



Grau
Infermeria

FACULTAT DE CIÈNCIES DE LA SALUT
UMANRESA | UVIC·UCC

Trabajo final de grado

**GRADO EN
ENFERMERÍA**

Fundación Universitaria del Bages

ESTUDIO SOBRE LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN LAS MUJERES MUSULMANAS DURANTE EL PARTO.

Gisela Díaz Pestaña

2022-2023

Tutora: Yésica Oliveira

Manresa, 19 de mayo de 2023

AGRADECIMIENTOS

Me gustaría agradecer a mi tutora Yésica Oliveira por su implicación, colaboración, dedicación y ayuda durante todo el proceso del estudio. También quiero agradecer a todas aquellas enfermeras, profesoras y a los pacientes que me demuestran que a día de hoy he escogido la profesión más bonita del mundo.

Gracias.



INDEX

RESUMEN	4
ABSTRACT	5
1. INTRODUCCIÓN	6
1.1. PREGUNTA DE ESTUDIO	7
2. MARCO TEÓRICO	8
2.1 LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA	8
2.2 TIPOS DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA	9
2.3 IMPACTO Y CONSECUENCIAS DE LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA	14
2.4 EL PARTO	16
2.5 DATOS DEMOGRÁFICOS SOBRE INMIGRACIÓN	16
2.6 EL EMBARAZO Y EL PARTO EN LA CULTURA MUSULMANA.	17
2.8 LAS BARRERAS SANITARIAS EN LA MUJER MUSULMANA FRENTE A LA ASISTENCIA SANITARIA.	19
3. OBJETIVOS DE ESTUDIO	21
3.1. HIPÓTESIS	21
3.2. OBJETIVO GENERAL	22
3.3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	22
4. METODOLOGIA	23
4.1 TIPO DE DISEÑO	23
4.2 ÁMBITO	23
4.3 POBLACIÓN Y MUESTRA	23
4.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	24
4.5 DESCRIPCIÓN DE VARIABLES	25
4.6 INSTRUMENTOS DE RECOGIDA DE DATOS	26
4.7 ANÁLISIS DE LOS DATOS	27
4.8 CONSIDERACIONES ÉTICAS Y LEGALES	27
4.9 PROCEDIMIENTO DEL ESTUDIO	28
5. LIMITACIONES DEL ESTUDIO	29
6. RECURSOS (HUMANOS Y MATERIALES)	30
7. CRONOGRAMA DE ESTUDIO	31
8. PLAN DE DIFUSIÓN	32
9. CONCLUSIÓN	33
10. BIBLIOGRAFIA	34
11. ANEXOS	36

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

La violencia obstétrica es un problema global, se sabe que las mujeres de diferentes culturas y religiones enfrentan barreras y desafíos específicos al recibir atención obstétrica. Este trabajo se centrará en la violencia obstétrica en mujeres musulmanas frente al parto, explorando los factores culturales, religiosos y socioeconómicos que influyen en su experiencia.

OBJETIVO

El **objetivo** principal de este estudio es identificar si las mujeres musulmanas de nuestro país que han dado a luz, en el Hospital de San Juan de Dios de Manresa, han sufrido violencia obstétrica durante el parto, en la comarca del Bages el 2023- 2024.

METODOLOGIA

El **diseño** de este estudio se basa en una metodología cuantitativa. Basado en un diseño observacional, descriptivo y transversal. El tipo de **muestreo** empleado para seleccionar una muestra es intencional o a propósito de conveniencia. Se describen las variables en un momento determinado sin abordar un seguimiento durante el tiempo, sin manipular las variables. La duración próxima de este estudio es de un año y medio La recogida de datos se realiza a través de un cuestionario mediante un QR, que proporciona máximo anonimato, para recoger los datos lo más próximo a la realidad. Los datos obtenidos se calcularán y se analizarán a través del programa de análisis estadísticos G-stat y Microsoft® Excel®.

APLICABILIDAD

Los resultados del estudio permitirán identificar si existe más violencia obstétrica en mujeres musulmanas y si es un problema de salud que requiere mayor atención y acción por parte de los profesionales de atención sanitaria.

PALABRAS CLAVE: Violencia Obstétrica, Mujeres Embarazadas, Derechos Culturales, Islamismo, Parto Obstétrico.

ABSTRACT

INTRODUCTION

Obstetric violence is a global problem, women of different cultures and religions are known to face specific barriers and challenges when receiving obstetric care. This work will focus on obstetric violence in Muslim women facing childbirth, exploring the cultural, religious and socioeconomic factors that influence their experience.

OBJECTIVE

The main objective of this study is to identify whether Muslim women in our country who have given birth at the San Juan de Dios Hospital in Manresa have suffered obstetric violence during childbirth in the Bages region in 2023-2024.

METHODOLOGY

The design of this study is based on a quantitative methodology. Based on an observational, descriptive and cross-sectional design. The type of sampling used to select a sample is intentional or on purpose of convenience. The variables are described at a given moment without addressing a follow-up over time, without manipulating the variables. The next duration of this study is a year and a half. Data collection is carried out through a questionnaire using a QR, which provides maximum anonymity, to collect the data as close to reality as possible. The data obtained will be calculated and analyzed through the statistical analysis program G-stat and Microsoft® Excel®.

APPLICABILITY

The results of the study will make it possible to identify whether there is more obstetric violence in Muslim women and whether it is a health problem that requires greater attention and action by health care professionals.

KEYWORDS: Obstetric violence, Pregnant Women, Cultural Rights, Islam, Delivery obstetric.

1. INTRODUCCIÓN

La violencia obstétrica es un problema global que ha sido reconocido como una forma de violencia de género y una violación de los derechos humanos de las mujeres durante el parto. Las mujeres musulmanas enfrentan barreras y desafíos específicos al recibir atención obstétrica debido a factores culturales, religiosos y socioeconómicos que influyen en su experiencia (1).

Según el BOE, en la ley 5/2008, la violencia obstétrica y vulneración de los derechos sexuales y reproductivos: se basa en la dificultad de acceso a una información verídica, en la cual es necesaria para tomar decisiones autónomas e informadas. Este tipo de violencia afecta tanto en el ámbito de salud física como mental, incluyendo la salud reproductiva y sexual, en la que puede impedir o dificultar a las mujeres en decidir sobre sus prácticas y preferencias sexuales, sobre su reproducción y las condiciones que se lleva a cabo, acordado en la legislación sectorial aplicable (2).

A pesar de que la literatura científica sobre la violencia obstétrica en mujeres musulmanas es limitada, estudios previos indican que las mujeres musulmanas están en mayor riesgo de sufrir violencia obstétrica en comparación con otras mujeres debido a la discriminación y el estigma que enfrentan en la sociedad (3).

Por esta razón, es importante realizar investigaciones que aborden el problema de la violencia obstétrica en mujeres musulmanas durante el parto, para comprender sus experiencias y necesidades, así como para desarrollar estrategias de prevención y tratamiento efectivas. Esta investigación tiene como objetivo principal identificar si las mujeres musulmanas en nuestro país han sufrido violencia obstétrica durante el parto, y explorar los factores culturales, religiosos y socioeconómicos que pueden influir en su experiencia (3).

Es importante tener en cuenta que la atención obstétrica respetuosa y segura es un derecho humano fundamental y debe ser proporcionada sin discriminación alguna. Por lo tanto, se requiere una mayor sensibilización y capacitación de los profesionales de atención médica para garantizar que las mujeres musulmanas reciban una atención obstétrica de calidad y libre de violencia. La investigación en este tema es fundamental para abogar por los derechos de las mujeres musulmanas y garantizar una atención obstétrica segura y respetuosa para todas las mujeres (4).

La elección del tema de estudio hace referencia a un grupo seleccionado de mujeres que pueden haber sufrido este tipo de violencia durante la atención obstétrica. En mi estudio me centro especialmente en las mujeres musulmanas de nuestro país, que aparte de tener diversas barreras en la asistencia sanitaria, tienen poco conocimiento e información de lo que se considera correcto, un buen proceso fisiológico y natural del parto, en la que interfieren muchos aspectos religiosos de su cultura.

Con esta investigación pretendo identificar si las mujeres musulmanas han podido experimentar ciertas faltas de atención obstétrica durante su proceso del parto y saber si ha ocasionado un impacto y una repercusión negativa en ellas este tipo de violencia.

1.1. PREGUNTA DE ESTUDIO

¿Las mujeres musulmanas han sufrido violencia obstétrica durante el proceso del parto que hayan dado a luz en el Hospital San Juan de Dios de Manresa, en la comarca del Bages durante el 2023- 2024?

2. MARCO TEÓRICO

2.1 LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA

La violencia obstétrica es cualquier conducta o práctica que por acción u omisión interfiere negativamente en el proceso reproductivo, natural y biológico, ya sea de carácter físico o psicológico, realizada por los profesionales de la salud de manera deshumanizada. Nos referimos a este tipo de violencia, como una discriminación de género y representa una violación de los derechos humanos desde un enfoque de los derechos de la salud, de los derechos sexuales y reproductivos de la mujer, entendidos como derechos intransferibles e inseparables de los derechos humanos (1).

Cada vez son más las mujeres que sufren violencia obstétrica durante el embarazo y particularmente en el parto. Son víctimas de prácticas irrespetuosas, tratos ofensivos o negligencias médicas en el centro de salud. A causa de esta situación se produce una desconfianza entre la mujer y el profesional sanitario. Hay que tener en cuenta que la mujer embarazada es especialmente vulnerable durante este proceso y sobre todo en el parto, por tanto, hay que saber que las consecuencias tanto a la madre como al bebé podrían ser adversas (1).

Estadísticamente, un 40% de las mujeres de nuestro país reconoce haber sufrido violencia obstétrica durante el parto, aunque se cree que el porcentaje puede ser más elevado. Un 44,4% estima haber sido sometida a técnicas instrumentadas y dolorosas y, un 83,4%, mediante un consentimiento informado, no lo había autorizado (5).

Específicamente el proceso de parto intervienen los diferentes profesionales de la salud: obstetras, ginecólogos/as, pediatra, matronas, anestesistas, enfermeras y auxiliares de enfermería, ocasionalmente también puede estar presentes estudiantes de medicina y enfermería, donde evidentemente las parturientas pueden negarse a este hecho. Son muchos los profesionales sanitarios que no son conscientes, pero ejercen este tipo de violencia obstétrica, por la falta de conocimientos de los signos de trauma psicológico y emocional que pueden sufrir las mujeres durante su experiencia en el parto (6).

2.2 TIPOS DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA

La violencia obstétrica puede experimentarse en diferentes etapas del proceso de reproducción de la mujer, como en la etapa del embarazo, el proceso de parto y durante el puerperio. Son diversas las situaciones de las malas praxis ejercidas por el profesional de referencia que sufren las mujeres durante la atención al embarazo, parto y puerperio:

1. VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN EL EMBARAZO

TACTOS VAGINALES, Se realiza las últimas semanas de embarazo en las que permiten conocer los centímetros de dilatación que presenta el cuello uterino y el encaje de la cabeza del bebé en la pelvis de la madre, para aportar una información relevante para el personal sanitario que está asistiendo al parto. Esta práctica debe ser totalmente respetada y consentida por la madre y se debe de informar ante prèvia praxis (7).

MANIOBRA DE LEOPOLD, esta maniobra se basa en la palpación en el abdomen de la mujer y en la que se busca identificar las posturas fetales. Existen tres posturas: la podálica, la cefálica y la transversa. Es importante antes de realizar esta praxis informar a la mujer en qué consiste este procedimiento, ya que muchas mujeres pueden sufrir molestias o dolor durante la realización. La mujer debe de tener una posición relajada, cúbito dorsal y con las rodillas semi-flexionadas y con el abdomen descubierto. Además, el ambiente tiene que ser cómodo y se recomienda que la vejiga esté vacía para facilitar la práctica (8).

MANIOBRA DE HAMILTON, consiste en la separación de las membranas, se realiza por la matrona u obstetra para inducir al parto. A través de un tacto vaginal, mediante movimientos circulares con los dedos, lo que se intenta es separar las membranas para despegarlas del útero. Con esta maniobra se consigue liberar prostaglandinas¹, para aumentar la probabilidad de que desencadene el parto en las 48 horas siguientes, para así disminuir otros métodos de inducción al parto más dañinos. Este método no es dañino para el feto ni para la madre, se tienen en cuenta realizar esta maniobra a las mujeres que hayan llegado a las 40 semanas de gestación y no hayan procesado al parto. Es un método algo doloroso para la madre y puede producir alguna pérdida de sangre y contracciones irregulares posterior al procedimiento (9).

¹ **Prostaglandinas**: cumplen la función de preparar el cuello uterino y ayudar a dilatarlo en respuesta a las contracciones.

2. VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN EL PARTO

El parto y el nacimiento son procesos fisiológicos, donde se debe garantizar los mejores resultados de la atención a la mujer gestante, es importante considerar que en el proceso del parto, en la vida de la mujer, tiene su bienestar emocional y la adaptación a la maternidad, tanto como el establecer el vínculo con su bebé o como el éxito en la lactancia de su hijo o hija, el estilo de criar y el desarrollo posterior del lactante. El parto es uno de los procesos donde más se práctica la violencia obstétrica (10).

CESÁREAS INNECESARIAS, es una intervención quirúrgica que tiene como finalidad extraer el feto y la placenta realizando una incisión entre el abdomen y el útero. Se práctica cuando hay un riesgo que puede comprometer tanto la salud y el bienestar de la madre y el feto. En la mayoría de los casos es preferente que nazcan a través de un parto vaginal, existen excepciones cuando hay cierto riesgo, aunque son muchos los centros sanitarios en que se practica la cesárea tanto por la agilización del tiempo como beneficio para el centro como por ejemplo, cobrar más en los seguros o simplemente poder programar la agenda y no tener una jornada laboral abrumadora, aunque el feto esté en correcta posición cefálica y el embarazo sea completamente sano y con el cumplimiento de las semanas de gestaciones. Las cesáreas innecesarias se encuentran entre el 21-27% en los hospitales públicos, el doble de lo recomendado que es entre el 10-15% y en los centros privados pueden llegar al 40% en España (10).

MONITORIZACIÓN CONTINUA FETAL, se utiliza en el ámbito hospitalario durante el proceso del parto, según los estudios realizados en Estados Unidos entre 1992 y 2014 se conoce que existen más riesgos de cesáreas y partos instrumentados. Este estudio concluyó que la monitorización continua fetal eléctrica no está justificada en embarazos de bajo riesgo (11).

ACOMPAÑANTE, La presencia de un acompañante durante el parto, como el esposo o un familiar cercano, brinda apoyo emocional y espiritual a las mujeres musulmanas, reduciendo la ansiedad y creando un ambiente tranquilo. Un acompañante que comparta su fe puede satisfacer sus necesidades espirituales y facilitar su participación en prácticas religiosas. Es importante establecer una comunicación abierta, comprender y respetar las creencias y prácticas religiosas para asegurar una experiencia de parto satisfactoria y respetuosa (12).

ENEMA/RASURADO, Evitar la práctica del rasurado perineal durante el parto, es opcional en caso necesario de sutura, entonces así se podrá rasurar parcialmente la zona. En caso contrario, el rasurado ocasiona erosiones cutáneas que puedan dar lugar a colonizaciones de microorganismos, molestias, malestar y prurito. En la práctica del enema se desaconseja totalmente la administración rutinaria de los enemas en las mujeres embarazadas, solo en caso de que la mujer lo desee, ya que no hay evidencia que afirme que se disminuye el riesgo de infección materna o neonatal. Esta práctica consiste, de forma sistemática, en hacer un lavado con un laxan de introduciendo líquidos vía anal para limpiar y evitar las posibles heces durante el expulsivo en el que se consideraba reducir el riesgo de infección de la madre y el bebé (10).

MANEJO DEL DOLOR DURANTE EL PARTO, La epidural resulta un método eficaz analgésico frente al dolor, pero causa riesgos como expulsivos que conllevan más tiempo, incrementa los partos instrumentados y dificulta la lactancia materna. Por ello, existe otras formas más seguras y menos dolorosas para la madre y la criatura como el uso de pelotas en el parto, técnicas de relajación, inmersión en agua caliente, acupuntura, inhalación del óxido nitroso², administración parenteral de opioides (10).

ALUMBRAMIENTO, según la EAPN³ (*European Anti Poverty Network*), se recomienda no pinzar el cordón umbilical hasta que pierda el latido y se debe informar a la mujer si considera el alumbramiento espontáneo o fisiológico, opción que tiene que solicitar ella. El alumbramiento se encuentra en la tercera etapa del parto, que transcurre entre el nacimiento y la expulsión de la placenta, proceso de mayor preocupación, ya que ocurre una hemorragia posparto y se asocia a que la placenta se separa del útero y la efectividad de la contracción uterina (10).

PARTO INSTRUMENTAL, consiste en la utilización de fórceps, ventosas (vacuum) o espátula. Estas prácticas se deben evitar estrictamente, ya que pueden producir lesiones inmediatas y secuelas tardías. Su utilización incrementa la práctica de episiotomías, desgarros, dolor en el puerperio, riesgo de lesiones en el periné y reduce las tasas de duración de la lactancia materna (10).

² **Óxido nitroso**: se considera una alternativa eficaz en analgesia del parto.

³ **EAPN**: es una coalición independiente de ONG y otros grupos involucrados en la lucha contra la pobreza y la exclusión social en los Estados miembros de la Unión Europea.

ROTURA DE BOLSA, consiste en la rotura artificial de la bolsa del líquido amniótico, esta técnica es utilizada tradicionalmente con el fin de aumentar el número de contracciones y poder acelerar el parto. Las membranas del líquido amniótico, se roturan artificialmente por el profesional sanitario durante la extracción vaginal con un artillugio. Hay que tener en cuenta que esta práctica trae consecuencias, aumenta el riesgo de infección, también aumenta el riesgo del prolapso del cordón o el riesgo a la cesárea, aumenta el riesgo de las alteraciones cardiacas del bebe o hay mayor probabilidad en que en el test de Apgar⁴ disminuya la puntuación en el bebé. Romper artificialmente la bolsa del líquido amniótico es alterar la fisiología del parto normal, ya que los bebés pueden nacer con la bolsa íntegra (13).

EPISIOTOMÍAS, este procedimiento se basa en un corte en el perineo. Según la OMS se recomienda un 10% de esta práctica, en cambio, en España se realizaron un 43% en 2010 y en otros países como Chipre un 75%. Hay que tener en cuenta que cada mujer tiene su tiempo de dilatación y es muy importante dejar que se dilate a su propio ritmo para que el periné no sufra secuelas (10).

MANIOBRA DE KRISTELLER, consiste en empujar el abdomen de la mujer durante el expulsivo, es realizada por el personal sanitario. Este tipo de maniobra se solicita sin el consentimiento de la mujer en la cual no se le suele informar de la realización de esta práctica y de la cual conlleva a posibles secuelas como desgarros, hematomas, fracturas, prolapso uterino⁵, etc. En los bebés también les produce dificultades respiratorias, hematomas y fracturas en la clavícula. Actualmente, esta práctica está totalmente desaconsejada tanto por el Ministerio de Sanidad como por la OMS. En la formación de las matronas no se les enseña, esta práctica se realiza por tradición oral (10).

VIOLENCIA VERBAL, se considera este tipo de violencia como las faltas de respeto, discriminatorias, los comentarios críticos o de tono irónico y negativos que exponen a la mujer a la humillación y a la infravaloración. Frases como por ejemplo “¿Por qué está llorando? ¡A la hora de hacer, no llora!”; “¡Pero no duele tanto así!”; “Ah, no llore, no, el año que viene estás aquí de nuevo”; “Si no hace fuerza, su bebé va a sufrir”; “Cállese la boca y empuje el bebé”; “Si gritas, paro ahora lo que estoy haciendo” (10).

⁴ **Test Apgar**: es el examen clínico que valora la vitalidad del recién nacido los primeros minutos de vida. Se valoran cinco parámetros: tono muscular, esfuerzo respiratorio, frecuencia cardíaca, respuesta a estímulos y coloración.

⁵ **Prolapso uterino**: ocurre cuando los músculos y los ligamentos del suelo pélvico se estiran y debilitan hasta el punto de que ya no proporcionan suficiente sostén al útero. En consecuencia, el útero se desliza hacia la vagina o sobresale de ella.

POSICIONES INCÓMODAS, una de las más frecuentes es la posición de litotomía, es la posición que conocemos en esta tumbada en decúbito supino con los muslos y las piernas flexionadas. Esta posición es adecuada para los partos que deben ser instrumentalizados, pero supone más episiotomías y menos libertad de movimiento corporal, además de menos espacio en la pelvis. Hay posiciones más cómodas que aumentan el espacio de la pelvis, donde existe mayor movilidad y menos dolor. También las contracciones son más efectivas y facilitan que el periné esté íntegro. Las mujeres tienen el derecho a decidir sobre cómo quieren parir, en que posición se sienten más cómodas y el profesional no puede contradecirla sino apoyarla y darle soporte (10).

PARTO INDUCIDO, es un tipo de parto que se inicia de manera artificial de las contracciones uterinas, como la dilatación cervical mediante el uso de medicalización o maniobras con capacidad contráctil. Se trata de provocar un proceso que ni el cuerpo de la madre ni el bebé están preparados para comenzar mediante métodos mecánicos y hormonas artificiales, como la oxitocina⁶, a diferencia de lo que sería un proceso natural. Al utilizar la oxitocina creamos una barrera cerebral en la que el cerebro no envía endorfinas para aliviar el dolor en nuestro torrente sanguíneo, haciendo un parto más doloroso (10).

3. VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN EL PUERPERIO.

El puerperio, también conocido por el postparto, es cuando el organismo inicia el proceso de recuperación previa al embarazo, se entiende por las seis semanas después del parto, un proceso importante en el que la madre debe asumir un nuevo rol (14).

CONTACTO MADRE-BEBÉ, el conocido “piel con piel” es una práctica relevante para que entre la madre y el bebé se establezca el vínculo afectivo, favorezca a la lactancia, se normalice la temperatura del bebé, también se recupera el estrés, además el estímulo de succión produce contracciones que disminuye el sangrado (14).

Los profesionales tienen que tener en cuenta que las técnicas de control rutinario que interfieren en el establecimiento del vínculo, pueda realizarse una vez se haya hecho el contacto piel con piel con su madre y el bebé durante al menos una hora, para que coja la temperatura necesaria y se estabilice, como el peso, la administración de la vitamina K y

⁶ **Oxitocina:** Es empleada en inyección para mejorar las contracciones durante el parto, también para reducir el sangrado posterior. Es, de hecho, el fármaco más prescrito por los obstetras para la inducción o conducción del trabajo de parto.

sobre todo la identificación. Si dicha práctica se le priva a la madre sin ninguna justificación y sin su consentimiento, conlleva a ejercer violencia obstétrica. Es muy importante que durante todo el proceso del parto sea tratado de manera humanizada, natural y respetuosa, favoreciendo que sea una experiencia beneficiosa (14).

LACTANCIA MATERNA, cabe destacar que la vivencia de un parto traumático influye en la lactancia materna, y en que esta pueda experimentarse entre una carga y un recuerdo constante de una mala experiencia; o bien como una vivencia satisfactoria y reconciliadora entre el cuerpo de la madre y el bebé. La mayoría de las mujeres que han tenido una mala experiencia durante el parto les ha causado problemas con la lactancia materna. Además de que estas mujeres que han sufrido violencia obstétrica necesitan de un apoyo adicional para poder continuar con el deseo de poder amamantar a sus hijos (15).

2.3 IMPACTO Y CONSECUENCIAS DE LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA

Según los acontecimientos de haber experimentado un parto, en el cual la mujer ha sido víctima por la violencia obstétrica, conlleva a un seguimiento de secuelas tanto físicas como psicológicas (6):

1. C. FÍSICAS

1.1 LACTANCIA MATERNA, dependiendo de si el parto ha sido satisfactorio o intervenido, habrá más o menos posibilidades de que existan ciertas circunstancias en la lactancia. Por ejemplo, el uso de administración de antibióticos puede producir mastitis en la madre a la hora de dar el pecho, si se ha realizado cesárea también puede ser un problema, ya que muchas posturas causan dolores en la madre, además la epidural puede hacer que el bebé nazca somnoliento y dificulte la iniciación de la lactancia (6).

1.2 INCONTINENCIA, la realización de la episiotomía, el uso de instrumentos durante la extracción del embrión o incluso las malas posturas durante el parto, son factores de riesgo que incrementan la incontinencia urinaria o fecal (6).

1.3 DESGARROS, normalmente en los partos que se respeta la extracción natural no suele producirse; sin embargo, en los partos instrumentados o en la realización de la episiotomía suelen ser mucho más frecuentes (6).

1.4 HEMORRAGIAS, los sangrados vaginales durante el parto son normales, ya que estaba unida con la placenta. Un 5% de los casos se dan hemorragias puerperales, en estos casos son partos largos y agotadores para la mujer porque el útero no tiene suficiente fuerza para contraerse y expulsar al bebé. En cambio, si las contracciones han sido manipuladas por oxitocina sintética, el riesgo de hemorragia es mayor (6).

2. C. PSICOLÓGICAS

2.1 DEPRESIÓN POST PARTO, la depresión es un fenómeno normal que experimentan muchas madres, se refiere a una tristeza momentánea, tras el déficit hormonal después del parto nos referimos a una depresión leve, lo que en inglés llamamos “*baby blues*” los factores de riesgo aumentan tras haber sufrido un parto traumático y/o violencia obstétrica (6).

2.2 ESTRÉS POSTRAUMÁTICO, los estudios (Olza, 2014), hacen evidencia a que un 35% de las mujeres padecen un trastorno de estrés posttraumático (TEPT) después de un parto respetuoso, autoritario y deshumanizado. Muchas de estas mujeres suelen tener flashbacks o malos recuerdos a lo largo de los años (6).

2.3 SECUELAS EMOCIONALES, no todas las mujeres que han sido víctimas de partos traumáticos o partos que han sufrido violencia obstétrica han desarrollado depresión o TEPT, pero si les ha dejado una secuela emocional de mayor o menor importancia, como por ejemplo, el sentirse humilladas, desempoderadas en las que queda una herida abierta difícil de sanar (6).

2.4 EL PARTO

El parto es uno de los procesos más importantes en la vida de la mujer. Cada vivencia de los procesos se cambian y se modifican de acuerdo a la sociedad y la cultura de cada una de las mujeres. Además de estar influenciadas según sus creencias, religiones y prácticas culturales que llevan a cabo las madres durante todo el proceso de parto (16).

Actualmente, se busca la manera de tener un parto lo más humanizado posible, de manera que tenga un punto de vista holístico, en que la mujer y el futuro bebé tenga todo el protagonismo, respetando los principios de no maleficencia, beneficencia y la autonomía de la mujer y su hijo. Tratando de asegurar la calidad y la atención segura, valorando la opción de dar a luz de la forma más natural y humanizada posible (16).

Realizando una búsqueda bibliográfica se ha obtenido los datos sociodemográficos de los nacimientos que hubo el año 2021, centrándonos en la comarca del Bages, como se puede observar en el *anexo V*, con un total de 1.334 nacimientos (17).

2.5 DATOS DEMOGRÁFICOS SOBRE INMIGRACIÓN

El fenómeno de inmigración de los últimos años ha cambiado la realidad social en nuestra sociedad, de manera más diversa y plural. En el INE, desde el año 2010 se ha creado un registro sobre estadística de inmigración que analiza el flujo de inmigración continua. Observando el *anexo VI*, se puede percibir que a partir del 2010 se mantiene hasta 2012 y empieza una desaceleración en la entrada de personas hasta 2016, que aumenta gradualmente hasta el 2020. Vemos que desde el 2020 hasta el 2021 vuelve a desacelerar, no obstante hay un ascenso en el último año 2022 en la recepción de inmigrantes (18).

Analizando en concreto la comarca del Bages, donde se encuentra en el centro de Cataluña y su capital es Manresa. La población extranjera ha crecido considerablemente en más de una década, como se puede observar en el *anexo VI*, en un total de más de 1 millón de personas en Cataluña. Marruecos ha sido uno de los países con más recepción de extranjeros en nuestra comunidad autónoma y que se ha mantenido entre los primeros puestos en el periodo de tiempo estudiado, como podemos ver en el *anexo VII*. Específicamente, en la comarca del Bages, localizada en el centro de Cataluña, más de 23.000 personas son de origen marroquí, como analizamos en el *anexo VIII* entre ambos sexos. Si nos centramos en el sexo femenino, con un total de unas 4.500 mujeres, de las cuales en edad fértil se encuentra un total de casi

aproximadamente 3000 mujeres de origen magrebí en la comarca del Bages, como hemos estudiado en el *anexo IX* (19).

2.6 EL EMBARAZO Y EL PARTO EN LA CULTURA MUSULMANA.

Las creencias sobre el embarazo y el parto en la cultura musulmana varían según la región y la tradición religiosa. Sin embargo, hay algunas creencias comunes que se pueden encontrar en la mayoría de las culturas musulmanas en todo el mundo. Algunas de estas creencias son (20):

- El embarazo y el parto son dones de Dios:** Las mujeres musulmanas creen que el embarazo y el parto son dones de Dios y deben ser tratados con el máximo respeto y cuidado (20).
- El parto es un evento sagrado:** El parto se considera un evento sagrado y se espera que la mujer embarazada se prepare física y espiritualmente para este momento. Las mujeres musulmanas a menudo recitan versos del Corán o hacen zikr (repetición de nombres divinos) durante el parto. También pueden preferir adoptar posiciones de oración, como arrodillarse o inclinarse hacia adelante, para encontrar comodidad física y espiritual. Estas prácticas reflejan su deseo de conexión con lo divino y su búsqueda de apoyo durante el proceso de parto (20).
- El apoyo de la familia es importante:** La presencia de un acompañante durante el parto, como el esposo o un familiar cercano, brinda apoyo emocional y espiritual a las mujeres musulmanas, reduciendo la ansiedad y creando un ambiente tranquilo. Un acompañante que comparta su fe puede satisfacer sus necesidades espirituales y facilitar su participación en prácticas religiosas. Es importante establecer una comunicación abierta, comprender y respetar las creencias y prácticas religiosas para asegurar una experiencia de parto satisfactoria y respetuosa (20).
- La alimentación y la higiene son importantes:** Se cree que la alimentación y la higiene son muy importantes durante el embarazo y el parto. Se espera que las mujeres musulmanas sigan una dieta saludable y se mantengan limpias y puras (20).

La cultura musulmana tiene ciertas prácticas y creencias relacionadas con el embarazo y el parto que deben ser consideradas en la atención médica obstétrica. Algunas de estas prácticas y creencias son (21).

- Ayuno:** Durante el mes sagrado de Ramadán, los musulmanes observan el ayuno desde el amanecer hasta el anochecer. Las mujeres embarazadas y lactantes están exentas de ayunar, pero algunas pueden optar por hacerlo por razones personales o religiosas. Los profesionales de atención médica deben evaluar la salud de la madre y el feto antes de permitir el ayuno y educar a las mujeres sobre la importancia de mantener una dieta saludable durante el embarazo y la lactancia (21).

- Roles de género:** En algunas culturas musulmanas, se espera que las mujeres sean cuidadoras y responsables del cuidado de los hijos y del hogar. Esto puede influir en la toma de decisiones relacionadas con el embarazo y el parto. Los profesionales de atención médica deben involucrar a los cónyuges y familiares en la atención obstétrica y educar a la mujer y su familia sobre la importancia de una atención prenatal y obstétrica adecuada (21).

- Oraciones y rituales:** Las mujeres musulmanas pueden realizar oraciones y rituales durante el embarazo y el parto. Algunas mujeres pueden preferir tener un imán (líder religioso) presente durante el parto. Los profesionales de atención médica deben respetar las prácticas religiosas y culturales de las mujeres musulmanas y brindar un ambiente que les permita realizar estas prácticas de manera segura (21).

Existen evidencias científicas que muestran que las mujeres musulmanas pueden ser víctimas de violencia obstétrica durante el parto. Estudios realizados en diferentes países han encontrado que las mujeres musulmanas son más propensas a experimentar violencia obstétrica que las mujeres de otras religiones o culturas (22).

Por ejemplo, un estudio realizado en Egipto encontró que el 35% de las mujeres musulmanas encuestadas habían experimentado algún tipo de violencia obstétrica durante el parto, mientras que sólo el 18% de las mujeres no musulmanas informaron haber experimentado

violencia obstétrica. Otro estudio en Turquía encontró que las mujeres musulmanas eran más propensas a experimentar violencia obstétrica, particularmente en lo que respecta a la negación de atención médica y la falta de información sobre su estado de salud (22).

Estas y otras investigaciones sugieren que la cultura y las creencias religiosas pueden influir en la forma en que se brinda la atención médica durante el parto, lo que puede llevar a la violencia obstétrica. Por lo tanto, es importante abordar y comprender las barreras culturales y religiosas que pueden impedir una atención obstétrica segura y respetuosa para las mujeres musulmanas durante el parto (22) .

2.8 LAS BARRERAS SANITARIAS EN LA MUJER MUSULMANA FRENTE A LA ASISTENCIA SANITARIA.

Pese al derecho que tienen las mujeres de origen marroquí a la asistencia sanitaria durante el embarazo y el parto, condiciona de manera negativa las irregularidades administrativas que condiciona al acceso. Existen diversas barreras que coaccionan una asistencia sanitaria para estas mujeres, como por ejemplo (23):

BARRERAS ADMINISTRATIVAS, “*La Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social, reformada por la Ley Orgánica 8/2000, de 22 de diciembre, Ley Orgánica 11/2003, de 29 de septiembre, y por la Ley Orgánica 14/2003, de 20 de noviembre*” regula el derecho de la mujer y de cualquier persona extranjera el derecho a la asistencia sanitaria. Se reconoce el derecho, si se empadronan en el país de acogida, con la misma igualdad y condiciones que la población Española, ante situaciones de urgencias, menores de edad e incluso las embarazadas. Son muchas las mujeres que no tienen conocimientos sobre sus derechos a recibir prestaciones sanitarias y que no tienen información sobre el funcionamiento de los programas ni de la atención prenatal en nuestro país. Se les debe informar que deben darse de alta en la seguridad social y solicitar la tarjeta sanitaria de manera individual para poder tener un acceso válido (23).

BARRERAS IDIOMÁTICAS, muchas de las mujeres que emigran a nuestro país, proceden de lugares en las zonas más desfavorables de Marruecos, esto implica la baja alfabetización, ya que su nivel educativo es muy bajo. De manera que afecta a que las mujeres, cuando llegan a España, no aprenden en idioma nacional y no se relacionan con mujeres españolas, lo que dificulta su adaptación. La barrera idiomática resulta muy difícil a

la hora de acceder a las instituciones, en especial a los servicios sanitarios, cuando acuden solas la atención es inexistente. A veces, se intenta solucionar recomendando el acompañamiento de familiares como los hijos que sepan el idioma. Esto significa un grave problema de comunicación, dado que imposibilita la explicación de determinadas pruebas diagnósticas e información detallada y del consentimiento de las embarazadas o como por ejemplo las analíticas prenatales, la amniocentesis o la analgesia durante el parto, el cual no nos aseguramos el correcto conocimiento de estas personas (24).

BARRERAS ECONÓMICAS, son pésimas las condiciones laborales y de vivienda en la que se encuentra casos de pobreza y marginalidad. La alimentación y la higiene son discutibles. La atención sanitaria en el inmigrante marroquí muchas veces ocasiona problemas como el acudir al servicio sanitario por la pérdida de jornada laboral, la dificultad de solicitar el permiso para acudir al servicio sanitario e incluso el gasto económico que comportan algunas medicinas en las que no pueden hacerse cargo (24).

BARRERAS SOCIO-CULTURALES, en Marruecos el concepto salud-enfermedad es bastante distinto al que tenemos en nuestro país. En los temas de prevención y promoción de la salud, los controles prenatales tienen para ellos un papel secundario. Por ejemplo, los servicios prenatales está considerado como una situación que no requiere atención médica, ya que se considera que la mujer joven embarazada es una persona sana y no tiene la necesidad de asistir a los servicios de salud. Por eso, en Marruecos, los cuidados profesionales que se presentan durante el embarazo y el parto no siguen nuestra sistemática, por el hecho de que las condiciones de salud pública son deficitarias y no tienen cultura de prevención. Las mujeres inmigradas tienen las costumbres asistenciales como en su lugar de origen y siguen sin utilizar los servicios preventivos prenatales, al menos que sea estrictamente necesario y utilizando mucha la atención urgente. Tanto la falta de comunicación como el desconocimiento de nuestro sistema sanitario, les resulta complicado y esto implica que acuden sin citas previas o se presentan de manera espontánea o con retrasos o adelantos de las horas citadas (23).

Aparte, la desigualdad entre los sexos son otra dificultad para la asistencia sanitaria, tiene una autonomía limitada, en la que sus parejas son las que interfieren en ellas y dependen de ellos para sus desplazamientos o para acudir a los servicios, ya que para ellos no les parece lícito que un hombre sea el que atienda a su mujer. Además, la práctica del Ramadán también interfiere en los controles prenatales o de determinados cuidados durante el embarazo,

porque muchas de estas mujeres tienen un alto nivel de fe y de creencia que desafían su salud y su bienestar. El Islam no obliga a que la mujer embarazada no realice esta práctica, son muchas son las mujeres que lo practican impidiendo determinados procedimientos, pruebas diagnósticas y exploraciones ginecológicas o un control adecuado de diabetes gestacional (23).

3. OBJETIVOS DE ESTUDIO

3.1. HIPÓTESIS

¿Existe más o menos, o igual probabilidad en una mujer parturienta musulmana de sufrir violencia obstétrica?

En el hipotético caso de llevar a cabo mi trabajo de investigación juntamente con la realización de las encuestas que son la herramienta fundamental para obtener dicha información, lo más cerca de la realidad posible.

Con esta investigación pienso que en primer lugar conseguiría dar visibilidad a la violencia obstétrica, porque es una violencia poco reconocida y difícil de identificar, ya que no hay suficiente conocimiento de esta, sobre todo en la población musulmana. Como consecuencia de identificar esas malas praxis y así poder mejorar las prácticas durante el proceso del parto, es una de las etapas con más miedos e incertidumbres y hay que concienciar al profesional sanitario sobre su cultura, integración en la sociedad, idioma, conocimiento y/o acceso al sistema sanitario. Con relación a la pregunta que planteo, me gustaría conseguir un resultado igualitario, es decir, dar la cobertura necesaria a esas mujeres musulmanas que residen en nuestro país. Pienso que con las encuestas podría reafirmarme, o, por el contrario, entender que solo era una hipótesis.

3.2. OBJETIVO GENERAL

Investigar si las mujeres musulmanas han sufrido violencia obstétrica durante el proceso del parto en la comarca del Bages.

3.3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conocer si existen diferentes situaciones que han causado violencia obstétrica en el proceso del parto de estas mujeres en la comarca del Bages.
- Detectar las emociones y los sentimientos que las mujeres musulmanas han experimentado durante el proceso del parto en la comarca del Bages.
- Analizar el impacto y las consecuencias que ha podido generar las prácticas en el proceso de parto de las mujeres musulmanas en la comarca del Bages.

4. METODOLOGIA

4.1 TIPO DE DISEÑO

Este estudio se basa en una metodología cuantitativa. El tipo de diseño que se lleva a cabo para este estudio es observacional descriptivo transversal.

4.2 ÁMBITO

El estudio se llevará a cabo en el Centro de Atención Primaria de referencia según las participantes, donde habrá la posibilidad de realizar la encuesta entre las tres primeras consultas tras la revisión del bebé durante los meses de abril de 2023 hasta diciembre de 2023. Estas serán las consultas programadas de enfermería para el bebé donde se da la posibilidad de colaborar con el estudio en caso de que no estén preparadas desde el primer control después de haber dado a luz en la Comarca del Bages.

4.3 POBLACIÓN Y MUESTRA

La población del estudio estará formada por aquellas mujeres púerperas de origen magrebí que residan en la comarca del Bages y que hayan dado luz en el Hospital de referencia de la comarca, en el Hospital San Juan de Dios. El pasado año 2021 se llevaron a cabo 1.334 en la población del Bages, como se ha señalado en el anterior *anexo V*.

Basándonos en los partos que se efectuaron el pasado año, para obtener los datos necesarios y realizar la investigación del estudio, la muestra será intencional o a propósito de conveniencia, estableciendo los criterios de inclusión y teniendo en cuenta los criterios de exclusión que pueden presentarse a petición del investigador con el objetivo de realizar el máximo de encuestas posibles para obtener la mayor fuente de datos durante el mes de abril de 2023 hasta diciembre de 2023 mediante participantes de mujeres musulmanas que hayan acabado de dar a luz. La investigación se efectuará en los diferentes centros de Atención Primaria de todo el Bages durante las revisiones de control de sus hijos, dando la posibilidad de colaborar entre las 3 revisiones que hay el primer año de vida. Según los centros de Atención primaria que pertenecen al “*Institut Català de la Salut*” en la región sanitaria de la Cataluña central, con un total de 16 centros de atención primaria en los que se encuentran, el “*CAP Dr. Agustí Garriga d'Artés, CAP Cardona, CAP Castellbell i el Vilar, CAP Bages, CAP Les Bases de Manresa, CAP Sagrada Família, CAP Sant Andreu, CAP Monistrol de*

Montserrat, CAP Navarcles, CAP Navàs, CAP Sallent, CAP Sant Fruitós de Bages, CAP Sant Joan de Vilatorrada, CAP Sant Vicenç de Castellet, CAP Santpedor y por último, el CAP Goretti Badia de Sírria” (25).

Las participantes tendrán que firmar un consentimiento informado (*anexo III*), a través de una hoja informativa, dónde se le explicara, en qué consiste el procedimiento del estudio, en qué consiste la violencia obstétrica por posible desconocimiento, como se va a realizar y dónde y en el que se tendrá que firmar de forma voluntaria para proceder con la investigación.

4.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

- **CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

- Mujeres puérperas musulmanas que residen en la comarca del Bages.
- Mujeres puérperas musulmanas entre los 15 y los 45 años de edad fértil.
- Participar de forma voluntaria.
- Mujeres puérperas musulmanas que comprendan el catalán o el castellano.
- Mujeres puérperas musulmanas que hayan dado a luz en el Hospital de referencia de la comarca del Bages, el Hospital San Juan de Dios de Manresa.
- Mujeres puérperas musulmanas que autoricen el consentimiento informado.

- **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

- Mujeres musulmanas puérperas que no comprendan ninguno de los dos idiomas mencionados anteriormente.

- Mujeres musulmanas puérperas que hayan dado a luz en centros diferentes que no sea el que hace referencia a la comarca del Bages.
- Mujeres musulmanas puérperas que no han llevado un seguimiento/registro gestacional correcto.
- Encuestas incompletas.
- Exitus del bebé.
- Las mujeres puérperas musulmanas que no acepten participar o que no autoricen el consentimiento informado.

4.5 DESCRIPCIÓN DE VARIABLES

- **VARIABLES DEPENDIENTES**

- Las variables siguientes son todas cuantitativas.
- En los datos de satisfacción se valora del 1 al 5. Teniendo en cuenta que el 1 es satisfacción nula y el 5 es la máxima satisfacción.

- **VARIABLES INDEPENDIENTES**

- Las variables de los datos personales son variables politómicas, ya que se pueden analizar con más de dos valores, como por ejemplo el rango de edad que se distribuye entre los 15 a los 45 años de edad, agrupando con una diferencia de 10 años cada rango (15-25/26-35/36-45), equivale a más de dos valores.
- Los datos de conocimiento son una variable dicotómica, es decir, una variable que solo se puede evaluar con dos valores posibles, como por ejemplo, Sí/No y Cesárea/natural.

- En los datos para saber el tipo de prácticas que sufren, esta es una variable politómica, porque se evalúa con más de dos valores. Es decir, se describen los tipos de prácticas que ha podido ocasionar violencia obstétrica.
- Para valorar los datos de los impactos y las consecuencias que ha podido ocasionar dichas prácticas mencionadas anteriormente, se distingue por los tipos de consecuencias descritas que ha podido ocasionar las prácticas de violencia obstétrica. Esta es una variable politómica, ya que en este caso los valores son más de dos.

4.6 INSTRUMENTOS DE RECOGIDA DE DATOS

El instrumento elaborado para la recogida de datos del estudio, se basará en una encuesta estructurada con pregunta cerrada expresamente para la ocasión. Se entiende por una encuesta, por un documento estructurado para recoger datos de manera cerrada con respuesta corta con la finalidad de recoger el resultado concreto y directo. Está estructurado por una serie de preguntas que tendrá que ser respondida por la encuestada.

Consta de 5 partes, principalmente se encuentran los datos personales donde hay preguntas frecuentes como el rango de edad fértil que se encuentra, en este caso se ha valorado desde los 15 años hasta los 45 años, también el estado civil, información no menos importante que puede ser relevante y el nivel de estudios para conocer el mínimo de conocimientos básicos y saber si puede responder con razonamiento y completar la encuesta. A continuación destacamos los datos de conocimientos donde extraemos información necesaria sobre la encuestada, seguidamente encontramos los datos de satisfacción en los que queremos destacar cómo se han sentido durante su proceso del parto, también conoceremos los tipos de prácticas inadecuadas que ha derivado a sufrir violencia obstétrica durante el proceso de parto y por último conocer el impacto y las consecuencias que ha podido ocasionar dichas malas praxis anteriormente y así concluir a unos resultados lo más cerca posible de la realidad.

La encuesta creada como instrumento de recogida de datos, se encuentra adjuntada en el *anexo I*. El modelo principalmente está en castellano.

4.7 ANÁLISIS DE LOS DATOS

Para poder analizar los datos obtenidos, es necesario recoger la información de forma simultánea, organizar y ordenar la información durante el proceso.

En primer lugar, el analizador/a realizará las encuestas con los participantes, una vez obtenida cada una de las encuestas se irán introduciendo los datos en una hoja de cálculo de Microsoft® Excel® y se analizará con el programa de análisis estadísticos G-stat que servirá para hacer los gráficos. Se hará una depuración de los datos mediante la comprobación de la calidad de estos. Se revisará que no haya “missings”, ni casillas sin valores y que todos los códigos formen parte de la codificación preestablecida.

Después se llevará a cabo un análisis descriptivo de todas las variables. Para la realización de las gráficas de las variables cuantitativas discretas se realizará con un diagrama de barras. Para las variables cuantitativas continuas se hará servir el diagrama de caja (Boxplot). Y por último se hará servir una estadística inferencial para contrastar la hipótesis. Si la distribución obtenida de los datos es homogénea (o paramétrica) se utilizará la T-Student. Pero si la distribución no es homogénea (no paramétrica) se hará servir la U de la Mann-Whitney.

4.8 CONSIDERACIONES ÉTICAS Y LEGALES

Principalmente, se necesitará la aprobación del CEIC para llevar a cabo la investigación, el decreto 406/2006 (Comité Ética Investigación Clínica), del “*Institut Català de la Salut*”. La carta se enviará al CEIC, adjuntada en el *anexo II*. Antes de proceder con la participación, será necesario obtener un consentimiento informado de las mujeres puérperas musulmanas, donde previamente se le debe explicar e informar en qué consiste el estudio verbalmente, en la que posteriormente se le dará la hoja de información junto con el consentimiento informado para ser autorizado adjuntado en el *anexo III*.

Todos los datos aportados tienen que ser tratados de manera estrictamente confidencial, siguiendo los principios éticos de la Declaración de Helsinki. En todo momento se debe cumplir la reglamentaria europea de protección de datos 2016/679 del 27 de abril (RGPD) y la ley orgánica de la protección de datos personales y garantía de los derechos digitales 3/2018 (LOPD). Los datos obtenidos durante el estudio se aseguran de manera que todas las

medidas de seguridad sean suficientes para evitar la pérdida de la confidencialidad y la privacidad de dichos datos. De manera que los datos confidenciales quedarán archivados en el Onedrive de la universidad en la cual únicamente la investigadora principal es la responsable de dichos datos. Una vez se le haya explicado los riesgos y los beneficios que comporta la investigación. Se tiene en cuenta que esta aceptación se obtiene sin presionar ni obligar y el individuo tiene que saber que puede abandonar la investigación si así él mismo lo decide o en caso de ser menor lo deciden uno de sus tutores legales, como se muestra en el *anexo IV*.

4.9 PROCEDIMIENTO DEL ESTUDIO

El estudio se iniciará en enero de 2023 hasta junio de 2024, se mantendrá durante un año y medio para la preparación del estudio con la finalidad de recoger datos lo más cerca posible de la realidad de manera subjetiva. Principalmente, se iniciará con una búsqueda bibliográfica intensa durante los tres primeros meses del año 2023, mientras tanto procederemos a la creación del estudio en el cual empezará en enero hasta marzo 2023, es decir, un total de tres meses, junto con la búsqueda para ir elaborando un flujo importante de información de manera más eficaz para poder crear el instrumento elaborado para la recogida de datos.

Para poder ejecutar la investigación, se le pedirá al comité de ética la aprobación del estudio. Hay que tener en cuenta que esta aprobación puede retrasarse unas semanas para ser aceptada, además de presentarles el estudio, así que mantengo unos dos meses de margen para poder adquirir la aprobación del CEIC del “Institut Català de la Salut”. Además, también se pedirá los permisos necesarios a todos los CAP que estarán involucrados para el estudio y al personal sanitario, en este caso matronas y enfermeras especializadas y el investigador se pondrá en contacto con la persona responsable de los ambulatorios del ICS de la región del Bages para tener acceso a la historia clínica y poder realizar la selección de dicho personal.

Una vez adquiridos los permisos y la aprobación del CEIC, se procederá a la realización de las encuestas junto con el reclutamiento de las participantes, estas serán respondidas por las mujeres púerperas musulmanas, que son las participantes que necesitamos para elaborar el cuestionario. Este debe ser previamente informado y explicado sobre el estudio y firmado con el consentimiento informado por parte de la participante, como hemos adjuntado en el

anexo III. Teniendo en cuenta que puede ser un proceso doloroso y difícil, se decide dar más de una oportunidad de colaborar, es decir, si las participantes no se sienten preparadas para responder la encuesta previamente a los pocos días de dar a luz en la primera consulta, tienen un margen de tres meses, es decir, los tres primeros controles durante el primer año de vida. Entonces se escogerá aquellas mujeres que hayan dado a luz desde el mes de junio de 2023 hasta el mes de diciembre de 2023 de todos los centros de Atención Primaria de la comarca del Bages.

Paralelamente a la recogida de datos, los/las analistas irán analizando e interpretando los datos durante los meses de enero, febrero de 2024, mientras se va recogiendo los datos de manera simultánea y organizada para un correcto análisis de estadísticas y dejando un mes más para profundizar el análisis y la interpretación de los datos durante el mes de marzo de 2024. Durante dos meses, desde el mes de marzo a abril de 2024, se realizarán las conclusiones mediante el análisis de la interpretación del estudio extraídas del cuestionario.

Finalmente, de mayo de 2024 a junio de 2024, se procederá a la difusión del estudio y de los resultados en revistas de interés, congresos, diarios y asociaciones.

5. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Para llevar a cabo este estudio, hay que tener en cuenta las siguientes limitaciones que pueden obstaculizar el plan de estudio.

Me planteo, pues, para un futuro, que es relevante para poder realizar el estudio de investigación para incluir las encuestas, buscar estrategias para poder conseguir la colaboración de las madres musulmanas, ya que pueden negarse a ello, de manera que puede impedir los resultados deseados, además de que una vez iniciado el estudio pueden abandonar y eso dificulta la obtención de los resultados para la investigación. Otra de las limitaciones puede deberse al déficit de partos que se pueden llevar a cabo para el próximo año en que se realizará el estudio, 2023-2024. También nos podemos encontrar con la diferencia de cultura en la cual no quieran proceder a dicho estudio por cuestiones religiosas y culturales. Y por último una limitación infrecuente pero no inexistente puede ser el exitus del bebe antes de las tres primeras revisiones pediátricas, ya que esto puede comportar la ausencia de la madre en consulta. En caso de ser menores de edad el consentimiento

informado debe ser autorizado por el tutor legal de la menor, en este caso puede ser otra limitación. Propongo soluciones como crear la figura de una enfermera especializada en pediatría o matrona para que pueda dar una información más detallada del proyecto, explicar términos desconocidos para las participantes cómo dichas prácticas y maniobras que proceden a la violencia obstétrica y así conseguir la confianza de estas mujeres con el fin de conseguir su participación y que nos pueda rellenar la encuesta de una manera subjetiva como por ejemplo detallar las posibles malas praxis ocasionadas en su proceso del parto como posibles episiotomías, humillaciones, medicalización excesiva, etc. De esta manera, conseguir un análisis de datos lo más cerca a la realidad con el fin de prevenir dichas prácticas y concienciar y formar a los profesionales de referencia por estas mujeres que viven su proceso de parto de diferente forma, atendiendo a su cultura, integración en la sociedad y su conocimiento.

6. RECURSOS (HUMANOS Y MATERIALES)

En primer lugar, los **recursos humanos** necesarios para realizar esta investigación son: por una banda, las comadronas y las enfermeras especializadas en pediatría de los centros de Atención primaria de todo el Bages, que serán el profesional sanitario responsable de informar y pasar las encuestas a las mujeres de origen magrebí en edad fértil.

Como **recursos materiales** se hará servir varios programas, uno de ellos el Word para crear la encuesta. Un generador de código QR, de manera totalmente gratuita, que se podrá crear desde Google desde una página web especializada, en la que el centro sanitario aportará la herramienta fundamental, en este caso un ordenador, para poder acceder de forma directa al código QR y poder así responder tanto las familias con un nivel económico medio como las familias más vulnerables económicamente y que no tengan acceso a vía internet. Y el otro programa, el Excel para la recogida de datos, según vayan contestando las participantes, ya que nos permite manipular datos numéricos y texto en tablas formadas por columnas y filas y así tener una buena organización en la recogida de datos.

7. CRONOGRAMA DE ESTUDIO

[Estudio realizado desde enero 2023 - junio 2024].

	2023												2024						
	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	
Busqueda bibliografica																			
Creación del estudio																			
Aprovació CEIC y permisos																			
Realizar encuestas																			
Reclutamiento de las participantes																			
Recogida de datos																			
Analizar y interpretar datos																			
Formular conclusiones																			
Publicación y difusión de la información del estudio																			

8. PLAN DE DIFUSIÓN

La finalidad de llevar a cabo un estudio de este nivel, es dar a conocer la importancia que tiene hacia la salud tanto física como psicológica tanto de la madre como del bebe y darle así la visibilidad y el reconocimiento a dicha violencia al mismo nivel de relevancia como cualquier otra para solucionar o prevenir las malas praxis y así mejorar la calidad de vida de estas mujeres y sus bebés tras el impacto y las consecuencias que ocasiona la violencia obstétrica. Los resultados de esta investigación serán publicados en revistas especializadas en obstetricia y en la violencia contra la mujer para aumentar la posibilidad de difusión.

La audiencia diana del estudio será a todo el profesional sanitario que interfiera en el proceso gestacional y en especial al proceso de parto de la mujer. También formarán parte una audiencia diana más vulnerable, como a cualquier mujer embarazada o interesada en concebir en este proceso, que desee tener una información más amplia y realista sobre las prácticas inapropiadas que no se deben permitir en un proceso tan fisiológico y natural como es la evolución del embarazo y sobre todo en el parto.

La finalidad de esta difusión es dar la máxima visibilidad para empoderar a las mujeres, en especial a las madres de origen marroquí, ya que por sus creencias, religiones y cultura pueden sentirse abrumadas en nuestros centros sanitarios y a respetar cómo quiere vivir un proceso tan íntimo y natural como es el parto, en que todas las formas de parir sean válidas siempre y cuando sean consentidas por ellas mismas. Y la cual la única función que tenga el profesional sanitario sea la de acompañar, dar soporte a las parturientas y mejorar la asistencia sanitaria y ofrecer la correcta formación de los profesionales de referencia sobre la religión y las creencias que conlleva la cultura marroquí, en los que el profesional respetará en los procesos reproductivos y sexuales de estas mujeres.

Estas son unas de las revistas, asociaciones y congresos y diarios en los que se llevará a cabo la difusión:

- Sociedad Catalana de obstetricia y ginecología (SCOG).
- Asociaciones como “Dona Llum” o “ El parto es Nuestro”.
- Asociación Catalana de comadronas.
- Matronas profesión.
- Congreso a la difusión de obstetricia y ginecología

9. CONCLUSIÓN

Una vez se haya llevado a cabo esta investigación, se verá si se ha podido dar respuesta a los objetivos propuestos, y a la hipótesis planteada o no.

Si la hipótesis de “*¿Existe más o menos, o igual probabilidad en una mujer parturienta musulmana de sufrir violencia obstétrica?*” si se cumple como conclusión obtendremos que

- Las mujeres musulmanas pueden ser particularmente vulnerables a la violencia obstétrica debido a factores culturales y religiosos que pueden afectar la forma en que se les trata durante el parto.
- Es necesario tomar medidas para prevenir y abordar la violencia obstétrica en mujeres musulmanas, incluyendo la educación de los profesionales sanitarios sobre las necesidades culturales y religiosas de estas mujeres y el respeto por sus derechos y preferencias durante el parto.
- Se necesitan más investigaciones sobre este tema para comprender mejor los factores que contribuyen a la violencia obstétrica en mujeres musulmanas y desarrollar estrategias efectivas para prevenirla.

Es importante destacar que estos factores no justifican ni excusan la violencia obstétrica, sino que resaltan la necesidad de una atención médica culturalmente sensible y respetuosa que tenga en cuenta las necesidades individuales de cada mujer, independientemente de su religión o cultura.

Como conclusión del proceso de aprendizaje personal, puedo decir que después de dedicar tantas horas en el apartado de la metodología, en la búsqueda de artículos y en la manera de redactar un estudio, considero que he realizado un buen trabajo a pesar de las dificultades. Además, he adquirido conocimientos sobre el tema elegido, ya que me parece muy interesante ya no solo por mi autoconocimiento, sino para el resto de los profesionales que actualmente estamos en constante relación con diferentes religiones y culturas a la nuestra. También destacar la importancia de seguir adquiriendo conocimientos como profesional sanitario para garantizar una buena asistencia y así seguir avanzando hacia un modelo sanitario de más calidad, ya que la religión y la cultura son aspectos a tener en cuenta durante la atención del paciente.

10. BIBLIOGRAFIA

1. Rodríguez Mir J, Martínez Gandolf A. La violencia obstétrica: una práctica invisibilizada en la atención médica en España. diciembre de 2021;35(3). Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112021000300001
2. Ley 17/2020, de 22 de diciembre, de modificación de la Ley 5/2008, del derecho de las mujeres a erradicar la violencia machista. enero de 2021;(11):3096 a 3113. Disponible en: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2021-464
3. Colomer Ferrándiz F. Fe cristiana y fe islámica contenido, relaciones y diferencias. Un intento de comparación. 2004;14(27-28):7-20. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5780053>
4. Pérez Álvarez JJ, Álvarez Rodríguez L, Sánchez Valdeón L. Interpretación antropológica del embarazo, parto y puerperio. 2017;(3):12-5. Disponible en: Interpretación antropológica del embarazo, parto y puerperio
5. Mena-Tudela D, Iglesias-Casás S, González-Chordá VM, Cervera-Gasch Á, Andreu-Pejó L, Valero-Chilleron MJ. Obstetric Violence in Spain (Part I): Women's Perception and Interterritorial Differences. octubre de 2020;
6. García Garcia EM. 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. 2018;496. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=150511&orden=0&info=link%0%20Ahttps://dialnet.unirioja.es/servlet/exttes?codigo=150511>
7. Iglesias Guiu X. La revisión ginecológica en la Atención Primaria. julio de 2000;36(2). Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-integral-63-articulo-la-revision-ginecologica-atencion-primaria-11661>
8. Rodríguez-Díez M c, Díez-goñi N, Beunza-nuin J j, Auba-guedea M, Olartecoechea-linaje B, Ruiz-Zambrana Á, et al. confianza de los estudiantes de medicina en el aprendizaje de la exploración obstétrica con simuladores. 2013;36(2):275-80. Disponible en: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v36n2/original_breve1.pdf
9. Maniobra de Hamilton. Disponible en: <https://inatal.org/el-embarazo/enciclopedia/176-maniobra-de-hamilton.html>
10. Estrategia de atención al parto normal en el sistema nacional de salud. marzo de 2015; Disponible en: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/Version_Esquematica_EAPN.pdf
11. Heelan-Fancher L, Shi L, et.al. Impact of continuous electronic fetal monitoring on birth outcomes in low-risk pregnancies. febrero de 2019;46:311-7. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/birt.12422>

12. Luque Fernández MA, Oliver Reche MI. Diferencias culturales en la percepción y vivencia del parto. 2005;14(48-49).
13. Inducing labour. 4 de noviembre de 202d. C.; Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng207>
14. Basurto Mendoza GP, Alcivar Medranda E. Violencia obstétrica en la etapa de embarazo, parto y puerperio, en el hospital regional Dr. Verdi Cevallos Balda, período 2019 – 2020. 2020 [Internet]. 4(2). Disponible en: <https://revistas.uncp.edu.pe/index.php/socialium/article/view/607>
15. Coates R, Ayers S, de Visser R. Women’s experiences of postnatal distress: a qualitative study. 14 de octubre de 2014; Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25315742/>
16. Margarita AM, Torres Jiménez YY, Poveda Ávila JF. El proceso de parto cultural, una necesidad. 2018;(15). Disponible en: <file:///Users/giseldiaz/Downloads/Dialnet-ElProcesoDePartoCulturalUnaNecesidad-7200829.pdf>
17. Nacimientos. Por sexo. Comarcas y Aran, ámbitos y provincias. 2021; Disponible en: <https://www.idescat.cat/indicadors/?id=aec&n=15237&lang=es>
18. Población extranjera por Nacionalidad, comunidades, Sexo y Año. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t20/e245/p08/10/&file=02005.px#!tabs-grafico>
19. Población extranjera a 1 de enero. Por sexo y edad quinquenal. 2021; Disponible en: <https://www.idescat.cat/poblacioextranjera/?geo=com:07&nac=d228&b=1&lang=es>
20. Andina-Día E, Vieira Martin MFS, Siles-González J. Creencias y prácticas alimentarias en embarazo y puerperio: aplicación del Modelo de Tradiciones de Salud. 01-Feb-2021 [Internet]. enero de 2021;20(61). Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412021000100004
21. Arousell J, Carlbom A. Culture and religious beliefs in relation to reproductive health. septiembre de 2015; Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26542927/>
22. Lafaurie V MM. Intimate partner violence against women during pregnancy: a critical reading from a gender perspective. abril de 2015;10:64-77. Disponible en: <Dialnet-ViolenciaDeLaParejaIntimaContraLasMujeresEnEIEmbar-6547174.pdf>
23. Hiri A. La atención sanitaria del inmigrante marroquí: una propuesta desde la mediación intercultural. 2022;1(3):26-42. Disponible en: <https://accionesmedicas.com/index.php/ram/article/view/12>
24. Rashidi A, Rajaram SS. Culture care conflicts among Asian-Islamic immigrant women in US hospitals. octubre de 2001; Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15559047/>
25. Centre de atenció primària al Bages. Disponible en: https://catsalut.gencat.cat/ca/centres-sanitaris/cercador/resultats/?P_CERCA=C&P_TIPUS_CENTRE=TOT&P_NOM_COMARCA=Bages&P_NOM_MUNICIPI=--+Seleccioni+un+municipi+--&fdate=20231893625&P_REGIO=67&P_COMARCA=07&P_MUNICIP I=0

11. ANEXOS

ANEXO I: Encuesta de las participantes para la recogida de datos.

ESTUDIO SOBRE LAS MUJERES MUSULMANAS PARTURIENTAS FRENTE A LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA.

Instrumento de recogida de datos

N.º Id:

Fecha:

Día..... Mes..... Año.....

CAP de referencia:

¿Ha sido informada de los objetivos y la finalidad del estudio mediante un consentimiento informado?

Si

No

DATOS PERSONALES

Rango de edad:

15-25 años

26-35 años

36-45 años

Estado civil:

Soltera

Casada

Viuda

Separada/
divorciada

Nivel de estudios:

Sin
estudios
primarios

Leer y
escribir

Estudios
primarios

Estudios
secundarios

Otros

DATOS DE CONOCIMIENTO

¿Has tenido dificultades para acceder a una asistencia sanitaria como por ejemplo barreras administrativas, económicas o idiomáticas?

Sí

No

¿Ha tenido la oportunidad de tomar decisiones sobre su atención obstétrica y su parto?

Sí

No

¿Se le ha obligado a someterse a procedimientos no deseados durante el parto?

Sí

No

¿Has tenido un parto natural o mediante cesárea?

Cesárea

Natural

¿En el caso de que fuera cesárea, le informaron que esta era necesaria?

Sí

No

¿Estuvo acompañada durante el proceso del parto por un familiar/ cónyuge o imán religioso?

Sí

No

- Fórceps, ventosas, espátulas.
- Tactos vaginales.
- Humillación y abuso verbal.
- Impedir el vínculo madre-hijo sin causa justificada.
- Medicalización excesiva (Uso de la oxitocina).
- Posiciones incómodas o molestas.
- Otros:.....

DATOS DE IMPACTO Y CONSECUENCIAS

¿Crees que dichas prácticas le han causado algún tipo de secuelas?

Sí

No

¿En caso afirmativo, indique cuáles? (Puede marcar más de una opción)

- Desgarros.
- Estrés postraumático.
- Depresión.
- Hematomas.
- Incontinencia.
- Lactancia materna alterada.
- Rechazo al bebé.
- Otros:

VERSIÓN ONLINE

<https://docs.google.com/forms/d/1WFkvYxMJvLTPamARQk7FkGoXWy4sumHsiMqk8hQ58SQ/edit>



ANEXO II: Carta al comité de Ética e investigación Clínica (CEIC).

Manresa 2023

A la atención del Comité,

Apreciados/as,

Me complace dirigirme a ustedes para poder ejecutar un estudio de investigación desde su institución, Institut Català de la Salut.

Soy estudiante de cuarto curso del grado de enfermería de la Fundación Universitaria del Bages U Manresa (FUB); Quiero llevar a cabo un estudio de investigación para conocer *“las experiencias en las mujeres parturientas musulmanas frente a la violencia obstétrica”*.

El estudio consiste en visibilizar y reconocer dicha violencia para intervenir y prevenir en estas prácticas inapropiadas y así mejorar tanto la calidad de atención sanitaria de las mujeres musulmanas como el ampliar los conocimientos de los profesionales sanitarios atendiendo a su cultura, integración en la sociedad, idioma, conocimiento y/o acceso al sistema sanitario. El estudio se llevará a cabo en todos los Centros de Atención primaria del Bages, de todas las mujeres de origen magrebí que hayan dado a luz en el Hospital San Juan de Dios de Manresa. Todo y con esto, me dirijo a ustedes para poder solicitar el permiso de poner en práctica la investigación. Les adjunto la información necesaria para que puedan conocer mi proyecto y su respectiva evaluación.

Para más información o duda, adjunto mi nombre completo, como autora de la investigación, Gisela Díaz Pestaña, con DNI XXXXXXXXX-X, teléfono de contacto XXXXXXXXXX y email GiselaDP@correu.umanresa.cat, para ponerse en contacto si lo precisan.

A la espera de su respuesta,

Atentamente,

Gisela Díaz Pestaña.

A[ciudad], a [día/mes/año].

ANEXO III: Hoja informativa y modelo adaptado de Consentimiento informado.

“Estudio sobre la experiencia de las mujeres parturientas frente a la violencia obstétrica”.

1- Información del documento

Usted está invitada a participar en el estudio con nombre “ Estudio sobre la experiencia de las mujeres parturientas frente a la violencia obstétrica”. Este documento aporta la información necesaria sobre el estudio.

Antes de firmar el consentimiento informado se le hace saber que puede formar parte de este estudio de manera totalmente voluntaria, es decir, no hay que participar en caso de no desearlo.

2- Información del estudio y los investigadores

- Título del estudio: Estudio sobre la experiencia de las mujeres parturientas frente a la violencia obstétrica.
- Institución que participa en el estudio: Fundación universitaria del Bages.
- Nombre del investigador/a del estudio: Gisela Díaz Pestaña.

3- Objetivos del estudio

- Objetivo general

Investigar si las mujeres musulmanas han sufrido violencia obstétrica durante el proceso del parto en la comarca del Bages.

- Objetivos específicos

Conocer si existen diferentes situaciones que han causado violencia obstétrica en el proceso del parto de estas mujeres en la comarca del Bages.

Detectar las emociones y los sentimientos que las mujeres musulmanas han experimentado durante el proceso del parto en la comarca del Bages.

Analizar el impacto y las consecuencias que ha podido generar las prácticas en el proceso de parto de las mujeres musulmanas en la comarca del Bages.

4- Información sobre las participantes

- ¿Quién puede participar? Las mujeres en edad fértil de entre 15 y 45 años que hayan dado a luz en el Hospital San Juan de Dios entre los años 2023-2024 que residan en la comarca del Bages.

5- Procedimiento del estudio

- ¿Qué tipo de procedimiento se realizará?
Una vez se haya firmado el consentimiento informado, se procederá a las encuestas. Estará presente la figura de una enfermera especializada en pediatría o matrona para que pueda dar una información más detallada del proyecto para explicar términos desconocidos para las participantes como dichas prácticas y maniobras que proceden a la violencia obstétrica y así conseguir la confianza de estas mujeres con el fin de conseguir su participación y que nos pueda rellenar la encuesta de una manera subjetiva. De esta manera, conseguir un análisis de datos lo más cercano a la realidad.

6- Información sobre los riesgos y los beneficios

- ¿Qué riesgos puedo tener si participo en el estudio?
Las participantes no tienen ningún tipo de riesgo, ya que se garantiza confidencialidad en todas las participantes.
- ¿Qué beneficios puede obtener la participante si colabora en el estudio?
Su aportación será muy beneficiosa para mejorar, prevenir y manejar el impacto psicológico.
- ¿Pueden otras personas beneficiarse de este estudio?
Las instituciones políticas, como sanitarias, son las que podrían llevar a cabo medidas frente a la comunidad según los resultados obtenidos.

7-Confidencialidad de datos

A todas las participantes se les asignará un código para garantizar totalmente su confidencialidad. La información que se obtenga del estudio se utilizará única y exclusivamente para este proyecto. Los datos están sometidos a la legislación vigente: la declaración de Helsinki de 1964, revisada el octubre del 2000 para las investigaciones médicas con seres humanos, la normativa legal sobre la protección de datos, según la ley orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales y el Reglamento general (UE) 2016/679, de 27 de abril de 2016, de protección de datos (RGPD) y la Ley orgánica 1/1982, de 5 de mayo, de protección civil del derecho al honor, a la intimidad personal y familiar, y a la propia imagen.

8- Resultados

Los resultados se comunicarán mediante la difusión científica como revistas, asociaciones y congresos y también otros como el diario comarcal, siempre asegurando la intimidad de la persona. Se le recuerda que su participación en el estudio es totalmente voluntaria. Si se necesita más información sobre este estudio, puede contactar con el investigador responsable _____, en el centro _____. Tel: _____.

Recuerda que su participación en el estudio es totalmente voluntaria.

Fecha: __/__/____.

Yo, _____ madre/padre o tutor, con DNI/ NIE _____ autorizo a _____ con DNI/ NIE _____ para llevar a cabo el estudio de investigación,

Yo, _____, mayor de edad, con DNI/NIE _____ actuando en nombre e interés propio,

DECLARO QUE:

He comprendido y entendido la información explicada por el profesional de referencia y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informada y entiendo que mis datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Acepto participar en dicho estudio de investigación y recibir una copia firmada y fechada de este consentimiento. En caso de cambiar mi decisión y no querer participar, este consentimiento quedará anulado.

De manera que, DOY MI CONSENTIMIENTO A:

1. Participar en el proyecto de estudio de investigación sobre las experiencias de las mujeres parturientas frente a la violencia obstétrica.
2. Que la investigadora Gisela Díaz Pestaña, pueda gestionar mis datos personales y difundir la información que le genere el proyecto.

A [Ciudad], a [día/mes/año]

Firma:

[Firma participante]

[Firma autora del estudio]

ANEXO IV: Carta de la revocación de las participantes.

Yo, _____ madre/padre o tutor, con DNI/ NIE _____ revoco a _____ con DNI/ NIE _____ para revocar el estudio de investigación,

Yo, _____, mayor de edad, con DNI/NIE _____, participante del “Estudio sobre la experiencia de las mujeres parturientas frente a la violencia obstétrica”. Me he informado sobre las posibles dudas sobre mi revocación con la investigadora principal Gisela Díaz Pestaña.

Renuncio en mi participación en el estudio de investigación. Además de mis datos e información extraída, de mi propia persona será retirada del estudio y se procederá a su distribución.

Revoco el consentimiento informado descrito en el anexo III anteriormente aceptado, por el cual queda sin vigencia a partir del momento firmado de la carta de revocación.

_____ de _____ del 202__.

Firma:

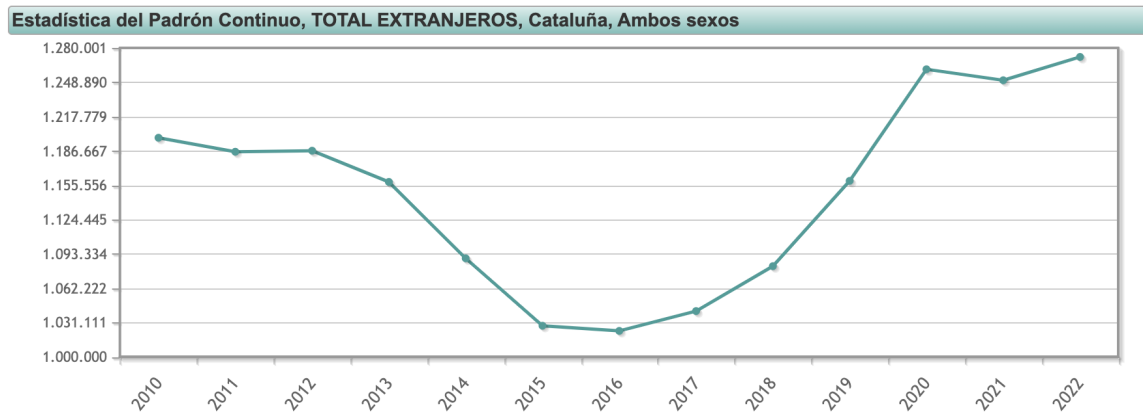
[Firma participante]

[Firma de la investigadora]

ANEXO V: Nacimientos. Nacidos vivos. Por sexo. Comarcas y Aran, ámbitos y provincias.
Extraído desde idescat (17).

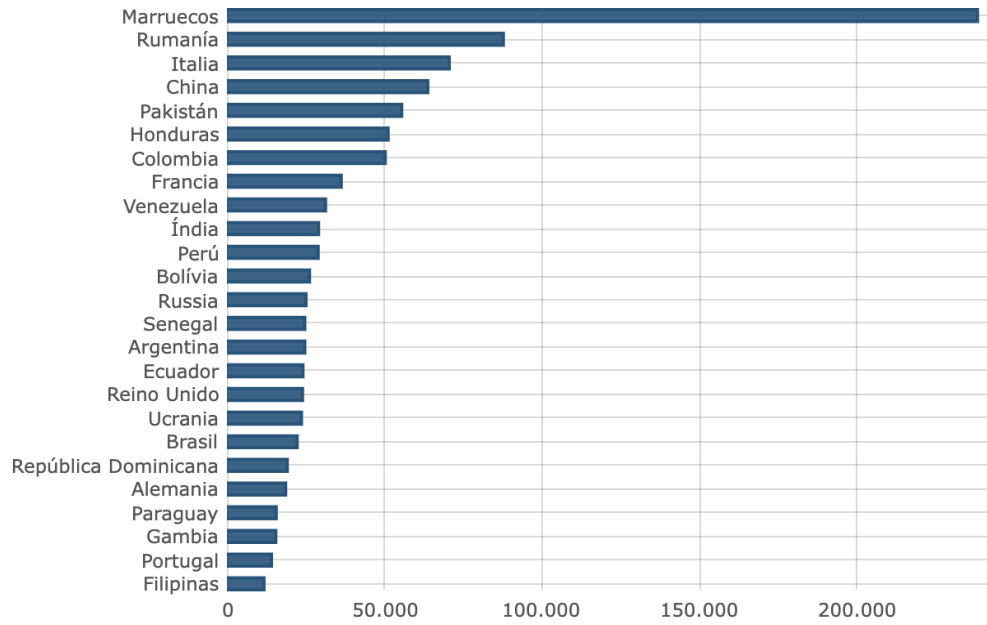
Nacimientos. Nacidos vivos. Por sexo. Comarcas y Aran, ámbitos y provincias 2021			
	Niños	Niñas	Total
Alt Camp	167	156	323
Alt Empordà	549	530	1.079
Alt Penedès	498	419	917
Alt Urgell	64	52	116
Alta Ribagorça	12	8	20
Anoia	545	470	1.015
Aran	28	23	51
Bages	684	650	1.334

ANEXO VI: Inmigración en Cataluña en el año 2022. Extraído de el INE (18).



ANEXO VII: Inmigración en Cataluña por países en el año 2021. Extraído desde idescat (19).

Población extranjera. Países. Cataluña. 2021



Fuente: Idescat. Padrón municipal de habitantes.

ANEXO VIII: Inmigración de origen marroquí en la Comarca del Bages en el año 2021.
 Extraído desde idescat (19).

Población a 1 de enero. Total y extranjera. 2000-2021							
Bages							
Origen geográfico: Marruecos							
	(1) Población total	(2) Población extranj.	Población extranjera del origen seleccionado				
			total	% sobre (1)	% sobre (2)	variación absoluta	variación relativa (%)
2021 →	180.962	23.276	9.732	5,38	41,81	209	2,19
2020 →	180.575	22.743	9.523	5,27	41,87	646	7,28
2019 →	178.885	20.817	8.877	4,96	42,64	930	11,70
2018 →	176.485	18.775	7.947	4,50	42,33	426	5,66
2017 →	175.095	17.798	7.521	4,30	42,26	32	0,43
2016 →	174.381	17.490	7.489	4,29	42,82	-138	-1,81
2015 →	174.604	17.901	7.627	4,37	42,61	-544	-6,66
2014 →	175.527	19.362	8.171	4,66	42,20	-545	-6,25
2013 →	176.842	21.193	8.716	4,93	41,13	-44	-0,50
2012 →	177.190	21.645	8.760	4,94	40,47	201	2,35
2011 →	177.032	21.447	8.559	4,83	39,91	357	4,35
2010 →	176.312	21.205	8.202	4,65	38,68	197	2,46

ANEXO IX: Inmigración de origen marroquí por sexo y edad en la comarca del Bages en el año 2021. Extraído en el idescat (19).

Población extranjera a 1 de enero. Por sexo y edad quinquenal. 2021					
Bages					
Origen geográfico: Marruecos					
	Hombres	Mujeres	Total	%sobre la población	% sobre el total de extranjeros
De 0 a 4 años	525	512	1.037	10,66	4,46
De 5 a 9 años	468	424	892	9,17	3,83
De 10 a 14 años	241	237	478	4,91	2,05
De 15 a 20 años	321	172	493	5,07	2,12
De 20 a 24 años	316	283	599	6,15	2,57
De 25 a 29 años	412	441	853	8,76	3,66
De 30 a 34 años	462	565	1.027	10,55	4,41
De 35 a 39 años	621	528	1.149	11,81	4,94
De 40 a 44 años	653	455	1.108	11,39	4,76
De 44 a 49 años	480	305	785	8,07	3,37
De 50 a 54 años	313	198	511	5,25	2,20
De 55 a 59 años	174	135	309	3,18	1,33
De 60 a 64 años	125	95	220	2,26	0,95
De 65 a 69 años	65	60	125	1,28	0,54
De 70 a 74 años	27	41	68	0,70	0,29
De 75 a 79 años	15	23	38	0,39	0,16
De 80 a 84 años	14	16	30	0,31	0,13
De 85 años y más	5	5	10	0,10	0,04
Total	5.237	4.495	9.732	100,00	41,81
%	53,81	46,19	100,00		

Fuente: Idescat. Padrón municipal de habitantes.