no siempre se cumplen todos los indicadores clínicos para diagnosticar un TEPT completo. Sin embargo resulta escalofriante entrar en conocimiento de las cifras de estudios recientes, según los cuales hasta un 18% de las mujeres en EEUU presentan síntomas de TEPT post-parto aún sin cumplir con un diagnóstico completo (Beck, Gable, Sakala, & Declercq, 2011). Entre 25 y 34 % de las mujeres encuestadas en EEUU y Australia definen la

experiencia de sus partos como traumática (Allen, 1998; Creedy et al., 2000; Soet et al., 2003).



Violación NO-informada. (L.L. 2010)

La experiencia clínica y los últimos hallazgos desde la epigenética demuestran que el trauma psicológico tiene además un carácter transgeneracional (Kendall-Tackett, K., 2007 y 2014), es decir que puede pasar a afectar generaciones posteriores, tal y como se describe en el caso de los hijos y nietos de los supervivientes de los campos de concentración alemanes durante la Segunda Guerra Mundial (Kogan, I., 1995). Hoy también sabemos que el trauma psicológico tiene carácter vicario, es decir que afecta a testigos directos, tal y como nos indican numerosos relatos y testimonios de residentes de matrona, así como un elocuente estudio llevado a cabo recientemente con enfermeras de paritorio en EEUU (Beck & Gable, 2012).

Para este XVI Seminario de la Red Caps he elegido hacerme canal vacío para llevar la voz de las mujeres. Estoy convencida que nadie mejor que las propias supervivientes podría encontrar palabras más acertadas para describir la experiencia de maltrato obstétrico. Los testimonios han sido seleccionados, recogidos y transcritos para luego ser leídos en voz alta por otras mujeres. Estas últimas prestaron sus voces a unas “hermanas desconocidas”, en un acto de generosa y desinteresada solidaridad femenina, para que sus verdades pudieran llegar no solamente al oído, sino también al alma y a la consciencia de varias generaciones de mujeres y profesionales de la salud de género presentes en este seminario dedicado a la maternidad.

Reconozco que la selección de los relatos no me ha resultado fácil. Detrás de cada uno se encuentra la historia de una mujer con la cual ha ido surgiendo una relación íntima y profunda. Se trata de madres a quienes tuve el privilegio de acompañar a lo largo de su proceso terapéutico, a quienes he aprendido a querer desde una relación terapéutica según la concepción gestáltica, de máxima confianza, transparencia y entrega. Leyendo y releendo las historias clínicas he vuelto a conectar con el dolor lancinante de sus úteros y almas heridas. Otras veces he podido sonreír, recordando la satisfacción de procesos terapéuticos que condujeron a un *crecimiento postraumático*. Cada testimonio habla por sí solo. Cada uno de ellos logra demostrar que no solamente la **violencia sufrida en los paritorios es perfectamente equiparable a la definición de las Naciones Unidas de violencia de género**, sino que las mujeres seguimos siendo expuestas a este tipo de maltrato también durante el puerperio, las revisiones ginecológicas de rutina o las urgencias hospitalarias. Alrededor del nacimiento de nuestras hijas e hijos (también, así como a lo largo de todo nuestro ciclo vital) estamos al servicio de la “ciencia”. Me refiero a una ciencia omnipotente, prepotente, que olvida la parte humana e ignora sistemáticamente las recomendaciones basadas en la última evidencia científica en cuanto a la fisiología del parto. Éstas nos demuestran que el parto fisiológico es sinónimo de salud plena para la parturienta y su criatura, promueve la salud

materno-infantil posterior al nacimiento, la lactancia materna y el establecimiento de un vínculo afectivo fuerte y sano, base para un apego seguro para el recién nacido.

El buen trato a la (futura) madre representa sin duda la mejor inversión para una humanidad futura afectiva y relacionalmente competente y saludable.

El proyecto **Voces desde el útero** pretende visibilizar el maltrato obstétrico e institucionalizado, así como las secuelas de las violencias invisibles, aquellas que se quedan silenciadas en el alma y atrapadas en las pelvis de las mujeres que pasan por ellas, las sufren y renacen, resurgiendo de sus propias cenizas, transitando los abismos del infierno psíquico más oscuro, para recuperarse resilientes y transformarse en testigos vivientes de la experiencia: es lo que se denomina *crecimiento post-traumático* o, como me gusta mejor llamarle en este caso, *crecimiento maternal post-traumático*.

En los últimos años se han reducido considerablemente las tasas de cesáreas en los hospitales del Sistema Público de Salud en España, donde el 22% de las mujeres dan a luz actualmente por vía abdominal (frente a una tasa global del 26%, incluyendo las clínicas privadas), así como el índice de episiotomías, que hace aún menos de una década rozaba el 80%, encontrándose hoy en un 43% (datos: INE, 2012). Sin embargo estos datos siguen siendo demasiado altos considerando las recomendaciones de la OMS, que proclaman no excederse de un 10 y hasta un máximo de 15% en las cesáreas y de un 20% de episiotomía en población de riesgo!

A pesar de dichas recomendaciones, de la difusión de la Estrategia de Atención al Parto Normal, del trabajo llevado a cabo por las plataformas de las mismas mujeres usuarias del Sistema Nacional de Salud y de la considerable toma de consciencia y esfuerzos para mejorar la práctica clínica por parte de numerosas profesionales del parto, demasiadas mujeres en España siguen sintiéndose amenazadas y/o violadas en los momentos que rodean sus parto y, en ocasiones, durante las revisiones y visitas ginecológicas. Este maltrato, si ignorado y no atendido a tiempo, puede dejar en algunas mujeres graves secuelas:

- Dificultad para establecer un vínculo sano con la criatura, inhibición de la lactancia materna o dificultades para amamantar, así como daños del sentimiento de autoeficacia, afectando la competencia materna para cuidar del bebé y la construcción de una identidad materna saludable.
- Incremento del riesgo de manifestaciones psicopatológicas en el posparto (Trastorno de Ansiedad-PosParto, Trastorno de Estrés Post Traumático-PosParto, Depresión-PosParto, Trastornos Disociativos, etc.) con secuelas también a largo plazo.
- Deterioro de la calidad de vida de la mujer (incontinencia urinaria y/o fecal, dolores crónicos, insomnio, pesadillas, taquicardia, flashbacks, etc.).
- Perjuicios en la calidad de la salud sexual y reproductiva de la mujer (vaginismo, dispaurenia, tocofobia secundaria, etc.), así como de su relación de pareja.

- Desconfianza hacia la fisiología, la propia capacidad de afrontamiento, la resiliencia y hacia las y los profesionales sanitarios, así como hacia todo el sistema de atención a la salud.

Solo recientemente la OMS ha levantado su voz acerca de este asunto, reconociendo claramente la violencia obstétrica en el marco de su último *Human Reproduction Programme*. En septiembre de 2014 la **OMS** publicó una declaración en la que finalmente **denuncia el maltrato y la falta de respeto en la atención al parto**, promoviendo la investigación, la implantación de políticas de control de calidad en los centros sanitarios y la implicación de todos los intervinientes, incluidas las mujeres, a quienes se exhorta a denunciar las malas praxis y a reclamar un trato digno y respetuoso hacia si mismas y sus criaturas en todo momento alrededor del parto y nacimiento.

Erradicar la mala praxis y el mal-trato hacia la mujer y su bebé en los paritorios y hacia la mujer en las consultas y/o urgencias de ginecología es un asunto que nos corresponde a todas: mujeres y profesionales de la salud. Es un asunto feminista y a la vez de salud pública que requiere un fuerte compromiso con la salud de la mujer, tanto de la usuaria como de la profesional. Ambas comparten una historia común, que nos cuenta como el cuerpo y los úteros de las mujeres se han ido convirtiendo en lugares de paso, al servicio de una medicina biologicista y androcéntrica, que fragmenta sistemáticamente la experiencia corporal de la mujer, medicalizando de forma extensiva su vida sexual y reproductiva a lo largo de todo su ciclo vital. El paradigma médico actual ignora u olvida los aspectos y recursos psicosociales y emocionales de la sexualidad femenina y de la maternidad, banalizando las posibles consecuencias de sus prácticas en la vivencia anímica que evidentemente influye en la salud de la mujer y en la salud perinatal. Empezando por el “control del embarazo” y llegando a un puerperio abandonado, pasando por un parto sinónimo de riesgo, se va generando paulatinamente miedo en las mujeres gestantes, sentando así las bases de su des-empoderamiento.

El control ejercido sobre todo el proceso reproductivo de la mamífera humana no hace más que entorpecer la relación humana entre usuaria y profesionales, cegando e impidiendo el empoderamiento de las mujeres, sean éstas usuarias o profesionales de la salud.

Tal y como revelaba el ginecólogo Grantly Dick Read, precursor del movimiento del “parto natural” en UK a principio de los años '30 del siglo pasado, se sigue sin permitir “(...) *a la mujer moderna hacer experiencia consciente de sus sensaciones físicas y de su eco emotivo, robándole así la recompensa derivada de su toma de consciencia de su poder en el parto*”.

Un cambio de paradigma en la atención a la salud de la mujer en particular y a la maternidad en general es urgente y necesario para generar una consciencia colectiva que apueste por la promoción y el mantenimiento de la salud bio-psico-social de la humanidad futura.

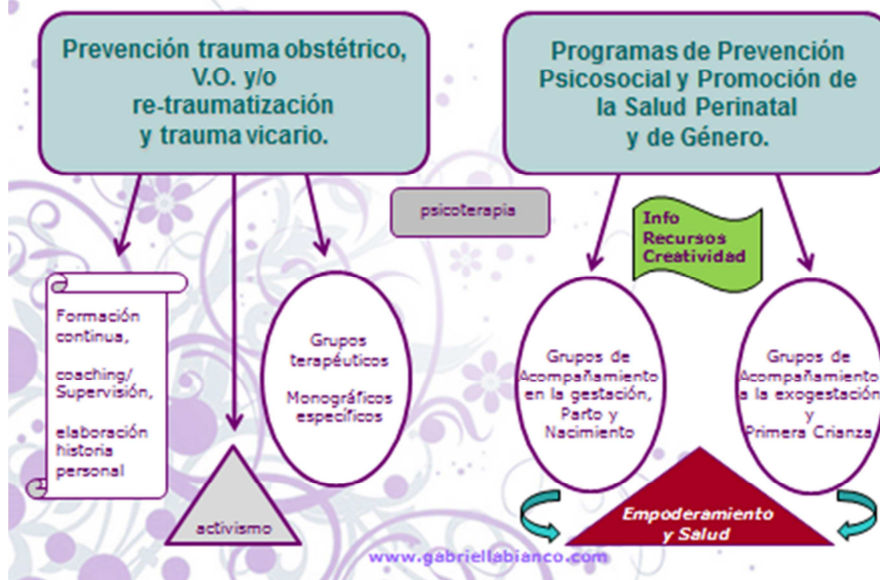
En esta ponencia se expone muy brevemente la propuesta para la erradicación de la violencia obstétrica elaborada entre 2005 y 2008 y que reformuló mi abordaje profesional como psicóloga y psicoterapeuta. La motivación que me

condujo a desarrollar un programa de prevención y promoción de la salud surgió de mi necesidad y deseo de reducir drásticamente la intervención psicoterapéutica reparadora del trauma obstétrico postparto, en muchos casos resultado de una praxis obstétrica obsoleta, iatrogénica y violenta.

Apoyándome en el marco teórico de la Salutogénesis, desarrollado a finales del siglo XX por el sociólogo de la medicina Aaron Antonowsky, así como en su aplicación a todo el proceso de maternidad por parte de la matrona e investigadora italiana Verena Schmid, surge mi propuesta de **prevención psicosocial grupal** dirigida a mujeres, madres y criaturas en toda la etapa en torno al parto, nacimiento y a la primera crianza, apoyando el derecho a un parto respetado y a un nacimiento digno y sin violencia como el primero de los Derechos Humanos fundamentales.



Propuesta para erradicar la violencia obstétrica y el mal-trato sanitario.



En 2008 nació en Mallorca el primer humilde programa de prevención psicosocial y promoción de la salud perinatal, fruto de la colaboración entre la matrona y la psicóloga perinatal. Desde entonces se sigue trabajando de manera continuada en una frecuencia semanal con grupos de mujeres a lo largo de toda la gestación y del primer año de vida del bebé y su familia.

El programa va dirigido a futuras madres y a sus parejas de crianza con el propósito de ofrecer no solamente información fiable y actualizada en torno a todo el período primal para propiciar la toma de *decisiones informadas*, sino también rescatar y fortalecer los recursos endógenos de cada mujer, proponiendo y desarrollando nuevos recursos para aumentar su capacidad de afrontamiento. De esta manera es posible generar la motivación de la cual surge el sentido de responsabilidad de cada mujer para hacer frente a una maternidad y crianza con-ciencia. Tal y como describe Antonowsky a través de su concepto de SOC *Sense of Coherence*, cuando una mujer comprende el significado de lo que le ocurre (y esto tiene un sentido para ella), cuando se

siente capaz de gestionar una situación y siente poseer las herramientas para afrontarla, cuando comprende el significado emocional de su vivencia y confía en sus recursos y en sus acompañantes puede participar activamente de su maternidad, moviéndose hacia la salud, dentro un continuum salud-enfermedad-salud (Antonowsky, A. 1997; Schmid, V. 2007).

Paralelamente al programa grupal dirigido a las usuarias sigue siendo imprescindible trabajar en la sensibilización y formación continuada de las y los profesionales de la salud sexual y reproductiva de la mujer.

La matrona es la profesional formada para el acompañamiento de la mujer en todas las fases de su vida sexual y reproductiva. Ella tiene la posibilidad y la función de proteger la salud de la mujer y su criatura en un momento tan sensible como el parto y el nacimiento. La matrona representa la pieza fundamental a la hora de prevenir el trauma obstétrico, prevenir posibles re-traumatizaciones (en casos de mujeres cuyas experiencias traumáticas previas a una gestación y parto no hayan sido adecuadamente atendidas e integradas a nivel psíquico) y, en general, la violencia y el mal-trato que se generan en torno al parto y al nacimiento.

La formación continuada no solamente pretende dotar las profesionales del parto de herramientas específicas para una escucha activa, una valoración circular de la mujer, para detectar señales y secuelas de la violencia obstétrica y del trauma derivado de las mismas para poder derivar adecuadamente a profesionales de la salud mental perinatal. Creo imprescindible que la formación continuada de las matronas (¡y ginecólogas!) deba contemplar una parte experiencial dedicada a la elaboración de la propia historia (traumática) como mujer y como profesional de la salud femenina, pasando por la toma de consciencia acerca de la construcción y vivencia de la propia sexualidad y afectividad. El reciclaje debería contemplar un seguimiento y *debriefing* paralelo al espacio laboral. Estas herramientas formativas han demostrado su eficacia a larga escala en diversos programas de promoción de la salud laboral de las profesionales de la salud. Solamente cuando la mujer-profesional habrá podido indagar profundamente en su historia se podrá convertir en un agente social transformador, aliada de la mujer en todas las fases de su desarrollo y evolución.

Los grupos terapéuticos, la psicoterapia y el activismo siguen siendo recursos imprescindibles a la hora de sanar heridas y acercarse al objetivo de generar una sociedad saludable y respetuosa con la ecología humana. La psicoterapia se ha demostrado una excelente herramienta a la hora de reparar el daño sufrido y generar resiliencia y crecimiento. El activismo sigue siendo la llama que origina y mantiene viva la inquietud, la sensibilización, el debate, la cohesión social en femenino, así como acciones concretas y efectivas a gran escala.

Las mujeres no están exigiendo un trato preferencial, sino tan solo que se contemple su derecho a ser bien atendidas, tanto desde un punto de vista

clínico, como humano y ético. Piden que se las trate como adultas capaces de pensar y decidir, de gestar, dar a luz y nutrir con Amor a la cría humana.

Y piden hoy que las políticas sociales contemplen y reconozcan la labor que están prestando como mujeres y madres al servicio de una sociedad al borde del declive, *maternando* para así preservar en las generaciones futuras la capacidad de cuidar(se) y de mantener la salud y el bienestar, tanto de las personas como del planeta Tierra.

Referencias bibliográficas:

Allen, S.: *A qualitative analysis of the process, mediating variables and impact of traumatic childbirth*. 1998. En: *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 16(2-3), 107-131.

Antonovsky, A.: *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. 1997.

Beck, C.T.; Watson, FJ; Watson, SD.: *Traumatic Childbirth*. 2013.

Beck, C.T.; Gable RK; Sakala, C.; Declercq ER.: *Posttraumatic Stress Disorder in New Mothers: Results from a Two-Stage U.S. National Survey*. EN: *Birth*. 2011 Sept; 38(3): 216–227.

Creedy DK, Shochet IM, Horsfall J.: *Childbirth and the development of acute trauma symptoms: incidence and contributing factors*. En: *Birth*. 2000 Jun; 27(2):104-11.

Dick- Read, G.: *Childbirth without fear*. 5th Ed. 1987.

Downe, S.: *Normal Birth: Evidence and Debate*. 2004.

Duden, B.: *Disembodying Women: Perspectives on Pregnancy and the Unborn*. 1993.

Estrategia De Atención al Parto Normal del Ministerio de Salud
<http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/estrategiaPartoEnero2008.pdf>

Kendall-Tackett, K.A.: *Violence against women during the perinatal period: The impact on pregnancy, postpartum and breastfeeding*. En: *Trauma, Violence and Abuse*, 2007, 8, 344-353.

Kendall-Tackett, K.A.: *Intervention for Mothers Who Have Experienced Childbirth-Related Trauma and Posttraumatic Stress Disorder*. En: *Clinical Lactation* 2014, 5(2), <http://dx.doi.org/10.1891/2158-0782.5.2.56>

Kitzinger, S.: *Birth as rape: There must be an end to 'just in case' obstetrics*. En: *British Journal of Midwifery*, 2006 14(9), 544-545.

Kogan, I.: *The Cry of Mute Children*. 1995.

Odent, M.: *La Vida Fetal, el Nacimiento y el Futuro de la Humanidad*. 2009.

Odent, M.: *El nacimiento en la era del plástico*. 2011.

Olza, I.: *Estrés postraumático secundario en profesionales de la atención al parto. Aproximación al concepto de violencia obstétrica*. En: Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace. *Revista Iberoamericana de Psicología*, nº 111, 79-83. 2014.

Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud, OMS, 2014
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134590/1/WHO_RHR_14.23_spa.pdf?ua=1&ua=1

Ruglass, L.; Kendall-Tackett, K.A.: *Psychology of Trauma 101*. 2014.

Soet, J.E., Brack, G.A., & Dilorio, C.: *Prevalence and predictors of women's experience of psychological trauma during childbirth*. En: *Birth*. 2003 30(1), 36-46.

Schmid, V.: *Salute e nascita*. 2007.