

EXPERIENCIAS DE MUJERES QUE SUFRIERON VIOLENCIA OBSTÉTRICA: UNA
REVISIÓN INTEGRADORA

SONIA DIANY ALEXANDRA CASTRO MARTINEZ

CÓDIGO: 330217242

STEPHANY SOTO SANDOVAL

CÓDIGO: 330219135

UNIVERSIDAD DE CUNDINAMARCA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ENFERMERÍA

GIRARDOT

2023

EXPERIENCIAS DE MUJERES QUE SUFRIERON VIOLENCIA OBSTÉTRICA: UNA
REVISIÓN INTEGRADORA

SONIA DIANY ALEXANDRA CASTRO MARTINEZ

CÓDIGO: 330217242

STEPHANY SOTO SANDOVAL

CÓDIGO: 330219135

TRABAJO DE GRADO PRESENTADO COMO REQUISITO PARA OPTAR AL TÍTULO
DE ENFERMERA

ASESOR EXPERTO: Mg. MARY LUZ MONROY RUBIANO

ASESOR METODOLÓGICO: PhD KEVIN JULIÁN AYA ROA

UNIVERSIDAD DE CUNDINAMARCA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ENFERMERÍA
GIRARDOT

2023

AGRADECIMIENTOS

Queremos expresar nuestro más sincero agradecimiento a nuestros tutores Mg. Mary Luz Monroy Rubiano y Mg. Kevin Julián Aya Roa, por su guía, apoyo y paciencia a lo largo de todo el proceso de investigación. Sus conocimientos y consejos han sido fundamentales para el éxito de esta tesis.

Agradecemos a nuestros padres por su constante apoyo y motivación. Sin su amor y sacrificio, no habría sido posible completar este trabajo de grado, que es también una retribución social que aporta conocimiento importante en el que como ciudadanas aportamos para contribuir con la sensibilización de la necesidad de mejorar la humanización en el proceso de atención. También agradecer a nuestros amigos y compañeros de clase por su colaboración y palabras de aliento en cada etapa que transitamos en el proceso de formación profesional.

A la Universidad de Cundinamarca y al programa de enfermería por brindarnos la formación profesional integral y por la oportunidad de conocer en el proceso docentes que nos orientaron para realizar con éxito esta revisión integradora, que ha aportado mucho conocimiento en nuestro futuro rol profesional y ha reforzado la importancia de la enfermería como garante de los derechos de atención digna, segura y humanizada a los sujetos de atención.

Contenido

INTRODUCCIÓN	9
2. OBJETIVOS	12
2.1 OBJETIVO GENERAL	12
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	12
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	13
3.1 DEFINICIÓN DEL PROBLEMA	13
3.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	16
4. JUSTIFICACIÓN	17
5. MARCOS REFERENCIALES	18
5.1. MARCO CONCEPTUAL	18
5.2. MARCO ÉTICO	23
5.3. MARCO LEGAL	24
6. MÉTODOS	29
5.1. TIPO DE ESTUDIO	29
5.2. DISEÑO METODOLÓGICO	29
5.3 SELECCIÓN Y ANÁLISIS	31
6. RESULTADOS	33
DISCUSIÓN	93
CONCLUSIONES	96
RECOMENDACIONES	98
BIBLIOGRAFÍA	99

LISTA DE TABLAS

Pág

Tabla 1. Protocolo de búsqueda	30
Tabla 2. Descripción general de los estudios incluidos.	34
Tabla 3. Categorías emergentes de los estudios	42
Tabla 4. Resumen de Categorías y subcategorías	80

LISTA DE FIGURAS

Pág

Figura 1. FIGURA PRISMA

32

RESUMEN

La violencia obstétrica, es un fenómeno alarmante que afecta a las mujeres durante el proceso de atención en diferentes momentos del proceso de gestación, el parto y el posparto. Se manifiesta a través de maltrato, abuso y falta de respeto, o en intervenciones médicas innecesarias, el trato deshumanizado, la falta de información y la ausencia incluso del consentimiento informado. En el contexto sociocultural, las creencias, estereotipos y las relaciones de poder pueden perpetuar esta violencia. Es fundamental abordar estos factores para promover un cambio positivo en la atención obstétrica, garantizando acceso a una atención respetuosa y de calidad para todas las mujeres.

La violencia obstétrica, se considera una forma de violencia de género, basada en relaciones de poder asimétricas. Muchas mujeres no son conscientes de sus derechos y no identifican la violencia obstétrica debido a la desinformación. En Latinoamérica, países como México, Venezuela, Brasil, Chile y Argentina han buscado visibilizar y erradicar esta violencia. En Colombia, se han creado leyes recientes que reconocen los derechos de las mujeres durante el embarazo, parto y posparto, y buscan una atención integral y cuidado de la salud mental en casos de pérdida gestacional o perinatal. Estas leyes buscan disminuir las prácticas violentas y degradantes, protegiendo la autonomía y evitando la violencia física y la objetificación de las mujeres.

OBJETIVO identificar la evidencia científica sobre las experiencias de mujeres que sufrieron violencia obstétrica a nivel mundial en el período de 2010 a 2022

METODOLOGÍA: Revisión integradora cualitativa fenomenológico

PALABRAS CLAVE Experiencia, violencia obstétrica , enfermería, maltrato, falta de respeto, cuidado deshumanizado

RESULTADOS: Durante la revisión, se identificaron un total de 32 estudios relacionados con la violencia obstétrica. Estos estudios abarcan un periodo de publicación desde 2010 hasta 2022, con 10 estudios publicados entre 2010 y 2018, y 22 estudios publicados entre 2019 y 2022. Todos los artículos fueron de tipo cualitativo, con diferentes enfoques como fenomenológico, etnográfico, exploratorio, descriptivo, mixto y narrativo.

En cuanto a las técnicas de recolección de información, de los estudios revisados, se encontraron diversas metodologías como entrevistas semiestructuradas, entrevistas a profundidad, entrevistas fenomenológicas, narrativas, estudios de caso, encuestas y discusiones de grupos focales. El número de participantes en los estudios varió entre 4 y 8,804, con un promedio de 306.25 participantes por estudio.

Los estudios se enfocaron en mujeres que habían experimentado violencia obstétrica durante al menos una gestación. Todos los artículos seleccionados cumplieron con los criterios de elegibilidad establecidos.

CONCLUSIONES: la revisión integradora de los artículos científicos reveló una abundante evidencia de violencia obstétrica experimentada por mujeres a nivel mundial entre 2010 y 2022. Los estudios consultados, en su mayoría de metodología cualitativa, destacaron la violencia verbal, física, institucional y la falta de respeto a la privacidad y los derechos de las mujeres. Estos actos de violencia despojaron a las mujeres de su autonomía y dignidad, sometiéndose a experiencias poco humanas durante el proceso de atención perinatal.

ABSTRACT

Obstetric violence is an alarming phenomenon that affects women during the care process at different stages of pregnancy, childbirth and postpartum. It manifests itself through mistreatment, abuse and disrespect, or unnecessary medical interventions, dehumanizing treatment, lack of information and the absence even of informed consent. In the sociocultural context, beliefs, stereotypes and power relations can perpetuate this violence. It is essential to address these factors to promote positive change in obstetric care, ensuring access to respectful and quality care for all women.

Obstetric violence is considered a form of gender-based violence, based on asymmetrical power relations. Many women are not aware of their rights and do not identify obstetric violence due to misinformation. In Latin America, countries such as Mexico, Venezuela, Brazil, Chile and Argentina have sought to make this violence visible and eradicate it. In Colombia, recent laws have been created that recognize the rights of women during pregnancy, childbirth and postpartum, and seek comprehensive care and mental health care in cases of gestational or perinatal loss. These laws seek to reduce violent and degrading practices, protecting autonomy and avoiding physical violence and objectification of women.

OBJECTIVE: To identify the scientific evidence on the experiences of women who suffered obstetric violence worldwide in the period from 2010 to 2022.

METHODOLOGY: Phenomenological qualitative integrative review.

KEY WORDS: Experience, obstetric violence, nursing, mistreatment, disrespect, dehumanized care.

RESULTS: During the review, a total of 32 studies related to obstetric violence were identified. These studies spanned a publication period from 2010 to 2022, with 10 studies published between 2010 and 2018, and 22 studies published between 2019 and 2022. All articles were qualitative, with different approaches such as phenomenological, ethnographic, exploratory, descriptive, mixed and narrative.

In terms of data collection techniques, from the studies reviewed, various methodologies were found such as semi-structured interviews, in-depth interviews, phenomenological interviews, narratives, case studies, surveys and focus group discussions. The number of participants in the studies ranged from 4 to 8,804, with an average of 306.25 participants per study.

The studies focused on women who had experienced obstetric violence during at least one gestation. All selected articles met the established eligibility criteria.

CONCLUSIONS: The integrative review of scientific articles revealed abundant evidence of obstetric violence experienced by women worldwide between 2010 and 2022. The studies consulted, mostly qualitative in methodology, highlighted verbal, physical, institutional violence and lack of respect for women's privacy and rights. These acts of violence stripped women of their autonomy and dignity, subjecting them to inhumane experiences during the perinatal care process.

INTRODUCCIÓN

Esta revisión integradora, contextualiza la violencia obstétrica, la vulneración de los derechos y cómo el personal de salud, en muchas ocasiones la ejerce en la atención materno perinatal.

La violencia obstétrica es un fenómeno alarmante que ha cobrado relevancia en los últimos años. Esta se refiere a cualquier forma de maltrato, abuso o falta de respeto hacia las mujeres durante el proceso de atención obstétrica, ya sea durante el embarazo, el parto o el posparto. Esta problemática puede manifestarse de diversas maneras, como la realización de intervenciones médicas innecesarias, el trato deshumanizado, la falta de información y consentimiento informado, entre otras. En el contexto sociocultural, también desempeña un papel relevante, ya que influye en las prácticas y normas que rodean la atención obstétrica. Las creencias, los estereotipos y el mal uso de las relaciones de poder pueden perpetuar la violencia obstétrica. Por tanto, es fundamental abordar estos factores para promover un cambio positivo en la atención obstétrica. Además, es importante garantizar el acceso a una atención en salud respetuosa y de calidad para todas las mujeres, así como abordar y prevenir la violencia obstétrica en el ámbito de la salud sexual y reproductiva.

La violencia obstétrica se refiere a las prácticas y conductas realizadas por profesionales de la salud a las mujeres durante el embarazo, el parto y el posparto, incluyendo acciones violentas, invasivas, humillantes o degradantes.^{1, 2}

Estos comportamientos pueden incluir el uso excesivo de medicamentos, la realización de procedimientos sin el consentimiento informado de la mujer, la negación de cuidados en salud básicos, o la realización de intervenciones quirúrgicas innecesarias. El concepto de violencia obstétrica ha sido objeto de debate en los últimos años y ha llevado a nuevas leyes y políticas para prevenir y abordar esta forma de violencia contra las mujeres en el contexto de los servicios de salud.^{3, 4}

¹ LA violencia obstétrica : una práctica invisibilizada en la atención médica en España | Gaceta Sanitaria [Anónimo]. Gaceta Sanitaria [página web]. [Consultado el 20 de julio de 2023]. Disponible en Internet: <<https://www.gacetasanitaria.org/es-la-violencia-obstetrica-una-practica-articulo-S0213911120301898>> .

² LA violencia obstétrica también es violencia contra la mujer [Anónimo]. Instituto Nacional de Salud Pública [página web]. [Consultado el 22 de septiembre, 2023]. Disponible en Internet: <<https://www.insp.mx/avisos/5138-dia-violencia-mujer-obstetrica.html>>.

³ EL CGCOM rechaza y considera muy desafortunado el concepto de “violencia obstétrica ” para describir las prácticas profesionales de asistencia al embarazo, parto y posparto en nuestro país [Anónimo]. CGCOM [página web]. [Consultado el 22, septiembre, 2023]. Disponible en Internet: <<https://www.cgcom.es/notas-de-prensa/el-cgcom-rechaza-y-considera-muy-desafortunado-el-concepto-de-violencia-obstetrica>>.

⁴ LA violencia obstétrica y su reconocimiento por la Corte Interamericana de Derechos Humanos | ORH [Anónimo]. OHH | Oxford Human Rights Hub [página web]. [Consultado el 22 de septiembre, 2023]. Disponible en Internet: <<https://ohrh.law.ox.ac.uk/la-violencia-obstetrica-y-su-reconocimiento-por-la-corte-interamericana-de-derechos-humanos/>>.

La atención del parto en los centros de salud y hospitales, ha terminado con el paso de los años “convirtiéndose en un hecho biológico, patologizado, institucionalizado y despersonalizado, en el cual la mujer pierde la autonomía sobre su cuerpo”.⁵ La violencia obstétrica va acompañada de la violencia institucional, la cual Bruyn define como “una forma específica de abuso, que comprende daño físico y psicológico a personas, como resultado de condiciones estructuralmente inadecuadas en las instituciones y sistemas públicos”.⁶

Este tipo de violencia es considerada una violencia de género que el ministerio de salud y protección social definen como “cualquier acción o conducta que se desarrolle a partir de las relaciones de poder asimétricas basadas en el género que sobrevaloran lo relacionado con lo masculino y sobrevaloran lo relacionado con lo femenino”.⁷

Diversos autores afirman, que la violencia obstétrica se ejerce a menudo, debido a que hay muchas dificultades para que las mujeres comprendan, identifiquen y denuncien la violencia, ya que en muchas ocasiones se ha evidenciado en los estudios que estas no son conscientes de sus derechos, deberes y sobre qué es violencia durante la atención materno perinatal, además de la desinformación y la poca difusión que hay sobre la violencia obstétrica, pues esta se ha naturalizado entre las gestantes pues ellas no ven la actuación del personal de salud como violencia sino que su percepción se ve distorsionada por la preocupación de que le suceda alguna complicación que ponga en riesgo la vida de su hijo por nacer.

Respecto al marco normativo en Latinoamérica, países como México, Venezuela, Brasil, Chile y Argentina, han buscado visibilizar la violencia obstétrica y erradicarla desde hace muchos años; respecto a Colombia hasta hace poco se creó la Ley 2244 de 2022 la cual busca reconocer los derechos de la mujer en gestación, trabajo de parto, parto y posparto, además la Ley 2310 de 2023, que busca una atención integral y el cuidado de la salud mental de la mujer y su familia en casos de duelo por pérdida gestacional o perinatal, con el propósito de disminuir las prácticas violentas y degradantes hacia las mujeres buscando eliminarlas, puesto que estas incluyen la vulneración de la autonomía, hasta la violencia física y la objetificación de la mujer; la atención en salud, siempre ha tenido un marco patriarcal y hegemónico, que convirtió a la mujer en un objeto sin derechos fundamentales.

⁵ violencia obstétrica : haciendo visible lo invisible [Anónimo]. SciELO Colombia- Scientific Electronic Library Online [página web]. [Consultado el 22 de septiembre, 2023]. Disponible en Internet: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-08072019000200135>.

⁶ LA VIOLENCIA, el embarazo y el aborto Cuestiones de derechos de la mujer y de salud pública [Anónimo]. Inicio. Educación sexual - SIDA STUDI [página web]. [Consultado el 22 de septiembre, 2023]. Disponible en Internet: <<https://salutsexual.sidastudi.org/resources/inmagic-img/DD43493.pdf>>.

⁷ VIOLENCIAS DE género [Anónimo]. Ministerio de Salud y Protección Social [página web]. [Consultado el 13, septiembre, 2023]. Disponible en Internet: <<https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/ssr/Paginas/violencias-de-genero.aspx>>.

Mundialmente las mujeres han sido objeto de violencia obstétrica durante la atención del parto, esta revisión integradora busca identificar en qué momentos las mujeres se han sentido más vulnerables durante el proceso de atención de salud y categorizar esas situaciones violentas con el fin de poder proponer una acción que nos ayude a disminuir estas situaciones.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

Identificar la evidencia científica relacionada con las experiencias de mujeres que sufrieron violencia obstétrica a nivel mundial, en el periodo 2010 a 2022.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Caracterizar la evidencia científica relacionada con las experiencias de mujeres que sufrieron violencia obstétrica en el periodo 2010 al 2022.
2. Analizar la evidencia científica relacionada con las experiencias de mujeres que sufrieron violencia obstétrica en el periodo 2010 al 2022.
3. Integrar la evidencia científica relacionada con las experiencias de gestantes que sufrieron violencia obstétrica a nivel mundial en el periodo 2010 a 2022, para establecer la pertinencia de continuar con otro estudio que incluya una estrategia para armonizar la humanización en la atención en los servicios de sala de partos donde el programa tiene convenio docencia servicio.

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

3.1 DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

La violencia hacia la mujer es una manifestación de las relaciones de poder que históricamente ha sido desigual entre el hombre y la mujer, basadas en la dominación y la discriminación por parte de los hombres, impidiendo el desarrollo pleno de la mujer, lo que ocasiona violencia, que ha sido uno de los mecanismos que la sociedad ha mantenido, para que forzosamente la mujer sea subordinada con respecto al hombre, que se hace aún más evidente en las mujeres pertenecientes a las minorías (Refugiadas, migrantes, indígenas, presidiarias) lo que las hace aún más vulnerables para ser violentadas.

Los orígenes de este modo de violencia se explican por el patriarcado, que se hace presente en el ámbito de la atención en salud, deriva en androcentrismo y sexismo y lleva una asimetría en cuanto a las relaciones saber-poder que favorece implementación del paradigma tecnocrático de atención, centrado en el control sobre el potencial reproductivo de las mujeres. (María Mercedes Lafaurie Villamil, et al, 2018).

La violencia obstétrica se refiere a un tipo de violencia de género, que puede ser física, psicológica y/o verbal, que sucede durante la gestación, el trabajo de parto, el parto y el posparto o puerperio. Esta violencia puede iniciar desde la omisión de la información, malos tratos, procedimientos médicos prescindibles, la exposición innecesaria vulnerando su privacidad, la ausencia del consentimiento informado y el poco respeto por las elecciones de la madre.

Según un informe de la ONU *sobre un enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y la violencia obstétrica durante la atención del parto*, “El maltrato y la violencia contra la mujer durante la atención de la salud reproductiva y la atención del parto en centros hospitalarios es una grave violación de los derechos humanos de la mujer que se extrapola a todos los ámbitos geográficos y niveles de ingresos” (ONU, 2019).

El término “violencia obstétrica” se utiliza ampliamente en América del Sur, pero no se usa todavía en el derecho internacional de los derechos humanos, por lo que, a fin de abordarlo en el actual marco internacional de los derechos humanos de las mujeres (ONU, 2019).

La Organización mundial de la salud (OMS) en el año 2014 escribió un documento donde denunciaba los tratos ofensivos que recibían muchas mujeres en el parto, resaltando la importancia de establecer medidas para disminuir la violencia que se ha normalizado dirigida hacia las mujeres en el momento del parto, la cual no es catalogada como violencia,

pues para este año hablar de violencia obstétrica era un tema controversial entre muchos profesionales de la salud, pues es una violencia invisible y normalizada.

De acuerdo con La abogada Francisca Fernández Guillén, la violencia obstétrica es llevada a cabo con acciones como *“hacer una cesárea a una mujer sin anestesia a pesar de sus gritos de dolor, cortarle la vagina sin su consentimiento o extraer al hijo con fórceps solo para acabar el turno o para que los estudiantes aprendan me parece que son actos de tortura”* (Fernández, 2019).

En España para el año 2016 el Observatorio de violencia obstétrica publicó un informe con datos obtenidos por testimonios de alrededor de 2.000 mujeres, donde encontró que el 70,3% de los profesionales no se presentaron ni informaron el tipo de categoría profesional. Que en un 40 % de los casos el lenguaje usado para dirigirse a las mujeres no se consideró profesional y correcto, en un 33,8 % alguien les dijo que lo hacía mal y en un 32,5% alguien criticó sus expresiones de dolor, gritos o gemidos. Que en más de la mitad de los casos (50,7%) las mujeres no fueron informadas de la intervención (inducción, kristeller, episiotomía...) que se les iba a realizar. Que en algo más de la mitad de los casos (50,1%) se actuó prescindiendo del consentimiento de las mujeres y en un 65,8% de los casos el plan de parto no fue respetado. (ASOCIACIÓN EL PARTO ES NUESTRO, 2016).

Por lo anterior, se puede decir que se han vulnerado derechos humanos, derechos sexuales y reproductivos, además de faltar en principios éticos como la no maleficencia e incurrir en la cosificación del cuerpo de la mujer y la deshumanización, porque es usado como un objeto de aprendizaje y de conductas no consentidas, más allá del proceso fisiológico de la gestación, el cual es alterado generando violencia no solo a la mujer, sino al recién nacido, al que se le ocasionan secuelas irreparables e incluso la muerte. Esta es una problemática que trasciende los continentes, que, según la revisión de literatura científica, sucede tanto en los países desarrollados como en los subdesarrollados, a pesar de que los sistemas de salud en los países desarrollados propenden por garantizar los derechos de las mujeres gestantes, se ha documentado casos de vulneración de derechos y violencia obstétrica.

El colectivo de parteras de América, “Matria Guardianas del Parto”, en el año 2020 realizó una encuesta sobre la violencia obstétrica en 20 países de Latinoamérica en la que participaron 5.000 mujeres, donde se encontró que el 59.3% de las mujeres respondieron de manera afirmativa a la pregunta *“¿te has sentido incómoda, ofendida o humillada por algún comentario, pregunta o maniobra durante una consulta ginecológica o prenatal?”* Lo cual quiere decir que 6 de cada 10 mujeres se sintieron incómodas, ofendidas y humilladas durante una consulta ginecológica o prenatal. Un 38% experimentó amenazas, insultos o coerción por parte del personal sanitario. Un 49% de las mujeres experimentó en algún momento sentimiento de infantilización, uso de sobrenombres o diminutivos. Al 54,6% de las mujeres les negaron la ingesta de alimentos y bebidas durante el parto, la cesárea o el aborto. (MOVIMIENTOS SR, 2019).

Las mujeres no deberían sufrir violencia cuando sus niveles de hormonas están elevados y son altamente sensibles, por lo que sus experiencias con respecto al nacimiento de su hijo son traumáticas y sienten miedo de volver a pasar por ese proceso por miedo a tener otra experiencia negativa, pues hay estudios que demuestran que, de las experiencias negativas a causa de la violencia obstétrica, se puede generar estrés postraumático.

Vallana Sala señala que *“aparte de la inmovilización propiciada por los artilugios tecnológicos, las parturientas deben ser protegidas de golpes y caídas dentro de las instituciones hospitalarias, lo que hace que se les prohíba deambular, caminar, agacharse, acurrucarse, ponerse en cuatro, entre otros, movimientos todos estos que contribuyen a la dilatación y ayudan a hacer las contracciones más llevaderas. La imposición de la quietud es inadecuada para la fisiología del parto y la posición supina. (Sala, 2016).*

Abordar esta problemática, permite conocer la realidad en la que las mujeres están viviendo sus partos y desde la enfermería, poder aportar a la gestión y oferta de cuidado humanizado a la mujer en trabajo de parto y parto, para que se logre cumplir la estrategia de experiencia positiva del nacimiento.

Como programa de enfermería profundizar en este tema, facilitará a los estudiantes la consulta y visibilizar la situación, que no es ajena en nuestro país, para que se fortalezca el cuidado a la mujer y su pareja, con un enfoque de género y de derechos que favorezca a futuro, servicios de atención materna perinatal más armonizados con la política de humanización y parto respetado, así mismo, este estudio alimenta las líneas translocales de la Facultad Ciencias de la salud: Vida, valores democráticos, civilidad, libertad y transhumanidad; y Transmodernidad, naturaleza, ambiente, biodiversidad, ancestralidad y familia, abordando aspectos inherentes a la mujer como núcleo de la familia, que aporta al desarrollo de los valores, del cuidado de sí y del entorno, que está permeada por cuidados transmitidos por sus ancestros que impactan en la salud personal y familiar.

3.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es la evidencia científica relacionada con las experiencias de mujeres que sufrieron violencia obstétrica en el periodo 2010 a 2022?

4. JUSTIFICACIÓN

La violencia obstétrica es un problema que afecta a mujeres de todo el mundo y ha sido identificado como una forma de violencia de género. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la violencia obstétrica como "el trato deshumanizante, negligente o abusivo de la mujer durante el embarazo, parto y postparto" (OMS, 2014).

Realizar un trabajo de búsqueda en la literatura científica nos permite tener una perspectiva cualitativa que facilite la visibilización de esta problemática a nivel mundial. Esta búsqueda nos acerca a una comprensión más profunda de las experiencias, percepciones y necesidades de las mujeres que han sufrido violencia obstétrica en diferentes lugares del mundo, con el fin de evidenciar que este tipo de violencia existe. Como personal de salud que ofrece cuidado directo y es garante de los derechos de los usuarios, es fundamental aprender a reconocer situaciones de riesgo para prevenir que se continúe perpetuando estas prácticas lesivas para la mujer y la sociedad.

A través de la revisión bibliográfica de diversos estudios, podemos conocer las experiencias de las mujeres que han sufrido violencia durante esta etapa de la vida. Estos testimonios directos permiten a la comunidad investigadora identificar los eventos que desencadenan la violencia obstétrica. Es importante destacar que esta forma de violencia no respeta edad, estrato social, cultura e incluso no discrimina entre vivir en un país desarrollado o subdesarrollado.

El objetivo de esta revisión es exponer a la comunidad de la salud la importancia del trato digno y humanizado de la mujer durante el embarazo, el parto y el postparto. También se busca resaltar las complicaciones que pueden surgir en la vida de la mujer y del neonato como resultado de la violencia obstétrica. Para el campo de la enfermería, es fundamental reconocer esta problemática que vulnera a las mujeres, para poder ser garantes de sus derechos y favorecer una atención digna, respetuosa y humanizada que permita a las mujeres y a las familias gestantes transitar el proceso de la gestación y el parto de manera positiva.

5. MARCOS REFERENCIALES

5.1. MARCO CONCEPTUAL

La violencia obstétrica es una manera de violencia de género que se manifiesta durante el embarazo, el parto y el puerperio. Se caracteriza por el maltrato físico, emocional, económico y/o verbal hacia las mujeres durante este periodo, y puede incluir la negación de información, la restricción de su autonomía y de su capacidad de decisión, la realización de procedimientos invasivos sin su consentimiento, el incumplimiento de los protocolos de atención y el uso excesivo de intervenciones médicas innecesarias.

El marco sobre la violencia obstétrica incluye una revisión de la literatura existente sobre este tema, así como una discusión de las teorías relacionadas con la violencia de género, el patriarcado y los derechos humanos.

La violencia obstétrica es un tipo de violencia de género que sucede en el marco de la atención médica⁸. Es importante destacar la importancia del acceso a atención médica respetuosa y de calidad para todas las mujeres, además de la necesidad de abordar y prevenir la violencia obstétrica en el ámbito de la salud reproductiva. Asimismo, es necesario visibilizar la investigación sobre violencia obstétrica, para reconocer su existencia en el ámbito de atención en salud y su impacto en la salud de las mujeres, neonatos y sus familias.

Se refiere a las prácticas y conductas realizadas por profesionales de la salud a las mujeres durante el embarazo⁹, el parto y el posparto, incluyendo acciones violentas, invasivas, humillantes o degradantes. Estos comportamientos pueden incluir el uso excesivo de medicamentos, la realización de procedimientos sin el consentimiento informado de la mujer, la negación de cuidados médicos básicos, o la realización de intervenciones quirúrgicas innecesarias. El concepto de violencia obstétrica ha sido objeto de debate en

⁸ Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo: UAEH [página web]. [Consultado el 15 de julio de 2023]. Disponible en Internet: <https://www.uaeh.edu.mx/xiii_congreso_empoderamiento_fem/documentos/pdf/C004.pdf>.

⁹ LA violencia obstétrica : una práctica invisibilizada en la atención médica en España | Gaceta Sanitaria [Anónimo]. Gaceta Sanitaria [página web]. [Consultado el 15 de julio de 2023]. Disponible en Internet: <<https://www.gacetasanitaria.org/es-la-violencia-obstetrica-una-practica-articulo-S0213911120301898>>.

los últimos años y ha llevado a nuevas leyes y políticas para prevenir y abordar esta forma de violencia contra las mujeres en el contexto de los servicios de salud¹⁰.

Es fundamental considerar que la violencia obstétrica afecta a mujeres de todo el mundo, independientemente de su edad, raza o estatus socioeconómico. Además, esta forma de violencia puede tener graves consecuencias tanto para la salud física como mental de la mujer y su bebé.

A nivel internacional, la violencia obstétrica esta es considerada como la violación de los derechos humanos y ha sido reconocida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como una importante preocupación de salud pública. En muchos países, las mujeres enfrentan obstáculos para acceder a servicios de atención médica de calidad, respetuosa y garante de los derechos durante el embarazo y el parto, lo que puede afectar el binomio madre-hijo.

Teniendo en cuenta las causas y los factores influyentes de este fenómeno, tales como la falta de capacitación del personal de la salud, de protocolos adecuados para la atención de las mujeres embarazadas, en trabajo de parto, el puerperio y el desconocimiento de los derechos de las mujeres. Es de suma importancia incluir un análisis de las consecuencias negativas para la salud y el bienestar de las mujeres, así como de la sociedad en general. Adicionalmente se debe considerar las posibles soluciones y propuestas para prevenir y disminuir los actos de violencia obstétrica. Esto implica cambios en la formación del personal de salud, la elaboración de protocolos de atención adecuados y la promoción de los derechos de las mujeres embarazadas.

La violencia obstétrica es una manera de violencia de género que se manifiesta durante el embarazo, el parto y el puerperio. Se caracteriza por el maltrato físico, emocional, económico y/o verbal hacia las mujeres durante este periodo, y puede incluir la negación de información, la restricción de su autonomía y de su capacidad de decisión, la realización de procedimientos invasivos sin su consentimiento, el incumplimiento de los protocolos de atención y el uso excesivo de intervenciones médicas innecesarias.¹¹

La violencia de género se refiere a los actos dañinos dirigidos contra una persona o un grupo de personas debido a su género. Tiene su origen en la desigualdad de género, el abuso de poder y la existencia de normas dañinas. El término se utiliza principalmente para subrayar el hecho de que las diferencias estructurales de poder basadas en el género

¹⁰ LA violencia obstétrica y su reconocimiento por la Corte Interamericana de Derechos Humanos | ORH [Anónimo]. OHRH | Oxford Human Rights Hub [página web]. [Consultado el 15 de julio de 2023]. Disponible en Internet: <<https://ohrh.law.ox.ac.uk/la-violencia-obstetrica-y-su-reconocimiento-por-la-corte-interamericana-de-derechos-humanos/>>.

¹¹ INSTITUTO TECNOLÓGICO y de Estudios Superiores de Monterrey Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud/“violencia obstétrica : perspectiva de las usuarias de un hospital público en Nuevo León” [Anónimo]. Repositorio Institucional del Tecnológico de Monterrey (RITEC) [página web]. (julio, 2020). [Consultado el 11, agosto, 2023]. Disponible en Internet: <<https://repositorio.tec.mx/bitstream/handle/11285/648366/Tesis%20final%20Violencia%20obstetrica.pdf?sequence=5&isAllowed=y>>.

colocan a las mujeres y niñas en situación de riesgo frente a múltiples formas de violencia. Si bien las mujeres y niñas sufren violencia de género de manera desproporcionada, los hombres y los niños también pueden ser blanco de ella. En ocasiones se emplea este término para describir la violencia dirigida contra las poblaciones LGBTQI+, al referirse a la violencia relacionada con las normas de masculinidad/feminidad o a las normas de género¹².

La violencia obstétrica es una forma específica de violencia contra las mujeres que constituye una violación a los derechos humanos. Se genera en el ámbito de la atención del embarazo, parto y posparto en los servicios de salud públicos y privados, y consiste en cualquier acción u omisión por parte del personal del Sistema Nacional de Salud que cause un daño físico y/o psicológico a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, que se exprese en la falta de acceso a servicios de salud reproductiva, un trato cruel, inhumano o degradante, o un abuso de medicalización, menoscabando la capacidad de decidir de manera libre e informada sobre dichos procesos reproductivos.¹³

El maltrato hace referencia a todas aquellas acciones que involucran algún tipo de agresión o violencia. Como dice la misma palabra, el abuso es una forma de tratar mal a alguien, dirigirse a esa persona o ser vivo de una manera agresiva, con insultos, gritos e incluso violencia física. El maltrato es perjudicial para el que lo recibe, ya que puede suponer lesiones graves si la agresión es física y también heridas emocionales y psicológicas cuando el abuso es verbal.¹⁴

El género se entiende como un estructurador social que determina la construcción de los roles, valoraciones, estereotipos, imaginarios, asociados a lo masculino y lo femenino y las relaciones de poder que de estos se desprenden y se exacerban con otras formas de desigualdad. Estas construcciones sociales difieren entre sociedades, culturas y se transforman con el tiempo. Parten de expectativas colectivas de género que se modifican dependiendo de la condición de clase, el periodo del curso de vida y el lugar que ocupan los sujetos sociales en el ordenamiento socio-racial. Las discriminaciones por razones de género permean las estructuras sociales, culturales, económicas y políticas y tienen impactos individuales, comunitarios y colectivos¹⁵

¹² VIOLENCIA DE GENERO: Tipos de violencia contra las mujeres y las niñas [Anónimo]. ONU Mujeres [página web]. [Consultado el 15 de julio de 2023]. Disponible en Internet: <<https://www.unwomen.org/es/what-we-do/ending-violence-against-women/faqs/types-of-violence>>.

¹³ violencia obstétrica Un enfoque de derechos humanos/¿Qué es la violencia obstétrica ? [Anónimo]. Repo CLACAI Principal [página web]. [Consultado el 22 de septiembre, 2023]. Disponible en Internet: <<https://www.clacaidigital.info/bitstream/handle/123456789/677/Violencia%20obstetrica.pdf?sequence=5&isAllowed=y>>.

¹⁴ MALTRATO - Concepto Definición [Anónimo]. Concepto de - Definición de [página web]. [Consultado el 22 de septiembre, 2023]. Disponible en Internet: <<https://conceptodefinicion.de/maltrato/>>.

¹⁵ GENERO [Anónimo]. Ministerio de Salud y Protección Social/ [página web]. [Consultado el 17, agosto, 2023]. Disponible en Internet: <<https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/promocion-social/Paginas/genero.aspx>>.

La gestación es el período que transcurre entre la implantación en el útero del óvulo fecundado y el momento del parto. Durante la gestación tienen lugar los procesos fisiológicos de crecimiento y desarrollo del feto en el interior del útero materno. El embarazo humano dura unas 40 semanas desde el primer día de la última menstruación o 38 desde la fecundación (aproximadamente unos 9 meses).¹⁶

Parto: es el proceso fisiológico único con el que la mujer finaliza su gestación a término, en el que están implicados factores psicológicos y socioculturales. Su inicio es espontáneo, se desarrolla y termina sin complicaciones, culmina con el nacimiento y no implica más intervención que el apoyo integral y respetuoso del mismo.¹⁷

El puerperio es la etapa que comienza para la mujer inmediatamente después del nacimiento. Suele decirse que tiene una duración de 40 días, aunque puede extenderse por meses e incluso hasta un año. En ese período retroceden los cambios que se produjeron durante el embarazo. Existe un puerperio inmediato que se produce en las primeras 24 a 48 horas inmediatas luego del parto, en los que las mujeres púerperas experimentarán grandes cambios tanto a nivel psicológico como social.¹⁸

El duelo perinatal es aquel que se produce tras la pérdida de un bebé durante el embarazo, o en los momentos previos o posteriores al parto. En este tipo de duelo concurren dos momentos vitales antagónicos: la vida y la muerte. Este hecho marca definitivamente un proceso que tiene matices específicos. Para la madre gestante esta experiencia supone un choque brutal en el que los dos extremos de la vida se hacen evidentes.¹⁹

Autonomía: La autonomía entendida como “la capacidad de las personas para tomar decisiones libres e informadas sobre sus vidas, de manera de poder ser y hacer en función de sus propias aspiraciones y deseos en el contexto histórico que las hace posibles” (CEPAL, 2011), es un factor fundamental para garantizar el ejercicio de sus derechos humanos en un contexto de plena igualdad y en este sentido una condición para la superación de las injusticias de género. La autonomía se convierte en un elemento central

¹⁶ GESTACIÓN - Enciclopedia - inatal - El embarazo semana a semana [Anónimo]. inatal - El embarazo semana a semana [página web]. [Consultado el 16, octubre, 2023]. Disponible en Internet: <<https://inatal.org/el-embarazo/enciclopedia/71-gestacion.htm>>.

¹⁷ ¿QUÉ ES el Parto? | Portal Clínic [Anónimo]. Clínic Barcelona [página web]. [Consultado el 17, agosto, 2023]. Disponible en Internet: <<https://www.clinicbarcelona.org/asistencia/enfermedades/embarazo-y-parto/parto>>.

¹⁸ QUÉ ES el puerperio y las etapas del posparto [Anónimo]. UNICEF [página web]. [Consultado el 17, agosto, 2023]. Disponible en Internet: <<https://www.unicef.org/uruguay/crianza/embarazo/que-es-el-puterperio-y-las-etapas-del-posparto>>.

¹⁹ CARACTERÍSTICAS Y dificultades del duelo perinatal - Fundación Mario Losantos del Campo (FMLC) [Anónimo]. Fundación Mario Losantos del Campo (FMLC) - Mejoramos la vida de las personas a través de la salud y la educación [página web]. [Consultado el 22 de septiembre, 2023]. Disponible en Internet: <<https://www.fundacionmlc.org/caracteristicas-y-dificultades-del-duelo-perinatal/>>.

para alcanzar la igualdad, como un derecho humano fundamental, y una precondition para que las mujeres actúen como sujetos plenos del desarrollo.²⁰

Derechos humanos: son normas que reconocen y protegen la dignidad de todos los seres humanos. Estos derechos rigen la manera en que los individuos viven en sociedad y se relacionan entre sí, al igual que sus relaciones con el Estado y las obligaciones del Estado hacia ellos.²¹

Derechos sexuales: se refieren a la libertad de las personas para ejercer su sexualidad de manera saludable, sin ningún tipo de abuso, coerción, violencia o discriminación. La sexualidad comprende la actividad sexual, las identidades de género, la orientación sexual, el erotismo, el placer, la intimidad y la reproducción. Se establece por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales y se experimenta y expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, comportamientos, prácticas y relaciones.²²

Derechos reproductivos: se refieren a la libertad de las personas para decidir si tener o no hijos, la cantidad y el espaciamiento entre ellos, el tipo de familia que se quiere formar, acceder a información y planificación para hacerlo, a métodos anticonceptivos y al aborto legal y seguro, así como a los servicios adecuados sobre fertilización asistida y servicios de salud pre y post embarazo.²³

Contexto sociocultural: en el cual cada sujeto recibe de manera singular y simultánea las influencias sociales, asimismo es donde el hombre actúa de manera individual o colectiva, reflejando los aspectos sociales más generales. La familia es el grupo natural del ser humano más estable en el devenir histórico de la sociedad, respondiendo a cada época y a las condiciones socioeconómicas en que se desarrolla, identificando sentimientos de pertenencia y la satisfacción de necesidades.²⁴

²⁰ INTERRELACIÓN DE las autonomías [Anónimo]. Observatorio de Igualdad de Género [página web]. [Consultado el 22 de septiembre, 2023]. Disponible en Internet: <<https://oig.cepal.org/es/autonomias/interrelacion-autonomias>>.

²¹ ¿QUÉ SON los derechos humanos? [Anónimo]. UNICEF [página web]. [Consultado el 22 de septiembre, 2023]. Disponible en Internet: <<https://www.unicef.org/es/convencion-derechos-nino/que-son-derechos-humanos>>.

²² QUÉ Y cuáles son los derechos sexuales y reproductivos - Fundación Huésped [Anónimo]. Fundación Huésped [página web]. [Consultado el 22 de septiembre, 2023]. Disponible en Internet: <<https://huesped.org.ar/informacion/derechos-sexuales-y-reproductivos/tus-derechos/que-son-y-cuales-son/>>.

²³ QUÉ Y cuáles son los derechos sexuales y reproductivos - Fundación Huésped [Anónimo]. Fundación Huésped [página web]. [Consultado el 22 de septiembre, 2023]. Disponible en Internet: <<https://huesped.org.ar/informacion/derechos-sexuales-y-reproductivos/tus-derechos/que-son-y-cuales-son/>>.

²⁴ EL CONTEXTO sociocultural en la enseñanza-aprendizaje de la lengua materna [Anónimo]. REDALYC [página web]. [Consultado el 9, agosto, 2023]. Disponible en Internet: <<https://www.redalyc.org/journal/4780/478055147010/html/>>.

5.2. MARCO ÉTICO

Resolución 8430 de 1993: Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. De la presente resolución es importante saber el tipo de riesgo que se generó en el presente estudio, según lo establecido en sus artículos 10 y 11.

Artículo 10. El grupo de investigadores o el investigador principal deberán identificar el tipo o tipos de riesgo a que estarán expuestos los sujetos de investigación.

Artículo 11. Para efectos de este reglamento las investigaciones se clasifican en las siguientes categorías: a. Investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: revisión de historias clínicas, entrevistas, cuestionarios y otros en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta. Por lo anterior, este estudio se categoriza como investigación sin riesgo, ya que es un revisión integradora, con método de investigación documental.²⁵

Se aborda al interior de este **marco la ley 1915 de 2018** que corresponde “en todo proceso relativo al derecho de autor, y ante cualquier jurisdicción nacional se presumirá, salvo prueba en contrario, que la persona bajo cuyo nombre, seudónimo o su equivalente se haya divulgado la obra, será el titular de los derechos de autor. También se presumirá, salvo prueba en contrario, que la obra se encuentra protegida.”²⁶

Ley 911 de 2004: "Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones". Según lo establece el artículo 6.

²⁵ RESOLUCIÓN 8430 de 1993 - Colombia [Anónimo]. www.redjurista.com [página web]. [Consultado el 28, noviembre, 2023]. Disponible en Internet: <[https://www.redjurista.com/Documents/resolucion_8430_de_1993.aspx#/>](https://www.redjurista.com/Documents/resolucion_8430_de_1993.aspx#/).

²⁶ LEY 1915 de 2018 - Gestor Normativo [Anónimo]. Inicio - Función Pública [página web]. [Consultado el 20, noviembre, 2023]. Disponible en Internet: <<https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=87419>>. DICCIONARIO DE cáncer del NCI/consentimiento informado [Anónimo]. Instituto Nacional del Cáncer [página web]. [Consultado el 22 de septiembre, 2023]. Disponible en Internet: <<https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/consentimiento-informado>>.

El ARTÍCULO 6o. describe que el profesional de enfermería deberá informar y solicitar el consentimiento a la persona, a la familia, o a los grupos comunitarios, previa realización de las intervenciones de cuidado de enfermería, con el objeto de que conozcan su conveniencia y posibles efectos no deseados, a fin de que puedan manifestar su aceptación o su oposición a ellas. De igual manera, deberá proceder cuando ellos sean sujetos de prácticas de docencia o de investigación de enfermería.²⁷

5.3. MARCO LEGAL

Para el presente estudio, se incluye las políticas públicas y normatividad vigente sobre violencia obstétrica a nivel mundial, entendiendo como **política pública** *"un proceso integrador de decisiones, acciones, inacciones, acuerdos e instrumentos, adelantado por autoridades públicas con la participación eventual de los particulares, y encaminado a solucionar o prevenir una situación definida como problemática. La política pública hace parte de un ambiente determinado del cual se nutre y al cual pretende modificar o mantener"* (Velásquez 2009).

Así mismo la **Normatividad** hace referencia a las reglas o preceptos de carácter obligatorio, emanados de una autoridad normativa, la cual tiene su fundamento de validez en una norma jurídica que autoriza la producción normativa, que tienen por objeto regular las relaciones sociales y cuyo cumplimiento está garantizado por el Estado.²⁸

Ley 1915 de 2018: Por la cual se modifica la ley 23 de 1982 y se establecen otras disposiciones en materia de derecho de autor y derechos conexos. El artículo 3 describe, El autor o, en su caso, sus derechos existentes, tienen sobre las obras literarias y artísticas el derecho exclusivo de autorizar, o prohibir:

La reproducción de la obra bajo cualquier manera o forma. Permanente o temporal, mediante cualquier procedimiento incluyendo el almacenamiento temporal en forma electrónica.

La comunicación al público de la obra por cualquier medio o procedimiento, ya sean estos alámbricos o inalámbricos, incluyendo la puesta a disposición al público, de tal forma que los miembros del público puedan tener acceso a ella desde el lugar y en el momento que cada uno de ellos elija.

La distribución pública del original y copias de sus obras, mediante la venta o a través de cualquier forma de transferencia de propiedad.

²⁷ LEY 911 DE 2004 [Anónimo]. Inicio | Ministerio de Educación Nacional [página web]. [Consultado el 28, noviembre, 2023]. Disponible en Internet: <https://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-105034_archivo_pdf.pdf>.

²⁸ **NORMATIVIDAD** [Anónimo]. [Consultado el 22 de septiembre, 2023]. Disponible en Internet: <https://www.mef.gob.pe/index.php?option=com_content&view=category&id=672&Itemid=100357&lang=es>.

La importación de copias hechas sin autorización del titular del derecho.

El alquiler comercial al público del original o de los ejemplares de sus obras.

La traducción, adaptación, arreglo u otra transformación de la obra.²⁹

Resolución 3280 de 2018: Por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal y se establecen las directrices para su operación.³⁰

Ley 2310 de 2023 “por medio de la cual se ordena la expedición de un lineamiento técnico para la atención integral y el cuidado de la salud mental de la mujer y la familia en casos de duelo por pérdida gestacional o perinatal, y se dictan otras Disposiciones "ley brazos vacíos”

ARTÍCULO 1°. Objeto. La presente ley tiene por objeto establecer la obligación al Ministerio de Salud y Protección Social, de expedir un Lineamiento técnico para la atención integral en casos de duelo por pérdida gestacional o perinatal, aplicable a todos los actores del sistema de salud en Colombia que tengan a cargo la atención materno perinatal y de salud mental.³¹

OBJETIVOS DEL MILENIO

Quinto objetivo del milenio: mejorar la salud materna, donde se establecen metas para reducir la mortalidad materna, lograr el acceso universal a la salud reproductiva y lograr mayor asistencia con personal especializado al momento del parto.³²

²⁹ LEY 1915 de 2018/POR LA CUAL SE MODIFICA LA LEY 23 DE 1982 Y SE ESTABLECEN OTRAS DISPOSICIONES EN MATERIA DE DERECHO DE AUTOR Y DERECHOS CONEXOS. [Anónimo]. Función Pública [página web]. [Consultado el 17, agosto, 2023]. Disponible en Internet: <<https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=87419>>.

³⁰ Resolución 3280 del 2 de agosto del 2018. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%203280%20de%2020183280.pdf

³¹ LEY 2310 de 2023/"Ley brazos vacíos" [Anónimo]. Función Pública [página web]. [Consultado el 16, octubre, 2023]. Disponible en Internet: <<https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=216370>>.

³² OBJETIVOS DEL MILENIO/ QUINTO OBJETIVO - MEJORAR LA SALUD MATERNA [Anónimo]. NACIONES UNIDAS [página web]. [Consultado el 17, agosto, 2023]. Disponible en Internet: <<https://www.cepal.org/es/temas/objetivos-de-desarrollo-del-milenio-odm/objetivos-desarrollo-milenio>>.

Ley 2244 de 2022 : "Por medio de la cual se reconocen los derechos de la mujer en embarazo, trabajo de parto, parto y posparto y se dictan otras disposiciones o "ley de parto digno, respetado y humanizado"³³

ARGENTINA

Ley 25.929 de 2004. Establécese que las obras sociales regidas por leyes nacionales y las entidades de medicina prepaga deberán brindar obligatoriamente determinadas prestaciones relacionadas con el embarazo, el trabajo de parto, el parto y el postparto, incorporándose las mismas al Programa Médico Obligatorio. Derechos de los padres y de la persona recién nacida.³⁴

26.485 de 2009. Ley de Protección Integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales.³⁵

VENEZUELA

Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia.

La presente Ley tiene por objeto garantizar y promover el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia, creando condiciones para prevenir, atender, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en cualquiera de sus manifestaciones y ámbitos, impulsando cambios en los patrones socioculturales que sostienen la desigualdad de género y las relaciones de poder sobre las mujeres, para favorecer la construcción de una sociedad justa democrática, participativa, paritaria y protagónica.³⁶

MÉXICO

Ley general de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia Art. 1°, 6°, 18°. La presente ley tiene por objeto establecer la coordinación entre la Federación, las entidades federativas, el Distrito Federal y los municipios para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres, así como los principios y modalidades para garantizar su acceso a una vida libre de violencia que favorezca su desarrollo y bienestar conforme a los principios de igualdad y de no discriminación, así como para garantizar la democracia, el

³³ LEY 2244 de 2022 - Gestor Normativo [Anónimo]. Inicio - Función Pública [página web]. [Consultado el 17, agosto, 2023]. Disponible en Internet: <<https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=189347>>.

³⁴ Inicio | Argentina.gob.ar [página web]. [Consultado el 17, agosto, 2023]. Disponible en Internet: <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/ley_25929_parto_humanizado_decreto_web_0.pdf>.

³⁵ LEY 26.485/2009. Ley de Protección Integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales | SITEAL [Anónimo]. SITEAL [página web]. [Consultado el 17, agosto, 2023]. Disponible en Internet: <<https://siteal.iiep.unesco.org/bdnp/40/ley-264852009-ley-proteccion-integral-prevenir-sancionar-erradicar-violencia-contra-mujeres#:~:text=Políticas%20y%20normativas-,Ley%2026.485/2009.,que%20desarrollen%20sus%20relaciones%20interpersonales>>.

³⁶ LEY Nº 38.668 del 23 de abril de 2007 - Ley Orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia [Anónimo]. ACNUR [página web]. [Consultado el 17, agosto, 2023]. Disponible en Internet: <<https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2008/6604.pdf>>.

desarrollo integral y sustentable que fortalezca la soberanía y el régimen democrático establecidos en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

ARTÍCULO 1. La presente ley tiene por objeto establecer la coordinación entre la Federación, las entidades federativas, el Distrito Federal y los municipios para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres, así como los principios y modalidades para garantizar su acceso a una vida libre de violencia que favorezca su desarrollo y bienestar conforme a los principios de igualdad y de no discriminación, así como para garantizar la democracia, el desarrollo integral y sustentable que fortalezca la soberanía y el régimen democrático establecidos en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

Las disposiciones de esta ley son de orden público, interés social y de observancia general en la República Mexicana

ARTÍCULO 6. Los tipos de violencia contra las mujeres son: **La violencia psicológica.** Es cualquier acto u omisión que dañe la estabilidad psicológica, que puede consistir en: negligencia, abandono, descuido reiterado, celotipia, insultos, humillaciones, devaluación, marginación, indiferencia, infidelidad, comparaciones destructivas, rechazo, restricción a la autodeterminación y amenazas, las cuales conllevan a la víctima a la depresión, al aislamiento, a la devaluación de su autoestima e incluso al suicidio; **La violencia física.** Es cualquier acto que inflige daño no accidental, usando la fuerza física o algún tipo de arma u objeto que pueda provocar o no lesiones ya sean internas, externas, o ambas; **La violencia patrimonial.** Es cualquier acto u omisión que afecta la supervivencia de la víctima. Se manifiesta en: la transformación, sustracción, destrucción, retención o distracción de objetos, documentos personales, bienes y valores, derechos patrimoniales o recursos económicos destinados a satisfacer sus necesidades y puede abarcar los daños a los bienes comunes o propios de la víctima; **Violencia económica.** Es toda acción u omisión del agresor que afecta la supervivencia económica de la víctima. Se manifiesta a través de limitaciones encaminadas a controlar el ingreso de sus percepciones económicas, así como la percepción de un salario menor por igual trabajo, dentro de un mismo centro laboral; **La violencia sexual.** Es cualquier acto que degrada o daña el cuerpo y/o la sexualidad de la Víctima y que por tanto atenta contra su libertad, dignidad e integridad física. Es una expresión de abuso de poder que implica la supremacía masculina sobre la mujer, al denigrar y concebirla como objeto.

VI. Cualesquiera otras formas análogas que lesionen o sean susceptibles de dañar la dignidad, integridad o libertad de las mujeres.

ARTÍCULO 18. Violencia Institucional: Son los actos u omisiones de las y los servidores públicos de cualquier orden de gobierno que discriminen o tengan como fin dilatar, obstaculizar o impedir el goce y ejercicio de los derechos humanos de las mujeres, así como su acceso al disfrute de políticas públicas destinadas a prevenir, atender, investigar, sancionar y erradicar los diferentes tipos de violencia.³⁷

³⁷ LEY GENERAL DE ACCESO DE LAS MUJERES A UNA VIDA LIBRE DE VIOLENCIA [Anónimo]. CÁMARA DE DIPUTADOS DEL H. CONGRESO DE LA UNIÓN [página web]. [Consultado el 17, agosto, 2023]. Disponible en Internet: <<https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGAMVLV.pdf>>.

BRASIL

Lei Maria Da Penha lei 11.340/2006. Crea mecanismos para cohibir la violencia doméstica y familiar contra la mujer, en los términos del § 8 del Art. 226 de la Constitución Federal, de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Mujeres y de la Convención Interamericana para Prevenir, Punir y Erradicar la Violencia contra la Mujer, dispone sobre la creación de los Juzgados de Violencia Doméstica y Familiar contra la Mujer; altera el Código de Proceso Penal, el Código Penal y la Ley de Ejecución Penal; y da otras medidas.³⁸

CHILE

Ley Adriana: la violencia obstétrica como discriminación de género. El objeto de la ley como han indicado los parlamentarios es: "...establecer, promover y garantizar asegurar los derechos de las mujeres y personas con capacidad de gestar, en cualquier etapa del ciclo vital y de la persona recién nacida, en el ámbito de la atención ginecológica de la salud sexual y reproductiva, especialmente durante la atención de la gestación, parto, puerperio, aborto en las causales establecidas por la ley, muerte gestacional o perinatal".³⁹

³⁸ Observatorio de Igualdad de Género | de América Latina y el Caribe [página web]. [Consultado el 17, agosto, 2023]. Disponible en Internet: <https://oig.cepal.org/sites/default/files/ley_11.340_maria_da_penha_de_brasil.pdf>.

³⁹ LEY ADRIANA: la violencia obstétrica como discriminación de género. - Diario Constitucional [Anónimo]. Diario Constitucional [página web]. [Consultado el 16, octubre, 2023]. Disponible en Internet: <<https://www.diarioconstitucional.cl/reportajes/ley-adriana-la-violencia-gineco-obstetrica-como-discriminacion-de-genero/>>.

6. MÉTODOS

5.1. TIPO DE ESTUDIO

La presente investigación es de tipo cualitativo (25), dado que permitió conocer las experiencias de las mujeres que sufrieron violencia obstétrica en cualquier momento durante el proceso de atención perinatal (en la gestación, el trabajo de parto, el parto y el posparto o puerperio) a partir de la revisión de literatura científica de estudios realizados a nivel mundial durante el periodo comprendido entre 2010 a 2022.

5.2. DISEÑO METODOLÓGICO

Este estudio es una revisión integradora de la información, de acuerdo con los parámetros de GANONG (23), las revisiones integradoras permiten analizar y comprender los resultados de estudios cualitativos; permitiendo describir las experiencias de las gestantes desde una mirada holística e integral. Esta revisión se realizó siguiendo las etapas utilizadas en la metodología integradora de Whitemore & Knafl y GANONG, que son: 1) selección de la pregunta orientadora de la investigación; 2) definición de los criterios de inclusión y exclusión de los artículos para la selección de la muestra; 3) representación de los artículos; 4) análisis de los hallazgos; 5) interpretación de los resultados.

La pregunta PICO está relacionada a una metodología empleada para dar respuesta a una investigación de la esfera clínica, esta herramienta permite estructurar, centrando el tema de interés, de esta manera determinar la población y la situación específica a investigar.

Para estructurar la pregunta clínica **PICO** debe tener en cuenta sus 4 componentes

(P) Población o paciente

(I) Intervención

(C) Comparación

(O) Resultados, lo que permitirá establecer los criterios de inclusión y exclusión, para establecer la búsqueda integradora, teniendo como meta unificar los criterios de búsqueda deseados.

La pregunta PICO se planteó así: **P**: mujeres, **I**: no aplica, **C**: no aplica, **O**: experiencias de violencia obstétrica; ¿Cuál es la evidencia científica de enfermería relacionada con las experiencias de mujeres que sufrieron violencia obstétrica a nivel mundial, en el periodo 2010 a 2022?

Búsqueda de literatura

Se realizó la búsqueda literaria exhaustiva de literatura en siete bases de datos: BVS (Biblioteca virtual de salud) (43 estudios), Google Académico (25 estudios), PUBMED (42 estudios), Redalyc (18 estudios), SpringerLink (12 estudios), Elsevier (15 estudios) y Scopus (17 estudios).

Para la búsqueda se utilizaron los descriptores (DeCS) en español e inglés: Experiencia (Experiences), Violencia Obstétrica (Obstetric Violence), Enfermería (Nursing), Maltrato (mistreatment), Falta de respeto (disrespect), cuidado deshumanizado (dehumanized care); se empleó operador booleano AND.

Tabla 1.- Protocolo de búsqueda.

Base de datos	Protocolo de búsqueda	Artículos Seleccionados	Artículos valorados para elegibilidad	Artículos seleccionados
BVS	Women AND Experiences AND Obstetric Violence	191	43	10
GOOGLE ACADÉMICO	Experiencia AND Mujeres AND violencia obstétrica AND cuidado deshumanizado	100	25	5
PUBMED	Experiences AND Women AND Obstetric Violence	399	42	9
REDALYC	mujeres AND Experiencias AND violencia obstétrica AND cuidado deshumanizado	18	18	2
SPRINGERLINK	Experiences AND Women AND Obstetric Violence	100	12	3
ELSEVIER	Experiences AND Obstetric violence	83	15	2

	AND women AND dehumanized care			
SCOPUS	Experiences AND Obstetric AND Violence	292	17	1
TOTAL		1207	172	32

Fuente: Elaboración propia, Castro S. Soto S, 2023

5.3 SELECCIÓN Y ANÁLISIS

Se realizó una revisión integradora sobre artículos de estudios de la experiencia de mujeres que sufrieron violencia obstétrica, bajo la metodología propuesta por GANONG (23), por el cual buscaba la comprensión del tema a través de cinco etapas para su desarrollo. Para esto se utilizaron los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

Criterios de inclusión:

Estudios cualitativos que abordarán experiencias o vivencias de mujeres que sufrieron violencia obstétrica durante su embarazo, parto y/o puerperio.

Publicaciones en español, inglés y/o portugués.

Estudios realizados y publicados entre los años 2010 y 2022.

Criterios de exclusión:

Estudios con metodología cuantitativa.

Estudios con carencia de rigor científico en el diseño metodológico cualitativo.

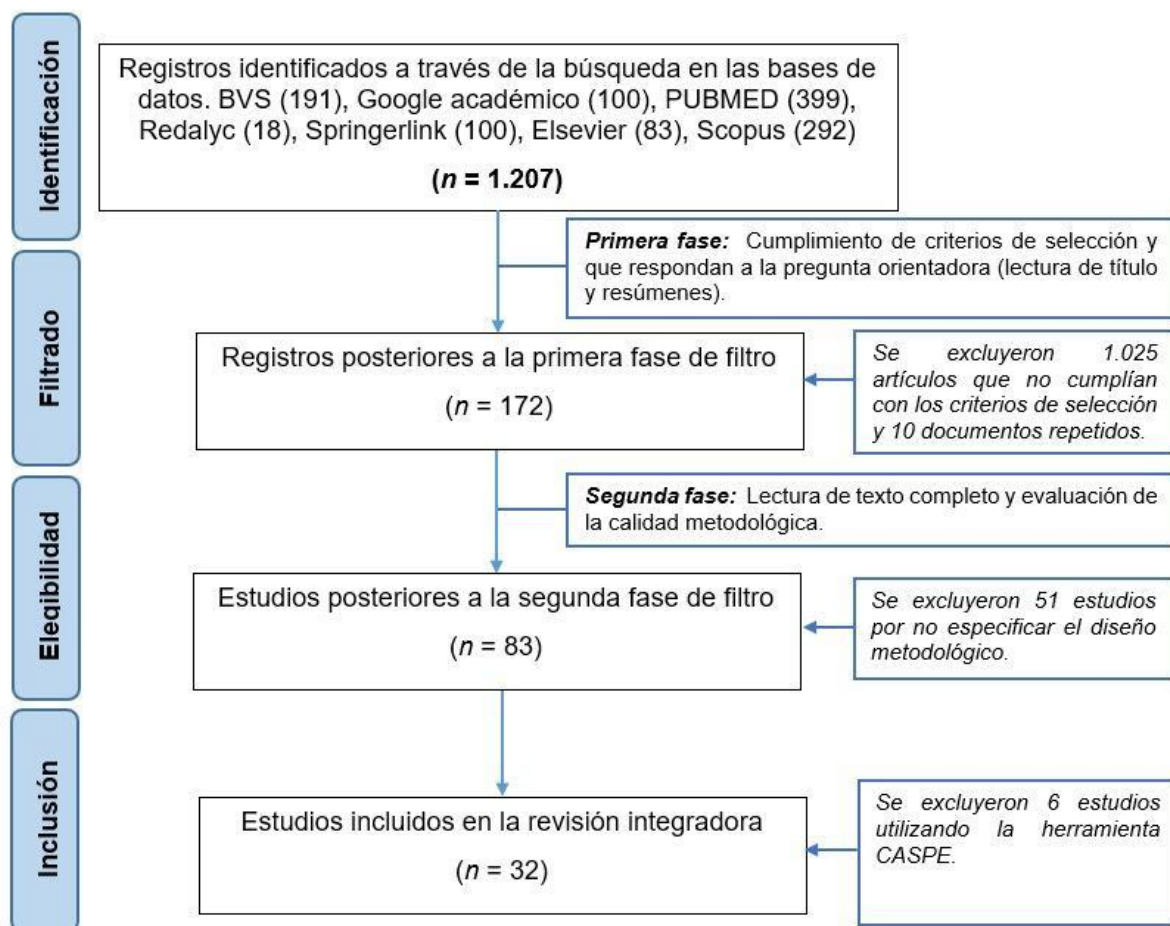
Estudios con poca información en el diseño metodológico.

Estudios que describieron la violencia obstétrica desde la perspectiva del personal de salud.

Estudios mixtos donde la parte cuantitativa es mayor que la cualitativa.

Durante la búsqueda literaria de los estudios se identificaron 1.207 entre las diferentes bases de datos usadas para la revisión integradora, seguido de esto se realiza una filtración mediante la lectura del Abstract en cumplimiento de los criterios de inclusión y exclusión, quedando como resultado 172, debido a la eliminación 1.025 que no cumplieron con los criterios establecidos y 10 que se repetían entre las diferentes bases de datos, en la segunda fase se realizó la lectura completa de cada artículo para identificar la metodología empleada y el tipo de muestra quedando solo los que cumplieron con los criterios preestablecidos, obteniendo 83 artículos de los cuales se excluyeron 51 que no eran totalmente claros su metodología empleada, dejando 38 documentos que al momento de aplicar los criterios de inclusión, filtro 6 artículos que no presentaban información completa, veraz y confiable para la revisión integradora, dejando un total 32 artículos. Con la siguiente distribución: BVS (10), GOOGLE ACADÉMICO (5), PUBMED (9), REDALYC (2), SPRINGERLINK (3), ELSEVIER (2) y SCOPUS (1).

FIGURA PRISMA



6. RESULTADOS

A continuación, se presentan los resultados de la investigación, donde se describen primero las características de los estudios encontrados y posteriormente se presentan las categorías y subcategorías de las experiencias de las mujeres que sufrieron violencia obstétrica .

Caracterización de estudios

Los artículos incluidos en la revisión en relación con los años de publicación, durante el periodo del 2010 al 2018 se identificaron 10 artículos, del 2019 al 2022 se identificaron 22 artículos. En su totalidad son artículos con metodología de tipo cualitativa, 18 de estos con enfoque fenomenológico, mapeo corporal 1, etnografía 2, cualitativo exploratorio 3, cualitativo descriptivo 4, mixto 1 y narrativa cualitativa 2. Las técnicas de recolección de la información de la muestra fueron: entrevistas semiestructuradas 19, entrevista fenomenológica 3, narrativas 1, estudio de caso 2, entrevistas estructuradas y profundidad 1, entrevistas en profundidad y debates de grupos focales 3, discusiones de grupos focales 1, entrevistas de grupos focales 1 y una encuesta 1. El número de participantes de los estudios de cada artículo osciló entre 4 y 8.804, teniendo una media de 306,25 los estudios elegidos iban dirigidos a mujeres que hubieran cursado por lo menos una gestación y durante esta sufrieran de violencia obstétrica. Cada uno de los artículos elegidos cumplieron con los criterios de elegibilidad.

Análisis: Se realizó una síntesis de la información en una matriz en Excel, en donde se sacaron las categorías emergentes y las subcategorías con la correspondiente explicación, posteriormente se hizo una fase de visualización en donde se revisaron todas las categorías para ver elementos en común e integrar la información, posteriormente se realizó una fase integradora, en donde se enlazan categorías similares y se explica el fenómeno desde la agrupación de datos cualitativos, con el fin de comprender a profundidad la experiencia y/o vivencias de las mujeres embarazadas.

Tabla 2. Descripción general de los estudios incluidos.

Título De La Investigación	Autor/Año/País	Idioma	Método/Muestra
BVS			
Superposiciones de violencia obstétrica y discapacidad: violencia obstétrica durante el parto entre mujeres con discapacidad: un estudio cualitativo.	Aregahegn; Aneleay; Mesfn; et al., 2022; Etiopia (55).	Inglés	Método: Fenomenológico, entrevista semiestructurada a profundidad. Muestra: 22 mujeres con discapacidad.
Rompiendo el silencio sobre la violencia obstétrica : mapeo corporal de las narrativas de respeto, falta de respeto y abuso de las mujeres durante el parto en Bihar, India.	Kaveri; Sandall; Jane; et al., 2022; India (10)	Inglés	Método: mapeo corporal Muestra: 8 mujeres que dieron a luz en un hospital en india
violencia obstétrica un estudio de entrevista cualitativa.	Annborn; Finnbogadóttir, 2021; Suecia (38)	Inglés	Método: fenomenológico Muestra: 12 mujeres que dieron a luz 3 años antes

<p>[Disparidades raciales: un análisis de la violencia obstétrica entre mujeres afrobrasileñas]. Disparidades raciales: un análisis de la violencia obstétrica en mujeres negras.</p>	<p>Lima; Pimentel; Lyra, 2021; Brasil (16)</p>	<p>Inglés</p>	<p>Método: etnográfica Muestra: 6 mujeres indígenas afro</p>
<p>Experiencias de parto durante la pandemia de COVID-19 en Italia y España: un análisis temático.</p>	<p>Colaceci; Anderson; Ricciuto; et al.,2022, España e Italia (19)</p>	<p>Inglés</p>	<p>Método: cualitativo descriptivo Muestra: 162 publicaciones de personas italianas y españolas</p>
<p>violencia obstétrica y trauma en el parto: relatos de las madres</p>	<p>Matos; Magalhães; Féres-Carneiro, 2021; Brasil (46)</p>	<p>Inglés</p>	<p>Método: fenomenológico Muestra: 5 mujeres</p>
<p>violencia obstétrica en la percepción de las mujeres multíparas.</p>	<p>Ribeiro; Gomes; Oliveira; et al, 2020; Brasil (40)</p>	<p>Inglés</p>	<p>Método: fenomenológico Muestra: 8 multíparas sufrieron VO</p>

Conocimiento y vivencias de violencia obstétrica en mujeres que han vivido la experiencia del parto	Nascimento; Mesquita Mendes Pires; De Andrade Santo; et al, 2019; Brasil (13)	Inglés Español	– Método: fenomenológico Muestra: 20 mujeres parturientas
Experiencias de violencia obstétrica vividas por las parturientas	Oliveira; Rocha; Arrais; et al, 2019; Brasil (49)	Portugués	Método: cualitativo fenomenológico Muestra: 15 mujeres
Ni el personal médico ni el sanitario son violentos por naturaleza: la violencia obstétrica desde una perspectiva interaccionista.	Briceño; Enciso; Yepes Delgado, 2018; Colombia (36)	Inglés	Método: cualitativo fenomenológico Muestra: 18 mujeres
GOOGLE ACADÉMICO			
El lado oculto de la violencia obstétrica : parto, dolor y violencias	Oiberman; Mansilla; et al, 2019; Argentina (17)	Español	Método: cualitativo fenomenológico Muestra: 4 casos
Construcción social de la violencia obstétrica en mujeres Tének y Náhuatl de México	Range; Martínez; et al, 2019; México (14)	Español	Método: cualitativo fenomenológico Muestra: 57 mujeres

violencia obstétrica : haciendo visible lo invisible	Jojoa; Cuchumbe; Ledesma; et al, 2019; Colombia (48)	Español	Método: cualitativo con enfoque fenomenológico Muestra: 23 mujeres
Experiencias de puérperas sobre violencia obstétrica en la perspectiva fenomenológica	Santos; Bezerra; et al, 2021; Brasil (20)	Español	Método: fenomenológico Muestra: 17 parturientas
violencia obstétrica . La perspectiva de mujeres que la han sufrido	Llobera; Ferrer; Chela, 2019; España (47)	Español	Método: estudio cualitativo con enfoque fenomenológico Muestra: 12 participantes

SPRINGER LINK

Consecuencias negativas para la salud basadas en la violencia durante el parto: un estudio cualitativo en mujeres iraníes	Taghizadeh; Ebadi; Jaafarpour, 2021; Iran (12)	Inglés	Método: cualitativo exploratorio Muestra: 26 mujeres
“Quien no tiene dinero no entra”: un estudio cualitativo sobre las experiencias de mujeres refugiadas en el cuidado materno respetuoso	Kabakian; Makhoul; Ghusayni, 2022; Libano (2)	Inglés	Método: fenomenológico Muestra: 26 mujeres
Explorando el maltrato a las mujeres durante el parto en un entorno periurbano en Kenia: experiencias y percepciones de	Oluoch; Smith; Milán; Dowd, 2018; Kenia (21)	Inglés	Método: Cualitativo

las mujeres y los proveedores de atención médica			Muestra: 46 entrevistas en profundidad semiestructuradas y 15 debates de grupos focales
PUBMED			
Perspectivas de las mujeres sobre el maltrato durante el parto en establecimientos de salud en Ghana: resultados de un estudio cualitativo	Maya; Adu-Bonsaffoh; Dako-Gyeke; et al, 2018; República de Ghana (52)	Inglés	Método: cualitativo exploratorio Muestra: 110 mujeres
Experiencias de falta de respeto y abuso de las mujeres en los centros de atención de maternidad en el estado de Benue, Nigeria	Orpin; Puthussery; et al, 2018; Nigeria (51)	Inglés	Método: cualitativo fenomenológico Muestra: 32 mujeres
"¿El doctor Dios me va a castigar?!" Un examen interseccional del cuidado irrespetuoso y abusivo durante el parto contra madres solteras en Túnez	Amroussia; Hernández; et al, 2017; Túnez (1)	Inglés	Método: cualitativo fenomenológico Muestra: 11 mujeres solteras
Perspectivas de múltiples partes interesadas sobre el maltrato de mujeres indígenas durante el parto en Colombia: impulsores y puntos de intervención	Gaffney; López; et al, 2022; Colombia (33)	Inglés	Método: cualitativo Muestra: 10 mujeres indígenas

<p>Perspectivas de las mujeres sobre las experiencias de falta de respeto y abuso durante el parto en un hospital universitario en el suroeste de Etiopía: un estudio cualitativo</p>	<p>Megersa; Karin; et al, 2022; Etiopía (53)</p>	<p>Inglés</p>	<p>Método: cualitativo exploratorio Muestra:33 mujeres</p>
<p>Experiencias y respuestas al cuidado materno irrespetuoso y abuso durante el parto; un estudio cualitativo con mujeres y hombres en la región de Morogoro, Tanzania</p>	<p>McMahon; George; Chebet; et al,2014; Tanzania (18)</p>	<p>Inglés</p>	<p>Método: transversal cualitativo Muestra: 112 encuestados</p>
<p>No hay suficientes personas para cuidarte': una exploración de las experiencias de parto de las mujeres en la República de Irlanda</p>	<p>Larkin; Begley; Devane, 2010; Irlanda (37)</p>	<p>Inglés</p>	<p>Método: estudio descriptivo cualitativo Muestra: 25 mujeres</p>
<p>Identificación de experiencias de maltrato obstétrico en narrativas de nacimientos en EE. UU.: aplicación de tipologías de maltrato informadas internacionalmente</p>	<p>Tello; Téllez; Gonzales, 2022; EEUU (27)</p>	<p>Inglés</p>	<p>Método: Análisis narrativo Muestra: 61 participante</p>
<p>Las mujeres sufren más por los cuidados irrespetuosos y abusivos que por el propio dolor del parto: un estudio cualitativo desde la perspectiva de las Mujeres</p>	<p>Gebremichael; Worku; Medhanyie; et al, 2018; Etiopía (54)</p>	<p>Inglés</p>	<p>Método: fenomenológico cualitativo Muestra: 7 u 8 mujeres</p>

REDALYC			
“Parir no es un asunto de etnia, es un asunto de humanidad”: experiencias frente a la violencia obstétrica durante la atención al parto en mujeres indígenas	Gaffney; Molina; López, 2021; Colombia (3)	Español	Método: estudio cualitativo de tipo etnográfico Muestra: 9 mujeres indígenas
Formas de violencia obstétrica experimentada por madres que tuvieron un parto normal	Silva; Santana, 2016; Brasil (22)	Español	Método: estudio descriptivo, con un enfoque cualitativo Muestra: 35 puérperas
SCOPUS			
Deshumanizado, violado e impotentes: una encuesta australiana de mujeres. Experiencias de violencia obstétricas en los últimos 5 años	Keedle; Keedle; Dahlen, 2022; Australia (15)	Inglés	Método: Mixto Muestra: 8.804 Mujeres
ELSEVIER			
Narrativas de angustia sobre el nacimiento en maternidades públicas de Sudáfrica: un estudio cualitativo	Chadwick; Cooper; Harries, 2014; Sudáfrica (34)	Inglés	Método: narrativa cualitativa Muestra: 33 mujeres de bajos ingresos entre 18 y 42 años que habían dado a luz recientemente a un bebé en el sector público de maternidad.

Experiencias de las mujeres con el trauma del parto: una revisión del alcance	Watson; White; Hall; Hewitt, 2020; Australia (32)	Inglés	Método: estudio fenomenológico cualitativo Muestra: 15 mujeres
--	---	--------	---

Fuente: Elaboración propia, Castro S. Soto S, 2023

Tabla 3. Categorías emergentes de los estudios

Apellidos	Categorías	Subcategorías	Explicación
	Maltrato físico		Las mujeres asumieron erróneamente que el abuso físico se utilizaba como herramienta para asegurar la salud de la mujer y su bebé.
	Maltrato Verbal		Las mujeres describieron que tuvieron gritos, insultos, comentarios negativos y comentarios despectivos además de sentir que sus experiencias de parto fueron degradantes.
	Estigma y discriminación		Las participantes por su discapacidad expresaron temor a ser discriminadas y estigmatizadas.
	Negligencia y abandono		Las mujeres expresaron sentirse abandonadas durante el trabajo de parto y el parto pues no podían contactar a los proveedores de atención obstétrica cuando era necesario.

<p>Aregahegn; Aneleay; Mesfn; et al.</p>	<p>Violación de la privacidad</p>		<p>Las mujeres se sentían observadas debido a que estaban desnudas y expuestas a otras pacientes, familiares y proveedores de salud, ya que no había un diseño adecuado y la infraestructura desgastada contaba con ventanas rotas que dejaban ver al interior mientras la mujer pasaba por el proceso del parto</p>
<p>Kaveri; Sandall; Jane; et al.</p>	<p>Buen Nacimiento, mal nacimiento y nacimiento esperado.</p>		<p>Se les solicitó a las mujeres que seleccionaran una de sus experiencias de parto para representarla a través de un mapeo corporal, donde se evidenciaron experiencias traumáticas y positivas. Esto les ayudó a comprender cómo percibían un parto bueno o uno malo.</p>
	<p>Nacimiento irrespetuoso y abusivo</p>		<p>Las mujeres experimentaron varios tipos de abuso y faltas de respeto por parte de los proveedores de atención médica durante su estadía hospitalaria, además sufrieron abuso, verbal, físico, sexual y extorsión.</p>

	Nacimiento respetuoso		Las mujeres expresaron su deseo de contar con un entorno de nacimiento respetuoso y de ser tratadas como individuos con derechos y preferencias durante el trabajo de parto y parto.
Annborn; Finnbogadóttir	Falta de información y consentimiento		Las mujeres expresaron que la información suministrada durante el proceso de trabajo de parto era confusa, incompleta o simplemente no recibieron ninguna información, además, manifestaron que no tuvieron oportunidad de participar en las decisiones relacionadas con su parto y que se sintieron completamente ignoradas.
	Alivio insuficiente del dolor		Las mujeres describen el dolor que experimentaron, ya que no se les permitió acceder a la anestesia epidural hasta que el cuello uterino estuviera dilatado.
	Falta de confianza y seguridad		Las mujeres experimentaron falta de apoyo, palabras insultantes, además se sintieron ignoradas, abandonadas y sin control sobre su propio cuerpo.
	La experiencia del abuso		Las mujeres explicaron cómo habían sido sometidas a tratos inhumanos, abusos y amenazas, a pesar de que se negaran.

Lima; Pimentel	La cesárea y búsqueda del conocimiento		Las mujeres se enfrentan a dificultades y resistencias al optar por un parto vaginal, pues se considera atrasado o peligroso. Además, existen relaciones de poder asimétricas, donde solo el conocimiento y el poder médico se consideran superiores.
	La ausencia institucional como forma de violencia		Las mujeres expresan que sienten incertidumbre sobre el lugar del parto lo que les genera angustia al no tener esa información.
	Obediencia y cooperación: conductas en el momento del parto		Las mujeres sufrieron tocamientos vaginales dolorosos y repetitivos, episiotomías y la maniobra de Kristeller, lo cual las hizo sentirse desvalorizadas.
Cuidado		Profesionales de la salud	El personal de salud no brindó el apoyo necesario, lo que afectó la experiencia de parto de manera negativa, haciéndolas sentirse decepcionadas.
		Presencial del socio o una persona de confianza	Durante el COVID-19 se limitó e incluso negó la presencia del padre, lo cual generó que este fuera considerado un visitante sin derechos.

**Colaceci;
Anderson;
Ricciuto; et al.**

	Contacto contra madre / separación infantil	Las entrevistadas manifestaron que, debido a las restricciones por COVID-19 en algunas ocasiones fueron separadas de sus hijos hasta que se obtuviera el resultado del hisopado o cuando tuvieron un posparto complicado. Además, los bebés que requirieron atención neonatal fueron separados de sus madres sin ninguna explicación.
	Comunicación	Las mujeres evidenciaron problemas de comunicación asertiva, ya que nunca se les informó sobre los procedimientos y conductas de rutina a seguir respecto a sus bebés, que les ocasionó molestia y estrés.
Estrategias de afrontamiento y resolución de problemas	Elección de pagar visitas o exámenes	Las mujeres italianas optaron por visitas pagas debido a que tenían la posibilidad de asistir acompañadas, lo que no sucedía en el sector público.
	Elección razonada del lugar de nacimiento	Las mujeres optaron por elegir dónde dar a luz, teniendo en cuenta las restricciones durante el COVID 19 y considerando la experiencia que les hubiera gustado tener y las restricciones aplicadas por el hospital.

	Tiempo de transferencias a la administración del hospital	Las mujeres optaron por posponer la transferencia al hospital, para poder pasar la mayor parte del trabajo de parto en casa. En otras ocasiones, las mujeres señalan que sus partos fueron en casa porque se les ordenó regresar y volver cuando las contracciones aumentaran. Sin embargo, debido a la rápida evolución del trabajo de parto, no regresaron al hospital.
Legislación y medidas anti-COVID 19		Las entrevistadas sugirieron a los hospitales una mejor capacidad organizativa para satisfacer las necesidades de los padres.
	Discreción en la aplicación de reglas y recomendaciones	Las mujeres evidenciaron contradicciones respecto a la separación de la madre y el niño. Es decir, el número de personas presentes en la habitación no importaba, ya fueran estudiantes de medicina, parteras o médicos. Sin embargo, no se podía realizar el contacto piel con piel el cual es primordial para un recién nacido. Esto hace referencia a las regulaciones que se aplicaron en los hospitales.
	Resolución oportuna de problemas y habilidades organizativas	Las mujeres mencionaron la importancia de mejorar las habilidades de resolución de problemas y organización de los gerentes de atención médica para mejorar la experiencia y satisfacción de ellos

Matos; Magalhães; Féres-Carneiro	violencia obstétrica		La violencia obstétrica es un término que se utiliza cuando las mujeres tienen experiencia de parto irrespetuosas o abusivas, es el trato inhumano, tactos sin consentimiento, el trabajo de parto medicado, las episiotomías sin consentimiento y lenguaje despectivo o degradante que ocasiona que las mujeres se sintieran vulneradas, impotentes, abusadas e incluso violadas por las conductas que tuvo el personal de salud durante el parto y trabajo de parto.
Ribeiro; Gomes; Oliveira; et al	violencia obstétrica en mujeres primigestantes		Las mujeres sienten que sufrir violencia obstétrica es un trauma que no se olvida, pues los profesionales sanitarios replican la violencia de género convirtiendo el parto en una relación de poder, siendo las mujeres vulnerables a las que con mayor frecuencia se le violan los derechos sexuales y reproductivos.
	violencia obstétrica en mujeres multigestantes		La violencia obstétrica está relacionada con las multigestantes, quienes son las que más la sufren, ya que se tiene una percepción de que son menos dignas de respeto y atención. A menudo, son tratadas con brusquedad y desconsideración.
	El momento de la admisión		Las mujeres experimentaban sentimientos de miedo, inseguridad y falta de comodidad en ese ambiente.

Oliveira; Rocha; Arrais; et al.	Asistencia brindada a mujeres embarazadas		Es necesario hacer claridad sobre qué es la violencia obstétrica para las mujeres, ya que a menudo desconocen que su atención médica durante la gestación fue realizada con violencia obstétrica.
	Las diferentes caras de la violencia obstétrica : identificación y sentimientos		Las mujeres describen sus experiencias de parto como dolorosas y traumáticas, sin identificar que están siendo víctimas de violencia obstétrica y sin comprender cómo la sufrieron.
	Consecuencias de la violencia obstétrica en el vínculo madre recién nacido		La violencia tiene un impacto en el binomio madre-hijo, ya que la madre atraviesa situaciones devastadoras que afectan su vínculo.
Nascimento; Mesquita Mendes Pires; De Andrade Santo; et al	Falta de conocimiento de las mujeres sobre la violencia obstétrica		Las mujeres desconocían qué era la violencia obstétrica y no habían escuchado el término previamente.
	Experiencia de violencia obstétrica desde la perspectiva de las parturientas		Las mujeres desconocían qué era la violencia obstétrica . Sin embargo, durante la entrevista se pudo evidenciar que hubo violencia tanto verbal como no verbal. Se les negaron procedimientos, no recibieron una atención adecuada, se realizaron procedimientos médicos sin su consentimiento, se indujo y aceleró el parto, y se realizaron tactos vaginales en exceso y de manera repetitiva.

**Briceño; Enciso;
Yepes Delgado**

Habitus médico autoritario		Las mujeres se sintieron tratadas como objetos de trabajo en las salas de maternidad, con contacto vaginal doloroso y repetido sin su consentimiento. Además, el personal de salud llevó a cabo maniobras prohibidas y realizaron inducciones al parto sin indicación médica.
Naturalización de la violencia social		La violencia social contribuye al desarrollo de la violencia obstétrica en el futuro, ya que cuando las mujeres están expuestas a diversos escenarios de violencia que puede afectar su autoestima y percepción de valor. Lo que resulta en dificultades para establecer relaciones saludables.
Un sistema de salud inequitativo que favorece las relaciones de poder		Las mujeres entrevistadas son conscientes de que el personal de salud es responsable de la violencia obstétrica debido a un exceso de estandarización de los procesos, lo que convierte la atención médica en un proceso mecánico. Además, el sistema de salud sobrecargado y saturado no puede proporcionar una atención médica humanizada y personalizada.
Cómo afrontar la violencia obstétrica		Las mujeres entrevistadas, al haber sufrido violencia obstétrica, optaron por someterse a fin de evitar cualquier situación que pusiera en riesgo al bebé. Además, buscaron minimizar y olvidar que habían sido víctimas de violencia obstétrica.

	El miedo lo invade todo		La violencia obstétrica para las mujeres que fueron entrevistadas fue encasillada en cuatro sentimientos: imposibilidad de dar a luz, miedo respecto a todo el proceso de parto, sensación de soledad y abandono por el personal sanitario y sus seres queridos.
Range; Martínez; et al	Discriminación		Las mujeres expresaron que enfrentan resistencias para poder llevar a cabo prácticas culturales importantes que no representaban ningún riesgo, y también se les negaba la posibilidad de dar a luz en cualquier posición que no fuera litotomía.
	Negligencia		Las mujeres entrevistadas no eran conscientes de que el uso excesivo de medicación es una forma de violencia obstétrica, ya que existe desconocimiento acerca de cuál es la forma natural de dar a luz. Además, se mencionan la realización repetitiva de tactos y la falta de privacidad e intimidad durante los procedimientos.
	Abuso o violencia verbal		Las mujeres narraban cómo, en los momentos donde experimentaban mayor dolor, eran silenciadas y obligadas a dejar de quejarse.

	Negación de la autonomía		Las mujeres describieron experiencias en las que se les impusieron métodos de planificación familiar, se les negó el acceso sin una razón médica justificada o las coaccionaron para que accediera a un servicio específico.
Jojoa; Cuchumbe; Ledesma; et al.	violencia obstétrica	Violencia institucional	Las mujeres fueron sometidas a políticas institucionales que restringen sus derechos y no satisfacen sus necesidades durante el proceso de parto haciendo, lo que genera una sensación de inconformidad.
		Violencia psicológica	Las mujeres experimentaron violencia verbal y fueron impedidas para expresarse libremente, además de no tener derecho a ser informadas ni a tomar decisiones por sí mismas.
		Violencia simbólica	Las mujeres han normalizado la violencia durante la atención del embarazo y parto.
		Violencia sexual	Las mujeres experimentaron comentarios con connotaciones sexuales que las hacían sentirse incómodas y asustadas.

Santos; Bezerra; et al	El deseo de un parto normal y la barrera de la resolución profesional		Las mujeres sintieron que hubo prejuicios en el momento de ingresar a la institución de salud, en el manejo del dolor, pero sobre todo experimentaron una deshumanización en relación con la realización de tactos repetitivos, la falta de alimentos y los tratos incómodos y molestos. Esto hizo que las mujeres se sintieran desatendidas y que violaran sus derechos.
	El acompañante presente y el acompañamiento resiliente		Las mujeres manifestaron su descontento al no poder contar con un acompañante durante un momento en el que necesitan apoyo y ayuda. Algunas mujeres expresaron que se les negó la posibilidad de tener a alguien durante el trabajo de parto. Esta situación puede ser especialmente angustiante para las mujeres que experimentan miedos y preocupaciones relacionadas con el parto.
Llobera; Chela	Ferrer; Trato de los profesionales, indicativo de violencia obstétrica		Las mujeres describieron que el personal de salud mostró un comportamiento impersonal, deshumanizado, irrespetuoso y jerarquizado. Además, mencionaron que el personal no tenía control ni intimidad sobre su propio cuerpo.

<p>Práctica clínica constitutiva de violencia obstétrica</p>		<p>Las mujeres relatan cómo se les realizaron procedimientos sin previa información ni consentimiento, en los cuales se llevaron a cabo maniobras prohibidas, se utilizó oxitocina sin justificación y se practicaron episiotomías, lo que generó desconfianzas hacia los profesionales de la salud.</p>
<p>violencia obstétrica por vulneración de los derechos de las pacientes</p>		<p>Las mujeres fueron víctimas de una violación a su autonomía, ya que se llevaron a cabo procedimientos sin su consentimiento o en contra de su voluntad, lo que además evidencia una clara relación de poder.</p>
<p>Agencia y empoderamiento tras el sufrimiento de violencia obstétrica</p>		<p>Las mujeres manifestaron que, a pesar de haber experimentado violencia obstétrica, estarían dispuestas a pasar por el proceso del parto nuevamente, siempre y cuando cuenten con las herramientas necesarias para hacer valer sus derechos y garantías en un parto humanizado y respetado. Esto demuestra que son capaces de utilizar los recursos disponibles a su alcance.</p>
<p>Lesiones maternas y neonatales</p>	<p>Lesiones físicas de la madre o el recién nacido</p>	<p>Las mujeres experimentan sangrados debido a la negligencia durante el parto, lo cual puso en peligro su salud, así como la del bebé, ocasionando sufrimiento fetal, lo que desencadenó negligencia que resultó en sangrados y puso en riesgo la salud del binomio.</p>

**Taghizadeh; Ebadi;
Jaafarpour**

	Trauma psicológico	Las mujeres expresan haber experimentado una variedad de traumas durante el parto, como pesadillas, pánico y miedo intenso, así como estrés severo, ideación suicida y la fuga del hospital. lo que hace que este tenga un impacto significativo en su bienestar emocional y mental.
Debilitamiento de los lazos familiares	Interrumpir el apego entre la madre y el recién nacido	Las madres expresan que haber sufrido violencia obstétrica afecta negativamente la conexión y el proceso de lactancia. Pues este impacto significativamente en su bienestar emocional y en la relación con sus bebés.
	Interrupción de la relación afectivo sexual entre la mujer y su cónyuge	Una mujer siente que si no hubiera sostenido relaciones sexuales no hubiera sufrido violencia obstétrica la cual es un tipo de abuso que ocurre durante la gestación, el parto o el posparto y se desvincula de las decisiones sexuales de la mujer.
Sentido de desconfianza y odio		Las mujeres, como consecuencia de la violencia obstétrica , experimentan sentimientos de desconfianza y resentimiento, lo que puede llevar a adoptar comportamientos inadecuados en su búsqueda de salud. poniéndose en riesgo a sí mismas.

Desconfianza en el sistema de salud	Las mujeres creen que el entorno hospitalario es cruel y que todos son así por lo que prefieren dar a luz en casa por experiencias traumáticas dando a luz en hospitales. Estas percepciones negativas son el resultado de experiencias traumáticas previas durante el parto en hospitales, lo que hace que las mujeres busquen alternativas de parto en casa.
Odio al hospital y a los proveedores de atención médica	Las participantes expresaron que experimentaron varias reacciones negativas y tuvieron comportamientos agresivos hacia los proveedores de atención médica, esto es el resultado de la percepción de un trato inadecuado durante su interacción con los proveedores de atención médica.
Desconfianza en las estructuras de apoyo	Las participantes expresan haber experimentado reacciones negativas y haber adoptado comportamientos agresivos hacia los que vivieron varias reacciones negativas y tuvieron comportamientos agresivos contra los proveedores de atención médica.
Odio a la maternidad	Tener momentos de amor y alegría convertidos en eventos trágicos hacen que las madres odien la maternidad.

Kabakian; Makhoul; Ghusayni	Opciones restringidas		Las mujeres tienen opciones limitadas para dar a luz y para elegir proveedores médicos, ya que estas opciones dependen de su reputación y las recomendaciones de otras mujeres.
	Negación de acompañante de parto		Las mujeres desean tener compañía de algún familiar, durante los procedimientos hospitalarios, pero a veces se les niega esta opción, lo que les genera temor, complicaciones y desconfianza.
	Prácticas irrespetuosas y que amenazan la vida		Una mujer describe que entrar a un quirófano es como entrar a un matadero debido a las irregularidades del equipo médico. Estas irregularidades incluyen violencia física y violaciones a los derechos de los participantes y la privacidad.
	Atención deficiente y maltrato		Las mujeres comunicaron que experimentaron negligencia médica en la administración de anestesia, cesáreas y cirugías innecesarias, así como complicaciones que resultaron en esterilizaciones.

	Violencia y falta de respeto		Las mujeres manifestaron que la mayor parte de la comunicación durante su estancia hospitalaria fue irrespetuosa, insultante y discriminatoria, incluso llegando a la violencia física. Esto les impidió comunicar cómo se sentían, lo que desencadenó sentimientos de culpa.
	Violación a la privacidad		Las mujeres experimentaron violación a su privacidad en las situaciones que no hubo consentimiento para la realización de tactos vaginales, la presencia de proveedores de salud masculinos en presencia de mujeres portantes de Hiyab y las divisiones de la sala de parto que las hacía sentirse avergonzadas e incómodas.
	El dinero es clave para una buena atención		Las mujeres manifestaron que tener dinero es un factor importante para recibir buenos tratos y calidad de la atención médica. Sin embargo, expresaron su preocupación de que si los recursos provienen de organismos internacionales u ONG van a recibir tratos violentos e irrespetuosos.
	Cuidar y cuidar		Las mujeres manifiestan que es de suma importancia el cuidado y la atención durante las experiencias de higiene, apoyo emocional y la presencia de parteras comprensivas que puedan fomentar experiencias de parto positivas.

Maya; Bonsaffoh; Gyeke; et al	Adu-Dako-	Maltrato durante el parto descrito por mujeres	<p>Las mujeres se identifican con diferentes formas de maltrato físico, verbal y estrés psicológico como resultado de la violencia obstétrica .</p>
		Abuso verbal	<p>Las mujeres expresan sus vivencias sobre el maltrato verbal haciendo énfasis en la necesidad de abordarlo y prevenirlo, ya que son insultadas, gritadas, menospreciadas e intimidadas. Además, señalan que, si las mujeres son jóvenes o de edades extremas, también son objetos de insultos.</p>
		Abuso físico	<p>Las mujeres relataron que el abuso físico durante su estancia en el centro de salud incluyó pellizcos, bofetadas en los muslos y en la espalda, además de comentarios despectivos.</p>
	Incumplimiento de los estándares profesionales de atención (negligencia y falta de atención de apoyo)	<p>Las mujeres sienten estrés debido a la negligencia por parte del personal de salud, quienes no brindan apoyo en sus necesidades, lo que hace que ellas, lo que hace que ellas tengan la sensación de ser abandonadas. Incluso algunas han dado a luz sin supervisión médica debido a la mala vigilancia del trabajo de parto, lo cual ha llevado a que sean irrespetadas con comentarios despectivos.</p>	

	Aceptabilidad o inaceptabilidad de los tipos de maltrato.		Las mujeres opinan sobre cómo aceptan o no el maltrato que han sufrido por parte de los proveedores de atención médica donde refleja normas culturales en función de la edad. También se abordan las reacciones a las distintas formas de maltrato y las condiciones en las que se produce. Es importante mencionar que, en algunas situaciones específicas, se puede llegar a justificar el maltrato, argumentando que facilita el proceso del parto. Sin embargo, las opiniones y el rechazo hacia el maltrato varían según la edad de las mujeres.
	Influencia del maltrato en las preferencias para elegir el parto en las instalaciones		Las mujeres mencionan situaciones de maltrato, en las que se evidencian actitudes groseras, intimidaciones y gritos en relación con dónde dar a luz. Como resultado ellas han optado por dar a luz en casa en lugar de una instalación médica.
Orpin; Puthussery; et al.	Práctica normativa		Las mujeres manifestaban que era común experimentar prácticas irrespetuosas y abusivas, como ser gritadas o tratadas con dureza, por parte de los proveedores de atención médica, los cuales tenían un comportamiento inadecuado para su ejercicio profesional, aunque consideraban que era normal.

	Deshumanización de la mujer.		Las mujeres experimentaban una sensación de pérdida de valor y dignidad, lo que generaba la destrucción de su autoestima y una sensación de deshumanización. Esto ocurría con mayor frecuencia en mujeres que estaban teniendo su primer parto.
	No hay daño previsto		Las mujeres creían que la ira y el maltrato de los profesionales de la salud eran un recordatorio para no olvidar la necesidad de pujar durante el parto con el fin de salvar la vida de sus hijos no nacidos.
	Intenciones sobre el uso de los servicios de maternidad en el futuro		Las mujeres expresaron que volverían a usar los servicios de maternidad ya que los consideran importantes. Sin embargo, también mencionaron que, debido a sus experiencias de irrespeto y abuso, optarán por una entidad privada para dar a luz. Consideraban que los hospitales privados les darían un mejor trato.
	Experimentar falta de respeto y el abuso		Las participantes recordaron diversas experiencias en las que sufrieron abuso e irrespeto durante el parto. Se sintieron descuidadas e ignoradas, ya que nunca se les solicitó el consentimiento antes de realizar procedimientos médicos.

Amroussia; Hernández; et al	Percepciones de arrepentimiento y vergüenza asociadas con ser madre soltera	Las mujeres experimentaban sentimientos de arrepentimiento, vergüenza y culpa por quedar embarazadas fuera del matrimonio, sintiendo que esto era un error. Sin embargo, el hecho de convertirse en madres les permite empoderarse y demostrar su valía ante la sociedad.
	La tríada de vulnerabilidad: estigma, desafíos sociales, y desafíos del sistema de salud	Las mujeres han sido marginadas por la sociedad, donde son rechazadas por sus familias y amigos, y se enfrentan constantemente a la lucha por acceder a servicios de atención médica con infraestructura deficiente, mala calidad en la atención y prácticas corruptas.
Gaffney; López; et al	Normalización de la violencia	Las mujeres describieron que el maltrato durante el parto es algo que experimentan de manera rutinaria o que esperan.
	Falta de autonomía y empoderamiento	Las mujeres indígenas carecían de conocimiento sobre sus derechos y no tenían las herramientas necesarias para identificar y denunciar casos de maltrato durante el parto.
	Falta de atención prenatal	Las mujeres se sintieron abrumadas y confundidas por el proceso de parto en el hospital. Además, fueron reprendidas por no tener autocuidado o por complicaciones debido a la falta de controles prenatales.

Conductores de nivel clínico	Prejuicio clínico	Las mujeres fueron víctimas de abuso verbal, recibiendo comentarios burlescos e irrespetuosos sobre la medicina tradicional, así como prohibiciones de rituales y parteras en los nacimientos de los bebés.
	Barreras lingüísticas o culturales a la comunicación	Las mujeres enfrentan dificultades en la comunicación debido a la falta de dominio del español o una comunicación muy limitada. En los hospitales la ausencia de intérpretes o profesionales que conocieran las lenguas indígenas la que dificulta la comunicación y afectaba la calidad de la atención, lo que resultaba en una deshumanización de los pacientes.
	Falta de comprensión de la cultura indígena	El parto para las comunidades indígenas es un acontecimiento importante el cual los médicos no entienden lo que los lleva a no brindar una atención al parto respetuosa con las prácticas culturales y tradicionales de las mujeres indígenas, haciéndolas sentir desvinculadas de sus creencias y costumbres.
	Formación clínica y cultura médica.	Hay una relación de poder entre médicos y pacientes que hace que el proceso de atención médica esté lleno de faltas de respeto y maltrato hacia los pacientes.

Megersa; Karin; et al

Experiencias de falta de respeto		Las mujeres describieron diferentes experiencias como la negligencia, la atención no consentida, el abuso físico, la falta de autonomía, la objetificación, la falta de compañía y el abuso verbal.
Cuidado descuidado	Negligencia durante la admisión.	Las mujeres reportaron sentirse descuidadas, abandonadas, preocupadas y no atendidas adecuadamente al ingresar a la sala de trabajo de parto.
	Negligencia de la comodidad y atención médica	Las mujeres manifestaron que se les dejaba en camas de parto pequeñas y poco higiénicas durante largos periodos de tiempo después de dar a luz, sin supervisión y sin poder cambiar la ropa sucia.
Atención no consentida	Falta de información	Las mujeres expresaron que no se les proporcionó información adecuada sobre los procedimientos que se llevarían a cabo durante el trabajo de parto y parto.
	Falta de consentimiento	A las mujeres no se les pidió el consentimiento antes de realizar los procedimientos, solo les daban instrucciones sin tener en cuenta su opinión.

Abuso físico		Las mujeres manifestaron que la episiotomía sin anestesia fue abuso físico ya que podían sentir como suturaban su tejido. lo que vulneró su autonomía el consentimiento informado.
Abuso verbal		Las mujeres mencionaron ser víctimas de violencia verbal, donde el personal de salud usó palabras desfavorables e incluso comentarios insensibles y crueles.
Falta de privacidad		Las mujeres expresaron que se les realizaron exámenes sin cortinas y en presencia de estudiantes y otro personal lo que las hizo sentir, humilladas, decepcionadas, causándoles ansiedad, incomodidad y más dolor.
Pérdida de la autonomía		Las mujeres sintieron que no tenían poder de decisión y derecho a negarse a situaciones desfavorables
Objetivación		Las mujeres manifestaron sentirse incómodas por la falta de empatía y consideración por sus sentimientos, cuando los proveedores de atención realizaban procedimientos para desarrollar habilidades médicas.

Falta de compañero		Las mujeres se sintieron desfavorecidas y desatendidas pues no tenían a un acompañante durante el proceso de trabajo de parto y parto.
Contribuyentes percibidos a la falta de respeto y abuso		Se evidenció que es de suma importancia la actitud y el comportamiento de los profesionales durante la atención a las gestantes y cómo perciben las experiencias las mujeres, dependiendo del centro de salud, los profesionales y la atención al parto
Contribuyentes relacionados con proveedores de atención médica	Actitud percibida del proveedor	Las mujeres manifestaron que la actitud de los proveedores de atención médica puede influir en la calidad y apoyo que reciben, dependiendo cómo estos se relacionen con ellas.
	Prejuicio percibido del proveedor basado en las relaciones sociales	Las mujeres expresaron que la actitud de los proveedores de atención médica podía variar según la relación social que tuvieran con ellas. Si el proveedor conocía a la mujer o tenían una relación previa, su atención sería especial y más compasiva en comparación a las que no tenían vínculos previos.

	Contribuyentes relacionados con el sistema de salud		Las mujeres manifestaron que existía una falta de equipos y suministros médicos, así como una sobrecarga laboral por parte de los proveedores de salud, lo que llevaba a que estos no supervisan adecuadamente a las pacientes. Además, las mujeres se sentían incómodas y objetificadas debido a la presencia de muchas personas en la sala.
	Contribuyentes relacionados con las mujeres		Una parte de las mujeres manifestaron desconocer sus derechos y creían que los proveedores de atención médica tenían la facultad de realizar procedimientos sin su consentimiento.
	Consecuencias percibidas de violencia obstétrica		Las experiencias de falta de privacidad y objetificación tienen un impacto en la decisión de las mujeres sobre dónde dar a luz, así como en su salud y seguridad. Estas situaciones pueden tener consecuencias graves para ellas.
McMahon; George; Chebet; et al	Tipos de abuso		Las mujeres experimentaron situaciones de abusos durante la atención al parto en las instalaciones médicas donde hubo maltrato verbal, físico y emocional.

	Sentirse ignorado o descuidado		Las mujeres expresaron temor a acudir a centros de salud debido a la posibilidad de ser ignoradas o de no recibir la ayuda necesaria por parte de los proveedores de salud. Esta falta de confianza en los proveedores de salud puede tener consecuencias graves ya que las mujeres podrían evitar buscar atención médica cuando la necesiten.
	Trato discriminatorio, cargos financieros impredecibles y miedo a la detención.		Las mujeres y sus parejas sintieron que había un trato discriminatorio y poco transparente en relación con los costos, los cuales consideraron inaceptables y una carga adicional.
	Abuso verbal		Las mujeres experimentaron críticas impuestas durante el trabajo de parto donde recibieron gritos, comentarios duros o regaños, así como comentarios discriminatorios basados en su estado económico o historial de parto.
	Abuso físico		Las mujeres manifestaron temor a sufrir violencia física, como golpes o bofetadas, si expresan sus necesidades o levantaban la voz para exigir atención médica.

	Respuestas al abuso		Las mujeres y sus parejas optaron por no confrontar el abuso por miedo a las represalias o la negación de la atención médica. lo que evidencia la falta de confianza en el sistema de salud y la vulnerabilidad en la que se encuentran las mujeres durante el proceso del parto.
	Renunciar a la experiencia		Las mujeres y sus parejas no se quejaron, ya que sentían que debían estar agradecidas recibir drogas durante el proceso de parto y desconocían a quién acudir en busca de ayuda.
	Entregar en casa o pasar por alto		Las mujeres y sus parejas prefirieron dar a luz en casa o con ayuda de una partera, ya que en una instalación de salud no se sentían cómodas, ni sintieron tener derecho a elegir.
	Pagos, presentar una queja, agredir a un proveedor		Las parejas de las mujeres pagaron sobornos para asegurar un trato preferencial y adecuado en el sistema de atención médica.
Larkin; Devane	Begley;	Comenzando	Las mujeres contaron sus experiencias de trabajos forzados antes y durante la admisión al hospital.

	Expectativas	Las mujeres tenían experiencias poco realistas sobre cómo se desarrollaría el trabajo de parto y que sucedería exactamente de acuerdo con lo planeado.
	La zona crepuscular	Las mujeres se sentían confundidas e inciertas antes del inicio del trabajo de parto, sin saber si debían ir al hospital o esperar en casa. Esta falta de claridad genera ansiedad y dudas sobre cómo tomar la mejor decisión para su salud y la del bebé.
Cómo llegar		Describe la experiencia de las mujeres en el trabajo de parto y cómo se sintieron.
	Ansiedad	Las mujeres se sentían preocupadas acerca de procedimientos específicos como las episiotomías, la duración del trabajo de parto y la posibilidad de intervenciones no deseadas.
	El continuo de control	Las mujeres identificaron que el control les daba un sentimiento de seguridad y de estar al tanto de las situaciones.
	Control e información	Las mujeres se sentían frustradas cuando sentían que les estaban ocultando información importante, además de mencionar la importancia de una buena relación con los profesionales de la salud.

		Control y relación con profesionales	Las mujeres sienten que las experiencias afectaron su percepción en la atención médica y su disposición a someterse a intervenciones.
	Consecuencias		Las mujeres sienten que estas experiencias en el trabajo de parto pueden tener consecuencias a largo plazo, ya que recuerdan cómo se sintieron y creen que pueden afectar futuros embarazos.
		Aislamiento: 'simplemente no hay suficientes personas para cuidarte'	Las mujeres se sienten desamparadas, vulnerables y sin apoyo en el trabajo de parto, ya que sienten que no tienen a quién recurrir emocionalmente en un momento tan importante.
Gebremichael; Worku; Medhanyie; et al	Perder el control del proceso del parto		Las mujeres manifiestan que han experimentado falta de comunicación, trato irrespetuoso, falta de apoyo durante el parto, amenazas y maltrato por parte de los proveedores de atención médica, llegando incluso al extremo de ser obligadas a permanecer en las instituciones de salud en contra de su voluntad.
	Reacciones de los destinatarios de la atención a la atención durante el trabajo de parto y el parto.		Las mujeres se sintieron restringidas en cuanto a la posición dar a luz, siendo amenazadas por los proveedores de atención médica y convirtiendo el proceso de dar a luz en una situación estresante, llegando a odiar su personal de salud.

		La escasez de recursos como contribuyente a la atención irrespetuosa y abusiva		No hay condiciones adecuadas en los centros de salud de las zonas rurales, lo que aumenta las prácticas abusivas en el trabajo de parto y parto, ya que hay pues falta de materiales, lo que hace que la atención sea retrasada y desagradable para las mujeres.
Tello; Gonzales	Téllez;	Dominio pobre	Comunicación ineficaz	La mala comunicación hizo que se sintieran ansiosas, pues no comprenden las circunstancias y sin la explicación de los procedimientos, sintieron el trabajo de parto molesto y traumático.
			Falta de atención de apoyo	La atención carecía de compasión, cortesía o respeto, lo que hizo que se sintieran deshumanizadas en los procedimientos requeridos.
			Pérdida de autonomía	Las mujeres se sintieron como un objeto y fueron restringidas en su movilidad, sintiéndose como participantes pasivas en el nacimiento de sus hijos.
			Exámenes y procedimientos físicos	Las mujeres expresaron que sintieron dolor y tortura manifestando que el cuidado fue áspero y agresivo.

No cumplir con los estándares profesionales de dominio de atención	Falta de consentimiento informado y confidencialidad	Las mujeres manifestaron que hubo falta de consentimiento para los controles cervicales, donde el médico sin consentimiento alguno insertaba los dedos en la vagina sin mediar palabra, además de ser coaccionadas para aceptar procedimientos médicos.
	Descuido y abandono	Las mujeres se angustiaron por retrasos prolongados sintiéndose abandonadas y sentían que estaban sufriendo.
Estigma y discriminación	Discriminación basada en factores socio demográficos	Las participantes fueron discriminadas por su edad, estado socioeconómico y estado civil sintiéndose reducidos y estigmatizados.
	Discriminación basada en afecciones médicas	Las mujeres con afecciones médicas experimentaron maltrato por condiciones de salud fueron discriminadas.
Abuso verbal	Lenguaje duro	El proveedor de salud se comportó de manera inapropiada al realizar ofensivos y groseros sobre el tamaño de la hija.
	Amenazas y culpas	La mujer se sintió culpable por haber elegido una cesárea para dar a luz.
Condiciones del sistema	Falta de recursos	Una de las participantes experimentó angustia por la falta de recursos.

Gaffney; López	Molina;	Sentirse ignorada o descuidada	Las mujeres estaban angustiadas porque sus demandas de atención no eran tomadas en serio y se les obligaba a realizar acciones en contra de su voluntad.
		Falta de respeto o sensibilidad cultural	Las mujeres indígenas sentían el rechazo hacia sus conocimientos o se les prohibía llevar a sus prácticas y rituales en el entorno hospitalario.
		Falta de consentimiento informado	Las mujeres indígenas no fueron informadas sobre sus derechos y responsabilidades en el sistema de salud, que las dejó sintiéndose asustadas, confundidas y mientras recibían atención médica occidental. Además, no se les proporcionó información adecuada sobre los procedimientos a los que fueron sometidas.
		Atención sin dignidad	Las mujeres se sintieron humilladas y estigmatizadas debido al abuso verbal, los gritos, los regaños y los insultos por parte del personal de salud, quienes eran despectivos e incluso hacían comentarios respecto a las identidades indígenas.
		Abuso físico	Las mujeres experimentaron la maniobra de kristeller sintiéndose humilladas e incómodas.

Da Silva; Santana	Palabras		Las mujeres indígenas fueron víctimas de violencia obstétrica , comentarios inapropiados y atención deshumanizada que impactaron negativamente su experiencia del parto. Además, fueron intimidadas y amenazadas.
	Actitudes		Las mujeres reconocen que el dolor en el parto es un proceso fisiológico, pero de igual manera experimentaron otro dolor a causa de los tactos vaginales, episiotomías y el proceso de curación posterior, además de respuestas insensibles y presiones psicológicas ejercidas por el personal de salud.
Keedle; Dahlen	Me sentí deshumanizado		Las mujeres sintieron que nadie les dijo que el procedimiento era opcional y estaban muy angustiadas, se sentían expuestas y bromeaban sobre el procedimiento.
		Falta de respeto y abuso	Las mujeres fueron tratadas con indiferencia y falta de consideración, sufriendo maltrato psicológico y emocional. Además, fueron amenazadas e intimidadas, lo que las hacía sentir sin valor.
		No era nada para ellos, solo un número	Las mujeres experimentaron una sensación de ser utilizadas como si fueran materiales didácticos, sin tener en cuenta sus deseos y privacidad.

		Mi dolor era real	A las mujeres se les negó el alivio del dolor y el acceso a la epidural, lo que las hizo sentir menospreciadas y provocó comentarios inapropiados.
		Trauma continuo para los dos	La violencia obstétrica fue una experiencia horrible para la mujer y su maternidad, dejándoles un trauma que les afectará para toda la vida.
	Me sentí violada		Las mujeres describieron de manera desgarradora cómo fueron víctimas de violencia física. Esta violencia incluyó agresiones físicas directas, como empujones, golpes
		Se insertaron dedos en mi vagina sin consentimiento	Las mujeres experimentaron una sensación de agresión sexual debido a que los procedimientos se llevaron a cabo de manera invasiva y dolorosa sin su consentimiento. Esto generó impactos emocionales y físicos, causando un profundo trastorno en su bienestar.
	Físicamente maltratado	Las mujeres manifestaron sentimientos de impotencia y de ser ignoradas con tratamientos ásperos, dolorosos y restrictivos por parte del personal médico.	

	Le rogué al doctor que no me cortara	Las mujeres describieron cómo se les realizaron episiotomías sin su consentimiento, lo cual fue una violación a sus derechos y autonomía en el proceso del parto.
Me sentí impotente		Las mujeres fueron coaccionadas, recibiendo información forzada y siendo sometidas a intervenciones sin su consentimiento.
	Fui forzado	Las mujeres experimentaron una fuerte presión para cumplir con los deseos de los médicos, en lugar de ser respetadas y tomadas en cuenta en el proceso de toma de decisiones sobre su propia salud.
	Estaba desinformada o mal informada	A las mujeres no recibieron la información adecuada sobre el tratamiento que se les proporcionó, lo que las hizo sentir presionadas para someterse a procedimientos que ellas no deseaban.
	Forzado a intervenciones	Las mujeres se vieron imposibilitadas de rechazar las intervenciones, lo que las hizo sentir impotentes, ya que fueron forzadas y menospreciadas cuando se llevaron a cabo los procedimientos sin su consentimiento o cuando se retiró el consentimiento.

Oluoch; Smith; Milán; et al.	Experiencias de maltrato de las mujeres	Maltrato físico	Las mujeres experimentaron sentimientos de miedo, pánico, impotencia, amargura y dolor psicológico a causa de los maltratos que recibieron por parte del personal sanitario.
	Abuso verbal		Las mujeres fueron sometidas a castigos por su sexualidad, enfrentando comentarios despectivos y uso de un lenguaje abusivo.
	Estigma y discriminación		Las mujeres fueron víctimas de discriminación basada en su edad, raza, etnia, atención prenatal y posnatal, paridad y estatus socioeconómico, lo que las hizo sentir inferiores.
	Mala relación entre las mujeres y personal sanitario		Las mujeres experimentaron falta de apoyo, desatención e insensibilidad por parte del personal de salud, ya que fueron reprendidas y tuvieron que dar a luz solas.
	Incumplimiento de las normas profesionales		Las mujeres fueron desatendidas y abandonadas en momentos críticos del parto debido a que el personal tenía otras demandas que atender.
	Condiciones y limitaciones de los sistemas sanitarios		Las mujeres mencionaron que los malos tratos se deben a la mala calidad del servicio y la falta de personal.

Chadwick; Cooper; Harries	Relaciones interpersonales negativas con cuidadores		Las mujeres se sintieron asustadas y angustiadas debido a las relaciones negativas con los cuidadores, lo cual creó un ambiente hostil y una experiencia de parto negativa.
	Falta de información		Las mujeres expresaron que los cuidadores a menudo le negaban el acceso a la información, lo que hacía que se sintieran abrumadas.
	Descuido y abandono		Las mujeres se sintieron molestas y angustiadas debido a la falta de atención por parte de los cuidadores. Esta falta de atención generó malestar y preocupación en ellas.
	Ausencia de un compañero de trabajo		Las mujeres experimentaron sentimientos de soledad y miedo en entornos desconocidos, lo cual contribuyó a que estos se tornaran hostiles y angustiantes. Esta sensación de estar solas y temerosas generó un ambiente adverso y lleno de angustia para ellas.
Watson; White; Hall; Hewitt	Proveedores de atención médica y el sistema de atención de maternidad.		Las mujeres experimentaron la sensación de que no se les hablaba directamente, lo cual generó un sentimiento de falta de conexión y atención. Este aspecto contribuyó a su malestar y angustia durante su experiencia.

Sentido de las mujeres de conocer y controlar		Las mujeres experimentaban sentimientos de miedo hacia los desconocidos, ansiedad y aprensión ante un próximo parto en el que podrían enfrentar nuevamente violencia obstétrica . Estos sentimientos exacerbaron su preocupación y temor, impactando negativamente en su bienestar emocional y mental.
Soporte		Las mujeres expresaron que experimentaron daños psicológicos debido al trauma del parto, lo cual tuvo un impacto negativo en sus relaciones sociales. Esto les generó miedo a ser juzgadas o mal entendidas por las personas de su entorno.

Fuente: Elaboración propia, Castro S. Soto S, 2023

Tabla 4. Resumen de Categorías y subcategorías

Categorías	Subcategorías
Formas de violencia obstétrica	Violencia verbal, Violencia física, Violencia institucional, Violación a la privacidad, Discriminación, Relaciones de poder, El no consentimiento informado, Comunicación ineficaz, Objetificación, Falta de privacidad.
Desconocimiento de los derechos y de la existencia violencia obstétrica	Desconocimientos de los derechos en los servicios de salud, Desconocimiento de las prácticas seguras.
Consecuencias en salud que experimentan al sufrir violencia obstétrica.	Actitudes negativas, Deshumanización, Alteraciones de la salud mental.
Estrategias que implementaron las mujeres para no sufrir o ser revictimizadas después de experimentar violencia obstétrica	Aceptación de la violencia para evitar complicaciones, Tener partos en casa, empoderamiento y sugerencias.

Fuente: elaboración propia, Castro S. Soto S, 2023

Categoría: Formas de violencia obstétrica

Las diferentes formas de violencia obstétrica se definen a partir de del acto violento que sufre la mujer en cualquier etapa de la gestación, haciendo de este acontecimiento, un evento no satisfactorio en la vida de ellas: Por lo tanto, la gestación y sus etapas deben desarrollarse en un ambiente seguro, humanizado, con personal capacitado para hacer de esta etapa satisfactoria y grata. Por lo anterior se identificaron las siguientes subcategorías:

Subcategoría: Violencia Verbal

Aregahegn; et al (55) y Megersa; Et al (53) señalan que las mujeres describieron ser víctimas de gritos, insultos, comentarios negativos, insensibles y crueles, lo cual hizo que sus experiencias de parto fueran degradantes. Maya; et al (52) y McMahon; Et al (18) respaldan esta afirmación y también agregan que las mujeres jóvenes o de edades extremas también enfrentaron insultos y comentarios discriminatorios basados en su estado económico o historial de parto. Oluoch; Et al (21) también menciona que las mujeres fueron castigadas por su sexualidad, enfrentando comentarios despectivos y uso de lenguaje abusivo.

Por otro lado, otros autores identifican que uno de los momentos de mayor violencia verbal es durante los momentos de mayor dolor, como indica Nascimento; Et al (13), ya que las mujeres eran silenciadas y obligadas a dejar de quejarse. Además, Jojoa; Et al (48) menciona que también fueron víctimas de violencia psicológica al serles negada la libertad de expresión.

Gaffney; et al (33) agrega que otro tipo de violencia verbal incluye comentarios burlescos e irrespetuosos sobre la medicina tradicional, así como prohibiciones de rituales y parteras en los nacimientos de los bebés. Gaffney; Et al (3) menciona que esto hizo que las mujeres se sintieran humilladas y estigmatizadas debido al abuso verbal, los gritos, los regaños y los insultos por parte del personal de salud, quienes también realizaban comentarios despectivos respecto a las identidades indígenas.

Subcategoría: Violencia Física

Maya; et al (52) explican cómo las mujeres son capaces de identificar las diferentes formas de maltrato físico que resultan de la violencia obstétrica. Ellas relataron que, durante su estancia en el centro de salud, sufrieron abuso físico que incluía pellizcos, bofetadas en los muslos y en la espalda, además de recibir comentarios despectivos. Megersa; Et al (53) añaden y respaldan al autor anterior al indicar cómo las mujeres identificaron el abuso físico al experimentar episiotomías sin anestesia, ya que podían sentir cómo suturaban su tejido. Por otra parte, Gaffney; Et al (3) agregan que el personal de salud utilizó la maniobra de Kristeller en las mujeres, haciéndolas sentir humilladas e incómodas, además de ponerlas en riesgo debido a las complicaciones que esta maniobra puede ocasionar.

Subcategoría: Violencia Institucional

Lima; Et al (16) Indica que las mujeres expresan sentir incertidumbre acerca del lugar del parto, lo cual les genera angustia al no contar con esa información precisa. Esta falta de certeza sobre el lugar donde darán a luz la llena de preocupación y ansiedad. Por otra parte, según Jojoa; Et al (48), las mujeres se enfrentan a políticas institucionales que limitan sus derechos y no satisfacen sus necesidades durante el proceso de parto. Esta situación genera una sensación de inconformidad y frustración en las mujeres, quienes no se sienten atendidas y respetadas en un momento tan importante de sus vidas.

Subcategoría: Discriminación

Tello; Et al (27) y Oluoch; Et al (21) Indican que las mujeres fueron discriminadas debido a su edad, raza, etnia, estado socioeconómico y estado civil, lo que las hizo sentirse reducidas y estigmatizadas. Además de esto, se agregó otro tipo de discriminación hacia las mujeres con afecciones médicas, quienes experimentaron maltrato. Otra forma de discriminación fue la atención prenatal y posnatal, así como la paridad, lo cual hizo que se sintieran inferiores.

Subcategoría: Relaciones de Poder

La relación de poder médico-paciente es una dinámica, en la que el médico supone contar con el conocimiento y la autoridad en términos de decisiones médicas. Esto puede generar una asimetría de poder, ya que el médico tiene la capacidad de influir en las decisiones y acciones relacionadas con la salud de la madre, lo que puede resultar en una falta de autonomía y en que la mujer no participe en su propio cuidado, lo que afecta negativamente la atención y la satisfacción de la mujer.

Lima; Et al (16) nos informa acerca de las dificultades y resistencias que enfrentan las mujeres al optar por un parto vaginal, ya que a menudo se considera anticuado o peligroso. Además, existen relaciones de poder asimétricas, donde solo el conocimiento y el poder médico se consideran superiores. Ribeiro; Et al (40) agrega que las mujeres vulnerables son las que con mayor frecuencia sufren violación de sus derechos sexuales y reproductivos.

Esta evidencia demuestra que la relación de poder médico-paciente puede tener consecuencias negativas para las mujeres, ya que se ven limitadas en su capacidad de tomar decisiones informadas y participar activamente en su propio cuidado. Por lo tanto, es importante promover una relación más equitativa, donde se respeten los derechos de las mujeres y se fomente su participación en las decisiones relacionadas con su salud.

Subcategoría: El no consentimiento informado

La violencia obstétrica, según los estudios de Matos et al. (46) y Amroussia et al. (1), se refiere a la realización de procedimientos médicos durante el parto y trabajo de parto, como actos repetitivos, medicación excesiva, episiotomías, etc. Estas prácticas generan un impacto negativo en las mujeres, haciéndolas sentir vulneradas, impotentes, abusadas e incluso violadas debido a la conducta del personal de salud.

Llobera Et al. (47) mencionan que las mujeres son víctimas de una violación a su autonomía, y en ocasiones, estos procedimientos son realizados en contra de su voluntad. Kabakian et al. (2) agregan que las mujeres también experimentan violación a su privacidad y vulneración de sus creencias, como en el caso de mujeres portadoras de hiyab que se ven expuestas a proveedores de salud masculinos en las salas de parto, lo cual va en contra de sus creencias religiosas.

Tello; Et al. (27) y otros autores señalan que las mujeres expresan falta de consentimiento en los tactos cervicouterinos, ya que los médicos insertan los dedos en la vagina sin su consentimiento. Megersa Et al. (53) añaden que a las mujeres no se les pide consentimiento antes de realizar los procedimientos, solo se les dan instrucciones sin tener en cuenta su opinión.

Por otro lado, Gaffney et al. (3) mencionan que las mujeres de diferentes razas y etnias, especialmente las indígenas, no reciben información adecuada sobre sus derechos y responsabilidades en el sistema de salud, lo que les genera miedo y confusión durante la atención médica occidental a la que son sometidas.

En muchas ocasiones, las mujeres se sienten coaccionadas para aceptar intervenciones, como señala Keedle Et al. (15), quienes se ven incapaces de rechazar dichas intervenciones. Esto las hace sentir impotentes y menospreciadas cuando los procedimientos se llevan a cabo sin su consentimiento o cuando se les retira el consentimiento. Según Briceño Et al. (36), las mujeres son conscientes de que el personal de salud tiende a ser violento debido a la estandarización excesiva de los procesos, convirtiendo la atención médica en un proceso mecánico. Además, el sistema de salud sobrecargado y saturado no puede brindar una atención médica humanizada y personalizada. Esto confirma la percepción de Megersa Et al. (53), ya que las mujeres sienten que no tienen poder de decisión ni derecho a negarse a situaciones desfavorables.

Es importante destacar que esto es una clara violación de los derechos humanos de las mujeres y es necesario tomar medidas para prevenirla y garantizar una atención obstétrica respetuosa, informada y basada en el consentimiento de la mujer.

Subcategoría: Comunicación Ineficaz

En el estudio de Gaffney; Et al (3), se observó que a las mujeres indígenas no se les proporcionó información adecuada sobre los procedimientos a los que fueron sometidas. Esto generó en ellas sentimientos de miedo y confusión, especialmente porque se encontraban en un entorno hospitalario donde no dominaban el idioma o tenían un dominio limitado del mismo. Además, la falta de traductores dificulta aún más su comprensión de lo que estaba sucediendo.

Por otro lado, según Keedle; Et al (15) , las mujeres manifestaron que nadie les informó que las intervenciones eran opcionales. Esto les generó una gran angustia, así como una sensación de vulnerabilidad. Incluso se llegaron a hacer bromas al respecto. Colaceci; Et al (19) corroboró lo mencionado anteriormente, al evidenciar que las mujeres también experimentaron dificultades en la comunicación asertiva. Nunca se les informó sobre los procedimientos y conductas de rutina que debían seguir en relación con sus bebés.

En relación con el proceso de trabajo de parto, Annborn; Et al (38) informó que las mujeres expresaron que la información que recibieron durante este proceso fue confusa, incompleta o simplemente no tuvieron la oportunidad de participar en las decisiones relacionadas con su parto. Además, manifestaron sentirse completamente ignoradas.

Subcategoría: Objetificación

Briceño; Et al (36) señala que las mujeres experimentaron sentirse tratadas como objetos de trabajo en las salas de maternidad. Esto se debió a que el personal de salud llevó a cabo procedimientos prohibidos y realizar inducciones al parto sin indicación médica. Además, en muchas ocasiones, las mujeres expresaron que los estudiantes, internos y residentes las hacían sentir como muñecos educativos, ya que eran sometidas a procedimientos repetitivos para que ellos pudieran aprender, sin poder expresar quejas. Megersa; Et al (53) respalda lo mencionado por el autor anterior y agrega que la objetificación tiene un impacto en la decisión de las mujeres sobre dónde dar a luz, así como en su salud y seguridad. Estas situaciones pueden tener consecuencias graves para ellas.

Subcategoría: Falta de Privacidad

Muchas mujeres han expresado su profundo malestar debido a la clara violación de su privacidad durante el proceso de atención médica. Según el estudio realizado por Megersa Et al. (53), se ha encontrado que las mujeres se sintieron humilladas, decepcionadas y experimentaron ansiedad, incomodidad y dolor debido a diversas situaciones inapropiadas. Una de estas situaciones fue la realización de exámenes sin cortinas y en presencia de estudiantes y otro personal. Esto hizo que las mujeres se sintieran expuestas y vulnerables, violando así su privacidad. Además, el estudio realizado por Aregahegn; Et al. (55) destaca otra violación a la privacidad que las mujeres experimentaron durante el proceso de parto. Se encontró que las mujeres estaban desnudas y expuestas a otras pacientes, familiares y proveedores de salud debido a la falta de un diseño adecuado y una infraestructura desgastada. Las ventanas rotas permitían que se pudiera ver hacia el interior de la sala de parto, lo que generaba una sensación de falta de privacidad y comodidad para las mujeres.

Por otro lado, Kabakian et al. (2) menciona que algunas mujeres también experimentaron violación a su privacidad cuando no se obtuvo su consentimiento para la realización de procedimientos médicos. Además, las mujeres musulmanas que llevan Hiyab se sintieron incómodas y avergonzadas debido a la presencia de proveedores de salud masculinos en la sala de parto.

Estos hallazgos son preocupantes y destacan la importancia de garantizar la privacidad y el respeto durante el proceso de atención médica para las maternas. Es fundamental que los proveedores de salud tomen medidas para asegurar la intimidad y la comodidad de las pacientes, respetando sus creencias culturales y religiosas. Esto incluye garantizar la privacidad durante los exámenes, mejorar la infraestructura y el

diseño de las salas de parto, y obtener el consentimiento informado de las mujeres antes de realizar cualquier procedimiento médico.

Categoría: Desconocimiento de sus derechos y de existencia violencia

La falta del conocimiento de los derechos en salud es la principal causa para la normalización de la violencia obstétrica haciendo de estos actos algo rutinarios en la atención sanitaria: por lo anterior se hace de suma importancia la promoción de derechos de los usuarios en el sistema en salud y de las prácticas seguras en la atención en salud. Por lo anterior mencionado se identificaron las siguientes subcategorías.

Subcategoría: Desconocimientos de los derechos en los servicios de salud

En su mayoría de las mujeres que participaron en los diferentes artículos manifestaron que nunca se les hizo conocedoras de sus derechos, ni hubo nadie quien velara por ellos durante la atención de la salud, de esta manera lo expone Jojoa; et al. (48) al decir que las mujeres fueron sometidas a políticas institucionales que restringen sus derechos; no tener derecho a ser informadas ni a tomar decisiones por sí mismas. Megersa; Et al (53) confirma lo anterior cuando dice que desconocía sus derechos y creían que los proveedores de atención médica tenían la facultad de realizar procedimientos sin su consentimiento. De igual manera exponen que esta es una problemática multicultural, de esta manera lo expone. Gaffney; et al (33) cuando dice que las mujeres indígenas carecían de conocimiento sobre sus derechos y no tenían las herramientas necesarias para identificar y denunciar. Gaffney; et al. (3) expone cómo se sentían Las mujeres indígenas sentían el rechazo hacia sus conocimientos o se les prohibía llevar a sus prácticas y rituales en el entorno hospitalario. Gaffney; et al. (3) lo confirma cuando dice, Las mujeres indígenas no fueron informadas sobre sus derechos y responsabilidades en el sistema de salud, que las dejó sintiéndose asustadas, confundidas y mientras recibían atención médica occidental.

Subcategoría: Desconocimiento de las prácticas seguras

La falta de socialización de las prácticas seguras en salud a los usuarios provoca una brecha de desconocimiento entre los procedimientos seguros y los procedimientos rutinarios ejercidos por los profesionales de la salud para agilizar y facilitar su trabajo, McMahon; Et al (18) lo confirma cuando dice que las mujeres y sus parejas no se quejaron, ya que sentían que debían estar agradecidas recibir drogas durante el proceso de parto y desconocían a quién acudir en busca de ayuda. Taghizadeh; Et al (12) lo afirma cuando dice que las mujeres experimentan sangrados debido a la negligencia durante el parto, lo cual puso en peligro su salud, así como la del bebé, ocasionando sufrimiento fetal, lo que desencadenó negligencia que resultó en sangrados y puso en riesgo la salud del binomio. Briceño; Et al. (36) expone la postura que debieron asumir muchas mujeres cuando dice que optaron por someterse a fin de evitar cualquier situación que pusiera en riesgo al bebé. Además, buscaron minimizar y olvidar que habían sido víctimas de violencia obstétrica.

Categoría: Consecuencias en salud que experimentan al sufrir violencia obstétrica.

La violencia es un desencadenante de diferentes reacciones físicas, psicológicas y mentales, las cuales en su mayoría tienden a tener repercusiones en la vida de la mujer y la toma de decisiones en la maternidad.

Subcategoría: Actitudes negativas

Estas experiencias incluyen actitudes negativas por parte del personal sanitario, falta de empatía, discriminación, falta de información y falta de conexión y atención. Estas actitudes y comportamientos provocan que las mujeres se sintieran insignificantes, poco importantes, incómodas, temerosas y angustiadas en el entorno de atención en salud.

Un estudio realizado por McMahon; Et al. (18) exponen que las mujeres expresan temor a acudir a centros de salud debido a la posibilidad de ser ignoradas. Chadwick; Et al. (34) también corroboran esto al afirmar que las mujeres experimentan sentimientos de soledad y miedo en entornos desconocidos, lo cual contribuyó a que estos se tornaran hostiles y angustiantes.

Otro estudio de la autoría de Chadwick; Et al. (34) molestas y angustiadas debido a la falta de atención por parte de los cuidadores. Esta falta de atención generó malestar y preocupación en ellas. Además, Taghizadeh; Et al (12) lo confirma cuando dice que sufrieron reacciones negativas y tuvieron comportamientos agresivos

Un aspecto importante a considerar es la empatía la cual según, Megersa; Et al. (53) Las mujeres manifestaron sentirse incómodas por la falta de empatía, lo cual es corroborado por Megersa; Et al. (53) al decir que las mujeres se sintieron desfavorecidas y desatendidas pues no tenían a un acompañante. Lo cual ocasionó según Gaffney; Et al. (33) que se sintieron abrumadas y confundidas por el proceso de parto en el hospital. Y esto se intensificó según Megersa; Et al. (53) cuando dice que las mujeres se sentían incómodas y objetificadas debido a la presencia de muchas personas en la sala. A esto se le suma que Tello; Et al. (27) señala que las participantes fueron discriminadas por su edad, estado socioeconómico y estado civil sintiéndose reducidos y estigmatizados.

Otra problemática importante a resaltar por Chadwick; Et al. (34) a menudo le negaban el acceso a la información, lo que hacía que se sintieran abrumadas. Watson; Et al. (32) esto es confirmado cuando dice que las mujeres experimentaron la sensación de que no se les hablaba directamente, lo cual generó un sentimiento de falta de conexión y atención. Este aspecto contribuyó a su malestar y angustia durante su experiencia.

Subcategoría: Deshumanización

Durante la recopilación de datos, se encontraron numerosos testimonios de mujeres que experimentaron tratos inhumanos y deshumanizantes durante el parto. Estos testimonios revelan situaciones en las que las mujeres no fueron tratadas de forma digna, se pasó por encima de su humanidad y autonomía, y se generó desconfianza hacia los profesionales de la salud.

Encontramos que durante la atención en salud a las mujeres se les negaba el derecho a tener un acompañante lo cual causa desconfianza y temor ante lo que pudiera suceder, así lo manifiesta Kabakian; Et al. (2) Las mujeres desean tener compañía de algún familiar, durante los procedimientos hospitalarios, pero a veces se les niega esta opción, lo que les genera temor, complicaciones y desconfianza. Orpin; Et al. (51) lo confirma cuando dice que las mujeres experimentaban una sensación de pérdida de valor y dignidad, lo que generaba la destrucción de su autoestima y una sensación de deshumanización. según Tello; Et al. (27) esto se debe a que la atención carecía de compasión, cortesía o respeto, lo que hizo que se sintieran deshumanizadas en los procedimientos requeridos.

En los actos de deshumanización encontramos que también están incluidos violación de derechos y abuso durante el parto, como lo dice, Llobera; Et al. (47) cuando se menciona que se llevaron a cabo maniobras prohibidas, se utilizó oxitocina sin justificación y se practicaron episiotomías, lo que generó desconfianza hacia los profesionales de la salud. Gaffney; et al. (3) lo confirma diciendo que Las mujeres experimentaron la maniobra de kristeller sintiéndose humilladas e incómodas. Lo cual ocasiono según, Matos; Et al. (47) que las mujeres se sintieran vulneradas, impotentes, abusadas e incluso violadas por las conductas que tuvo el personal de salud durante el parto y trabajo de parto, Santos; Et al. (20) lo confirma cuando dice que estas situaciones pueden ser especialmente angustiante para las mujeres que experimentan miedos y preocupaciones relacionadas con el parto. Y es reafirmado por Briceño; Et al. (36) qué imposibilidad de dar a luz, miedo respecto a todo el proceso de parto, sensación de soledad y abandono por el personal sanitario y sus seres queridos.

Otra forma de deshumanización es desconociendo la multiculturalidad a nivel mundial y que no es ajena al sistema de salud, esto es mencionado por Gaffney; Et al. (33) En los hospitales la ausencia de intérpretes o profesionales que conocieran las lenguas indígenas la que dificulta la comunicación y afectaba la calidad de la atención, lo que resultaba en una deshumanización de los pacientes. Este mismo menciona como se obliga a diversidad de culturas a someterse a la medicina tradicional, El parto para las comunidades indígenas es un acontecimiento importante el cual los médicos no entienden lo que los lleva a no brindar una atención al parto respetuosa con las prácticas culturales y tradicionales de las mujeres indígenas, haciéndolas sentir desvinculadas de sus creencias y costumbres. También lo menciona Kabakian; Et al. (2) la presencia de proveedores de salud masculinos en presencia de mujeres

portantes de Hiyab y las divisiones de la sala de parto que las hacía sentirse avergonzadas e incómodas.

La no vinculación de la mujer, las faltas de información hacen de la etapa del parto un acto deshumanizado, según el estudio de Megersa; Et al. (53) Las mujeres reportaron sentirse descuidadas, abandonadas, preocupadas y no atendidas adecuadamente al ingresar a la sala de trabajo de parto, esto lo confirma Larkin; Et al. (37) cuando dice que las mujeres se sienten desamparadas, vulnerables y sin apoyo en el trabajo de parto, ya que sienten que no tienen a quién recurrir emocionalmente en un momento tan importante. Megersa; Et al. (53) lo confirma cuando dice que las mujeres sintieron que no tenían poder de decisión y derecho a negarse a situaciones desfavorables. Larkin; Et al. (37) nos dicen que las mujeres se sentían frustradas cuando sentían que les estaban ocultando información importante. McMahon; Et al. (18) expone que las mujeres y sus parejas optaron por no confrontar el abuso por miedo a las represalias o la negación de la atención médica. Lo anterior ocasiona que las mujeres se sientan restringidas y falta de autonomía en las decisiones, que es expuesto por Gebremichael; Et al. (54) Las mujeres se sintieron restringidas en cuanto a la posición dar a luz, siendo amenazadas por los proveedores de atención médica y convirtiendo el proceso de dar a luz en una situación estresante, llegando a odiar su personal de salud; Tello; Et al. (27) lo confirma al decir, Las mujeres se sintieron como un objeto y fueron restringidas en su movilidad, sintiéndose como participantes pasivas en el nacimiento de sus hijos. También dice Tello; Et al. (27) afirma que las mujeres expresaron que sintieron dolor y tortura manifestando que el cuidado fue áspero y agresivo. Los cuales según Tello; Et al. (27) Las mujeres se angustiaron por retrasos prolongados sintiéndose abandonadas y sentían que estaban sufriendo. Lo cual fomenta la falta de respeto hacia las usuarias, según Gaffney; et al. (3) Las mujeres se sintieron humilladas y estigmatizadas debido al abuso verbal, los gritos, los regaños y los insultos por parte del personal de salud. Siendo un problema que no respeta cultura ni etnias, como lo dice Gaffney; et al. (3) Las indígenas no fueron informadas sobre sus derechos y responsabilidades en el sistema de salud, que las dejó sintiéndose asustadas, confundidas y mientras recibían atención médica occidental. Ocasionando que se normalice la falta del uso del consentimiento informado y el respeto a la toma de decisión, esto lo expone Keedle; Et al. (15) Las mujeres sintieron que nadie les dijo que el procedimiento era opcional y estaban muy angustiadas. Este mismo estudio nos dice que fueron amenazadas e intimidadas, lo que las hacía sentir sin valor. Lo cual este mismo dice provocó, sensación de ser utilizadas como si fueran materiales didácticos, sin tener en cuenta sus deseos y privacidad, aquí también exponen que las mujeres manifestaron sentimientos de impotencia y de ser ignoradas con tratamientos ásperos, dolorosos y restrictivos por parte del personal médico; por lo que se vieron imposibilitadas de rechazar las intervenciones, lo que las hizo sentir impotentes, ya que fueron forzadas y menospreciadas. Lo cual ocasionó un juicio social propio, Watson; Et al. (32) . Esto les generó miedo a ser juzgadas o mal entendidas por las personas de su entorno. Tello; Et al. (27) lo confirma al decir que se siente culpable por haber elegido una cesárea para dar a luz.

Subcategoría: Alteraciones de la salud mental

la gestación, el parto y el puerperio son etapas donde los procesos fisiológicos se ven alterados, por la estimulación hormonal que el cuerpo está cursando para adaptación de la nueva situación, esto provoca en las mujeres una alteración emocional, que al

experimentar situaciones traumáticas pueden desencadenar alteraciones mentales en ellas, provocando efectos no deseados en el binomio madre e hijo.

Según el estudio de Ribeiro; Et al. (40), las mujeres sienten que sufrir violencia obstétrica es un trauma que no se olvida. Keedle Et al. (15) confirma esto al decir que la violencia obstétrica fue una experiencia horrible para la mujer y su maternidad, dejándoles un trauma que les afectará para toda la vida. Watson; Et al. (32) menciona que las mujeres experimentaban sentimientos de miedo hacia los desconocidos, ansiedad y aprensión ante un próximo parto en el que podrían enfrentar nuevamente violencia obstétrica. Taghizadeh; Et al. (12) respalda esto al decir que las mujeres expresan haber experimentado una variedad de traumas durante el parto, como pesadillas, pánico y miedo intenso, así como estrés severo, ideación suicida y la fuga del hospital, lo que hace que esto tenga un impacto significativo en su bienestar emocional y mental.

También encontramos el impacto que tiene sobre la conexión y la lactancia materna, de acuerdo con lo mencionado anteriormente, se sustenta lo que dice Larkin; Et al. (37): las mujeres se sentían confundidas e inciertas antes del inicio del trabajo de parto, sin saber si debían ir al hospital o esperar en casa. Esta falta de claridad genera ansiedad y dudas sobre cómo tomar la mejor decisión para su salud y la del bebé. Esto ocasiona, como menciona Taghizadeh; Et al. (12), que se afecte negativamente la conexión y el proceso de lactancia, lo cual resulta en dificultades para establecer relaciones saludables. Además, según Briceño Et al. (36), esto provoca una alteración en su autoestima y percepción de valor. Lo cual generó según Kabakian; Et al. (2) un desencadenamiento de sentimientos de culpa.

La mala comunicación asertiva, tiende a presentar consecuencias en el servicio prestado y en la salud de la madre, La falta de comunicación asertiva, según Oluoch; Et al. (21) , provoca que las mujeres experimenten sentimientos de miedo, pánico, impotencia, amargura y dolor psicológico. Esto se confirma con lo que nos dice Kabakian et al. (2), ya que esto les impide comunicar cómo se sienten, lo que desencadena sentimientos de culpa, Tello; Et al. (27) menciona que la mala comunicación hizo que las mujeres se sintieran ansiosas, pues no comprenden las circunstancias y sin la explicación de los procedimientos, sintieron el trabajo de parto molesto y traumático. Además, dice Tello; Et al. (27) una de las participantes experimentó angustia por la falta de recursos.

Maya; Et al. (52) menciona que las mujeres sienten estrés debido a la negligencia por parte del personal de salud, quienes no brindan apoyo en sus necesidades, lo que hace que ellas tengan la sensación de ser abandonadas. Megersa Et al. (53) menciona que les realizaron exámenes sin cortinas y en presencia de estudiantes y otro personal, lo que las hizo sentir humilladas, decepcionadas, causándoles ansiedad, incomodidad y más dolor.

Gaffney et al. (3) menciona que las mujeres estaban angustiadas porque sus demandas de atención no eran tomadas en serio. Chadwick; Et al. (34) menciona que las mujeres se sintieron asustadas y angustiadas debido a las relaciones negativas con los cuidadores. Estos sentimientos exacerbaron su preocupación y temor, impactando negativamente en su bienestar emocional y mental, según Watson; Et al. (32).

Categoría: Estrategias que implementaron las mujeres para no sufrir o ser revictimizadas después de experimentar violencia obstétrica

Subcategoría: Aceptación de la violencia para evitar complicaciones

Briceño; Et al. (36) nos revela cómo las mujeres que han sufrido violencia obstétrica optaron por someterse a procedimientos con el fin de proteger la seguridad del bebé. Además, estas mujeres prefirieron minimizar y olvidar que habían sido víctimas de este fenómeno. Sin embargo, es importante tener en cuenta que este tipo de experiencias pueden tener repercusiones en el bienestar biopsicosocial. Por otro lado, McMahon; Et al (18) agrega que las parejas decidieron pagar sobornos para asegurarse un trato preferencial y adecuado en un sistema de atención médica desigual. En muchas ocasiones, el acceso a los servicios médicos requiere una compensación económica para evitar ser víctimas de violencia.

Subcategoría: Tener parto en casa

Dar a luz en casa es una opción que muchas mujeres eligen para evitar tener experiencias negativas durante el parto. Esta elección surge de la incomodidad, sensación de violencia e ignorancia que han experimentado en instalaciones médicas. Los estudios realizados por McMahon; Et al (18) y Maya; et al (52) confirman esta tendencia. Las mujeres y sus parejas optan por dar a luz en casa o con la asistencia de una partera debido a que no se sienten cómodas en los hospitales y temen que sus derechos sean vulnerados. Han vivido situaciones de maltrato donde se han enfrentado a actitudes groseras, intimidaciones y gritos relacionados con la elección del lugar para dar a luz. Como resultado, han decidido evitar las instalaciones médicas y dar a luz en casa. Esta opción les brinda un mayor sentido de control y seguridad durante el proceso de parto.

Subcategoría: Empoderamiento y sugerencias

Las mujeres entrevistadas en el estudio de Llobera; Et al. (47) manifestaron que, a pesar de haber experimentado violencia obstétrica, están dispuestas a pasar por el

proceso del parto nuevamente, siempre y cuando se les brinden las herramientas necesarias para hacer valer sus derechos y garantías en un entorno de parto humanizado y respetado. Esto demuestra su capacidad para utilizar los recursos disponibles a su alcance y buscar una experiencia positiva. En línea con esto, Colaceci; Et al (19) destacaron la importancia de mejorar las habilidades de resolución de problemas y organización por parte de los gerentes de atención médica para mejorar la experiencia y satisfacción de las mujeres durante el parto. Estas habilidades organizativas pueden contribuir a un mejor manejo de situaciones y a una atención más eficiente.

Por otro lado, según los hallazgos de Kabakian; Et al (2), las mujeres enfatizaron la importancia del cuidado y la atención durante las experiencias de higiene, el apoyo emocional y la presencia de parteras comprensivas que puedan fomentar experiencias de parto positivas. Estos aspectos contribuyen a que las mujeres se sientan escuchadas y respaldadas durante el proceso de parto. Además, Megersa; Et al (53) resalta la importancia de la actitud y el comportamiento de los profesionales durante la atención a las gestantes. La percepción de las mujeres sobre sus experiencias de parto depende del centro de salud, los profesionales y la atención recibida. Un trato respetuoso y empático por parte del personal médico puede marcar una gran diferencia en la experiencia de las mujeres durante el parto.

Para finalizar se debe mejorar la experiencia de las mujeres durante el parto es fundamental garantizar el respeto de sus derechos, brindar apoyo emocional, contar con parteras comprensivas y asegurar una actitud y comportamiento adecuados por parte de los profesionales de la salud. Además, es importante mejorar las habilidades de resolución de problemas y organización en el ámbito de la atención médica.

DISCUSIÓN

En la presente revisión integradora se han identificado 32 artículos que abordan la temática de la violencia obstétrica desde la perspectiva de mujeres que han pasado por al menos un embarazo. Estos artículos evidencian las diferentes formas de violencia obstétrica que se ejercen hacia las mujeres durante el trabajo de parto y el parto. Se ha encontrado que la violencia obstétrica es una forma de violencia de género que ocurre dentro del ámbito de la atención de salud materna. Entre las formas de violencia identificadas se encuentran la violencia verbal, física, institucional, la violación de la privacidad, la discriminación, las relaciones de poder desequilibradas, la falta de consentimiento informado, la comunicación ineficaz y la objetificación.

Una forma de violencia verbal que se destaca es el desprecio y el uso de términos despectivos hacia las mujeres. Según varios autores (6, 29, 26, 56), es común que las mujeres reciban comentarios despectivos relacionados con su sexualidad. Estos comportamientos, manifestados a través de palabras y expresiones corporales, tienen la intención de ridiculizar, humillar e incluso amenazar, causando daño psicológico que puede ser irreparable (41). En un estudio en Nigeria también se ha documentado insultos dirigidos a las mujeres por parte de los proveedores de atención obstétrica (11, 7, 50). En India, se reveló en un estudio cualitativo de experiencias de parto que las enfermeras cometen abuso verbal mediante gritos a mujeres trabajadoras embarazadas.

Asimismo, es importante destacar que la violencia física es una de las formas más recurrentes de violencia a nivel mundial durante la atención en salud perinatal. Esta forma de violencia puede manifestarse desde una bofetada hasta actos violentos realizados con el cuerpo de la mujer sin su consentimiento previo. Diversos estudios (6,45,24) confirman, que las mujeres manifestaron que fue doloroso el ensanchamiento forzado de las piernas durante el parto fue considerado como un acto más doloroso que el propio dolor del parto. Adicionalmente, es importante señalar que la violencia física siempre está acompañada de comentarios discriminatorios y el uso de las relaciones de poder que existen entre la mujer embarazada y el personal médico durante la atención. Esto genera un ambiente en el cual las mujeres no se sienten seguras ni libres para expresar su opinión, lo que resulta en la invisibilización de sus voces y hace que se sientan tratadas como objetos.

El no consentimiento informado para la realización de procedimientos médicos y la administración de fármacos inductores al trabajo de parto es una forma de violencia que a menudo pasa desapercibida. Durante la atención de salud, se espera que todo procedimiento sea debidamente informado al paciente, y es su derecho decidir si lo acepta o no. Sin embargo, según Silva; et al (4), se han realizado numerosos procedimientos sin informar ni aclarar a las mujeres, lo que impide que puedan expresar su opinión. Un ejemplo de esto es la amniotomía, que se realiza en aproximadamente el 31% de los partos vaginales y a menudo se justifica como parte de un parto acelerado, junto con la administración de oxitocina. En un estudio que

exploró la percepción de las mujeres sobre la violencia obstétrica, se encontró que el 20% de las entrevistadas fueron sometidas a exámenes táctiles invasivos, constantes o agresivos, lo que les causó dolor y vergüenza (35). Estos hallazgos evidencian la importancia de garantizar el consentimiento informado en todos los procedimientos médicos durante el parto. Las mujeres tienen el derecho de recibir toda la información necesaria sobre los procedimientos y tomar decisiones informadas sobre su propia atención médica. Es fundamental que el personal de salud respete y valore la autonomía de las mujeres, promoviendo una atención centrada en ellas y evitando cualquier forma de violencia obstétrica.

Por otro lado, diversos estudios hablan sobre desconocimiento de los derechos y de la existencia violencia obstétrica, donde las mujeres manifiestan ignorar la existencia de estos derechos, lo cual las vuelve vulnerables ante un sistema de salud. Todo esto conduce al desempoderamiento de las mujeres y las consiguientes bajas expectativas que tienen sobre la prestación de atención, lo que conduce a la normalización de la atención irrespetuosa (9) Estos sistemas continúan alienando y silenciando a las mujeres, privándolas de su derecho a la información, agregándoles como refugiadas y aislándolas de sus sistemas de apoyo (28).

Entre otros estudios, se han encontrado las consecuencias en la salud que experimentan al sufrir violencia obstétrica, tales como secuelas que no solo afectan a la madre, sino también al neonato y a su familia. Las lesiones emocionales duraderas causadas por la violencia infligida a las mujeres durante el parto interrumpen el vínculo y el apego a largo plazo entre la madre y el bebé (31). De manera similar, se ha expresado que violar la dignidad de las mujeres durante el parto puede conducir a experiencias desempoderadoras por el resto de sus vidas (42). Además, los profesionales de la salud mental han reconocido cada vez más el trauma del parto y las experiencias negativas del mismo como factores que perjudican el bienestar posparto, lo cual puede requerir asesoramiento u otros tratamientos (31).

Para finalizar, las mujeres implementaron estrategias para evitar sufrir o ser revictimizadas después de experimentar violencia obstétrica. En Kenia según un estudio (8, 30) se observó la interacción de los tres niveles para promover el maltrato. A nivel individual, se evidenció la necesidad de que los trabajadores de la salud promoviendo comportamientos abusivos como una forma de afirmar el control sobre las mujeres. A nivel estructural, se encontró que las instituciones, como los centros de salud, toleraban o eran en gran medida inconscientes del maltrato y sus manifestaciones. Como mencionó Bohren (5) en su trabajo sobre Nigeria, el abuso es visto como una forma de "rescatar" la vida de la madre/infante. En diversos estudios se demuestra cómo en países donde la violencia está culturalizada, el personal de salud convence a las pacientes de que la violencia es necesaria para salvar la vida de sus hijos, argumentando que de otra manera no habrían sido capaces de dar a luz y el bebé no habría nacido sin complicaciones. Además, en diversos estudios (43, 44), se detallaron informes de cobros ilegales (también conocidos como "bajo la mesa" o "asante" cargos) incluso en instalaciones que están oficialmente exentas de pago.

Fortalezas Y Limitantes

La fortaleza de esta investigación radica en el uso de la metodología de GANONG (23), que permite analizar y comprender los estudios cualitativos. Esta metodología ha hecho que esta investigación sea diferente a otros estudios sobre el mismo tema, ya que ha permitido conocer las experiencias de mujeres de diferentes partes del mundo. Además, se utilizaron diferentes técnicas de recolección de datos, lo cual también contribuyó a enriquecer los hallazgos de la investigación.

En la presente revisión integradora, se encontraron algunas limitaciones. Una de ellas fue la falta de acceso a algunas bases de datos y artículos debido a la falta de afiliación a las mismas. Esto pudo haber limitado la cantidad de información encontrada y la diversidad de fuentes consultadas. Además, la búsqueda se realizó en los idiomas español, inglés y portugués. Aunque se hizo un esfuerzo por abarcar diferentes idiomas, es posible que se haya omitido información relevante en otros idiomas. También es importante destacar que no se pudo acceder a los estudios de pago. Esto significa que algunos estudios o artículos que requerían una suscripción o pago no estuvieron disponibles para su revisión. Estas limitaciones deben tenerse en cuenta al interpretar los resultados de esta revisión integradora.

CONCLUSIONES

Durante la revisión integradora de los artículos científicos, se encontró que existe suficiente evidencia científica relacionada con las experiencias de mujeres que sufrieron violencia obstétrica a nivel mundial en el periodo comprendido entre 2010 a 2022.

La literatura consultada como evidencia de la violencia obstétrica, se constituyó de artículos con metodología cualitativa en su mayoría, los países predominantes en los que se realizó estudios fueron Brasil con 7 estudios, Colombia con 4 estudios, Etiopia con 3 artículos y en menor proporción Australia, Estados Unidos e India.

Luego de la revisión de la literatura científica emergieron cuatro categorías: formas de violencia obstétrica, desconocimiento de los derechos y de la existencia de violencia obstétrica; sentimientos, emociones que se experimentan al sufrir violencia obstétrica, por último estrategias que implementaron las mujeres para no sufrir o ser revictimizadas después de experimentar violencia obstétrica.

La violencia obstétrica que se evidenció en los estudios revisados se relaciona con actos de violencia verbal, violencia física, violencia institucional, violación a la privacidad, discriminación, relaciones de poder, no consentimiento informado, comunicación ineficaz, objetificación y falta de privacidad que relacionaron las participantes en los diferentes estudios a nivel mundial.

Revisar los artículos permitió evidenciar que las mujeres en diferentes latitudes del planeta han experimentado violencia obstétrica, atención con falta de humanización por parte del personal de salud, abuso de poder y la falta de empatía en los momentos de atención, todos estos actos llevaron a las usuarias a ser despojadas de su autonomía, dignidad y sometidas a procedimientos y/o vivencias poco humanas.

También se evidenció como el personal sanitario alrededor del mundo normaliza la cultura de la violencia obstétrica realizando maniobras, procedimientos, administrando medicación como inductores del trabajo de parto de manera rutinaria, además mostrar conductas y actitudes poco empáticas cuando brindan atención a las gestantes.

Es necesario generar una estrategia tendiente a reducir la violencia obstétrica en el proceso de atención a las mujeres gestantes que involucre a todo el talento humano de salud del programa de atención prenatal en todas las IPS de la Ciudad de Girardot para evitar que se continúe invisibilizando este problema que genera daños

emocionales irreparables a las mujeres e incluso a sus hijos y que se continúe normalizando la cultura de la violencia en los procesos de atención perinatal.

RECOMENDACIONES

Como referente universitario del Departamento, en la formación de talento humano de enfermería, el programa debe continuar fortaleciendo la formación profesional con énfasis en la garantía de los derechos humanos y la humanización en la prestación de servicios de salud, articulando las prácticas en las instituciones con quienes se tiene los convenios docencia servicio, para que en cada rotación práctica, se refuerce el rol profesional garante de los derechos de las pacientes en los servicios de atención perinatal, como son: control prenatal, sala de partos, servicio de obstetricia y UCI neonatal.

Desde el núcleo temático: cuidado de enfermería a la mujer y al recién nacido, se debe continuar fortaleciendo la importancia de humanizar los procesos y procedimientos, reforzar las habilidades blandas y de esa manera contribuir con la desnormalización de la violencia obstétrica.

Con base en los resultados de esta revisión integradora, es evidente que existe violencia obstétrica a nivel mundial. Por lo tanto, es importante evaluar si en las IPS de la ciudad de Girardot existe alguna de estas formas de violencia. Por lo que se sugiere que el semillero cuidando a la mujer continúe realizando estudios para evaluar la presencia de violencia obstétrica en las IPS que brindan atención materna perinatal, de ser así, aportar a la reducción de la misma en el marco de los convenios docencia servicio.

BIBLIOGRAFÍA

1. "is the doctor god to punish me?!" an intersectional examination of disrespectful and abusive care during childbirth against single mothers in tunisia - pubmed [anónimo]. Pubmed [página web]. [Consultado el 18, mayo, 2023]. Disponible en internet: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28259180/>
2. "a person who does not have money does not enter": a qualitative study on refugee women 's experiences of respectful maternity care - bmc pregnancy and childbirth [anónimo]. Springerlink [página web]. [Consultado el 18, mayo, 2023]. Disponible en internet: <https://link.springer.com/article/10.1186/s12884-022-05083-2>
3. "parir no es un asunto de etnia, es un asunto de humanidad": experiencias frente a la violencia obstétrica durante la atención al parto en mujeres indígenas [anónimo]. Redalyc [página web]. [Consultado el 18, mayo, 2023]. Disponible en internet: <https://www.redalyc.org/journal/731/73166595032/>
4. Andrade PON, Silva JQP, Diniz CMM, Caminha MFC. Factores asociados à violencia obstétrica na assistência ao parto vaginal em uma maternidade de alta complexidade em Recife, Pernambuco. Rev Bras Saúde Matern Infant, 2016; 16(1): 29-37. DOI: <http://10.1590/1806-93042016000100004>.
5. Bohren MA, Vogel JP, Tunçalp Ö, Fawole B, Titiloye MA, Olutayo AO, et al. "By slapping their laps, the patient will know that you truly care for her": A qualitative study on social norms and acceptability of the mistreatment of women during childbirth in Abuja, Nigeria. SSM - Population Health, 2016; 2: 640–55. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2016.07.003>.
6. BOHREN, Meghan A. The Mistreatment of Women during Childbirth in Health Facilities Globally: A Mixed-Methods Systematic Review. Home - PLOS [página web]. (30, junio, 2015). [Consultado el 17, octubre, 2023]. Disponible en Internet: <https://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1001847>
7. BOHREN, Meghan; P. VOGEL, Joshua y TUNÇALP, Özge. Mistreatment of women during childbirth in Abuja, Nigeria: a qualitative study on perceptions and experiences of women and healthcare providers. PubMed Central (PMC) [página web]. (17, enero, 2017). [Consultado el 17, octubre, 2023]. Disponible en Internet: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5240205/>

8. Bradley S, McCourt C, Rayment J, Parmar D. Disrespectful intrapartum care during facility-based delivery in sub-Saharan Africa: a qualitative systematic review and thematic synthesis of women's perceptions and experiences. *Soc Sci Med*, 2016; 169: 157-70. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.09.039>.
9. BRADLEY, Susan, et al. Atención intraparto irrespetuosa durante el parto en centros de salud en África subsahariana: una revisión sistemática cualitativa y una síntesis temática de las percepciones y experiencias de las mujeres. *ELSEVIER* [página web]. [Consultado el 16, octubre, 2023]. Disponible en Internet: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0277953616305469?via=ihub>
10. Breaking the silence about obstetric violence: body mapping women 's narratives of respect, disrespect and abuse during childbirth in Bihar, india. | *bmc pregnancy childbirth*;22(1): 318, 2022 apr 14. | medline [anónimo]. Pesquisa | portal regional da bvs [página web]. [Consultado el 23 de septiembre de 2023]. Disponible en internet: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/mdl-35421943>>.
11. CHILD PROTECTION, Disability and Obstetric Violence: Three Case Studies from Iceland [Anónimo]. *PubMed Central (PMC)* [página web]. (28, diciembre, 2020). [Consultado el 17, octubre, 2023]. Disponible en Internet: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7796032/>
12. CHILDBIRTH VIOLENCE-BASED negative health consequences: a qualitative study in Iranian women - *BMC Pregnancy and Childbirth* [Anónimo]. *SpringerLink* [página web]. [Consultado el 24 de septiembre, 2023]. Disponible en Internet: <https://link.springer.com/article/10.1186/s12884-021-03986-0>
13. CONHECIMENTOS E experiências de violencia obstétrica em mulheres que vivenciaram a experiência do parto | *Enferm. actual Costa Rica (Online)*; (37): 66-79, Jul.-Dez. 2019. | LILACS | BDEF [Anónimo]. Pesquisa | Portal Regional da BVS [página web]. [Consultado a 31, mayo, 2023]. Disponible en Internet: <https://pesquisa.bvs3alud.org/portal/resource/es/biblio-1039756>
14. Construcción social de la violencia obstétrica en mujeres tének y náhuatl de México [anónimo]. *Scielo - brasil* [página web]. [Consultado el 18, mayo, 2023]. Disponible en internet: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/sxsi6znzv7y7wnwd3rpsv8g/?Format=pdf&lang=es>

15. DESHUMANIZADAS, VIOLADAS e impotentes: una encuesta australiana sobre las experiencias de violencia obstétrica de las mujeres en los últimos cinco años [Anónimo]. Sage Journals [página web]. (30, noviembre, 2022). [Consultado el 7 de junio de 2023]. Disponible en Internet: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/10778012221140138>
16. DISPARIDADES RACIALES: un análisis de la violencia obstétrica en mujeres negras. [Anónimo]. Portal Regional de la BVS Información y Conocimiento para la Salud [página web]. [Consultado el 25, mayo, 2023]. Disponible en Internet: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/mdl-34787185>
17. El lado oculto de la violencia obstétrica : parto, dolor y violencias [Anónimo]. Repositorio Institucional CONICET Digital [página web]. [Consultado el 18, mayo, 2023]. Disponible en Internet: https://ri.conicet.gov.ar/bitstream/handle/11336/108797/CONICET_Digital_Nro.48fb4701-20b1-444a-a2d0-96d2bdc6d821_A.pdf?sequence=2&isAllowed=y
18. Experiences of and responses to disrespectful maternity care and abuse during childbirth; a qualitative study with women and men in morogoro region, tanzania - pubmed [anónimo]. Pubmed [página web]. [Consultado el 18, mayo, 2023]. Disponible en internet: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25112432/>
19. EXPERIENCES OF Birth during COVID-19 Pandemic in Italy and Spain: A Thematic Analysis. | Int J Environ Res Public Health;19(12)2022 06 18. | MEDLINE [Anónimo]. Pesquisa | Portal Regional da BVS [página web]. [Consultado el 25, mayo, 2023]. Disponible en Internet: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/mdl-35742741>
20. Experiencias de puérperas sobre violencia obstétrica en la perspectiva fenomenológica [anónimo]. Scielo - scientific electronic library online [página web]. [Consultado el 18, mayo, 2023]. Disponible en internet: <http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v37n1/1561-2961-enf-37-01-e3549.pdf>
21. EXPLORING MISTREATMENT of women during childbirth in a peri-urban setting in Kenya: experiences and perceptions of women and healthcare providers - Reproductive Health [Anónimo]. SpringerLink [página web]. [Consultado el 25, mayo, 2023]. Disponible en Internet: <https://link.springer.com/article/10.1186/s12978-018-0643-z>

22. Formas de violencia obstétrica experimentada por madres que tuvieron un parto normal [anónimo]. Redalyc [página web]. [Consultado el 18, mayo, 2023]. Disponible en internet: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=365851829003>
23. Ganong, L. H. (1987). Integrative reviews of nursing research. *Research in Nursing & Health*, 10(1), 1–11. <https://doi.org/10.1002/nur.4770100103>
24. Gichane MW, Heap M, Fontes M, London L. "They must understand we are people": pregnancy and maternity service use among signing deaf women in Cape Town. *Disabil Health J*, 2017; 10(3): 434-439. DOI: 10.1016/j.dhjo.2017.03.016.
25. HERNÁNDEZ SAMPIERI, Roberto; FERNÁNDEZ COLLADO, Carlos y BAPTISTA LUCIO, María del Pilar. *metodología de la investigación [en línea]*. 6a ed. [s.l.]: México D.F, 2014 [consultado el 22, septiembre, 2023]. 634 p. Disponible en Internet:
<https://academia.utp.edu.co/grupobasicoclinicayaplicadas/files/2013/06/Metodología-de-la-Investigación.pdf>
26. I OKAFOR, Innocent; O UGWU, Emmanuel y N OBI, Samuel. Disrespect and abuse during facility-based childbirth in a low-income country - PubMed. PubMed [página web]. (febrero, 2015). [Consultado el 17, octubre, 2023]. Disponible en Internet: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25476154/>
27. Identifying obstetric mistreatment experiences in u.s. Birth narratives: application of internationally informed mistreatment typologies - pubmed [anónimo]. Pubmed [página web]. [Consultado el 18, mayo, 2023]. Disponible en internet: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35120346/>
28. INSIGHTS INTO THEORIZING SOCIAL EXCLUSION AND INEQUITIES: A PERSPECTIVE FROM THE ARAB WORLD [Anónimo]. Deakin University research repository - Browse [página web]. [Consultado el 17, octubre, 2023]. Disponible en Internet:
https://dro.deakin.edu.au/articles/journal_contribution/Insights_into_theorizing_social_exclusion_and_inequities_a_perspective_from_the_Arab_World/20691307/1/files/36905425.pdf
29. Jewkes, R., Abrahams, N., & Mvo, Z. (1999). ¿Por qué las enfermeras abusan de los pacientes? Reflexiones de los servicios obstétricos sudafricanos. *Soc Sci Med*, 47, 1781-95. [Consultado el 17, octubre, 2023]. Disponible en Internet: [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(98\)00240-8](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(98)00240-8)

30. Jewkes, Rachel; Abrahams, Naeemah; Mvo, Zodumo. Why do nurses abuse patients? Reflections from South African obstetric services. *Social Science & Medicine*, 1998, vol. 47, no 11, p. 1781-1795.
31. KUKURA, ELIZABETH. About | HeinOnline. HeinOnline [página web]. [Consultado el 17, octubre, 2023]. Disponible en Internet: <https://heinonline.org/HOL/LandingPage?handle=hein.journals/glj106&div=22&id=&page=>
32. Las experiencias de las mujeres con respecto al trauma del parto: una revisión de alcance [Anónimo]. ELSEVIER [página web]. (septiembre, 2021). [Consultado el 31 de mayo de 2023]. Disponible en Internet: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1871519220303346>
33. Multi Stakeholder perspectives on the mistreatment of indigenous women during childbirth in Colombia: drivers and points for intervention - pubmed [anónimo]. Pubmed [página web]. [Consultado el 18, mayo, 2023]. Disponible en internet: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/mdl-29749290>>
34. NARRACIONES DE angustia sobre el parto en entornos de maternidad públicos de Sudáfrica: un estudio cualitativo [Anónimo]. ELSEVIER [página web]. (julio, 2014). [Consultado el 14, junio, 2023]. Disponible en Internet: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0266613813003616>
35. Nascimento LC, Santos KFO, Andrade CG, Costa CP, Brito FM. Report of puerperas about obstetric violence in public services. *Rev enferm UFPE*, 2017; 11 (Supl 5): 2014-23. DOI: <https://10.5205/1981-8963-v11i5a23355p2014-2023-2017>
36. NEITHER MEDICINE Nor Health Care Staff Members Are Violent By Nature: Obstetric Violence From an Interactionist Perspective. | *Qual Health Res*;28(8): 1308-1319, 2018 07. | MEDLINE [Anónimo]. Pesquisa | Portal Regional da BVS [página web]. [Consultado el 30, mayo, 2023]. Disponible en Internet: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/mdl-29749290>
37. Not enough people to look after you': an exploration of women 's experiences of childbirth in the republic of ireland - pubmed [anónimo]. Pubmed [página web]. [Consultado el 18, mayo, 2023]. Disponible en internet: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21237541/>>.

38. OBSTETRIC VIOLENCE a qualitative interview study. | *Midwifery*;105: 103212, 2022 Feb. | MEDLINE [Anónimo]. Pesquisa | Portal Regional da BVS [página web]. [Consultado el 25, mayo, 2023]. Disponible en Internet: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/mdl-34872035>
39. OBSTETRIC VIOLENCE and disability overlaps: obstetric violence during childbirth among womens with disabilities: a qualitative study. | *BMC Womens Health*;22(1): 299, 2022 07 18. | MEDLINE [Anónimo]. Pesquisa | Portal Regional da BVS [página web]. [Consultado el 18, mayo, 2023]. Disponible en Internet: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/mdl-35850722>
40. OBSTETRIC VIOLENCE in the perception of multiparous women. | *Rev Gaucha Enferm*;41: e20190419, 2020. | MEDLINE [Anónimo]. Pesquisa | Portal Regional da BVS [página web]. [Consultado el 31 de mayo de 2023]. Disponible en Internet: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/mdl-33237223>
41. Oliveira TR, Costa REOL, Monte NL, Veras JMMF, Sá MIMR. Women's perception on obstetric violence. *Rev enferm UFPE*, 2017; 11(1): 40-6. DOI: <https://10.5205/1981-8963-v11i1a11876p40-46-2017>
42. SK FORSSÉN, Annika. Importancia a lo largo de la vida de las experiencias desempoderadoras en la atención prenatal y de maternidad: entrevistas con mujeres mayores suecas. *SAGE journals* [página web]. [Consultado el 16, octubre, 2023]. Disponible en Internet: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1049732312449212>
43. SPANGLER, Sydney A. "To open oneself is a poor woman's trouble": embodied inequality and childbirth in South-Central Tanzania - PubMed. PubMed [página web]. (25, diciembre, 2011). [Consultado el 17, octubre, 2023]. Disponible en Internet: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22338291/>
44. SPANGLER, Sydney A. y BLOOM, Shelah S. Use of biomedical obstetric care in rural Tanzania: the role of social and material inequalities - PubMed. PubMed [página web]. (agosto, 2010). [Consultado el 17, octubre, 2023]. Disponible en Internet: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20579797/>
45. VALVERDE TERRA, Aline de Miranda y HARMATIUK MATOS, Ana Carla. violencia obstétrica contra a gestante com deficiência | *Pensar - Revista de Ciências Jurídicas*. Portal de Periódicos da Universidade de Fortaleza [página web]. (29, marzo, 2019). [Consultado el 17, octubre, 2023]. Disponible en Internet: <https://ojs.unifor.br/rpen/article/view/8744>

46. violencia obstétrica e Trauma no Parto: O Relato das Mães [Anónimo]. Portal Regional da BVS [página web]. [Consultado el 31 de mayo de 2023]. Disponible en Internet: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/03/1340419/violencia-obstetrica-e-trauma-no-parto-o-relato-das-maes.pdf>
47. violencia obstétrica . La perspectiva de mujeres que la han sufrido [anónimo]. Page not found | Semantic Scholar [página web]. [Consultado el 18, mayo, 2023]. Disponible en internet: <https://pdfs.semanticscholar.org/b14c/618cb4f76e736f768a5cb7b52b81de40fe0d.pdf>
48. Vista de violencia obstétrica : haciendo visible lo invisible | Salud uis [anónimo]. Portal de revistas uis [página web]. [Consultado el 18, mayo, 2023]. Disponible en internet: <https://revistas.uis.edu.co/index.php/revistasaluduis/article/view/9537/9335>
49. VIVÊNCIAS DE violencia obstétrica experimentadas por parturientes | ABCS health sci;44(2): 114-119, 11 out 2019. tab | LILACS [Anónimo]. Pesquisa | Portal Regional da BVS [página web]. [Consultado el 30, mayo, 2023]. Disponible en Internet: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/biblio-1022349>
50. W. GICHANO, Margaret. “They must understand we are people”: Pregnancy and maternity service use among signing Deaf women in Cape Town. PubMed Central (PMC) [página web]. [Consultado el 17, octubre, 2023]. Disponible en Internet: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5484522/>
51. Women 's experiences of disrespect and abuse in maternity care facilities in Benue state, Nigeria - pubmed [anónimo]. Pubmed [página web]. [Consultado el 18, mayo, 2023]. Disponible en internet: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29879944/>
52. Women 's perspectives of mistreatment during childbirth at health facilities in ghana: findings from a qualitative study - pubmed [anónimo]. Pubmed [página web]. [Consultado el 18, mayo, 2023]. Disponible en internet: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30152268/>
53. Women 's perspectives on disrespect and abuse experiences during childbirth in a teaching hospital in southwest ethiopia: a qualitative study - pubmed [anónimo]. Pubmed [página web]. [Consultado el 18, mayo, 2023]. Disponible en internet: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35848504/>

54. Women suffer more from disrespectful and abusive care than from the labour pain itself: a qualitative study from women 's perspective - pubmed [anónimo]. Pubmed [página web]. [Consultado el 18, mayo, 2023]. Disponible en internet: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30286734/>

55. WUDNEH, Aregahegn, et al. Obstetric violence and disability overlaps: obstetric violence during child birth among womens with disabilities: a qualitative study. PubMed Central (PMC) [página web]. (18, julio, 2022). [Consultado el 17, octubre, 2023]. Disponible en Internet: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9290254/>

56. ZACHER DIXON, Lydia. Obstetrics in a time of violence: Mexican midwives critique routine hospital practices. Medical Anthropology Quarterly, 2015, vol. 29, no. 4, p. 437-454. 47, 1781-95. [Consultado el 17, octubre, 2023]. Disponible en Internet: <https://anthrosource.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/maq.12174>