



PARANINFO DIGITAL

MONOGRÁFICOS DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

ISSN: 1988-3439 - AÑO X – N. 25 – 2016

Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n25/038.php>

PARANINFO DIGITAL es una publicación periódica que difunde materiales que han sido presentados con anterioridad en reuniones y congresos con el objeto de contribuir a su rápida difusión entre la comunidad científica, mientras adoptan una forma de publicación permanente.

Este trabajo es reproducido tal y como lo aportaron los autores al tiempo de presentarlo como COMUNICACIÓN DIGITAL en "LA ENFERMERÍA COMO INTEGRADORA DE SABERES" V SIAHE – Simposio Iberoamericano de Historia de la Enfermería, III Foro I+E Reunión Internacional de Investigación y Educación Superior en Enfermería, reunión celebrada del 11 al 12 de noviembre de 2016 en Granada, España. En su versión definitiva, es posible que este trabajo pueda aparecer publicado en ésta u otra revista científica.

Título **Influencia de las habilidades sociales y la comunicación interpersonal del profesional sanitario en la violencia obstétrica**

Autores *Beatriz Fajardo Hervás, Laura del Pilar Oneto Fernández, Maria Beatriz Parrado Soto*

Centro/institución Hospital San Agustín

Ciudad/país Linares (Jaén), España

Dirección e-mail bfajardoh@gmail.com

RESUMEN

Introducción: La violencia obstétrica es un grave problema global de salud pública, que pone en riesgo el bienestar biopsicosocial de madres y bebés. El personal sanitario que atienden a los embarazos y partos pueden ejercer la violencia obstétrica por: falta de formación y de habilidades técnicas para afrontar los aspectos emocionales y sexuales del parto, el propio trauma no resuelto o el síndrome de burnout. El objetivo es identificar que habilidades sociales y estrategias de comunicación debe desarrollar el personal sanitario para conseguir una comunicación efectiva y terminar con la violencia obstétrica.

Metodología: Revisión bibliográfica en la base de datos: PubMed, CINAHL, CUIDEN, Cochrane Plus y OMS.

Resultados: Las mujeres refirieron un trato deshumanizante por el personal de enfermería y médicos, se les impidió el contacto precoz con sus recién nacidos, recibieron críticas por gritar durante el parto, y sintieron imposibilidad de manifestar sus miedos.

Discusión: Las escasas investigaciones científicas sobre violencia obstétrica y las habilidades sociales y de comunicación en la misma, justifican realizar más estudios.

Conclusiones: Formar al personal sanitario de obstetricia de forma individual y grupal con herramientas teórico-prácticas para erradicar la violencia obstétrica, conociendo habilidades de comunicación óptimas para que la relación asistencial sea fructífera.

Palabras clave: Violencia obstétrica/ Violencia contra las mujeres/ Relación terapéutica/ Derechos reproductivos y derechos sociales.

TEXTO DE LA COMUNICACIÓN

Introducción

La violencia obstétrica es hoy día un grave problema global de salud pública, que pone en riesgo el bienestar biopsicosocial de madres y bebés¹, motivo por el cual la Organización Mundial de la Salud (OMS) se vio obligada a emitir en 2014, una Declaración para La Prevención y Erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención al parto en Centros de Salud², en el cual constata que *“muchas mujeres en todo el mundo sufren un trato irrespetuoso, ofensivo o negligente, un evidente maltrato físico, una profunda humillación y maltrato verbal, procedimientos médicos sin consentimiento o coercitivos (incluyendo la esterilización), falta de confidencialidad, incumplimiento con la obtención del consentimiento informado completo, negativa a administrar analgésicos, violaciones flagrantes de la privacidad, rechazo de la admisión en Centros de Salud, negligencia hacia las mujeres durante el parto, lo que deriva en complicaciones potencialmente mortales”*

Venezuela fue el primer país del mundo en definir jurídicamente y tipificar como delito la violencia obstétrica en su Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia³, vigente desde el 19 de marzo del 2007. Luego le siguió Argentina y México, y aunque España aún no ha tipificado penalmente estos hechos, las prácticas constitutivas de violencia obstétrica se encuentran prohibidas en nuestro país, ya que suponen la vulneración de derechos fundamentales reconocidos en nuestra Constitución: a la integridad física y moral (artículo 15), a la libertad personal (artículo 17) y a la intimidad (artículo 18).

En el artículo 14 de esta Ley Orgánica³ se define Violencia obstétrica como *“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”*.

Y en el artículo 51 aclara que actos se consideran constitutivos de violencia obstétrica por el personal sanitario³:

1. No atender oportuna y eficazmente las emergencias obstétricas.
2. Obligar a la mujer a parir en posición supina y con las piernas levantadas, existiendo los medios necesarios para la realización del parto vertical.
3. Obstaculizar el apego precoz del niño o niña con su madre, sin causa médica justificada, negándole la posibilidad de cargarlo o cargarla y amamantarlo o amamantarla inmediatamente al nacer.
4. Alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer.
5. Practicar el parto por vía de cesárea, existiendo condiciones para el parto natural, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer.

Actualmente, el concepto de medicina es mucho menos mecanicista y unilateral que en épocas pasadas, sin embargo, los procesos de medicalización y tecnificación en la atención del parto aún siguen vigentes, desplazan a la mujer como protagonista en la vivencia de su propio embarazo, parto y puerperio. Este tipo de atención obstétrica *“reduce la posibilidad de las mujeres de valerse por sí mismas, dependiendo de una intervención técnico médica para afrontar su vida sexual y reproductiva”*⁴

Los motivos que llevan al personal sanitario que atienden a los embarazos y partos a ejercer la violencia obstétrica son diversos: falta de formación y de habilidades técnicas para afrontar los aspectos emocionales y sexuales del parto, el propio trauma no resuelto (complicaciones iatrogénicas) o el síndrome de burnout⁵.

Es fundamental que estos profesionales sanitarios comprendan la violencia obstétrica en profundidad, ya que puede ser consecuencia de la medicalización e institucionalización de los procesos reproductivos, produciendo una negación de los aspectos más espirituales del mismo.⁶

Es por ello, que resulta de enorme importancia conocer, prevenir y aprender a manejar las principales causas de violencia obstétrica en los entornos sanitarios para conseguir reducir su aparición en la escena clínica. Y una de las causas que vamos a abordar en nuestro trabajo, va a ser el manejo de habilidades sociales y de comunicación interpersonal, que se están convirtiendo en elemento clave en la atención obstétrico-ginecológica, siendo cada vez más destacada su presencia tanto en aspectos terapéuticos como preventivos y de educación para la salud.

Los pacientes que precisan de los servicios de salud una atención de salud por un proceso de salud-enfermedad, necesitan además una adecuada atención comunicativa, es decir, necesitan ser atendidos en su parte más íntima como personas, en la parte emotiva y la emocional. Esta retroalimentación comunicativa, proporciona mayor bienestar profesional y personal, que se traduce en una mayor implicación y motivación del paciente en su proceso de recuperación. El profesional sanitario debe propiciar un estado de confianza con el paciente, para que pueda mostrar sus necesidades, sus miedos, inquietudes, sus sentimientos, que contribuya a que su paso por el centro sanitario sea lo menos traumático para él y sus acompañantes⁷.

Esto quiere decir, que hoy en día, es imprescindible disponer de unas habilidades comunicativas que permitan enfrentarse con éxito a cualquier situación sanitaria, previniendo o minimizando aquellas situaciones de violencia obstétrica que se puedan dar, potenciando y promocionando las habilidades de comunicación en la práctica sexual- reproductiva. La promoción de un trato más humanitario se ha convertido en una exigencia para alcanzar una atención obstétrica lo más satisfactoria posible para todos las mujeres implicadas en el proceso de embarazo, parto y puerperio.

El objetivo general de nuestro trabajo es conceptualizar la violencia obstétrica e identificar que habilidades sociales y estrategias de comunicación interpersonal debe desarrollar el personal sanitario que presta atención obstétrica para conseguir una comunicación y relación de ayuda a la mujer efectiva y poder prevenir o terminar con situaciones de violencia obstétrica en la atención sexual- reproductiva de la mujer. Y como objetivo específico demostrar el grado de conocimiento sobre violencia obstétrica de los profesionales que atienden a la mujer.

Metodología

Revisión bibliográfica en las bases de datos de Cuiden, PudMed, Cochrane Library, Medline, en guías de práctica clínica, en la Organización Mundial de la Salud (OMS). Como palabras claves o descriptores se han utilizado: violencia obstétrica (obstetric violence); violencia contra las mujeres (violence against women); maternidad (maternity); “comunicación”(communication), “relación terapéutica”(therapeutic relationship), derechos reproductivos (reproductive rights), habilidades sociales (social skills)y las hemos combinado con los conectores booleanos AND y OR según conveniencia.

Como criterios de inclusión de los documentos recopilados, se han escogido aquellos artículos originales, libros o capítulos de libro publicados en el periodo de tiempo 2001-2016, a texto completo, estudios que identifican tanto la violencia obstétrica como las habilidades sociales y estrategias de comunicación interpersonales que potencian una buena atención obstétrica entre sanitario-paciente y previenen y/o reducen situaciones de violencia obstétrica y el idioma con el que se ha llevado a cabo la búsqueda bibliográfica ha sido tanto el castellano como el inglés. Y se han excluido aquellas publicaciones con escasa o nula evidencia científica, con limitada relevancia científica y artículos de opinión.

Según los criterios expuestos y el objetivo de la revisión se han seleccionado 16 resultados como relevantes: 1 metaanálisis, 2 revisiones bibliográficas, 4 libros y guías de práctica clínica, 8 estudios descriptivos de corte transversal y 1 ensayos clínicos, siendo todos ellos de transcendencia científica. Las listas de comprobación utilizadas han sido las parrillas para lectura crítica CASPe específicas para cada tipo de estudio, y AGREE para la GPC.

Resultados

El abuso que se realiza en contra de las mujeres en las salas de maternidad y paritorios es un problema de salud pública y derechos humanos, que cada vez cobra mayor interés en varios países y es motivo de intervención legal en algunos países de América.

Es por ello, que son escasos los trabajos científicos relacionados con el tema planteado y la mayoría de ellos se han realizado fuera de España, en países como México, Venezuela y Argentina que son de los pocos que han legislado de forma específica en materia de Violencia Obstétrica.

En la última década diversos estudios^{5,8,9} han encontrado una alta prevalencia de síntomas de estrés postraumático tras el parto (TEPT), las mujeres refieren haber sentido miedo por sus vidas o las de sus bebés, acompañadas por miedo, indefensión y terror, seguidos de toda una serie de pensamientos que incluyen recuerdos vívidos del suceso, *flashbacks*, pesadillas e irritabilidad, pudiendo afectar seriamente a las mujeres y familias¹⁰.

En un metaanálisis¹¹ hablan sobre las experiencias y percepciones de las mujeres que habían vivido un parto traumático, muestran que habían recibido un trato inadecuado como resultado de las acciones y omisiones de matronas, enfermeras y médicos. En estos estudios cualitativos, las mujeres describían no haber tenido control sobre su parto, haber sido tratadas de forma autoritaria en la toma de decisiones, sus opiniones habían sido ignoradas, los profesionales no les habían respetado como personas, ni respetado su derecho de consentimiento informado, habían sido tratadas de forma deshumanizada, irrespetuosa y descuidada. Utilizaban palabras como “*bárbaro, invasivo, terrible y degradante*”, me han tratado como “*un cacho de carne*” o “*una baldosa de la pared*” para explicar el trato deshumanizado recibido, e incluso fantaseaban con la muerte como única forma de evadirse del intenso dolor y trauma^{11,12}.

Un estudio prospectivo¹³, transversal, realizado en el servicio de puerperio del Hospital Maternidad “Concepción Palacios” en Venezuela, llega a la conclusión que el 49,4% de las mujeres manifestaron algún tipo de trato deshumanizante de parte del personal de salud, y tan solo el 20.5% no percibieron trato no violento.

En relación al tipo de trato deshumanizante, el 23,8 % refirieron que se les impidió el contacto precoz con sus recién nacidos, el 21,6 % recibieron críticas por llorar o gritar durante el trabajo de parto, y el 19,5 % sintieron imposibilidad de manifestar sus miedos o inquietudes. El trato deshumanizante fue percibido con más frecuencia por las

gestantes tardías y las adolescentes ($P < 0,0001$). A más alto nivel de educación se observó menor percepción de violencia ($P < 0,0059$). El 27 % conoce el término violencia obstétrica y solo 19 % sabe donde denunciarla, la mayoría de las usuarias desconoce sus derechos y como ejercerlos.

Los principales perpetradores señalados fueron las enfermeras (70%) y los médicos, al igual que otro estudio trasnversal¹⁴, realizado en el área de postparto de dos hospitales del estado de Morelos (México), donde las mujeres refieren haber sido maltratadas por el personal de enfermería y el médico, y donde el 29% reportó algún tipo de abuso durante la atención del parto, 19% refirió algún tipo de abuso verbal, con frases intimidatorias y que limitaban el derecho de las mujeres a expresar sus emociones y el proceso natural de dolor que conlleva el trabajo de parto como: “no se queje”, “no llore”, “humillaciones”, etc.

Y si nos centramos en lo que opinan los profesionales de salud referente a la violencia obstétrica, encontramos un estudio cualitativo reciente de Beck¹⁵, que muestra como las enfermeras obstétricas se sienten culpables por no defender ni cuestionar ciertas situaciones de los obstetras, el 26% cumplen los criterios diagnósticos de TEPT por exposición a sus pacientes durante el trauma, y en otro estudio descriptivo, reconocen el término violencia obstétrica el 89.2%, pero no la ley específica que la define, señalan al ejecutor como cualquier personal de salud 82,4 %, el 63,6 % había presenciado maltrato a una embarazada; y de estos, 42,8 % resultó ser por parte del médico y 42,5 % por enfermería¹⁶. En definitiva, son muchos los profesionales de salud que desconocen o ignoran los signos del trauma psicológico y emocional¹⁵

Tras los resultados de los anteriores estudios, uno de los problemas fundamentales que se nos plantea hoy en día en nuestros sistemas sanitarios, es la enorme insatisfacción que existe en los enfermos en las relaciones personales y en los procesos de comunicación con los profesionales sanitarios. Una buena comunicación con las mujeres en las salas de maternidad y paritorio, va a dar lugar a una confianza absoluta en los planes diagnósticos y terapéuticos, facilita la toma de decisiones, mejora los resultados del tratamiento y reduce los riesgos de una mala práctica profesional: violencia obstétrica.

La destreza interpersonales es primordial para el rol del cuidador durante la realización de un evento o actividad que demande exponer la integridad física del usuario, por ello es importante comunicar, orientar, enseñar, sobre el tipo de procedimiento que se le realiza, de una manera abierta, amable y sencilla; tomando en cuenta las expectativas, el grado de interpretación y el lenguaje apropiado para el entendimiento del paciente¹⁷.

La comunicación es “un proceso continuo por el cual una persona puede afectar a otra a través del lenguaje escrito u oral, gestos, miradas, expresiones faciales, lenguaje corporal, espacio u otros símbolos”¹⁸. De esta definición se desprende que el personal sanitario necesita reconocer que la comunicación es importante en su vida diaria, tanto en lo laboral como profesional para establecer relaciones interpersonales, ayudar a los pacientes a adaptarse a los problemas relacionados con la salud y al ámbito hospitalario. El uso adecuado de las habilidades sociales y de comunicación interpersonales capacita al personal sanitario que presta atención a la mujer a ser receptiva a la comunicación verbal y no verbal del cliente, para brindar una atención integral de la mujer.

Podemos definir las habilidades sociales como “un conjunto de conductas emitidas por el individuo en un contexto interpersonal que expresa sus sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de un modo adecuado a la situación, respetando esas conductas en los demás y que, generalmente resuelve los problemas inmediatos de la situación mientras minimiza la probabilidad de futuros problemas”¹⁹

Estas habilidades sociales son necesarias para solucionar los problemas que surgen en la comunicación, y que debemos conocer para dominarlos y ampliar nuestros recursos comunicativos, y entrenando estas habilidades, el profesional sanitario puede establecer relaciones interpersonales fructíferas, tanto con sus pacientes como sus compañeros²⁰.

Para mejorar nuestras habilidades sociales en la relación sanitario-paciente, pondremos nuestra atención en los siguientes apartados^{7,21}:

- Las estrategias necesarias para el desarrollar las habilidades sociales: entrenamiento de habilidades, reducción de ansiedad, reestructuración cognitiva, entrenamiento en solución de problemas.

- Los componentes conductuales de la comunicación:

- comunicación no verbal: la mirada, expresión facial, sonrisas, postura corporal, gestos, contacto físico, apariencia personal, movimientos de la cabeza.
- Componentes paralingüísticos: volumen, tono, timbre, claridad, velocidad, énfasis, fluidez, pausas, vacilaciones.
- Componentes verbales: la conversación, habilidades del habla

- Las pautas básicas para conseguir una comunicación oral eficaz:

- Dar indicaciones de manera clara y concisa
- Dejar hablar al interlocutor, no interrumpir
- Crear clima de cordialidad y actitud de respeto hacia la persona e intimidad
- Feedback verbal y no verbal
- Evitar interferencias físicas y actitudinales
- Ser empático y evitar juicios de valor
- Compresión de las necesidades fisiológicas, psíquicas y sociales
- Atender no sólo al contenido del mensaje sino también a los sentimientos y necesidades de la persona.
- Verificar si el paciente ha entendido lo que se le ha dicho.
- Manifestar, en todo momento, una elevada motivación hacia el propio trabajo.
- Personalizar el dialogo con el paciente

- El concepto de asertividad. Es un estilo de comunicación interpersonal clave y principal que permite expresar lo que uno desea y manifestarse tal cual uno es, sin que esto suponga un agravio para el interlocutor, evitando que éste se sienta agredido o sometido a una voluntad, y respetando siempre su dignidad. La persona que recibe la conducta asertiva se beneficia de recibir una comunicación clara y no manipulativa, de recibir una petición de nueva conducta o una manifestación de la posición de la otra persona y disminuyen las posibilidades de una mala interpretación.

Y entre los elementos esenciales para mejorar la comunicación interpersonal entre relación sanitario- enfermo centrarnos en^{7,21}:

- La escucha activa: demostrar que nos interesa lo que el otro dice.
- La empatía: ponernos en el lugar del otro
- El refuerzo: manifestar una valoración positiva por aquello que nos gusta.

Es importante la participación del profesional de enfermería en las relaciones interpersonales con el paciente demostrando confianza, seguridad y empatía, con la

finalidad de favorecer el proceso de adaptación del paciente a su situación, ya que un aspecto clave para establecer el vínculo enfermero-paciente lo constituye una comunicación eficaz²².

La falta de comunicación del paciente con el personal, tanto de enfermería como médico, ocasionan desinformación sobre el estado de salud y ponen en riesgo el tratamiento a seguir por el paciente, esto origina un inadecuado cuidado que conlleva al avance del padecimiento, agravando más la situación física, emocional, psicológica y económica del paciente²³.

Tras la revisión bibliográfica, tan sólo hemos encontrado dos estudios que habían analizado específicamente las habilidades de comunicación entre paciente y sanitario en una unidad de maternidad. Un estudio de investigación realizado por la Universidad de Venezuela, en el servicio de Obstetricia de la Maternidad Concepción Palacios²⁴, denominado “Comunicación Terapéutica que brinda el Profesional de Enfermería a la Paciente Post-aborto”, llega a las siguientes conclusiones: en el indicador verbal el 47,2% de los profesionales siempre establecen una comunicación basada en precisión, claridad, credibilidad y momento e importancia; el 27,7% algunas veces y el 25,1% nunca, y en el indicador no verbal, el 41,6% de los profesionales de enfermería nunca establecen una comunicación no verbal por medio de aspecto personal, la postura corporal, la expresión facial y los gestos; el 30,7% algunas veces y el 27,7% siempre establece comunicación no verbal con el paciente.

Y otro estudio transversal realizado en la misma universidad, denominado “Comunicación entre el paciente y el prestador de cuidados, durante la aplicación de intervenciones de enfermería”²⁵, en el área de maternidad “Matilde Hidalgo de Procel”, se muestra el verdadero avance por lograr una mejor comprensión del usuario, usando un vocabulario excelente en un 46 %, ritmo adecuado en un 78 %, entonación adecuada 73 %, con claridad y brevedad en un 85 %, teniendo como base una preparación del recurso humano hospitalario, aplicando lo teórico con lo práctico, conocimiento vs habilidades, llegando a tener usuarios más satisfechos.

A continuación se presenta una tabla con un resumen bibliográfico de los estudios que hemos utilizado para identificar tanto la violencia obstétrica como las habilidades sociales y estrategias de comunicación interpersonales que potencian una buena atención obstétrica entre sanitario-paciente y previenen y/o reducen situaciones de violencia obstétrica:

Referencia bibliográficas	Objetivo	Metodología	Resultados
(Olza, 2014)	La relación existente entre el TEPT en la mujer y la atención al parto	Revisión bibliográfica	Alta prevalencia de síntomas de estrés postraumático tras el parto
(Elmir et al.2010)	Percepciones y experiencias tras un nacimiento traumático de la mujer	Metanálisis	Algunas mujeres experimentan un nacimiento traumático con resultados adversos físicos o psicológicos
(Thomson, 2008)	La relación entre el parto y las experiencias de abusos	Estudio cualitativo, transversal	El trauma no estaba relacionada con el modo de nacimiento, pero si con las

			relaciones interpersonales con los cuidadores
(Terán et al. 2013)	Evaluar la percepción de las usuarias sobre la atención recibida en relación con prácticas consideradas como violencia obstétrica.	Estudio prospectivo, transversal	El 66,8 % manifestó procedimientos médicos sin consentimiento informado, el 49,4 % fue objeto de trato deshumanizante, se obstaculizó el apego precoz (23,8 %)
(Valdez Santiago, 2013)	Analizar los tipos de abusos ejercido por el personal sanitario analizando las respuestas de las mujeres	Estudio transversal	El 11% refiere maltrato por el personal sanitario: 40% enfermeras, 30% médicos, 19% reportó maltrato verbal, casi 8% maltrato físico y 29% abuso total
(Beck et al.2012)	Describir las experiencias traumáticas de las enfermeras que asisten a un parto traumático	Estudio descriptivo, cuantitativo	El 26% cumplen los criterios diagnósticos de TEPT por exposición a sus pacientes durante el trauma
(Faneite, 2012)	Determinar el grado de conocimiento de violencia obstétrica y sus implicaciones legales por el personal de salud.	Estudio descriptivo y transversal realizado mediante la aplicación de una encuesta	Un 89,2 % conoce el término violencia obstétrica, señalando al ejecutor como cualquier personal de salud 82,4 %. El 63,6 % ha presenciado maltrato a una embarazada; y de estos, 42,8 % resultó ser por parte del médico y 42,5% por enfermería.
(Mejía Lopera,2006)	Reflexiones sobre la relación interpersonal enfermera-paciente	Caso clínico	La relación interpersonal con el paciente es el eje de los cuidados
(Alfárez, 2012)	Conocer las habilidades necesarias como enfermeras en técnicas de comunicación y relación eficaz	Revisión bibliográfica	Adoptar una actitud empática, asertiva, relación de ayuda, etc.
(Sánchez Sáldivar,2009)	Analizar cómo es la comunicación enfermera-paciente en dos centros	Estudio transversal, observacional, descriptivo,	El 71% de los pacientes y el 80% de las enfermeras opinaron que la comunicación

			era buena, el resto regular o mala.
(Navarro, 2007)	Identificar la comunicación paciente-enfermera en el área de maternidad	Estudio transversal, cuantitativo y descriptivo	Mejor comprensión del usuario usando vocabulario, ritmo y entonación adecuada
(Contreras, 2015)	Analizar la relación terapéutica enfermera y paciente postaborto	Estudio transversal, cuantitativo	Sólo el 47,2% de los profesionales establecen una comunicación basada en credibilidad, y el 41,6% nunca establecen una comunicación no verbal.

Discusión

A pesar de la definición de violencia obstétrica reflejada en la Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia del 2007, no hay un consenso en los términos a utilizar, su definición y las posibles causas del problema; lo que demuestra que nos enfrentamos a un complejo problema social en donde converge un entramado de relaciones de poder, de discriminación e inequidad social y de género.

Las políticas de salud actuales incorporan compulsivamente a las mujeres embarazadas a los controles médicos de formas que no implican una responsabilidad de la propia salud y las decisiones ligadas a ello, sino desde una concepción de control para la mejora de los indicadores de salud básicamente en lo que respecta a la disminución de muertes materno infantiles, independientemente del trato, el cuidado y las decisiones de las mujeres.

En tanto la institución y las autoridades de salud no regulen la realización de estas prácticas y maniobras, el atropellamiento de los derechos humanos de las mujeres seguirá siendo una práctica naturalizada en la atención obstétrica, por ello, es urgente reconocer que el abuso del personal de salud es una práctica continua y naturalizada en las instituciones de salud en muchos países.

Los Estados deben garantizar los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres a través de políticas y programas para mejorar la atención en salud de las mujeres, incorporando la perspectiva de género, los derechos humanos y la atención culturalmente adecuada antes, durante y después del parto, a todas las políticas públicas y programas que afecten a la salud de las mujeres.

Las escasas investigaciones científicas sobre la violencia obstétrica y las habilidades sociales y de comunicación en la misma, justifican un posible sesgo en esta revisión, por lo que es importante plantear la realización de más estudios en otros países que avalen la información difundidas por países sudamericanos, ya que es un problema global de salud pública, que pone en riesgo el bienestar biopsicosocial de madres y bebés.

Conclusiones

Toda relación terapéutica implica un proceso de relación interpersonal, donde debemos contar con una serie de habilidades y destrezas para “saber estar”, “saber qué decir” y

“cómo decirlo”, habilidades tales como la escucha activa, la empatía, la comunicación no verbal, el respeto mutuo, asertividad, feedback, etc; que aseguren la intimidad y bienestar del paciente. La mejora de las habilidades de comunicación por parte de los profesionales que atienden a las mujeres se relaciona con unos mejores resultados de salud física, mental, funcional y subjetiva y mejor adherencia al tratamiento, evitando aquellas situaciones de violencia obstétrica.

Los resultados del alto sufrimiento emocional que algunos profesionales de obstetricia llevan consigo, sugieren que la falta de formación e información en los sanitarios acerca de esta problemática dificulta la relación sanitario-mujer, y no tener las herramientas suficientes para hacerle frente tiene una alta probabilidad de conducir a tratos y prácticas negativas implicadas en la violencia obstétrica. Por lo tanto, es conveniente formar al personal sanitario de obstetricia de forma individual y grupal con herramientas teóricas y prácticas que les permitan erradicar de manera exitosa situaciones de violencia obstétrica. Y una de las claves es conocer las técnicas y habilidades de comunicación que existen a su alcance para que la relación asistencial sea lo más fluida y fructífera posible.

Bibliografía

1. Belli Laura F. La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos. Revista Redbioética/UNESCO, Año 2013; 1 (7): 25-34.
2. OMS. Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud. Septiembre 2014.
3. Pérez D'Gregorio , R. Obstetric violence: A new legal term introduced in Venezuela. International Journal of Gynaecology and Obstetrics: The Official Organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics, 2010;111 (3): 201-202.
4. Camacaro Cuevas, M. Patologizando lo natural, naturalizando lo patológico... Improntas de la praxis obstétrica. Revista venezolana de estudios de la mujer, Vol 14, No 32, 147-162.
5. Olza, I. Estrés postraumático secundario en profesionales de la atención al parto. Aproximación al concepto de violencia obstétrica. Cuadernos de Psicopatología y Psiquiatría 2014; (111): 79-82.
6. Callister, L. C. Making meaning: Women's birth narratives. Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing: JOGNN/NAACOG, 2004; 33(4): 508-518.
7. Vander Hofstadt Román, Carlos. J, Quiles Marcos, Y., Quiles Sebastián, M^a Jose. Técnicas de comunicación para profesionales de enfermería. Generalitat Valenciana, 2006.
8. Soet , J. E. , Brack, G. A. , & DiIorio , C. Prevalence and predictors of women's experience of psychological trauma during child -birth. Birth (Berkeley, Calif.), 2003;30(1): 36-46.
9. Beck, C.T. , Gable, R.K. , Sakala, C. , & De clerq, E. R. Posttraumatic stress disorder in new mothers: Results from a two-stage U.S. national survey. Birth (Berkeley, Calif.), 2001; 38(3): 216-227.
10. Ayers, S. Delivery as a traumatic event: Prevalence, risk factors, and treatment for postnatal posttraumatic stress disorder. Clinical Obstetrics and Gynecology, 2004;47(3): 552-567.
11. Elmir, R., Schmied, V., Wilkes , L. , & Jackson, D. Women's perceptions and experiences of a traumatic birth: A meta-ethnography. Journal of Advanced Nursing, 2010; 66(10): 2142-2153.
12. Thomson, G. , & Downe, S. Widening the trauma discourse: The link between

- childbirth and experiences of abuse. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 2008; 29(4): 268-273.
13. Terán P, Castellanos C, González Blanco M, Ramos D. Violencia obstétrica: percepción de las usuarias. *Rev Obstet Ginecol Venez*, 2013;73(3):171-180.
14. Valdez Santiago, R., Hidalgo Solórzano, E., Mojarro Iñiguez, M, Arenas Monreal, L. Nueva evidencia a un viejo problema: el abuso de las mujeres en las salas de parto. *Rev Conamed*. 2013;18(1): 14-20.
15. Beck, C. T. , & Gable, R.K. A mixed methods study of secondary traumatic stress in labor and delivery nurses. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing: JOGNN* / *AACOG*. 2012.
16. Faneite J, Feo A, Toro Merlo J. Grado de conocimiento de violencia obstétrica por el personal de salud. *Rev Obstet Ginecol Venez* 2012;72(1):4-12.
17. Potter, Perry. Comunicación. En *Fundamentos De Enfermería (Vol. VI, págs. 456-475)*. Barcelona: Mcgraw Hill Interamericana. 2003.
18. Mejía Lopera, M.E. (2006). Reflexiones sobre la relación interpersonal enfermera-paciente en el ámbito del cuidado clínico. *Index Enferm*, 54.33.
19. Caballo V. Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales. S XXI. 2002.
20. Femenias A.J. Comunicación y habilidades sociales para profesionales sanitarios. *Nexus Médica Editores S.L.* 2012.
21. Alférez3 Maldonado, A. La comunicación en la relación de ayuda al paciente en enfermería: saber qué decir y qué hacer. *Rev Esp Comun Salud*. 2012;3(2): 147-157.
22. Kozier, B., Erb, G., Berman, A., & Snyder, S. El cuidado, Confort, y Comunicación. En G. Erb, *Fundamentos de Enfermería (Septima ed., Vol. I, págs. 469-490)*. Barcelona: McGraw Hill Interamericana. 2005.
23. Sánchez Saldivar, P., Aguirre, H., Cordoba Avila, M. A., Campos Castolo, M., & Arboleya Casanova, H. La calidad de la comunicación enfermera-paciente en los Centros de Salud de la Jurisdicción Sanitaria Benito Juárez en México D. F. *CONAMED*, 20. 2009.
24. Navarro, N., Rivas, Z., & Villafranca, B. Comunicación Terapéutica que brinda el profesional de Enfermería a la paciente Postaborto en el servicio de Obstetricia de la Maternidad Concepción Palacios. Cuarto semestre del 2007.
25. Contreras, C, González, V. Comunicación entre el paciente y el prestador de cuidados durante la aplicación de Intervenciones de Enfermería. Área de Hospitalización Gineco Obstétrica. Maternidad Matilde Hidalgo de Procel. 2015.