



Universidad  
Zaragoza

## Trabajo Fin de Grado

### Desafiando la violencia obstétrica:

Programa de prevención de violencia obstétrica en personal  
sanitario.

Autora

Irene Gonzalvo Romero

Director

Jorge Javier Osma López

Grado de psicología

Facultad de ciencias humanas y sociales (Campus de Teruel)

Curso 2023/2024

## Resumen

La violencia obstétrica es una problemática social, que afecta directamente a la salud y bienestar de las mujeres y personas gestantes, y que se define como aquella violencia que se ejerce contra los derechos reproductivos (Williams et al., 2018). La violencia obstétrica tiene un origen social situado en la existencia de un sistema patriarcal, el cual en un intento de controlar el proceso reproductivo ha precipitado la medicalización del mismo, haciendo que como consecuencia los principales perpetradores de dicha violencia sean los profesionales sanitarios (Sadler et al., 2016). Existe una falta de intervenciones para la prevención de la violencia obstétrica que se centren en profesionales sanitarios, por ello se propone el siguiente programa que pretende prevenir la violencia obstétrica mediante la formación de profesionales sanitarios en violencia obstétrica y en regulación emocional.

**Palabras clave:** violencia obstétrica, profesionales sanitarios, salud sexual y reproductiva, regulación emocional.

## Abstract

Obstetric violence is a social problem that directly affects the health and well-being of women and pregnant women, and is defined as violence against reproductive rights (Williams et al., 2018). Obstetric violence has a social origin located in the existence of a patriarchal system, which in an attempt to control the reproductive process has precipitated its medicalisation, resulting in the main perpetrators of such violence being healthcare professionals (Sadler et al., 2016). There is a lack of interventions to prevent obstetric violence that focus on health professionals, therefore the following programme is proposed that aims to prevent obstetric violence by training health professionals in obstetric violence and emotional regulation.

**Keywords:** Obstetric violence, healthcare professionals, sexual and reproductive health, emotional regulation

## Introducción

La violencia obstétrica es aquella violencia caracterizada por atentar contra los derechos reproductivos. Es decir, es la violencia que impide, limita o viola el derecho a la información y a un tratamiento integral durante todo el proceso reproductivo (Williams et al., 2018).

La violencia obstétrica se materializa mediante: una medicalización y patologización del proceso reproductivo, una ausencia de respeto hacia la autoridad y autonomía de las mujeres o personas gestantes sobre su cuerpo, y una desestimación de las necesidades emocionales, así como, a través de la presencia de: humillaciones, actitudes violentas, intervenciones y procedimientos no consensuados y/o coaccionados, entre otros. En definitiva, la violencia obstétrica se evidencia mediante cualquier tipo de abuso físico, sexual o psicológico que atenta contra la libertad y salud reproductiva (Mena-Tudela, Cervera-Gasch et al., 2020; Sadler et al., 2016).

Los datos sobre la prevalencia de violencia obstétrica varían entre un 18,3% y un 75,1% , en función de la zona del mundo en la que se desarrollen los estudios (Mena-Tudela, Iglesias-Casás et al, 2020). En el estudio de Mena-Tudela, Iglesias-Casás et al. (2020), realizado en España entre los años 2009 y 2018, se encontró que en la muestra recogida (n=17.541), había una prevalencia de violencia obstétrica del 38,3% (n=6.051), arrojando una cifra relativamente elevada.

Desde 1985, la OMS (Organización Mundial de la Salud) advierte de la necesidad y urgencia de disminuir la prevalencia de violencia obstétrica y de revisar la forma en la que el proceso reproductivo es tratado, dado que vivenciar un episodio de violencia obstétrica acarrea graves consecuencias a nivel físico, psicológico y sexual (OMS, 1985). Sufrir un episodio de estas características, puede suponer un deterioro de la salud mental y una disminución de la calidad vida, en concreto, se ha correlacionado de manera significativa

con: la aparición de depresión posparto, trastorno de estrés post-traumático, baja autoestima, problemas de lactancia y dificultades para establecer un apego seguro con el bebé (Kohan, 2024). También es frecuente que se vivencie como una violación, puesto que en numerosas ocasiones atenta contra la integridad sexual de la persona (Sadler et al., 2016). Estas consecuencias no solamente se quedan en la víctima directa, si no que se ha observado la presencia de trastorno de estrés postraumático en profesionales sanitarios, tras haber presenciado algún tipo de violencia obstétrica y/o no haber sabido reaccionar ante ella, haciéndoles sentir cómplices, responsables de lo ocurrido y decepcionados por no haber podido proteger a la víctima (Olza-Fernández, 2013). Por todo ello, numerosos autores, han recalcado la importancia de que los centros hospitalarios aboguen por una experiencia reproductiva y de parto segura, en la cual se respete la autonomía de la mujer o persona gestante (Mena-Tudela, Iglesias-Casás et al., 2020).

A pesar de que se ha señalado que la violencia obstétrica acarrea consecuencias que afectan directamente a la salud, hoy en día, se sigue perpetuando, en parte debido a su origen. A diferencia de otro tipo de iatrogenia y/o maltrato hacia pacientes médicos, este tipo de violencia, cuenta con unos orígenes inmersos en el contexto social, político e histórico y en las dinámicas de poder y opresores y oprimidos que se han desarrollado a lo largo del tiempo (Sadler et al., 2016). La violencia obstétrica, constituye una forma de violencia hacia la mujer, implicando factores sociales, sistemáticos y estructurales, y utilizándose como una herramienta de control y objetivización (Mena-Tudela, González-Chordá et al., 2020; Sadler et al., 2016). Adoptando un prisma patriarcal, el parto es entendido como un medio para obtener descendencia y como algo poco femenino, por ello, el uso de la violencia juega un papel fundamental en el intento de disciplinar ese alejamiento del estereotipo femenino, y en asegurarse de que la mujer no sienta que tiene el poder (Sadler et al., 2016). Todo ello, ha extendido una infantilización y deshumanización de las embarazadas, relegándolas a un rol

sumiso y ejerciendo sobre ellas una invalidación de su expresión emocional y del dolor, a través de tildarla de exagerada e “histérica” (Sadler et al., 2016).

No obstante, el origen no es la única variable que lleva a ejercer violencia obstétrica; la medicalización del parto, el desconocimiento del personal sanitario y la precariedad laboral son factores que favorecen su aparición (Mena-Tudela et al., 2021). La medicalización del parto en ocasiones implica que signos normales y propios del proceso de alumbramiento, se interpreten como patológicos o problemáticos, dando lugar al uso de procedimientos innecesarios (Mena-Tudela et al., 2021). Dicha medicalización ofrece cifras elevadas en España, observándose maniobras y procedimientos no empíricos e incluso desaconsejados en el 25% de los partos (Mena-Tudela, Iglesias-Casás, Chordá et al., 2020), así como una alta incidencia de episiotomías (43-58%) y cesáreas (26,9% superando el límite establecido por la OMS, 10-15%) (Alonso-Colon y Ramis-Prieto, 2023; OMS, 2015; Zeitlin et al., 2013). El desconocimiento del personal sanitario, puede provocar que los profesionales ejerzan violencia sin ser conscientes de ello y sin intencionalidad, debido a una normalización de prácticas desaconsejadas (Mena-Tudela et al., 2021), dicha normalización se transmite a los estudiantes de disciplinas sanitarias, encontrando una menor detección y percepción de violencia obstétrica conforme avanza su formación, favoreciendo que repitan errores que han observado durante sus periodos de prácticas profesionales (Mena-Tudela, González-Chordá et al., 2020).

Por último, la precariedad del mundo hospitalario implica un estrés, agotamiento y desgaste emocional, que acaba constituyendo un foco de reacciones más violentas e impulsadas por emociones, que pueden desembocar en conductas de maltrato y hostiles (Olza-Fernández, 2013).

La violencia obstétrica constituye un problema en la actualidad, ocasionando un deterioro de la salud, donde sus principales perpetradores son el personal sanitario. Existe

una necesidad de intervenir en esta problemática para poder disminuir las cifras y cesar su normalización (OMS, 2015). Algunos estudios realizados con estudiantado de disciplinas sanitarias han mostrado resultados prometedores, la intervención “*Changes in Health Sciences Students Perception of Obstetric Violence an Educational Intervention*” (Mena-Tudela, González-Chordá et al., 2020) mostró una mayor percepción de violencia obstétrica tras aplicar una representación teatral sobre violencia obstétrica, una clase magistral sobre aspectos legales y dos mesas redondas; una con profesionales contando sus experiencias y otra con mujeres contando sus experiencias de parto. Además, en la intervención de Dhakal et al. (2022), mediante lecturas, conferencias, debates guiados, escritura reflexiva, vídeos y escenarios posibles sobre atención respetuosa al proceso reproductivo, se consiguió que estudiantes tuvieran una percepción más favorable hacia la atención respetuosa y aumentase su motivación por aplicarla en su posterior vida laboral (Dhakal et al., 2022).

Por todo lo tratado anteriormente, se propone el siguiente programa de prevención, el cual tiene como nombre “*Desafiando la violencia obstétrica*” y pretende prevenir la violencia obstétrica a través de la formación y concienciación de profesionales sanitarios.

### **Objetivos**

El objetivo general de este programa es: prevenir la violencia obstétrica mediante la realización de una intervención formativa en profesionales sanitarios.

Para lograr el objetivo principal, se proponen los siguientes sub-objetivos:

- Aumentar los conocimientos sobre violencia obstétrica y favorecer su identificación.
- Dotar al personal sanitario de herramientas de regulación emocional.

### **Localización y destinatarios**

La intervención se realizará en el Hospital General Obispo Polanco de Teruel (situado en: Avenida Ruiz Jarabo, sin número, 440002, Teruel), dado que, al ser un centro sanitario pequeño, permite una intervención más individualizada y cercana y facilita el acceso a todo el personal sanitario de ginecología y obstetricia. Además, al encontrarse geográficamente próximo a la Escuela de Enfermería de la Universidad de Zaragoza, puede hacerse uso de sus instalaciones para llevar a cabo la intervención.

La intervención se aplicará al personal de enfermería, medicina y de técnicos de cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) del Servicio de Ginecología y Obstetricia. Su impartición tendrá lugar dentro del horario laboral, como parte de la formación de personal, para de esta manera favorecer la asistencia y participación.

Como se ha mencionado, los/as destinatarios/as de la intervención son el personal sanitario del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Obispo Polanco de Teruel, por ello, son los beneficiarios directos de la intervención, reportando nuevos conocimientos, herramientas de regulación emocional y trabajar sin perpetuar la violencia obstétrica. Sin embargo, los beneficios de la intervención van más allá, alcanzando indirectamente otros colectivos y personas, entre ellos personal sanitario que no haya participado en ella, así como estudiantes, dado que el ejercicio profesional y periodos de prácticas estudiantiles, puede constituir un entorno en el que transmitirse lo tratado en la intervención.

Así mismo, también reportará beneficios para las personas embarazadas que sean atendidas en este centro sanitario y para sus bebés, dado que los efectos de la intervención repercutirán en una atención más segura, reduciendo las probabilidades de sufrir violencia y por ende los niveles de malestar y posibles secuelas. Beneficiando a su vez a familiares y entorno más cercano, al disminuir la probabilidad de sufrir, lidiar o acompañar las consecuencias derivadas de un trato violento.

Por último, a un nivel más general, la intervención beneficia a la población general, puesto que previene la violencia obstétrica, disminuyendo sus consecuencias y generando entornos sanitarios respetuosos con los procesos reproductivos.

## **Metodología**

### **Procedimiento**

Como se ha mencionado anteriormente, la intervención se realizará en el Hospital General Obispo Polanco de Teruel, por ello el procedimiento de este estudio será evaluado por el comité de ética de la investigación del Gobierno de Aragón. Se contactará mediante correo electrónico con el hospital para poder llevar a cabo la intervención y acceder a los participantes.

El programa preventivo, será llevado a cabo por dos profesionales de la psicología y seguirá un diseño cuasi-experimental de tipo pre-post, puesto que no tendrá grupos control, además, será de tipo intrasujeto por lo que no habrá asignación aleatoria de participantes y longitudinal, tomando medidas de evaluación un mes antes de la intervención, al finalizar la intervención y 6 meses después de la intervención. Las evaluaciones se administrarán a través de encuestas electrónicas, asignando a cada participante un número concreto para poder analizar los datos a través del tiempo, en ningún caso dicho número será identificativo.

### **Participantes**

El personal sanitario del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Obispo Polanco de Teruel, podrá participar en la intervención siempre y cuando: sea mayor de 18 años, tenga un tiempo de permanencia en el Hospital Obispo Polanco de mínimo 6 meses, para así poder realizar la intervención de manera completa y poder administrar las evaluaciones a largo plazo; y no se encuentre en la actualidad bajo tratamiento psicológico o psiquiátrico.

Los participantes serán divididos por grupos teniendo en cuenta los siguientes aspectos: disponibilidad de horarios, disciplina a la que pertenecen y la responsabilidad que ostenten dentro de la jerarquía hospitalaria (será la misma para los integrantes de un mismo grupo). Además, por la presencia de turnos y guardias laborales, se harán tantos grupos como se precise, con el único requisito mínimo de entre 6 y 8 personas por grupo.

### **Instrumentos de evaluación**

Con la finalidad de evaluar la utilidad de la intervención se administrarán los instrumentos que se describirán a continuación; además se recogerán los siguientes datos sociodemográficos: edad, género, disciplina sanitaria a la que pertenecen (por ejemplo enfermería), tiempo de experiencia trabajando como profesional de la salud, tiempo de experiencia trabajando en el servicio de ginecología y obstetricia, año en que terminaron sus estudios, presencia de estudios posteriores (en caso afirmativo se preguntará cuáles), experiencia personal (propia) con embarazos y partos y presencia de tratamiento psicológico o psiquiátrico en la actualidad; por considerarlas relevantes a la hora de analizar los resultados de la intervención y conocer si cumplen los criterios de inclusión.

Para conocer si se cumple el objetivo principal: *“prevenir la violencia obstétrica”*, se administrará la Escala de Violencia Obstétrica (De la Torre et al., 2023), por ser una escala breve (13 ítems), de rápida administración y con un índice de fiabilidad de alfa de Cronbach igual a 0,83, esta escala se distribuirá a las personas que den a luz en el hospital, un mes antes de comenzar la intervención, durante la intervención (8 semanas) y 6 meses después de la intervención (durante un mes). La escala cuenta con ítems del tipo *“Miembros del personal hospitalario, hicieron comentarios irónicos o despectivos acerca de mi comportamiento”* (Anexo I) y la respuesta es de formato Likert de 0 a 4, donde 0 corresponde a *“No describe para nada lo que ocurrió”* y 4 a *“Definitivamente esto me ocurrió”*.

Para evaluar el sub-objetivo referente a “*aumentar los conocimientos sobre violencia obstétrica y favorecer su identificación*”, se va a administrar el cuestionario “*Perception of Obstetric Violence in Students (PercOV-S)*” (Mena-Tudela, Cervera-Gasch et al., 2020) que mide la percepción de violencia obstétrica en estudiantes de enfermería y medicina y cuenta con una fiabilidad de 0,918 de alfa de Cronbach y dos factores: violencia obstétrica invisible y no protocolizada y violencia obstétrica visible y protocolizada. Aunque el cuestionario está dirigido hacia estudiantes, su utilización es apta para la finalidad de la intervención, dado que su utilización va a estar destinada a conocer la percepción de violencia obstétrica que tienen los profesionales y de esta manera, saber en qué área debe incidir más la intervención y observar si se producen cambios en las percepciones tras la intervención. El cuestionario se cumplimentará antes de realizar la intervención, al finalizar la intervención y a los seis meses.

La evaluación del sub-objetivo relativo a “*dotar al personal sanitario de herramientas de regulación emocional*” se realizará mediante la administración de la “Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS)” (Hervás y Morales, 2017). La escala cuenta con 28 ítems, a los cuales se responde mediante una escala Likert donde 1 corresponde a “*Casi nunca*” y 5 a “*Casi siempre*”, 5 factores y un índice de fiabilidad de alfa Cronbach igual a 0,93.

Por último, en la última sesión, se pasará un cuestionario de satisfacción, concretamente: *Client Satisfaction Questionnaire (CSQ-8; Anexo IV)* (Larsen et al., 1979), el cual se compone de 8 ítems con 4 opciones de respuesta, de las cuales se debe seleccionar la que más represente la opinión del participante y 2 preguntas de respuesta elaborada.

### **Descripción del programa de prevención**

La intervención tendrá una duración de 8 semanas, correspondiendo cada sesión a una semana distinta. Cada sesión tendrá una duración de una hora y media, excepto la última sesión que solamente durará 1 hora por ser más breve su contenido.

### ***Sesión 1. Presentación y ¿Qué es la violencia obstétrica?***

La primera sesión dará comienzo a la intervención y empezará con la presentación de los/as profesionales y participantes y la exposición del cronograma (Anexo V). Además, junto con los/as participantes, se acordarán unas normas de convivencia favoreciendo el desarrollo de un espacio seguro y carente de juicios.

A continuación, se realizará una clase magistral, donde las profesionales explicarán qué es la violencia obstétrica, enmarcarán su origen dentro de un sistema patriarcal e informarán sobre cómo la medicalización del parto, el desconocimiento y el estrés laboral constituyen factores que favorecen su aparición. Además, se informará de prácticas desaconsejadas que en ocasiones se siguen utilizando y de la razón detrás de su obsolescencia.

### ***Sesión 2. Consecuencias de la violencia obstétrica.***

En esta sesión se hará hincapié, de nuevo mediante una clase magistral, en las consecuencias derivadas de sufrir un episodio de violencia obstétrica, tanto para quién lo sufre directamente como para los profesionales que lo presencian. Además, se realizará una mesa redonda con dos personas que voluntariamente quieran relatar su experiencia como víctimas de violencia obstétrica, explicando cómo afectó a su vida esa vivencia.

### ***Sesión 3. Atención respetuosa al proceso reproductivo***

A lo largo de esta sesión, se llevará a cabo una explicación de acciones que favorecen una atención respetuosa al proceso reproductivo, tales como: escuchar activamente a la persona que da a luz, realizar intervenciones cuando sea necesario y no por rutina, comunicar los procedimientos que se van a realizar y porqué etc. Además, se hará hincapié en los principios de atención al parto ofrecidos por la OMS y que pueden resumirse en: prestar una atención fundamentada en evidencias, tener en cuenta las necesidades emocionales,

intelectuales, sociales y culturales de la persona que da a luz y respetar su privacidad, dignidad y confidencialidad (OMS,1985).

Además, para aplicar dichos conocimientos, se describirán situaciones clínicas ante las cuales, de manera grupal, se deberán proponer ideas para modificar la atención sanitaria que se describe, de manera que sea una atención más respetuosa.

#### ***Sesión 4. Aprendiendo sobre las emociones***

En esta sesión se realizará una psicoeducación emocional, basada en el “*Protocolo Unificado para el Tratamiento Transdiagnóstico de los Trastornos Emocionales*”(PU), concretamente en el módulo 2 (Barlow et al., 2011). Durante la sesión, se explicará qué son las emociones, las emociones básicas que experimentamos, se informará de que cada emoción cuenta con un componente fisiológico, cognitivo y conductual y la funcionalidad que tienen las emociones que experimentamos en nuestra supervivencia y adaptación al contexto. También se incluirá el análisis de la experiencia emocional a través del esquema ARCO, es decir, dentro de un esquema de antecedentes, respuesta emocional y consecuencias (Barlow et al., 2011).

Con la finalidad de entrenar el análisis de las experiencias emocionales con el ARCO, se presentarán una serie de situaciones, ante las cuales deberán indicar la emoción que sentirían, el antecedente de la emoción y su consecuencia. Posteriormente, tras haber identificado todas las situaciones, se pondrán en común las respuestas y se analizarán las consecuencias a corto y largo plazo.

#### ***Sesión 5. Conciencia emocional***

A lo largo de la quinta sesión, se desarrollarán tres prácticas de atención centrada en el presente formales, basadas en el módulo 3 del PU (Barlow et al., 2011). La primera de ellas se centrará en dirigir la atención hacia la respiración (usándola como anclaje al presente) durante 5 minutos, de manera que los participantes se familiaricen con la atención centrada

en el presente. A continuación, se leerá un relato relacionado con la violencia obstétrica y se pedirá a los participantes que de nuevo centren su atención en la respiración durante 6 minutos, a lo largo del tiempo se pedirá que se pregunten: ¿Qué pienso?, ¿Qué sensaciones físicas estoy sintiendo?, ¿Qué emoción estoy sintiendo? y ¿Qué hago o haría si me dejase llevar por la emoción? (Barlow et. al, 2011).

Por último, se realizará un role-playing en el que por parejas tengan que interpretar una situación profesional sanitario-paciente que genere emociones, a raíz de ahí se indicará a la persona que interprete al profesional que antes de actuar intente poner en práctica la conciencia emocional. Posteriormente se invertirán los roles.

### ***Sesión 6. Relación entre cogniciones y emociones***

La sexta sesión se basará en el módulo 4 del PU (Barlow et al., 2011), en ella se realizará una explicación de la relación que existe entre pensamientos y emociones, informando de que se puede modular la intensidad de la emoción a través de las interpretaciones que realizamos sobre una determinada situación o experiencia emocional.

Con la finalidad de practicar la flexibilidad cognitiva, se pedirá a los participantes que acerca de una serie de imágenes, relacionadas con el ámbito sanitario y con la violencia obstétrica, respondan a los siguientes ejercicios: ¿Qué pensamientos te vienen a la mente al ver la imagen?, ¿Qué factores contribuyen a esos pensamientos (por ejemplo: experiencias pasadas, recuerdos, aspectos específicos de la imagen etc.)? y escribe mínimo 3 interpretaciones alternativas que puedan extraerse de la imagen.

### ***Sesión 7. Oponiéndose a las conductas emocionales***

Durante la sesión 7, basándose en el módulo 5 (Barlow et al, 2011), se explicará que las emociones nos impulsan hacia ciertas acciones que se denominan conductas impulsadas por la emoción, por ejemplo el asco nos puede impulsar a no consumir un alimento en mal estado. Además, se informará de que dichas conductas en términos generales nos resultan

útiles, pero que pueden acabar interfiriendo en nuestra vida si ante una emoción siempre nos dejamos llevar por la misma conducta, perdiendo la conexión entre emoción, conducta y contexto, por ejemplo aislarnos siempre que nos sentimos tristes. Por último, se explicará que para romper el bucle que nos lleva a usar la misma conducta impulsada por la emoción, lo más efectivo suele ser realizar la acción opuesta

Con la finalidad de poner en práctica la generación de conductas opuestas, se describirán una serie de situaciones, relacionadas con la violencia obstétrica o el proceso reproductivo, donde se indicará la emoción predominante; ante ellas, en grupo, se pedirá a cada participante que proponga una conducta impulsada por la emoción y posteriormente, que enuncien conductas alternativas y opuestas que se pueden llevar a cabo.

### ***Sesión 8. Cierre***

Esta sesión pondrá fin a la intervención. En ella, se hará un breve resumen de los temas tratados en las sesiones anteriores y de las habilidades aprendidas. Por último, se agradecerá a los participantes su participación e implicación y se pasará el cuestionario de satisfacción (Larsen et al., 1979).

## **Recursos**

### **Recursos humanos**

Dos profesionales de la psicología especializados/as en psicología perinatal y en entrenamiento en regulación emocional perteneciente al PU y dos personas voluntarias que hayan sufrido violencia obstétrica y quieran compartir su experiencia.

### **Recursos materiales**

Aula o estancia con mesas y sillas, ordenador, proyector, folios y bolígrafos.

## **Evaluación**

Con la intención de poder replicar la intervención, se propone una evaluación exhaustiva de su utilidad, así como de los aspectos mejorables de la misma. La evaluación, en

cuanto a la procedencia de los evaluadores, será mixta, es decir, tanto los propios interventores/as como profesionales externos, serán los encargados de evaluar la utilidad de la intervención, con la finalidad de evitar sesgos y obtener una evaluación más objetiva.

Para evaluar la utilidad del programa, se realizará un análisis de los datos obtenidos a través de los cuestionarios administrados. Para constatar la consecución del objetivo principal del programa: *“prevenir la violencia obstétrica”*, se observará la variación de las puntuaciones totales en la *“Escala de Violencia Obstétrica”* (De la Torre et al., 2023), por ello, mediante una ANOVA unifactorial de medidas repetidas se comparará la media obtenida con un índice de confianza del 95% y una significación estadística menor a 0,05; un mes antes de iniciar la intervención, durante la intervención y 6 meses después de la intervención. También se realizará una regresión lineal simple para observar qué porcentaje de varianza de las puntuaciones obtenidas en la escala mencionada, es explicado por la intervención, operativizando la variable intervención en 0 (ausencia) y 1 (presencia). Además, se llevará a cabo una correlación de Pearson entre las puntuaciones obtenidas la *“Escala de Violencia Obstétrica”* (De la Torre et al., 2023) y en el cuestionario *PercOV-S* (Mena-Tudela, Cervera-Gasch et al., 2020), para observar si un cambio en las percepciones del personal sanitario se relaciona y de qué manera con la percepción de violencia obstétrica de los pacientes del hospital en los distintos momentos de medida; se realizará la misma operación entre las puntuaciones obtenidas en la *“Escala de Violencia Obstétrica”* (De la Torre et al., 2023) y las obtenidas en la *Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS)* (Hervás y Jódar, 2008)

Con la finalidad de medir el cumplimiento de los sub-objetivos: *“aumentar los conocimientos sobre violencia obstétrica y favorecer su identificación”* y *“dotar al personal sanitario de herramientas de regulación emocional ante situaciones de estrés”*, se realizará una comparación de las medias obtenidas en el cuestionario *“PercOV-S”* (Mena-Tudela,

Cervera-Gasch et al., 2020) y en la escala “*DEERS*” (Hervás y Jódar, 2008) respectivamente; en las medidas realizadas antes, después y a los 6 meses de la intervención, mediante una ANOVA unifactorial de medidas repetidas.

Para conocer el desarrollo de la intervención, se pedirá a quienes la conduzcan un informe después de cada sesión, respecto a cómo se ha desarrollado y funcionado la sesión y acerca de las opiniones que hayan podido verbalizar los/as participantes. Por último, se analizarán los resultados obtenidos en el Cuestionario de satisfacción CSQ-8S (Larsen et al., 1979), para ello, se contabilizarán la frecuencia de respuestas positivas y negativas y se analizará de manera cualitativa las respuestas a las preguntas: “*Lo que más me ha gustado de la intervención ha sido*” y “*Si pudiera cambiar algo de la intervención sería*”, de manera que se anoten aquellas respuestas que se repitan o formen parte de la misma temática o sugerencia, pudiendo realizar un posterior balance de opiniones positivas y negativas.

### **Resultados esperados**

Con la implementación del programa, se pretende, que los participantes cuenten con un conocimiento amplio acerca de lo que es la violencia obstétrica, el cual les permita identificarla en su entorno laboral y les facilite no perpetuarla ni normalizarla; y que adquieran habilidades de regulación emocional que les permitan responder ante situaciones estresantes de una manera adaptativa y respetuosa. Además, se aspira a que la consecución de ambos aspectos, logre una prevención de violencia obstétrica dentro del Hospital Obispo Polanco de Teruel.

Atendiendo a cuestiones estadísticas, en relación al sub-objetivo: “*aumentar los conocimientos sobre violencia obstétrica y favorecer su identificación*”, se espera que el ANOVA unifactorial realizado muestre una reducción significativa entre la media obtenida en la evaluación pre-intervención y la evaluación post-intervención del cuestionario “*Perc-OV*” (Mena-Tudela, Cervera-Gasch et al., 2020); además, se pretende que dicha disminución se

mantenga estable en la evaluación realizada seis meses después de la intervención o que incluso haya una mayor disminución de esta medida. Se espera obtener las mismas variaciones en las puntuaciones del instrumento “*DEERS*”(Hervás y Jódar, 2008), relacionado con el sub-objetivo “*dotar al personal sanitario de herramientas de regulación emocional ante situaciones de estrés*”.

En lo que refiere al objetivo principal de la intervención: “*prevenir la violencia obstétrica*”, se aspira a que la comparación de la media obtenida en la “*Escala de Violencia Obstétrica*” (De la Torre et al., 2023) disminuya de manera estadísticamente significativa al comparar las medidas obtenidas un mes antes de iniciar la intervención, durante la intervención y 6 meses después de la intervención. También se espera, que al realizar la regresión lineal simple parte del porcentaje de la puntuaciones en la “*Escala de Violencia Obstétrica*” (De la Torre et al., 2023) sea explicado por la presencia del programa de intervención. En cuanto a las correlaciones establecidas, se pretende que tanto las puntuaciones obtenidas en el cuestionario “*Perc-OV*” (Mena-Tudela, Cervera-Gasch et al., 2020), como las obtenidas mediante la escala “*DEERS*” (Hervás y Jódar, 2008), correlacionen de manera positiva con la “*Escala de Violencia Obstétrica*” (De la Torre et al., 2023) y sea una correlación moderada o alta.

Por último, respecto a la satisfacción con el programa se pretende que los/as participantes muestren una satisfacción alta, que el programa les resulte útil y que las críticas y propuestas de mejora sirvan para enriquecer el programa de prevención en sus ediciones futuras.

### **Conclusiones**

La violencia obstétrica es una problemática que atenta contra los derechos reproductivos y que afecta al 38,4% de las personas que dan a luz en España, implicando graves consecuencias físicas y psicológicas. tanto para la persona que lo vivencia

directamente como para los profesionales que la presencian (Mena-Tudela, Iglesias-Casás et al. 2020; Olza Fernández, 2013). La violencia obstétrica se normaliza, se adopta como rutina y se materializa de diversas formas, por ello la OMS ha advertido de la urgencia de cambiar esta tendencia y comenzar a disminuir las tasas de violencia obstétrica (OMS, 2015).

Existe una necesidad de crear programas de intervención que tengan como objetivo la prevención y reducción de violencia obstétrica, sin embargo hay pocos estudios que describan programas preventivos que se enfoquen en esta temática. Debido a ello, surge este programa de prevención “*Desafiando la violencia obstétrica*”, un programa que a través de la formación y concienciación del personal sanitario pretende prevenir el ejercicio de violencia obstétrica y por consecuencia disminuirla. Un programa que se focaliza en la población que ejerce violencia, para intentar poner freno a esta tendencia de raíz, considerando que el origen no reside en personas particulares si no en aspectos sociales, estructurales e históricos y en muchos casos en el desconocimiento, buscando de esta manera crear un entorno comprensivo y libre de juicios desde el que informar e intervenir.

El programa busca beneficiar a los profesionales y a las personas que den a luz (junto a su entorno más cercano) del Hospital General Obispo Polanco de Teruel; y extender los beneficios a otras zonas geográficas mediante la evaluación de la utilidad del programa y las propuestas de mejora.

Este trabajo, cuenta con algunas limitaciones. La intervención se ha diseñado con la intención de aplicarla en un hospital pequeño, por lo que realizarla en un hospital de mayor tamaño dificultaría aspectos como el paso de la Escala de Violencia Obstétrica (De la Torre et al., 2023) e implicaría la contratación de más profesionales que impartan el programa, aumentando el coste. Además, la información obtenida es recogida mediante cuestionarios, los cuales no están libres de subjetividad dado que miden percepciones, por lo que la

intervención no puede afirmar que tras su implementación se produzca una disminución de violencia obstétrica, solo puede afirmar que se percibe un menor grado de la misma.

Con todo ello, se espera lograr una prevención de violencia obstétrica que permita a las mujeres y personas gestantes tener un proceso reproductivo no violentado por profesionales de la salud, aliviando el posible malestar que esto pudiera ocasionar.

Por último, en futuros estudios, sería interesante comparar los datos obtenidos en función de la disciplina sanitaria a la que pertenecen los/as participantes y sería recomendable que se incorporaran contenidos relacionados con la violencia obstétrica en las asignaturas de las carreras sanitarias, para así, lograr un mayor alcance, cesar la normalización de comportamientos violentos y conseguir que los futuros profesionales accedan al mundo laboral con una mayor conciencia sobre esta problemática y con una intención de no perpetuarla.

### Referencias

Alonso-Colon, M., y Ramis-Prieto, R. (2023). *Partos por cesárea en España (2010-2018)*.

Instituto de Salud Carlos III. Recuperado de <https://revista.isciii.es/index.php/bes>

Barlow, D. H., Farchione, T. J., Fairholme, C. P., Ellard, K. K., Boisseau, C. L., Allen, L. B., & Ehrenreich-May, J. (2010). *Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders: Therapist Guide*. Oxford University Press.

Dhakal, P., Creedy, D., Gamble, J., Newnham, E., y McInnes, R. J. (2022). Effectiveness of an online education intervention to enhance student perceptions of Respectful Maternity Care: A quasi-experimental study. *Nurse Education Today*, 114, 105405.

<https://doi.org/10.1016/j.nedt.2022.105405>

De la Torre, H. G., González-Artero, P. N., De León-Ortega, D. M., Cruz, M. A., y Soriano, J. V. (2023). Cultural Adaptation, Validation and Evaluation of the Psychometric

- Properties of an Obstetric Violence Scale in the Spanish Context. *Nursing Reports*, 13(4), 1368-1387. <https://doi.org/10.3390/nursrep13040115>
- Hervás, G., y Jódar, R. (2008). Adaptación al castellano de la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional. *Clínica y Salud*, 19(2), 139-156.  
<https://journals.copmadrid.org/clysa/archivos/cl2008v19n2a1.pdf>
- Kohan, S., Mena-Tudela, D., y Youseflu, S. (2024). Path analysis of the influence of obstetric violence on the postpartum quality of life: the mediating role of psychological factors. *Research Square* . <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-3848180/v1>
- Larsen, D. L., Attkisson, C., Hargreaves, W. A., & Nguyen, T. D. (1979). Assessment of client/patient satisfaction: Development of a general scale. *Evaluation And Program Planning*, 2(3), 197-207. [https://doi.org/10.1016/0149-7189\(79\)90094-6](https://doi.org/10.1016/0149-7189(79)90094-6)
- Mena-Tudela, D., Cervera-Gasch, Á., Alemany-Anchel, M. J., Andreu-Pejó, L., y González-Chordá, V. M. (2020). Design and Validation of the PercOV-S Questionnaire for Measuring Perceived Obstetric Violence in Nursing, Midwifery and Medical Students. *International Journal Of Environmental Research And Public Health*, 17(21), 8022. <https://doi.org/10.3390/ijerph17218022>
- Mena-Tudela, D., González-Chordá, V. M., Soriano-Vidal, F. J., Bonanad-Carrasco, T., Centeno-Rico, L., Vila-Candel, R., Castro-Sánchez, E., y Cervera-Gasch, Á. (2020). Changes in Health Sciences Students' perception of obstetric violence after an educational intervention. *Nurse Education Today*, 88, 104364.  
<https://doi.org/10.1016/j.nedt.2020.104364>
- Mena-Tudela, D., Iglesias-Casás, S., González-Chordá, V. M., Cervera-Gasch, Á., Andreu-Pejó, L., y Valero-Chillerón, M. J. (2020c). Obstetric Violence in Spain (Part I): Women 's perception and interterritorial differences. *International Journal of*

*Environmental Research and Public Health*, 17(21).

<https://doi.org/10.3390/ijerph17217726>.

Mena-Tudela, D., Iglesias-Casás, S., Chordá, V. M. G., Cervera-Gasch, Á., Andreu-Pejó, L., y Valero-Chillerón, M. J. (2020). Obstetric Violence in Spain (Part II):

Interventionism and medicalization during birth. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(1).

<https://doi.org/10.3390/ijerph18010199>

Mena-Tudela, D., Iglesias-Casás, S., González-Chordá, V. M., Valero-Chillerón, M. J.,

Andreu-Pejó, L., y Cervera-Gasch, Á. (2021). Obstetric Violence in Spain (Part III):

Healthcare professionals, times, and areas. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(7). <https://doi.org/10.3390/ijerph18073359>

Olza-Fernández, I. (2013). PTSD and obstetric violence. *Midwifery Today With International Midwife*, 68(105) 48-49.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (1985). Appropriate technology for birth. *The Lancet*, 2, 436-437.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2015). WHO Statement on caesarean section rates. *Reproductive Health Matters*, 23(45), 149-150.

<https://doi.org/10.1016/j.rhm.2015.07.007>

Sadler, M., Santos, M. J., Ruiz-Berdún, D., Rojas, G. L., Skoko, E., Gillen, P., y Clausen, J.

A. (2016). Moving Beyond Disrespect and Abuse: Addressing the structural dimensions of obstetric violence. *Reproductive Health Matters*, 24(47), 47-55.

<https://doi.org/10.1016/j.rhm.2016.04.002>

Williams, C. R., Jerez, C., Klein, K., Correa, M., Belizán, J. M., & Cormick, G. (2018).

Obstetric violence: a Latin American legal response to mistreatment during childbirth.

*BJOG: An International Journal Of Obstetrics And Gynaecology*, 125(10),  
1208-1211. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.15270>.

Zeitlin, J., Mohangoo, A., Cuttini, M., EUROPERISTAT Report Writing Committee,  
Alexander, S., Barros, H., Blondel, B., Bouvier-Colle, M. H., Buitendijk, S., Cans, C.,  
Correia, S., Gissler, M., Macfarlane, A., Novak-Antolic, Z., Zeitlin, J., Zhang, W. H.,  
& Zimbeck, M. (2009). The European Perinatal Health Report: comparing the health  
and care of pregnant women and newborn babies in Europe. *Journal of epidemiology  
and community health*, 63(9), 681–682. <https://doi.org/10.1136/jech.2009.087296>

## Anexos

### Anexo I

#### Escala de violencia obstétrica

**(adaptación y validación en el contexto español de De la Torre et al., 2023)**

1. El personal de salud hizo comentarios irónicos, descalificadores o en tono de chiste acerca de tu comportamiento.
2. Te sentiste infantilizada o anulada por el equipo médico como si fueras incapaz de tomar decisiones sobre lo que te ocurría antes, durante o después del parto
3. Fuiste criticada de algún modo por expresar de algún modo tus emociones (llorar, gritar de dolor, etc.) durante el trabajo de parto y/o el parto.
4. Te fue difícil o imposible preguntar o manifestar tus miedos o inquietudes porque no te respondían o lo hacían de mala manera.
5. Te realizaron procedimientos médicos sin pedirte consentimiento o sin explicarte por qué eran necesarios.
6. En el momento del parto, te obligaron a permanecer acostada boca arriba aunque manifestaras tu incomodidad en esa posición.
7. Fuiste obligada a quedarte en cama impidiéndote caminar o buscar posiciones según tus necesidades.
8. Se te impidió estar acompañada por alguien de tu confianza.
9. Se te impidió el contacto inmediato con tu hija/o recién nacida/o antes de que se lo llevara la/el neonatólogo para control (acariciarlo, tenerlo en brazos, etc.).
10. Después del parto, te hicieron sentir que no habías estado a la altura de lo que se esperaba de ti (que no habías «colaborado»).
11. La experiencia de la atención en el parto te hizo sentir vulnerable, culpable o insegura en algún sentido.

12. Después del parto se te negó la posibilidad de utilizar algún dispositivo o realizar algún procedimiento de control de natalidad (DIU, ligadura de trompas, etc.).
13. Durante el trabajo del parto o con posterioridad a este te sentiste expuesta a la mirada de otras personas desconocidas para ti (exposición a extraños).

## **Anexo II**

### **Cuestionario PercOV-S de Mena-Tudela, Cervera-Gasch et al., 2020**

Los ítems corresponden a prácticas de violencia obstétrica (en general, ya que hay presencia de ítems inversos), ante ellas los/as participantes deben responder del 1 al 5 si consideran que es violencia obstétrica o si no ( 1= Sin violencia obstétrica; 5=Una cantidad considerable de violencia obstétrica).

1. Canalizar vía intravenosa
2. Dirigir en la posición
3. Acelerar el proceso de parto artificialmente
4. Administrar enema de rutina
5. Amniorrexis de rutina
6. Rasurado genital de rutina
7. Inmovilizar a la mujer
8. Tacto vaginal sin consentimiento
9. No ofrecer medidas para el dolor
10. Incitar al uso de la epidural
11. No preservar la intimidad
12. Convencer a la mujer de una cesárea para terminar el parto rápido y sin dolor
13. No considerar la decisión de la mujer
14. Tomar imágenes sin permiso
15. Posición de litotomía

16. Acompañamiento en el expulsivo
17. Episiotomía de rutina
18. Expresar: “No sabes empujar”
19. Maniobra Kristeller
20. Episiotomía sin anestesia
21. Prohibir comer y beber
22. No proporcionar abrigo/calefacción durante el parto
23. Expresar: “Deja de quejarte, que tampoco es para tanto”
24. Impedir que la mujer grite
25. Realizar cesárea por lentitud al dilatar
26. Cesárea de urgencia sin consentimiento
27. Impedir el acompañamiento en caso de instrumentación o cesárea
28. Corte de cordón inmediato
29. Suturar sin anestesia un desgarro
30. Separación madre-recién nacido
31. Piel con piel tras la revisión pediátrica
32. Llevar el bebé al nido
33. Dar leche artificial sin consentimiento de la madre

## Anexo III

## Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS). Adaptación al español

(Hervás y Jódar, 2008)

Por favor, indique con qué frecuencia se le pueden aplicar a usted las siguientes afirmaciones rodeando con un círculo el número correspondiente según la escala que aparece a continuación:

1	2	3	4	5	
Casi nunca (0-10%)	Algunas veces (11-35%)	La mitad de las veces (36-65%)	La mayoría de las veces (66-90%)	Casi siempre (91-100%)	
1.Percibo con claridad mis sentimientos.	1	2	3	4	5
2.Presto atención a cómo me siento.	1	2	3	4	5
3.Vivo mis emociones como algo desbordante y fuera de control.	1	2	3	4	5
4.No tengo ni idea de cómo me siento.	1	2	3	4	5
5.Tengo dificultades para comprender mis sentimientos.	1	2	3	4	5
6.Estoy atento a mis sentimientos.	1	2	3	4	5
7.Doy importancia a lo que estoy sintiendo	1	2	3	4	5
8.Estoy confuso/a sobre lo que siento.	1	2	3	4	5
9.Cuando me siento mal, reconozco mis emociones.	1	2	3	4	5
10. Cuando me siento mal, me enfado conmigo mismo/a por sentirme de esa manera.	1	2	3	4	5
11. Cuando me encuentro mal, me da vergüenza sentirme de esa manera.	1	2	3	4	5
12. Cuando me siento mal, tengo dificultades para sacar el trabajo adelante.	1	2	3	4	5
13. Cuando me siento mal, pierdo el control.	1	2	3	4	5
14. Cuando me siento mal, creo que estaré así durante mucho tiempo.	1	2	3	4	5
15. Cuando me encuentro mal, creo que acabaré sintiéndome muy deprimido/a.	1	2	3	4	5
16. Cuando me siento mal, me resulta difícil centrarme en otras cosas.	1	2	3	4	5
17. Cuando me encuentro mal, me siento fuera de control.	1	2	3	4	5
18. Cuando me siento mal, me siento avergonzado conmigo mismo/a por sentirme de esa manera.	1	2	3	4	5
19. Cuando me encuentro mal, me siento como si fuera una persona débil.	1	2	3	4	5
20. Cuando me encuentro mal, me siento culpable por sentirme de esa manera.	1	2	3	4	5
21. Cuando me siento mal, tengo dificultades para concentrarme.	1	2	3	4	5
22. Cuando me siento mal, tengo dificultades para controlar mi comportamiento.	1	2	3	4	5
23. Cuando me siento mal, me irrito conmigo mismo/a por sentirme de esa manera.	1	2	3	4	5
24. Cuando me encuentro mal, empiezo a sentirme muy mal sobre mí mismo/a.	1	2	3	4	5
25. Cuando me siento mal, creo que regodearme en ello es todo lo que puedo hacer.	1	2	3	4	5
26. Cuando me siento mal, pierdo el control sobre mi comportamiento.	1	2	3	4	5
27. Cuando me siento mal, tengo dificultades para pensar sobre cualquier otra cosa.	1	2	3	4	5
28. Cuando me siento mal, mis emociones parecen desbordarse.	1	2	3	4	5

**Anexo IV****Cuestionario de satisfacción CSQ-8S.**

Por favor, ayúdenos a mejorar nuestro programa contestando algunas preguntas sobre los servicios que usted haya recibido. Estamos interesados en su franca opinión, sea positiva o negativa. Por favor, conteste todas las preguntas. También aceptamos sus comentarios y sugerencias. Muchísimas gracias.

Marque con un círculo su respuesta.

**1. ¿Cómo calificaría los servicios que ha recibido?**

- Excelentes
- Buenos
- Regulares
- Pobres

**2. ¿Recibió la clase de servicio que quería?**

- No, definitivamente no.
- No .
- Sí, generalmente.
- Sí, definitivamente.

**3. ¿Hasta qué punto ha ayudado nuestro programa a solucionar sus problemas?**

- En casi todos.
- En la mayor parte.
- En solo algunos.
- En ninguno.

**4. ¿Si un amigo/a estuviera en necesidad de ayuda similar, le recomendaría nuestro programa?**

- No, definitivamente no.
- No, creo que no.
- Sí, creo que sí.
- Sí, definitivamente.

**5. ¿Qué tan satisfecho/a está usted con la cantidad de ayuda que ha recibido?**

- Nada satisfecho/a.
- Indiferente o moderadamente no satisfecho/a.
- Mayormente satisfecho/a.
- Muy satisfecho/a.

**6. ¿Los servicios que ha recibido le han ayudado a tratar mejor sus problemas?**

- Sí, me ayudaron mucho.
- Sí, me ayudaron algo.
- No, realmente no me ayudaron.
- No, parecían hacer las cosas peor.

**7. ¿En general, qué tan satisfecho/a está usted con los servicios que ha recibido?**

- Muy satisfecho/a.
- Mayormente satisfecho/a.
- Indiferente o moderadamente satisfecho/a.
- No muy satisfecho/a.

**8. ¿Si necesitara ayuda otra vez, volvería a nuestro programa?**

- No, definitivamente.

- No.
- Sí, generalmente.
- Sí, definitivamente.

Por favor, escriba sus comentarios.

Lo que más me ha gustado de la intervención ha sido:

Si pudiera cambiar algo de la intervención sería:

## Anexo 5.

**Tabla 1. Cronograma de las sesiones**

<i>Sesiones</i>	<i>Contenido</i>	<i>Objetivo</i>
<b>Sesión 1.</b>	<p>Presentación de los/as profesionales y participantes.</p> <p>Establecimiento de las normas de funcionamiento del grupo</p> <p>Explicación del cronograma del programa.</p> <p>Clase magistral acerca de la definición de violencia obstétrica, su origen, factores que la favorecen y acerca de prácticas ginecoobstétricas desaconsejadas.</p>	<p>Presentar e introducir la intervención creando un espacio sin juicio y seguro.</p> <p>Aumentar los conocimientos sobre violencia obstétrica y favorecer su identificación.</p>
<b>Sesión 2</b>	<p>Clase magistral sobre las consecuencias que genera la violencia obstétrica.</p> <p>Mesa redonda con dos personas voluntarias que relaten su experiencia de parto y las consecuencias derivadas de sufrir violencia obstétrica.</p>	<p>Aumentar los conocimientos sobre violencia obstétrica y favorecer su identificación</p>
<b>Sesión 3</b>	<p>Informar sobre prácticas de atención respetuosa al proceso reproductivo.</p> <p>Aplicación de la atención respetuosa a estudio de casos.</p>	<p>Aumentar los conocimientos sobre violencia obstétrica y favorecer su identificación</p>
<b>Sesión 4</b>	<p>Psicoeducación emocional basada en el Protocolo Unificado.</p> <p>Entrenamiento en la percepción de la emoción usando el esquema ARCs del Protocolo Unificado.</p>	<p>Dotar al personal sanitario de herramientas de regulación emocional</p>

<b>Sesión 5</b>	<p>Explicación de la atención centrada en el presente.</p> <p>Realización de 3 prácticas formales de atención centrada en el presente para el entrenamiento de conciencia emocional.</p> <p>Role-playing para aplicar en una situación laboral la conciencia emocional.</p>	<p>Dotar al personal sanitario de herramientas de regulación emocional</p>
<b>Sesión 6</b>	<p>Explicación de la relación entre emociones y pensamientos y cómo se relaciona con la intensidad de la emoción.</p> <p>Explicación de las trampas de pensamiento: Salto a las conclusiones y catastrofización.</p> <p>Práctica de generación de pensamientos alternativos para trabajar la flexibilidad cognitiva.</p>	<p>Dotar al personal sanitario de herramientas de regulación emocional</p>
<b>Sesión 7</b>	<p>Explicación del concepto de conductas impulsadas por la emoción, de cómo en ocasiones estas conductas pueden resultar inefectivas y de que la solución a menudo es realizar la conducta opuesta.</p> <p>Ejercicio para practicar el desempeño de la conducta opuesta a la que nos pide la emoción.</p>	<p>Dotar al personal sanitario de herramientas de regulación emocional</p>
<b>Sesión 8</b>	<p>Repaso de los temas y habilidades aprendidas.</p> <p>Agradecimiento a los participantes por formar parte del programa.</p> <p>Paso del cuestionario de satisfacción.</p>	<p>Repasar y reafirmar lo aprendido, extraer conclusiones y evaluar la intervención.</p>