

**Trabajo Final de Grado**

Universitat Autònoma de Barcelona

Hospital de Santa Creu i Sant Pau

---

**HACIA UN PARTO RESPETADO: IMPLEMENTACIÓN DE  
LA REALIDAD VIRTUAL PARA LA SENSIBILIZACIÓN DE  
LOS PROFESIONALES DE LA SALUD MATERNA COMO  
PRIMER PASO PARA LA ERRADICACIÓN DE LA  
VIOLENCIA OBSTÉTRICA**

---

**Autora:** Iris Kučinić

**Tutora:** Dra. M.<sup>a</sup> Del Carmen Medina Mallén

Grado en Medicina  
Curso 2023-2024

## **AGRADECIMIENTOS**

Mi más sincera gratitud a mi tutora, Dra. M.<sup>a</sup> del Carmen Medina Mallén, por haberme guiado, dado el espacio para desarrollarme y por su acompañamiento constante e implicación en este trabajo.

Gracias a todas las personas de mi red de apoyo por creer en mí cuando más lo necesitaba y por darme la motivación para cerrar este gran capítulo de mi vida.

Y, sobre todo, gracias a todas las personas y las mujeres que han luchado, luchan y lucharán, por el bienestar, la equidad y el respeto.

# ÍNDICE

<b>RESUMEN Y PALABRAS CLAVE</b> .....	<b>1</b>
<b>RESUM I PARAULES CLAUS</b> .....	<b>2</b>
<b>ABSTRACT AND KEYWORDS</b> .....	<b>3</b>
<b>1. ESTADO DEL ARTE</b> .....	<b>4</b>
<b>2. HIPÓTESIS</b> .....	<b>10</b>
<b>3. OBJETIVOS</b> .....	<b>10</b>
3.1. Objetivo principal.....	10
3.2. Objetivos secundarios.....	10
<b>4. MATERIAL Y MÉTODOS</b> .....	<b>11</b>
4.1. Diseño del estudio .....	11
4.2. Población del estudio.....	12
4.3. Definición de las variables y método de obtención de datos.....	12
4.4. Procedimiento .....	13
I. Cuestionario pre-intervención.....	13
II. Intervención.....	13
III. Cuestionario post-intervención .....	14
4.5. Cálculo del tamaño muestral .....	14
4.6. Análisis estadístico .....	14
<b>5. Plan de trabajo</b> .....	<b>15</b>
<b>6. Ética y confidencialidad</b> .....	<b>16</b>
<b>7. Plan de difusión</b> .....	<b>17</b>
<b>8. DISCUSIÓN</b> .....	<b>18</b>
8.1. Resultados esperados.....	18
8.2. Limitaciones .....	19
8.3. Relevancia clínica y aplicabilidad .....	20
<b>9. BIBLIOGRAFÍA</b> .....	<b>22</b>
<b>10. ANNEXOS</b> .....	<b>25</b>
ANEXO 1. Cuestionarios (pre y post intervención).....	25
ANEXO 2. Consentimiento informado del estudio.....	33
ANEXO 3. Material de difusión para reclutamiento de participantes.....	35
ANEXO 4. Hoja informativa sobre el estudio para participantes .....	36

## RESUMEN Y PALABRAS CLAVE

**Antecedentes:** La equidad de género es clave para alcanzar los derechos humanos, incluyendo la salud sexual y reproductiva. La violencia obstétrica (VO) refleja las desigualdades en salud y jerarquías sistémicas, afectando la salud física y mental de las mujeres. La resistencia profesional al término destaca problemas sistémicos y la necesidad de sensibilización. **Hipótesis:** La realidad virtual (RV) ayuda a mejorar la sensibilización del equipo profesional de atención a la salud materna sobre las prácticas no humanizadas y/o la violencia obstétrica. **Material y métodos:** Se propone estudio pre y post cuasiexperimental, evaluando la percepción del equipo (obstetras, matronas, anestesistas) de la VO antes y después de la intervención de realidad virtual y sesión de debate. Se evalúa con un cuestionario ad hoc con 33 ítems sobre las prácticas violentas en el parto (1 muy desacuerdo – 5 muy acuerdo). **Resultados esperados:** Recomendaciones para implementar la realidad virtual en sensibilización del personal, promoviendo una actitud menos reactiva al término de violencia obstétrica.

**Palabras clave:** partos humanizados, violencia obstétrica, profesionales de la salud materna, inteligencia artificial, realidad virtual (RV), sensibilización, intervención educativa

## RESUM I PARAULES CLAU

**Antecedents:** L'equitat de gènere és clau per assolir els drets humans, incloent la salut sexual i reproductiva. La violència obstètrica (VO) reflecteix les desigualtats en salut i jerarquies sistèmiques, afectant la salut física i mental de les dones. La resistència professional al terme destaca problemes sistèmics i la necessitat de sensibilització.

**Hipòtesi:** La realitat virtual (RV) ajuda a millorar la sensibilització de l'equip professional d'atenció a la salut materna sobre pràctiques no humanitzades i/o la violència obstètrica. **Material i mètodes:** Es proposa un estudi pre i post quasiexperimental, avaluant la percepció de l'equip (obstetres, matrones, anestesistes) de la VO abans i després de la intervenció de realitat virtual i sessió de debat. S'avaluarà amb un qüestionari ad hoc amb 33 ítems sobre les pràctiques violentes en el part (1 molt desacord – 5 molt d'acord). **Resultats esperats:** Recomanacions per implementar la realitat virtual en la sensibilització del personal, promovent una actitud menys reactiva al terme de violència obstètrica.

**Paraules clau:** parts humanitzats, violència obstètrica, professionals de la salut materna, intel·ligència artificial, realitat virtual (RV), sensibilització, intervenció educativa

## ABSTRACT AND KEYWORDS

**Background:** Gender Equity is key to achieve human rights, including sexual and reproductive health. Obstetric violence (OV) reflects the inequalities in health and the systemic hierarchies, affecting women's mental and physical health. Professional's resistance to the term highlights the systemic problematic and the need for sensibilization.

**Hypothesis:** Virtual reality (VR) helps with improving maternal healthcare professionals sensibilization in regards of non-humanized practices and/or obstetric violence. **Material**

**and methods:** We propose a pre and post semiexperimental study, evaluating the team's perception (obstetricians, midwives, anesthetists) of OV before and after the virtual reality intervention and debate session. We evaluate with an ad hoc questionnaire with 33 items about violent practices at birth (1 strongly disagree – 5 strongly agree). **Expected**

**results:** Recommendations for the implementation of virtual reality in the team's sensibilization, promoting a less reactive attitude to the obstetric violence term.

**Keywords:** humanized births, obstetric violence, maternal health professionals, artificial intelligence, virtual reality (VR), sensibilization, educational intervention

## 1. ESTADO DEL ARTE

### Género y salud

El concepto del género debe ser entendido como una variable sociocultural transversal, un constructo dependiente del contexto temporo-espacial que establece unas bases sobre lo que se espera y valora de un individuo si es percibido como un hombre o una mujer (en el contexto de los modelos dicotómicos normativos). Los sistemas de género se institucionalizan a través de sistemas educativos, políticos y económicos, legislaciones, cultura, tradiciones, y también a través de la salud. (1)

La igualdad de género consiste en la igualdad de derechos, responsabilidades y oportunidades para todas las personas. Es un derecho humano fundamental establecido en la Declaración Universal de Derechos Humanos desde el 1948, y es esencial para alcanzar todos los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), con mención específica de los objetivos 5 (igualdad de género) y 8 (cobertura sanitaria universal). (2)

El género es uno de los principales determinantes sociales de las inequidades en salud. La integración de la perspectiva de género en la sanidad implica evaluar cómo este factor influye en el trato de las mujeres en su proceso médico, en el acceso a servicios sanitarios, en el respeto por su autonomía, y en el acompañamiento por el personal sanitario. (3) La interseccionalidad con otros determinantes sociales, como son el sexo, el poder económico, la etnia o la edad, nos permite comprender como diferentes identidades se colocan en diferentes lugares de exclusión o privilegio en relación con sus experiencias y el ambiente con el que interactúan, tanto a individual, institucional y mundial (Crenshaw, 1998) (4)

### **Historia del concepto de violencia obstétrica**

El trato irrespetuoso sufrido por las mujeres durante el proceso del embarazo y en especial durante el parto en instalaciones sanitarias ha sido documentado en diferentes escenarios mundialmente. Este fenómeno se describe en el contexto de la violencia de género, y en específico en el movimiento feminista latinoamericano, desde principios de los 1970(5), acuñándose el nombre de **violencia obstétrica** en recientes años y extendiéndose a nivel global. (6,7)

Antes del uso del término de ‘violencia obstétrica’ y de su legislación en algunos países del sur global, como en Brasil, Argentina y Venezuela, se sancionaban leyes en referencia a prácticas para llevar a cabo ‘**partos humanizados**’ (8,9) El parto humanizado se menciona en la *Declaración de Ceará (2000)*, definido como un proceso de comunicación y apoyo entre la gestante y el personal, a través de la compasión y la espiritualidad, poniendo el enfoque en mejorar su vivencia. (9)

La violencia obstétrica, englobada dentro de la violencia de género, refleja el entrecruzamiento entre la vulneración de los derechos sexuales y reproductivos de las gestantes y la violencia institucional (cuando se ejerce por parte del personal asistencial público) que se produce en el ámbito de la atención de la salud de las mujeres, siendo esto sustentado por sistemas jerárquicos de poder, capitalistas, cisheteronormativos y cada vez más intervencionistas.

Muchos de los casos denunciados apuntan a problemáticas relacionadas con dinámicas de medicalización, abuso de autoridad, sexismo dentro de las instituciones médicas, el maltrato físico, la humillación y la agresión verbal, los procedimientos médicos coercitivos o no consentidos (incluida la esterilización), la falta de confidencialidad, el

hecho de no obtener el consentimiento plenamente informado, la negativa a suministrar medicación contra el dolor, las graves violaciones de la intimidad, la denegación de admisión a los centros de salud, el abandono de las mujeres durante el parto que puede llevarles a sufrir complicaciones evitables y que puede amenazar su vida y la detención de las mujeres y sus hijos recién nacidos en los centros, tras el parto, debido a su incapacidad para hacer frente al pago. (10)

### **Comparativa entre países**

Una revisión descriptiva que analizaba los resultados de 65 estudios de 34 países (de todos los continentes) señala que la heterogeneidad del concepto y de las diferencias en prácticas y legislaciones entre países, dificulta hacer un metaanálisis para tener conclusiones evidentes. Sin embargo, los resultados mostraban claras distinciones en el trato entre regiones y dependiente de factores sociales (género, etnia, nivel económico-social, etc.)

Es por ello que, al hablar de violencias obstétricas, es de gran importancia entender el contexto cultural y sociopolítico en el que se ha desarrollado y hacer una lectura crítica. En la misma región europea, podemos ver diferencias en legislaciones en cuestiones de violencia de género y la protección de las mujeres.

En España, los datos disponibles reflejan que más del 35% de mujeres identifica haber sufrido algún tipo de violencia. Un 44,4% considera que fue sometida a procedimientos innecesarios o dolorosos y de estas, en el 83,4% no había un consentimiento informado. En luz de lo sucedido en los últimos años, se legisló la terminología con la *Ley 17/2020*, del 22 de diciembre, de modificación de la *Ley 5/2008*, del derecho de las mujeres a erradicar la violencia machista. (11)

Cabe destacar las diferencias dentro del territorio español en cuanto a educación sexual y experiencias de las mujeres. Un estudio llevado a cabo en dos fases analiza el estado de las experiencias de mujeres de todas las comunidades autónomas y de los centros privados y públicos. Los resultados son analizados en clúster, por lo cual se obtienen cinco grupos de comunidades autónomas según su estado: Catalunya se encuentra en el grupo 2 (junto a la Comunitat Valenciana, Aragón y Castilla-La Mancha) donde de media, el 38,37% de las mujeres explicaban haber sufrido algún tipo de violencia obstétrica. Los grupos 3, 4 presentaban porcentajes mayores (39.35%, 41.46%). (12)

### **Rechazo del término por parte de los profesionales**

Con los resultados de varios estudios, la *Societat Catalana d'Obstetrícia i Ginecologia* en 2022 creó el Grupo de trabajo en Violència Obstètrica i Perspectiva de Gènere en Salut, para trabajar en la formación, investigación y prevención del tema de manera transversal e multidisciplinaria con el objetivo de buscar soluciones y desarrollar estrategias de mejora de la atención a la mujer.

Las primeras conclusiones que podemos extraer de este grupo de trabajo es la resistencia de los mismos profesionales al término. 'Violencia' generalmente se refiere al uso intencionado de fuerza y del propio poder para causar daño o lesión a otra persona. En el caso de los obstetras, siguiendo los principios éticos, estos malos tratos o conductas muchas veces no se producen de manera consciente y pueden ser explicadas por la formación médica recibida con una perspectiva sexista y sesgada en cuanto a género, que refleja el contexto social en el que nos encontramos. (13)

Las visitas obstétricas y las prácticas de por sí son un acto vulnerable para las mujeres por su naturaleza (en la exposición de la intimidad corporal), y la jerarquía en la relación médico-paciente puede ser un elemento de dificultad añadido.

El término de violencia no resuena con todos los profesionales. La violencia como concepto implica una intencionalidad, y en muchas ocasiones vemos que los propios profesionales padecen las consecuencias de estas violencias, ya que muchos se sienten impotentes por parte de acciones de otros profesionales o de las instituciones que favorecen o agudizan las desigualdades en salud, la falta de tiempo en la atención, la falta de sensibilidad a las necesidades de las mujeres o el *burn-out* y el daño en la salud mental de los profesionales. (13)

Las consecuencias que el rechazo del concepto de violencia obstétrica por el propio colectivo sanitario afecta fundamentalmente a la salud física y mental de las gestantes. La falta de autonomía sobre su propio cuerpo y sus preferencias reproductivas y sexuales, y las condiciones en las que se desarrollan atentan contra los principios éticos de la sanidad y de los derechos humanos.(11)

### **Historia de la realidad virtual**

La inteligencia artificial (IA), definida como la disciplina científica y computacional que se ocupa del estudio y comprensión del comportamiento inteligente (*intelligent behavior*) con el objetivo de crear artefactos que intentan imitar o recrear este comportamiento e inteligencia humanoide para realizar tareas que puedan mejorar el día a día de las personas. Desde mediados del siglo pasado, algunos investigadores han explorado las posibilidades de aplicar esta herramienta en medicina. En el 1976 se consiguió aplicar en el campo de la cirugía, y desde entonces, ha habido un interés en su estudio y extensión al resto de áreas. (14)

Una de las vertientes de la IA es la realidad virtual (RV), que consiste en una simulación generada de ambientes en tres dimensiones (3D) en los cuales el usuario puede interactuar de manera aparentemente real. Los actuales sistemas de RV usan auriculares con un *headset* con una pantalla sobre los ojos o con entornos multiproyectados para generar imágenes y sonidos que hacen que los usuarios experimenten sensaciones parecidas a las que podrían en una situación real.

Su uso ha sido implementado en radiología, con el plan pre-operativo y las cirugías guiadas por imagen, pero cada vez más se ha extendido a otras prácticas, como el diagnóstico y la terapia de algunas fobias y del síndrome de estrés post-traumático en psiquiatría. (15)

La RV se ha usado también en algunos programas educativos dirigidos a estudiantes y profesorado para mejorar las habilidades de reflexión y autocrítica, la empatía y la sensibilización ante posibles situaciones que puedan desarrollarse en los ambientes académicos.(16) A demás, en pacientes con dolencias psico-psiquiátricas, la RV ha dado resultados en una mejoría de la atención, la memoria y el desarrollo de nuevas habilidades resolutivas. (17)

Aún con la información que tenemos sobre la mejoría de la atención a los pacientes con el uso de la IA y la RV, no es un planteamiento extendido en las áreas de ginecología y obstetricia, y hay pocos estudios que avalúen los beneficios de éstas con el objetivo de mejorar la atención a la salud sexual y reproductiva de la mujer y el acompañamiento en su proceso obstétrico.

Hay una necesidad de concienciar a los y las profesionales del ámbito de la salud materna y proponer iniciativas y actividades académicas para desarrollar habilidades para no

recrear las actitudes descritas como '*Violencia Obstétrica*' y poder alcanzar este objetivo final.

Por ello, la presente propuesta de investigación pretende plantear una primera aproximación al uso de la realidad virtual para impartir docencia dentro del equipo de profesionales que atienden a la mujer y su salud en el proceso obstétrico con el objetivo de tener una visión más crítica y una mayor sensibilización en el trato médico-paciente para mejorar estas experiencias y prevenir y reducir la incidencia de violencia obstétrica.

## **2. HIPÓTESIS**

La realidad virtual ayuda a mejorar la sensibilización del equipo profesional de atención a la salud materna sobre las prácticas no humanizadas y/o la violencia obstétrica.

## **3. OBJETIVOS**

### **3.1. Objetivo principal**

Evaluar la autopercepción de los profesionales de la salud materna sobre las prácticas de violencia obstétrica y detectar posibles cambios en la percepción y autocrítica después de una intervención educativa.

### **3.2. Objetivos secundarios**

- Identificar y analizar las prácticas específicas que los profesionales de la salud materna consideran como formas de violencia obstétrica.
- Analizar los factores (individuales, organizacionales y contextuales) asociados con cambios en la percepción y autocrítica para reconocer y abordar la violencia obstétrica.

- Determinar el conocimiento de los profesionales sanitarios sobre la violencia obstétrica.
- Implementar la perspectiva de género y sensibilizar sobre las prácticas de los partos humanizados en el *curriculum* profesional (residentes y sesiones de equipo multidisciplinar).

## 4. MATERIAL Y MÉTODOS

### 4.1. Diseño del estudio

Se propone un estudio **pre y post cuasiexperimental** para evaluar los cambios en la autopercepción de las prácticas de violencia de género del equipo de profesionales sanitarios de atención al parto y embarazo a través de una intervención de realidad virtual. La intervención consistirá en el uso de un dispositivo de realidad virtual (gafas 3D) en el que hay exposición a diferentes escenarios desde la perspectiva de las pacientes, en primera persona, seguida de una sesión de *debriefing* y puesta en común. Se recogen los datos con un cuestionario que evalúe esta percepción tanto antes como después de la intervención.

El estudio será dirigido por el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital de la Santa Creu i de Sant Pau.

La percepción de la violencia obstétrica se mide con un cuestionario ad hoc (Anexo 1) compuesto de 33 elementos que refieren diferentes prácticas relacionadas con el parto. Los elementos se miden usando una **escala Likert** de 5 puntos (1 muy desacuerdo – 5 muy acuerdo). El cuestionario ha sido adaptado del estudio '*Changes in health sciences students' perception of obstetric violence after an educational intervention*' de Mena-

Tudela(18), basado en la Guía de Práctica Clínica de Atención al Parto Normal (Ministerio de Sanidad, 2014). (19)

#### **4.2. Población del estudio**

Profesionales de atención al proceso obstétrico de salud de la mujer: obstetras, matronas y anestesistas.

#### Criterios de inclusión y exclusión:

Criterios de inclusión:

- Mayores de 18 años
- Consentimiento informado firmado (Anexo 2)
- Profesional del ámbito de la ginecología y obstetricia, anestesia o enfermería del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau

Criterios de exclusión:

- Menores de 18 años
- Denegar el consentimiento informado
- Profesionales fuera del ámbito de la salud de la mujer y del embarazo

#### **4.3. Definición de las variables y método de obtención de datos**

Se elaborará un análisis de datos en el que se recogen variables sociodemográficas y de control de la muestra obtenidas durante el cuestionario inicial (pre-intervención).

La variable principal es la sensibilización a la violencia obstétrica. Para obtener la variable de sensibilidad a estas prácticas nos valemos de la herramienta del cuestionario, usando los valores comparativos entre el cuestionario previo y el posterior a la

intervención. Las otras variables recogidas en el cuestionario son descripciones de la población y no de la sensibilidad, por lo que son variables secundarias.

#### **4.4. Procedimiento**

##### **I. Cuestionario pre-intervención**

Para evaluar en nivel basal de sensibilización del personal y poder medir el impacto de la intervención educativa antes de esta, se adapta el cuestionario del estudio '*Changes in health sciences students' perception of obstetric violence after an educational intervention*' de Mena-Tudela(18)

El cuestionario se puede encontrar en el Anexo 1.

##### **II. Intervención**

Uso de la tecnología de realidad virtual en 3D (con montaje sobre la cabeza, uso de gafas virtuales y sonorización del ambiente) para que el profesional pueda estar en el lugar de la paciente en la escena del parto donde se efectúan diferentes acciones médicas (que se mencionan en el cuestionario en el apartado de '*Procedimiento*') para poder tener la experiencia en primera persona de las conductas violentas.

Por ejemplo, el profesional será colocado en posición de litotomía en desnudez total sin ser ofrecido ninguna sábana para cubrirse y preservar su intimidad, la inmovilización durante la cesárea o presenciar algunas expresiones degradantes por parte del personal.

El objetivo principal es que el profesional pueda empatizar con las pacientes a través de la vivencia de primera mano de las conductas médicas (potencialmente violentas) y tenga una mayor sensibilización y asimilación del término para tener una mayor autocrítica a la hora de su práctica profesional.

Después de la intervención con la tecnología 3D (realidad virtual), se llevará a cabo una sesión de *debriefing* o reflexión, dirigida por una antropóloga especialista en la temática de violencia obstétrica, en que los participantes puedan exponer y debatir sobre las sensaciones que han tenido, qué percepción tienen sobre la violencia obstétrica y si esta ha cambiado después de la realidad virtual.

### **III. Cuestionario post-intervención**

Después de la reflexión en grupo, se pasará el cuestionario con los mismos ítems para valorar un posible cambio en la percepción de las conductas violentas.

El cuestionario (Anexo 1) utilizado es el mismo que el cuestionario pre-intervención, con la única diferencia de haber tenido la experiencia de la realidad virtual en primera persona y la sesión de *debriefing* y reflexión en grupo.

#### **4.5. Cálculo del tamaño muestral**

Con el programa de GRANMO, en su versión 7.12, se calculó que aceptando un riesgo alfa de 0,05 y un poder estadístico superior a 0,8 en un contraste bilateral se precisan 149 sujetos asumiendo que la proporción inicial de acontecimientos es del 0,4 y al final del 0,6. Se ha estimado una tasa de pérdidas de seguimiento del 20%.

En caso de no llegar al número de asistentes necesario, debería plantearse como un estudio multicéntrico.

#### **4.6. Análisis estadístico**

Los datos obtenidos de las variables obtenidas en el Anexo 1 serán introducidos en la base de datos diseñada con el programa estadístico IBM-SPSS versión 22.0 para Windows, mediante el cual se llevará a cabo el análisis estadístico.

Se realizará un análisis descriptivo de todas las variables categóricas descritas mediante el cálculo de frecuencias para la variable cualitativa principal (sensibilización a la violencia obstétrica). Se analizará si los parámetros del estudio siguen una distribución normal, para efectuar la inferencia estadística correcta. Se utilizará el test de Mc Nemar para la comparación de proporciones de la muestra 1 (respuestas del cuestionario pre-intervención) y la muestra 2 (respuestas del cuestionario post-intervención), donde los datos obtenidos se ajustan a una distribución de Chi cuadrado.

El nivel de significación estadística será del 5% (alfa = 0.05) con un intervalo de confianza del 95%.

## **5. Plan de trabajo**

Durante el segundo semestre de 2024 se configurará el equipo de trabajo del Hospital de Santa Creu i Sant Pau que diseñará el material (planteamiento de los escenarios 3D) y se coordinará con los informáticos de la empresa de las gafas de realidad virtual para acabar de perfilar los detalles de los escenarios y validarlos. Paralelamente, se diseñará la sesión de *debriefing* y reflexión, el material de formación después de la intervención con realidad virtual. Todo este proceso de preparación tendrá una duración de 6 meses.

El material final y la propuesta de intervención se presentará al Comité de Ética para la Investigación Clínica (CEIC), que se encarga de aprobar el estudio y puede demorarse hasta 3 meses. Una vez aprobado, se procederá al reclutamiento de los profesionales para participar en la intervención educativa hasta que se alcance el número mínimo del tamaño muestral deseado, que se estima que dure unos 2 o 3 meses. El reclutamiento será a través de material de difusión interno al Hospital de Santa Creu i Sant Pau en los departamentos

de Ginecología y Obstetricia y el de Anestesiología y Reanimación de manera abierta, es decir, la inscripción a la participación será voluntaria y en ningún momento se hará obligatoria para la plantilla de trabajadores.

La recogida de datos de manera confidencial y de las variables (ya establecidas con anterioridad en los puntos 4.3) a través de los cuestionarios tanto anterior como posterior a la intervención, tendrá una duración aproximada de 3 meses. Se harán varias sesiones de intervención con realidad virtual en el propio hospital en diversos días para asegurar la máxima participación posible.

A partir de la recogida, los próximos 3 meses se hará un análisis de los datos y se publicarán los resultados en un artículo científico.

La duración total del estudio se espera que sea de 1,5 años.

## **6. Ética y confidencialidad**

En cuanto a la realización del estudio, se tendrá que cumplir con la normativa legal sobre confidencialidad de los datos de los intervenidos, Ley Orgánica 03/2018 del 5 de diciembre de Protección de Datos Personales y garantía de derechos digitales, según la Agencia Estatal de Protección de Datos (AEPD).

A demás, será necesario informar al Comité de Ética para la Investigación Clínica (CEIC) sobre el estudio, que formará parte del proceso aprobando la investigación en un inicio. Se llevará a cabo siguiendo rigurosamente los principios de buena praxis clínica de la *Guideline for Good Clinical Practice* (ICH) y los principios éticos en investigación de la Declaración de Helsinki (WMA) de 1964.

Toda la información referente a la identidad de las personas intervenidas (profesionales sanitarios) será confidencial y no podrá ser desvelada ni divulgada.

Antes de incluir a los intervenidos en el estudio, se les explicarán los objetivos, métodos y potenciales riesgos del estudio (Anexo 4). Después de la información, podrán firmar el consentimiento informado (Anexo 2) que quedará guardado en un cuaderno de recogida de datos específicamente diseñado para este estudio. Sobre la ética del uso de la realidad virtual como método de educación, se considera su discusión dentro de la información proporcionada a los participantes en el consentimiento informado. Los sujetos del estudio tendrán derecho a retirarse del estudio en cualquier momento sin que tengan perjuicios en su práctica clínica.

## **7. Plan de difusión**

A partir de los resultados obtenidos, su análisis y discusión, se propondrá la publicación del estudio en revistas científicas de alto impacto en el ámbito de la atención al parto y a la mujer, tanto a nivel nacional como internacional.

También se planteará la exposición en ponencias, conferencias o congresos especializados en la obstetricia y en la antropología de la medicina, y su presentación en formato póster con fines divulgativos y educativos.

Si son resultados positivos, podrían plantearse hacer pruebas piloto en diferentes equipos de los diferentes hospitales tanto públicos como privados de Catalunya y llegar a extenderlo a otros hospitales a nivel nacional.

## 8. DISCUSIÓN

### 8.1. Resultados esperados

Aún no existirá una cantidad significativa de bibliografía previa de la aplicación de la realidad virtual en el ámbito de la salud de la mujer como método educativo, se espera que los resultados concuerden con la hipótesis inicial, es decir, que la realidad virtual ayuda a mejorar la sensibilización del equipo profesional de atención a la salud materna sobre las prácticas de violencia obstétrica.

Se espera una diferencia estadísticamente significativa en la puntuación de los ítems del cuestionario que se consideran violencia obstétrica (los 33 ítems preguntados que se pueden ver en los escenarios de la simulación con realidad virtual).

Con eso, se pretende aportar la recomendación de implementar el uso de la realidad virtual para la sensibilización del personal que atiende al parto de las mujeres con el objetivo de aumentar la autocrítica a la hora de la atención y sensibilizar a los profesionales para tener una actitud menos reactiva ante el término y lleguen a comprender la lucha y reivindicación de la mujer.

Aunque no podemos garantizar que la formación con realidad virtual reduzca y prevenga de la violencia obstétrica, pues no es el objetivo ni el elemento que evaluamos con este estudio, comparando con otros estudios utilizados en el ámbito de psiquiatría que confirman una relación positiva entre una mayor sensibilización y un cambio de conducta (por ejemplo, en el ámbito de las fobias), podríamos esperar el mismo resultado con esta intervención de uso de realidad virtual en los profesionales de atención a la salud materna y una reducción de las acciones de violencia obstétrica.

Para poder confirmar esta relación, se necesitarían más estudios que evaluaran si después de esta sensibilización, hay una repercusión en el trato de las pacientes, en el profesionalismo o en las quejas y denuncias por violencia obstétrica y poder cuantificar esta reducción de conductas violentas.

## **8.2. Limitaciones**

Una de las principales limitaciones del uso de la realidad virtual es que es una simulación, por lo que no consigue imitar realmente a la perfección una situación violenta y puede no ser tan eficiente a la hora de provocar sentimientos de empatía en los intervenidos, pudiendo variar los posibles resultados e incluso llegar a rechazar nuestra hipótesis principal.

Otra de las posibles limitaciones del estudio es la propia tecnología de realidad virtual 3D y su accesibilidad. La realidad virtual se personalizará para este estudio, por el que se precisa de tecnología avanzada y personal que procese los escenarios y no está al alcance de todos los profesionales por la inversión económica que supone para los departamentos.

Por otra parte, el planteamiento del propio estudio y los resultados obtenidos nos indicarán si hay un cambio en la sensibilización, pero se necesitarían otros estudios para averiguar si este aumento de sensibilización (si así resulta ser) repercute e incide directamente en la reducción de los actos médicos considerados como violencia obstétrica en los paritorios.

Por último, el método de reclutamiento de la muestra de manera voluntaria puede inducir a un sesgo de selección, ya que las personas que quieran formar parte de la intervención

pueden ser que estén más informadas del tema y tengan una mayor concienciación y motivación respecto al tema.

### **8.3. Relevancia clínica y aplicabilidad**

La principal utilidad del estudio radica en la necesidad de hablar abiertamente sobre la violencia obstétrica dentro del colectivo de los y las profesionales de atención a la salud de la mujer para tener una imagen más introspectiva y de autocrítica.

El concepto básico de este estudio radica en la utilidad de la tecnología 3D y la simulación para fomentar la empatía entre los profesionales sanitarios en una temática concreta (como las fobias dentro de la psiquiatría, o la violencia obstétrica en nuestro estudio) que tiene dificultades en la recreación y comprensión de los pacientes.

Una de las mayores problemáticas entorno el concepto de la violencia obstétrica es el rechazo al término por el equipo profesional. El primer paso para afrontar el término es el reconocimiento de este, y por ello la sensibilización es el método idóneo para poder trabajar la educación dentro del colectivo de profesionales y alcanzar la meta final, que sería brindar autonomía a las pacientes para tener un mejor estado de salud físico y mental antes, durante y después del parto que repercuta positivamente tanto en la salud de la gestante como de su crianza.

Debido a la escasa bibliografía publicada hoy en día en el ámbito de la ginecología y obstetricia, este estudio será útil para aportar datos más sólidos en cuanto al uso de la realidad virtual como método educativo dentro de los servicios para fomentar una mirada más crítica sobre la propia práctica clínica.

Si dentro del equipo profesional de atención a la salud materna podemos objetivar una mejoría en la sensibilización de la violencia obstétrica, una propuesta sería extender esta intervención al ámbito académico universitario.

Con el objetivo de extender la concienciación sobre las posibles prácticas violentas, una propuesta de futuro sería incluir el alumnado de medicina, enfermería y a los residentes, como dentro del programa de formación sanitaria y especializada de MIR (las especialidades de ginecología y obstetricia y de anestesiología y reanimación) y LLIR (llevadoras internas residentes).

## 9. BIBLIOGRAFÍA

1. United Nations Women. *Important Concepts Underlying Gender Mainstreaming*. 2001.
2. Declaración Universal de Derechos Humanos. [Internet]. 1948 [citado 23 de febrero de 2024]. Disponible en: [https://www.ohchr.org/sites/default/files/UDHR/Documents/UDHR\\_Translations/spn.pdf](https://www.ohchr.org/sites/default/files/UDHR/Documents/UDHR_Translations/spn.pdf)
3. Organización Panamericana de la Salud (OPS de la OMS). *Género y salud*. 2018.
4. Crenshaw K. *Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics* [Internet]. Vol. 1989, University of Chicago Legal Forum. 1989. Disponible en: <http://chicagounbound.uchicago.edu/uclfhhttp://chicagounbound.uchicago.edu/uclf/vol11989/iss1/8>
5. Perera D, Munas M, Swahnberg K, Wijewardene K, Infanti JJ. *Obstetric Violence Is Prevalent in Routine Maternity Care: A Cross-Sectional Study of Obstetric Violence and Its Associated Factors among Pregnant Women in Sri Lanka's Colombo District*. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(16).
6. UN (Naciones Unidas). *Enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva, con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica*. [Internet]. 2019 [citado 18 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://documents.un.org/doc/undoc/gen/n19/213/30/pdf/n1921330.pdf?token=jZlscT2Sqbqsw9QJua&fe=true>
7. OMS (Organización Mundial de la Salud). *Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud*. [Internet].

- 2014 [citado 9 de enero de 2024]; Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-RHR-14.23>
8. Tornquist CS. *Estudos feministas 483 2/2002 armadilhas da nova era: natureza e maternidade no ideário da humanização do parto*. [Internet]. 2002 [citado 16 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/ref/a/4mpSbNhnq5dV5kV6WT8Tc5J/?lang=pt>
  9. OMS (Organización Mundial de la Salud). Declaración de Ceará en torno a la Humanización. [Internet]. 2000. [citado 10 de enero de 2024]. Disponible en: <http://www.nacimientorespetado.com/decretos/latinoamerica1.pdf>
  10. Sánchez SB. *La violencia obstétrica desde los aportes de la crítica feminista y la biopolítica*. Dilemata [Internet]. 2015 [citado 3 de marzo de 2024];7(18):93-111. Disponible en: <https://www.dilemata.net/revista/index.php/dilemata/article/view/374>
  11. BOE-A-2021-464 Ley 17/2020, de 22 de diciembre, de modificación de la Ley 5/2008, del derecho de las mujeres a erradicar la violencia machista. [Internet]. [citado 3 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2021-464>
  12. 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*. Int J Environ Res Public Health [Internet]. 2020 [citado 3 de marzo de 2024];17(21):1-14. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33105788/>
  13. Chervenak FA, McLeod-Sordjan R, Pollet SL, De Four Jones M, Gordon MR, Combs A, et al. *Obstetric violence is a misnomer*. Am J Obstet Gynecol [Internet]. 2023 [citado 3 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37806611/>

14. Kim S, Kim E. *The Use of Virtual Reality in Psychiatry: A Review*. *Journal of the Korean Academy of Child and Adolescent Psychiatry* [Internet]. 2020 [citado 16 de marzo de 2024];31(1):26. Disponible en: [/pmc/articles/PMC7324842/](#)
15. Man DWK, Poon WS, Lam C. *The effectiveness of artificial intelligent 3-D virtual reality vocational problem-solving training in enhancing employment opportunities for people with traumatic brain injury*. *Brain Inj* [Internet]. 2013 [citado 16 de marzo de 2024];27(9):1016-25. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23662639/>
16. Stavroulia KE, Lanitis A. *On the potential of using virtual reality for teacher education. Lecture Notes in Computer Science (including subseries Lecture Notes in Artificial Intelligence and Lecture Notes in Bioinformatics)* [Internet]. 2017 [citado 16 de marzo de 2024];10295 LNCS:173-86. Disponible en: [https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-319-58509-3\\_15](https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-319-58509-3_15)
17. Tsang MMY, Man DWK. *A virtual reality-based vocational training system (VRVTS) for people with schizophrenia in vocational rehabilitation*. *Schizophr Res* [Internet]. 2013 [citado 16 de marzo de 2024];144(1-3):51-62. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23356951/>
18. Mena-Tudela D, González-Chordá VM, Soriano-Vidal FJ, Bonanad-Carrasco T, Centeno-Rico L, Vila-Candel R, et al. *Changes in health sciences students' perception of obstetric violence after an educational intervention*. *Nurse Educ Today* [Internet]. 2020 [citado 16 de marzo de 2024];88. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32120084/>
19. Ministerio de Sanidad. *Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio* [Internet]. 2014. Disponible en: [https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2020/10/gpc\\_533\\_embarazo\\_aetsa\\_compl\\_caduc.pdf](https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2020/10/gpc_533_embarazo_aetsa_compl_caduc.pdf)

## **10. ANNEXOS**

### **ANEXO 1. Cuestionarios (pre y post intervención)**

#### **a) Variables sociodemográficas y de control de la muestra:**

##### **Género**

- Masculino
- Femenino
- No binario

##### **Edad**

- 18-25
- 26-35
- 36-45
- 46-56
- 56-65
- +66

##### **Campo de profesión**

- Ginecología y obstetricia
- Enfermería (matrona)
- Anestesia

##### **Embarazo propio**

- Si
- No

##### **Tiempo desde el propio embarazo**

- Menos de un año
- Entre 1 y 4 años
- Más de 4 años

**Parto propio**

- Sí
- No

**Tiempo desde el propio parto**

- Menos de un año
  - Entre 1 y 4 años
  - Más de 4 años
- 

**b) Ítems de evaluación de actos médicos**

**1. Canalizar vía intravenosa**

- Nada de acuerdo
- Algo de acuerdo
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- Bastante de acuerdo
- Muy de acuerdo

**2. Dirigir en la posición**

- Nada de acuerdo
- Algo de acuerdo
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- Bastante de acuerdo
- Muy de acuerdo

**3. Acelerar el proceso de parto artificialmente**

- Nada de acuerdo
- Algo de acuerdo
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- Bastante de acuerdo
- Muy de acuerdo

#### **4. Administrar enema de rutina**

- Nada de acuerdo
- Algo de acuerdo
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- Bastante de acuerdo
- Muy de acuerdo

#### **5. Amniorexis de rutina**

- Nada de acuerdo
- Algo de acuerdo
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- Bastante de acuerdo
- Muy de acuerdo

#### **6. Rasurado genital de rutina**

- Nada de acuerdo
- Algo de acuerdo
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- Bastante de acuerdo
- Muy de acuerdo

#### **7. Inmovilizar a la mujer**

- Nada de acuerdo
- Algo de acuerdo
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- Bastante de acuerdo
- Muy de acuerdo

#### **8. Tacto vaginal sin consentimiento**

- Nada de acuerdo
- Algo de acuerdo
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo

- Bastante de acuerdo
- Muy de acuerdo

**9. No ofrecer medidas para el dolor**

- Nada de acuerdo
- Algo de acuerdo
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- Bastante de acuerdo
- Muy de acuerdo

**10. Incitar al uso de la epidural**

- Nada de acuerdo
- Algo de acuerdo
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- Bastante de acuerdo
- Muy de acuerdo

**11. No preservar la intimidad**

- Nada de acuerdo
- Algo de acuerdo
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- Bastante de acuerdo
- Muy de acuerdo

**12. Convencer a la mujer de una cesárea para terminar el parto rápido y sin dolor**

- Nada de acuerdo
- Algo de acuerdo
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- Bastante de acuerdo
- Muy de acuerdo

**13. No considerar la decisión de la mujer**

- Nada de acuerdo
- Algo de acuerdo
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- Bastante de acuerdo

- Muy de acuerdo

#### **14. Posición de litotomía**

- Nada de acuerdo
- Algo de acuerdo
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- Bastante de acuerdo
- Muy de acuerdo

#### **15. Acompañamiento en el expulsivo**

- Nada de acuerdo
- Algo de acuerdo
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- Bastante de acuerdo
- Muy de acuerdo

#### **16. Episiotomía de rutina**

- Nada de acuerdo
- Algo de acuerdo
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- Bastante de acuerdo
- Muy de acuerdo

#### **17. Expresar “no sabes empujar”**

- Nada de acuerdo
- Algo de acuerdo
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- Bastante de acuerdo
- Muy de acuerdo

#### **18. Maniobra Kristeller**

- Nada de acuerdo
- Algo de acuerdo
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- Bastante de acuerdo
- Muy de acuerdo

**19. Episiotomía sin anestesia**

- Nada de acuerdo
- Algo de acuerdo
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- Bastante de acuerdo
- Muy de acuerdo

**20. Prohibir comer y beber**

- Nada de acuerdo
- Algo de acuerdo
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- Bastante de acuerdo
- Muy de acuerdo

**21. No proporcionar abrigo/calefacción durante el parto**

- Nada de acuerdo
- Algo de acuerdo
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- Bastante de acuerdo
- Muy de acuerdo

**22. Expresar ‘deja de quejarte**

- Nada de acuerdo
- Algo de acuerdo
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- Bastante de acuerdo
- Muy de acuerdo

**23. Que tampoco es para tanto”**

- Nada de acuerdo
- Algo de acuerdo
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- Bastante de acuerdo
- Muy de acuerdo

**24. Impedir que la mujer grite**

- Nada de acuerdo

- Algo de acuerdo
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- Bastante de acuerdo
- Muy de acuerdo

**25. Realizar cesárea por lentitud al dilatar**

- Nada de acuerdo
- Algo de acuerdo
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- Bastante de acuerdo
- Muy de acuerdo

**26. Cesárea de urgencia sin consentimiento**

- Nada de acuerdo
- Algo de acuerdo
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- Bastante de acuerdo
- Muy de acuerdo

**27. Impedir el acompañamiento en caso de instrumentación o cesárea**

- Nada de acuerdo
- Algo de acuerdo
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- Bastante de acuerdo
- Muy de acuerdo

**28. Corte de cordón inmediato**

- Nada de acuerdo
- Algo de acuerdo
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- Bastante de acuerdo
- Muy de acuerdo

**29. Suturar sin anestesia un desgarro**

- Nada de acuerdo
- Algo de acuerdo
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- Bastante de acuerdo

- Muy de acuerdo

**30. Separación madre-recién nacido**

- Nada de acuerdo
- Algo de acuerdo
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- Bastante de acuerdo
- Muy de acuerdo

**31. Piel con piel tras la revisión pediátrica**

- Nada de acuerdo
- Algo de acuerdo
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- Bastante de acuerdo
- Muy de acuerdo

**32. Llevar el bebé al nido**

- Nada de acuerdo
- Algo de acuerdo
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- Bastante de acuerdo
- Muy de acuerdo

**33. Dar leche artificial sin consentimiento de la madre**

- Nada de acuerdo
- Algo de acuerdo
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- Bastante de acuerdo
- Muy de acuerdo

## ANEXO 2. Consentimiento informado del estudio



### CONSENTIMIENTO INFORMADO

#### Intervención de realidad virtual para la sensibilización del profesional ante la violencia obstétrica

Yo, ....., con DNI/NIE ..... y como profesional del ámbito de ..... del Hospital de la Santa Creu i de Sant Pau, con relación al estudio *'Hacia un parto respetado: implementación de la realidad virtual para la sensibilización de los profesionales de la salud materna como primer paso para la erradicación de la violencia obstétrica'*,

Declaro que:

- Cumplo con los criterios de inclusión del estudio sin ninguna excepción.
- He leído la hoja de información que me han facilitado sobre el estudio, mi implicación y el uso de la realidad virtual.
- He podido formular las preguntas que he considerado necesarias acerca del estudio y la utilización de datos.
- He sido informado/a de que mis datos personales serán protegidos e incluidos en un fichero que deberá estar sometido a y con las garantías del Reglamento General de Protección de Datos (RGPD), que entró en vigor el 25 de mayo de 2018 que supone la derogación de Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre referidos a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales.

He hablado con ..... (nombre del profesional) y:

- Comprendo los objetivos del estudio y sus procedimientos y el uso
- Comprendo que mi participación es voluntaria y altruista.
- Comprendo que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento (sin necesidad de explicar el motivo y sin que ello afecte a mi actividad profesional) y solicitar la eliminación de mis datos personales.
- Que tengo derecho de acceso y rectificación a mis datos personales.

CONSIENTO EN LA PARTICIPACIÓN EN EL PRESENTE ESTUDIO:

O SÍ                      O NO



Para dejar constancia de todo ello, firmo a continuación.

En ....., ..... de ..... de 20....

Firma del participante

Firma del profesional

---

**APARTADO PARA LA REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO**

Yo, ..... con DNI .....,  
revoco el consentimiento de participación en el proceso, arriba firmado.

Fecha de la revocación,

En ....., ..... de ..... de 20....

Firma del participante

Firma del profesional

**ANEXO 3. Material de difusión para reclutamiento de participantes**

**Eres profesional del área de  
obstetricia y ginecología (MIR y  
EIR) , o de anestesia y reanimación?**

Participación voluntaria en el estudio:

**Uso de la realidad virtual para  
la sensibilización sobre la  
violencia obstétrica**

*Sesiones educativas interactivas previstas en 2025*

Para formar parte:



Fecha límite:  
Noviembre 2024

**CONTACTO INVESTIGADORA:  
DRA. M<sup>a</sup> DEL CARMEN MEDINA MALLÉN  
SERVICIO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA**



#### **ANEXO 4. Hoja informativa sobre el estudio para participantes**

**Título del estudio:** Hacia un parto respetado: implementación de la realidad virtual para la sensibilización de los profesionales de la salud materna como primer paso para la erradicación de la violencia obstétrica.

**Promotor:** Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau.

**Investigador coordinador:** Iris Kučinić / Dra M<sup>a</sup> del Carmen Medina Mallén

**Investigador principal:** Iris Kučinić / Dra M<sup>a</sup> del Carmen Medina Mallén

#### **Introducción**

Nos dirigimos a usted para informarle sobre un estudio experimental en el que se le invita a participar. El estudio ha sido aprobado por el Comité de Ética para la Investigación Clínica de su centro. Nuestra intención es tan solo que usted reciba la información correcta y suficiente para que pueda evaluar y juzgar si quiere o no participar en este ensayo. Para ello, lea esta hoja informativa con atención y le aclararemos las dudas que le puedan surgir.

#### **Participación voluntaria:**

Debe saber que su participación en este estudio es voluntaria y que puede decidir no participar y retirar el consentimiento en cualquier momento, sin que por ello se produzca perjuicio alguno en su actividad laboral del centro.

#### **Descripción general del estudio:**

El objetivo principal es evaluar si el uso de la realidad virtual 3D como método educativo puede tener un efecto positivo en la sensibilización de los profesionales de la salud materna sobre la violencia obstétrica y los partos humanizados.

**Procedimiento del estudio:**

El procedimiento de este estudio consiste en una intervención educativa de una sesión de realidad virtual 3D con un *headset* individual donde el intervenido será expuesto a diferentes situaciones que se consideran o se han denunciado como violencia obstétrica desde la perspectiva de las pacientes, en primera persona. Después de la intervención, el grupo de intervenidos tendrá una breve sesión de discusión y *debriefing* para exponer sus experiencias y reflexiones y que será moderada por una antropóloga especializada en el campo de la obstetricia y ginecología. Tanto antes de hacer la intervención como después de la sesión de reflexión, los intervenidos deberán rellenar un cuestionario de 33 ítems sobre su percepción de los diferentes actos médicos que se han expuesto en la simulación. Este estudio se realizará en el Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, y en él se incluirá un mínimo de 149 participantes.

Su participación en el estudio se iniciará tras la firma de este documento, y se acabará (en caso de que decida participar hasta el final) cuando se complete y entregue el cuestionario post-intervención.

**Beneficios:**

Es posible que de su participación en este estudio no obtenga un beneficio directo. Sin embargo, la evaluación de los datos en su conjunto podría contribuir a realizar recomendaciones sólidas en cuanto al uso de realidad virtual como método educativo en

los departamentos de los profesionales de atención a la salud materna como herramienta de concienciación y autocrítica frente posibles actitudes de violencia obstétrica.

**Molestias y posibles riesgos:**

Ninguna intervención ni material del estudio presenta un posible riesgo o molestia para la persona intervenida.

**Protección de datos personales:**

De acuerdo con la Ley Orgánica 3/2018 del 5 de diciembre de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales, los datos personales que se obtengan serán los necesarios para cubrir los fines del estudio. En ninguno de los informes del estudio aparecerá su nombre, y su identidad no será revelada a ninguna persona salvo para cumplir con los fines del estudio o requerimiento legal. Cualquier información de carácter personal que pueda ser identificable será conservada por métodos informáticos en condiciones de seguridad por el investigador coordinador del estudio (Iris Kučinić / Dra. del Carmen Medina Mallén) o por una institución designada por el mismo. El acceso a dicha información quedará restringido al equipo investigador designado al efecto o a otro personal autorizado, obligado a mantener la confidencialidad de la información.

De acuerdo con la legislación vigente, tiene usted derecho al acceso de sus datos personales; asimismo, y si está justificado, tiene derecho a su rectificación y cancelación. Si así lo desea, deberá solicitarlo al médico que le atiende en este estudio. Sin embargo, no puede conocer los resultados de las determinaciones realizadas durante el estudio.

**Compensación económica:**

Su participación en el estudio no le supondrá ningún gasto ni compensación económica.