

Mi cuerpo, no mi decisión: consecuencias de la violencia obstétrica durante el parto

My body, not my decision: consequences of obstetric
violence during childbirth

Andrea Carolina Hernández Castro*
Adriana del Pilar Velasco Rincón**
Sandra Lorena Herrera Giraldo***

Resumen

La violencia obstétrica es una forma de violencia de género que se manifiesta en el ámbito de la atención en salud durante el embarazo, el parto y el posparto. En los últimos años, esta problemática ha recibido atención en diversos países de Latinoamérica, tanto a nivel académico como en políticas públicas y movimientos sociales. El objetivo del estudio fue analizar las consecuencias físicas y psicoemocionales que experimentan las mujeres que han sufrido

* Enfermera, Escuela de Enfermería. Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia.
<https://orcid.org/009-0006-0494-7498>. andrea.hernandez05@uptc.edu.co

** Enfermera, Escuela de Enfermería. Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia
<https://orcid.org/0009-0003-7372-3031>. pilyveri1011@gmail.com

*** Enfermera, Maestría en antropología social (en curso). Grupo de investigación Exclusiones y Resistencias en el Cuidado de la Salud, GERCUS Docente programa de Enfermería. Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia
<https://orcid.org/0000-0003-1910-0610>. sandra.herrera@uptc.edu.co

violencia obstétrica (VO) durante su trabajo de parto y parto en Latinoamérica. Para ello, se realizó una revisión narrativa de la literatura. Los resultados se analizaron con base en la teoría de los cuidados de Kristen Swanson. Se identificaron factores de riesgo, consecuencias físicas y psicoemocionales, así como marcadas relaciones de poder entre el personal de salud y las mujeres gestantes.

Palabras clave (DeSC): violencia obstétrica, trabajo de parto, parto normal, cuidado, mujeres embarazadas

Abstract

Obstetric violence is a form of gender-based violence that manifests in the healthcare setting during pregnancy, childbirth, and the postpartum period. In recent years, this issue has garnered attention in various Latin American countries, both at the academic level and in public policies and social movements. The objective of the study was to analyze the physical and psycho-emotional consequences experienced by women who have suffered obstetric violence (OV) during labor and childbirth in Latin America. To achieve this, a narrative review of the literature was conducted. The results were analyzed based on Kristen Swanson's theory of caring. Risk factors, physical and psycho-emotional consequences, as well as marked power dynamics between healthcare personnel and pregnant women were identified.

Keywords (DeSC): labor obstetric, obstetric violence, natural childbirth, care, pregnant women

Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) “la violencia obstétrica (VO) es aquella que sufren las mujeres durante el embarazo o el parto al recibir un maltrato físico, humillación y abuso verbal, o procedimientos médicos coercitivos o no consentidos” (1). El Instituto Nacional de Mujeres de México ha manifestado que “la violencia en la atención obstétrica es toda acción u omisión por parte del personal de salud que cause daño físico o psicológico a la mujer durante el embarazo, parto o puerperio, actos que constituyen una violación a los derechos humanos y reproductivos de las mujeres” (2). Por su parte, el Grupo de Información en Reproducción Elegida, también de México, ha descrito que “Este tipo de violencia es institucional y de género, y se manifiesta cuando las mujeres experimentan regaños, burlas, ironías, insultos, amenazas, reclamos, discriminación, humillación, manipulación, negación al tratamiento, falta de acceso al sistema de salud, así como atención deficiente en el sistema” (3).

Esta problemática ha llevado a la protocolización de la atención a gestantes en la estancia hospitalaria, situación que se refleja en la realización de procedimientos de forma sistemática, muchas veces sin el consentimiento de las mujeres y sus familias. Esto representa una forma de violencia que, aunque se justifique en políticas institucionales y protocolos, desfavorece el bienestar, la autonomía y el proceso de un trabajo de parto y parto agradables para la mujer y su entorno cercano. Estas circunstancias generan dificultades en la comunicación y malas interpretaciones entre los profesionales de la salud, las mujeres y sus familias (4, 5).

Estadísticamente, se evidencia que una de las consecuencias más fatales del ejercicio de la violencia obstétrica (VO) en las mujeres es la tasa de mortalidad materna. “En América Latina y el Caribe, por cada 289 mujeres en gestación, una tiene riesgo de morir” (4). Por su parte, la Organización Panamericana de la Salud (OPS)

declaró que “en 2017, la razón de mortalidad materna por cada cien mil nacidos vivos en América Latina fue de 58,2, registrándose los índices más altos en Venezuela (82,1), Perú (69,8) y Paraguay (86,4)” (6). En el caso de Colombia, en el Análisis de Situación de Salud del 2020, publicado por el Ministerio de Salud, se expresa que “para el año 2017, la razón de mortalidad materna es de 51,01 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos” (7).

Países como Venezuela, Argentina, México, y recientemente Colombia (Ley 2244 de 2022) han aprobado leyes relacionadas de manera directa con la violencia obstétrica. Uno de los objetivos de estas leyes es informar a las mujeres y sus familias sobre sus derechos, capacitar y sensibilizar a los profesionales de la salud sobre la importancia de prácticas respetuosas con los cuerpos de las mujeres, sus decisiones y el proceso que están viviendo, permitiendo el contacto con sus hijos, el acompañamiento y la información oportuna sobre su situación y los procedimientos que se realicen. Sin embargo, hay que seguir trabajando para que estas leyes se cumplan en la atención cotidiana y se logre una mayor denuncia de dichas agresiones y abusos; además de deconstruir prácticas, imaginarios y discursos sobre la mujer gestante, el parto y la gestación.

Desde esta perspectiva, el presente proyecto busca, mediante una revisión bibliográfica, hacer visibles las consecuencias físicas y psicoemocionales que experimentan las mujeres que han sufrido violencia obstétrica (VO) durante su trabajo de parto y parto en Latinoamérica. Este es un aspecto importante para enfermería, ya que, como sus principales cuidadores, deben contribuir a la generación de información basada en evidencia, minimizar la desinformación y generar conciencia sobre el cuidado humanizado por parte del personal de salud durante esta etapa. Para lograr lo anterior, se propone además realizar un análisis basado en la teoría de Kristen Swanson.

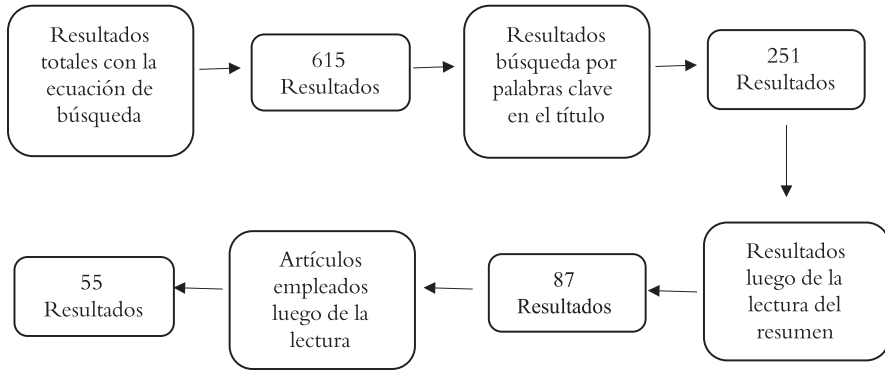
Metodología

Se realizó una búsqueda de literatura científica para identificar documentos investigativos relacionados con VO durante el trabajo de parto y parto. Las búsquedas se realizaron en el metabuscador Google Académico, las bases de datos bibliográficas, Scielo, ResearchGate y repositorios de algunas universidades latinoamericanas, entre ellas: Universidad Nacional de Colombia, Universidad de Guayaquil, Universidad de Chile, Universidad de Monterrey. La búsqueda se delimitó a textos en español e inglés y el periodo de tiempo fue de 2017 a 2022. La ecuación de búsqueda utilizada combinaba los términos “consecuencias físicas” y “emocionales” y “violencia obstétrica” y “mujeres”, “violencia obstétrica”, “obstetric violence”. Dependiendo de la base de datos, se utilizó el operador booleano “Y” [AND].

Se excluyeron los documentos que no se encontraron a texto completo, en idiomas diferentes al inglés y español, y que no fueran producciones de países de Latinoamérica, así como aquellos que no hablaran sobre el tema: consecuencias físicas y psicoemocionales de mujeres que han vivenciado VO durante el trabajo de parto y parto.

Para la construcción de la revisión, se utilizó una matriz de búsqueda en Excel que incluyó los siguientes parámetros de análisis: autores, título, año, revista, base de datos, ecuación de búsqueda, tipo de documento, área, objetivo, metodología, país, link, consecuencias descritas en el artículo y observaciones. Se realizó la recopilación de información a través de esta matriz, para la posterior sistematización de los resultados, y discusión.

Diagrama 1. Proceso de selección de los documentos

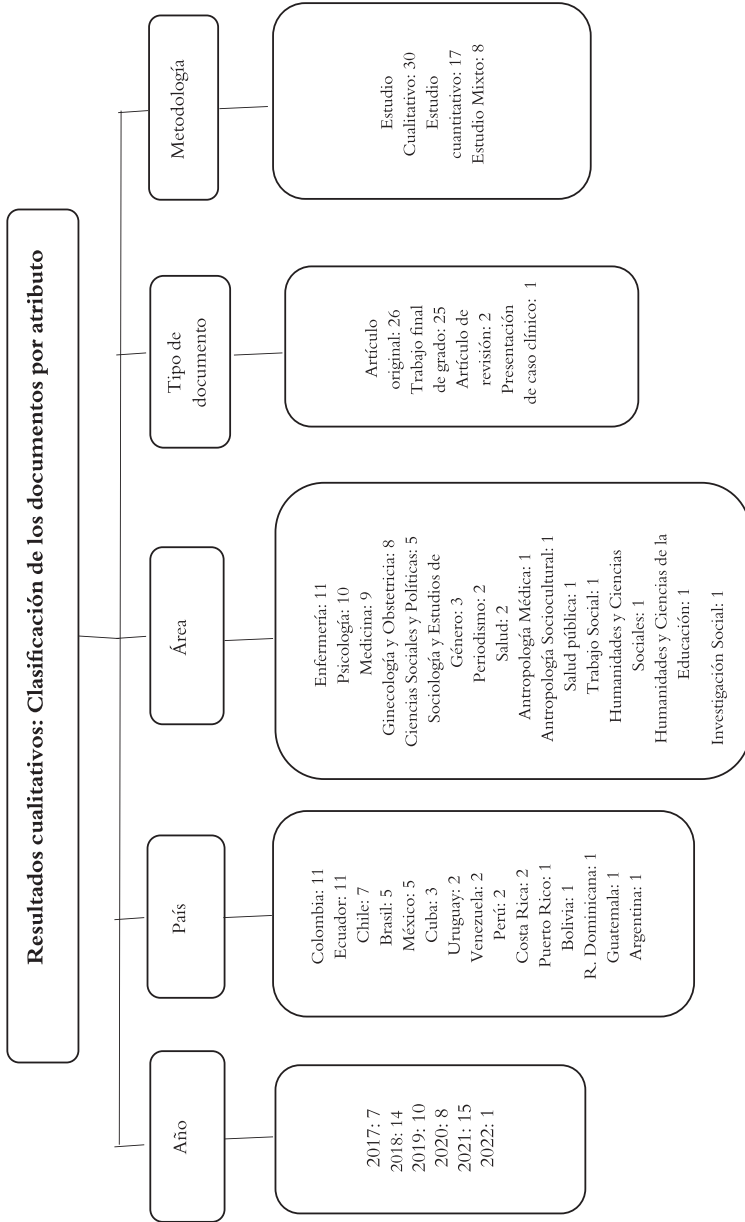


Fuente: Elaboración propia.

Resultados

Los 55 artículos analizados durante la revisión sistemática cumplieron con los criterios de inclusión y con el objetivo del presente estudio, los años con el mayor número de documentos que se encontraron fueron 2018, 2019 y 2021, siendo Colombia, Ecuador, Chile, Brasil y México los países con mayor producción literaria. El área de mayor producción de literatura fue enfermería, seguido de psicología, medicina y ginecología y obstetricia; en tal sentido, se refleja que las áreas afines a las ciencias de la salud son las más interesadas en estudiar la VO, sin minimizar el evidente interés de otras áreas como las ciencias políticas y sociales. Finalmente, se señala que la metodología que más emplearon los autores es la cualitativa, seguida de la cuantitativa y en menor proporción los estudios de tipo mixto, clasificándose estos en artículo original y trabajo final de grado.

Diagrama 2. Resultados cuantitativos



Fuente: Elaboración propia.

Llama la atención que países que ya cuentan con legislación aprobada que sanciona la VO, como Argentina, México y Venezuela, no cuentan con gran producción de estudios que reporten las consecuencias que genera el ejercicio de la VO, ya que se esperaría revisar si dichas leyes están siendo tomadas en cuenta en el cotidiano asistencial de los centros de salud de esos países y reportar la realidad que viven las mujeres en la atención del parto en estos territorios. En contraparte, Colombia acaba de aprobar la ley de parto humanizado, que de acuerdo con los hallazgos es uno de los países con más artículos publicados que explora el tema, lo que simboliza un progreso para la sociedad de este país en materia de salud sexual y reproductiva.

Por otro lado, toma relevancia que el área que más realizó publicaciones en el tema de estudio es enfermería, hallazgo que representa un avance para la disciplina, ya que pone de manifiesto el interés del personal sanitario por brindar un mejor cuidado a las mujeres durante el trabajo de parto y parto basadas en evidencia, y, asimismo, contribuye a visibilizar las prácticas que constituyen VO y sus consecuencias.

Para realizar el análisis cualitativo se articuló la teoría de Kristen Swanson, que plantea cinco cuidados básicos que se deberían poner en práctica al brindar una atención de enfermería y generar un ambiente que propicie el acercamiento: conocer, estar con, hacer por, mantener las creencias y posibilitar, requisitos que evidentemente no se aplican en escenarios en los que se ejerce VO a mujeres durante el trabajo de parto y parto, y que generan secuelas tanto físicas como psicológicas y emocionales en las mujeres que pueden ir desde moderadas a graves y que incluso pueden perdurar en el tiempo para toda la vida. En este artículo se presentan los resultados de la revisión sistemática, enunciando las consecuencias encontradas de no implementar los cinco cuidados básicos que la teorista propone (8-9).

Conocer

Swanson relata que debe haber una relación de interés hacia el sujeto de cuidado, quien debe ser el centro de atención, estableciendo así una relación de compromiso y respeto entre quien cuida y quien es cuidado (8-9), es decir, en la atención de las mujeres durante su trabajo de parto y parto, se debe entablar una interacción armoniosa en la que se conozca el significado que la mujer le da a su proceso de gestación y nacimiento de su hijo con el fin de brindar una atención acorde a las expectativas que la persona tiene. El no tomarse el tiempo para conocer a la mujer sujeto de cuidado lleva a acciones de VO que generan consecuencias negativas en su salud.

No Conocer

***“Nos tratan como animales u objetos”:* vulnerabilidad al desnudo**

No tener un trato cordial y respetuoso lleva a la atención inadecuada y una mala praxis por parte de los profesionales de la salud, perjudica la manera como la mujer se relaciona consigo misma y con los demás, origina ansiedad, trastornos en la higiene del sueño, baja autoestima, desequilibrios en el estado de ánimo y depresión, que en casos extremos puede llevar a un intento de suicidio e incluso un suicidio consumado (10). Ante la pregunta que Hernández le realizó a las diez usuarias encuestadas sobre el significado de la experiencia, “manifestaron que el escenario hospitalario se encargó de hacerlas sentir como animales u objetos, realidad que las llenó de preocupación” (11).

“Cicatrices invisibles”

La VO tiene serias repercusiones en la salud emocional de las mujeres, que incluyen miedo, ansiedad, dificultades para dormir, crisis de llanto, pérdida de apetito, irritabilidad, cambios de humor, y trastorno de estrés postraumático (TEPT). También tiene consecuencias sociales, como dificultades para establecer vínculos,

especialmente con el recién nacido, sentimientos de vergüenza o culpa, rechazo hacia la pareja debido a la dispareunia, y la tendencia a normalizar situaciones de maltrato, llegando a justificar estas prácticas como consecuencia de su propio comportamiento. Entre las prácticas que las mujeres justificaron se encuentra la episiotomía, al creer que reduce el dolor durante el parto y acorta el tiempo de salida del bebé (12-14).

También las mujeres presentaron temor al limitar sus preguntas sobre lo que está pasando o el procedimiento que se realice, debido a que pueden encontrar como respuesta comentarios desagradables (15).

Los partos dirigidos provocan sufrimiento, y las mujeres son tratadas bien sea de manera infantil, maltratadas, pinchadas con agujas y sometidas a cortes sin su consentimiento, abandonadas, humilladas y vistas únicamente como un cuerpo funcional que debe cumplir con el objetivo de entregar “un hijo sano” (12).

Estar Con

Swanson se refiere al acompañamiento físico y emocional que se le brinda a la persona, el demostrar interés, permitir la expresión de emociones, el trato individualizado basado en las necesidades identificadas en el conocer, reconociendo que cada ser es único, y por tanto tiene particularidades que deben ser tenidas en cuenta al momento de brindar una atención (8-9).

No Estar Con

“Mi cuerpo, no mi decisión”

No brindar apoyo adecuado, no pedirles consentimiento a las pacientes, es descuido del personal de salud, y ello ocasiona que la atención no se realice en los tiempos esperados, se posterguen exámenes y procedimientos, generando complicaciones en el

proceso de parto que, por falta de acompañamiento, no son detectadas e intervenidas a tiempo, situación que conlleva un incremento de los riesgos perinatales y complicaciones obstétricas (lesiones que afectan la calidad de vida e incluso muerte de la mujer). Por otra parte, la mujer pierde autonomía, la libre toma de decisiones sobre su cuerpo y su sexualidad, y por ende la sensación de malestar e incomodidad en la estancia hospitalaria (16-20). Lo anterior se refleja en el testimonio de una mujer entrevistada por Oliveira y colaboradores: “Llegué, me atendieron, llamaron al médico que estaba tomando café, por poco no llega, me atendió y volvió a la cafetería a tomar café, quedé en la habitación sola, tuve eclampsia y dos veces estuve cerca de morir” (21). Estas situaciones pueden llegar a la muerte de la mujer, y a lesiones que afectan su calidad de vida (22).

“El doctor me llamó sucia y repugnante”

La violencia en la atención ginecológica y negligencia por parte de los profesionales de la salud se refleja en acciones como el no escuchar las peticiones de las mujeres, ignorarlas e invalidarlas, situaciones que se asocian a sentimientos de pánico, angustia, soledad, tristeza, vergüenza, culpa e impotencia. Las mujeres afirman que se sintieron anuladas, y por ello presentaron mayor riesgo de desarrollar cuadros de depresión, ansiedad y TEPT (23), condiciones que desencadenan desconexión entre madre e hijo, y privación de la fantasía sobre la maternidad (24, 25).

Revivir repetidamente el evento obstétrico puede provocar pesadillas, crisis de llanto, pérdida de apetito, insomnio, miedo por la salud, falta de interés en la vida, dificultades para identificar emociones, irritabilidad, cambios de humor, sentimientos de rabia hacia los demás y hacia sí mismas, tristeza, depresión y psicosis posparto. Estos síntomas pueden llevar a cuadros de ansiedad y trastornos del sueño, que, en casos extremos, según estudios, podrían derivar en intentos de suicidio. La autoestima de las mujeres se ve gravemente afectada por las humillaciones e intimidaciones

que sufren, ante las cuales tienen dificultades para defenderse debido a su situación de vulnerabilidad (13, 19).

Además, en los estudios revisados, las mujeres describieron el parto como una experiencia negativa y dolorosa (10, 11, 17). Estas situaciones generan miedo a quedar embarazadas nuevamente, tocofobia, la creación de planes de parto muy estrictos, y la solicitud de cesárea en partos futuros. También impactan directamente en cómo perciben su rol como madres: las críticas sobre su capacidad de dar a luz les genera inseguridad, y la falta de empatía hacia las madres primerizas durante la lactancia les hace dudar de su capacidad para ser madres (18). Esa percepción negativa afecta las relaciones sociales, lo que promueve el alejamiento y separación de sus propias redes de apoyo (morbilidad materna emocional) (13, 19), que deja huellas imborrables marcándolas por siempre y pone en peligro sus derechos a la vida, salud, integridad física y autodeterminación (11, 16, 18, 26-28).

Peca y Sandberg manifiestan que estas situaciones disminuyen las probabilidades de que mujeres en embarazo busquen un parto institucionalizado en su siguiente gestación, aumentando así el riesgo de morbilidad materna, problemática que se acentúa en países de medianos ingresos, en los que sentimientos de duda, miedo y temor se suman a barreras de acceso a los servicios de salud (29), aspecto que también señalan otros autores en sus investigaciones (18, 30).

Hacer Por

Es ser empáticos y tratar al otro como a uno le gustaría que lo trataran, actuar como si la persona que está viviendo el momento fuera el propio cuidador, adelantarse a las necesidades, actuar con profesionalismo poniendo en práctica las pertinentes competencias y habilidades en el actuar de enfermería y demás profesionales de la salud (8-9), es propender porque se lleve a cabo un parto respetado,

en el que no se hagan intervenciones innecesarias y que se brinde un trato digno a la mujer en todo el proceso.

No Hacer Por

Parto: Ejercicio masivo de poder

Omitir acciones e información lleva a resultados negativos en la atención en salud, y ello repercute en la estabilidad física y emocional de la paciente.

La administración excesiva de medicamentos y líquidos endovenosos puede provocar efectos colaterales: anemia, edema pulmonar, limita la producción de leche, agrietamiento de los pezones. El uso reiterado de antibióticos altera la microbiota y puede ocasionar mastitis; el uso excesivo de oxitocina produce contracciones más dolorosas. El empleo de anestesia epidural disminuye la posibilidad de un parto vaginal espontáneo, aumenta el riesgo de fiebre materna (17, 25-27, 31-32) y aumenta las tasas de cesáreas, un procedimiento de alto riesgo y doloroso, que se asocia con una mayor necesidad de antibióticos en el posparto y con el riesgo de complicaciones como infecciones puerperales, tromboembolismo, lesiones en órganos cercanos (vejiga, intestinos), histerectomía y limitación de posturas al amamantar debido a la herida. A largo plazo, también afecta negativamente los futuros embarazos, aumentando el riesgo de acretismo, rotura uterina, placenta previa y embarazos ectópicos (28, 30, 33, 34).

El uso de instrumental, los pujos dirigidos, episiotomía de rutina, maniobra de Kristeller, posturas inadecuadas y tactos genitales a repetición durante el parto desencadenan la pérdida del control de los esfínteres (incontinencia urinaria o fecal), desgarros, dolor perineal, fístulas obstétricas, desprendimiento de placenta, riesgo de hematoma perineal, rotura uterina, daño en la musculatura del ano, dolor costal, prolapso urogenital, dehiscencias, fracturas, contusiones, dispareunia, riesgo de pérdida de la fertilidad y

traumatismos (13, 14, 19, 33, 19, 35-39). Asimismo, cuando estos procedimientos se realizan sin el consentimiento informado, ni las indicaciones y cuidados adecuados, pueden tener repercusiones significativas en la vida sexual y reproductiva de las mujeres (17, 18, 23, 40-48).

Esto se evidencia en el informe de Las Casildas, una agrupación feminista que difunde información sobre gestación, parto, nacimiento y crianza de niños y niñas, sus estadísticas informan: “un 48,7 por ciento de las mujeres dijo haber sufrido secuelas que incluyen problemas de infertilidad, daños en el suelo pélvico, prolapso, problemas en futuros embarazos y dolores, incomodidad o dificultad emocional en relaciones sexuales” (13).

Posibilitar

Kristen Swanson hace alusión a la educación, información y herramientas que se brindan a la persona con el fin de que pueda ejercer su autocuidado de forma autónoma en pro de su bienestar y de acuerdo a las necesidades particulares que tiene cada individuo (acciones terapéuticas) (8-9). El no posibilitar el acompañamiento de sus familiares y personas cercanas a su círculo social en dicho suceso trascendental en la vida de estas personas genera consecuencias en las mujeres.

No Posibilitar

“¿De qué te quejas?”

No posibilitar el acompañamiento durante el parto, no permitirles elegir la posición deseada, y no darles la oportunidad del apego precoz ni de acceso a analgesia para el manejo del dolor, son eventos que pueden generar un trauma psicológico en las mujeres, además de ocasionar un sufrimiento insoportable, calambres en las piernas e incomodidad y desagradable dolor físico (12, 49-52), lo que se refleja en el testimonio que documenta el trabajo de Agualsaca: “el

solo hecho de separarte de tu familia para entrar a una sala de parto sola, te causa miedo, ganas de irte corriendo, las contracciones eran dolorosas y el único consuelo que escuché de una enfermera fue, ‘mamita así mismo es el proceso del parto, doloroso, es un proceso normal, pero qué se puede hacer, por los hijos se hace lo que sea’” (42).

La práctica repetitiva de tactos vaginales por distintas personas y sin consentimiento constituye una violación del derecho a la intimidad, ya que implica una intrusión no consentida en la privacidad mediante la exposición y/o revisión excesiva del cuerpo y los órganos genitales. Estas situaciones provocan ansiedad, sensación de indefensión e incomodidad en las mujeres (17, 53). Así mismo, sentimientos de culpa al ser víctimas de violencia simbólica (dominación del personal de salud hacia las mujeres: actitud de sumisión, adquirida por las mujeres) (53).

Mantener las Creencias

Swanson se refiere a entablar relación de confianza con la persona, que permita conocer las creencias, percepciones, experiencias, destrezas, habilidades y conocimientos que son importantes para la persona; orientar y garantizar un cuidado holístico a la mujer durante su proceso de trabajo de parto y parto. Vulnerar creencias de la mujer sin permitir expresión de pensamientos, sentimientos y emociones produce daños en el bienestar de la persona (8-9).

No Mantener las Creencias

“Parto o violación”

Las mujeres indígenas experimentan incomodidad durante los exámenes obstétricos, ya que no están acostumbradas a ser tocadas y examinadas por médicos varones. Es crucial llevar a cabo consultas adecuadas y empáticas con estas mujeres para evitar que se sientan asustadas (23), como se evidencia en el artículo

de Gleason, Molina y colaboradores, donde una mujer expresó su malestar: “Yo siento que él me abusó sexualmente, porque quedarse cinco minutos haciendo supuestamente tacto”. Muchas mujeres, refirieron sentirse solas y aisladas durante sus partos, ya que una de las situaciones es que el entorno difería notablemente de un parto tradicional en su comunidad indígena, donde estarían rodeadas de familia, amigos y curanderos tradicionales (23). Las mujeres fueron despojadas de su identidad y autonomía, tratadas de manera infantil y el proceso normal del parto fue medicalizado. Esto devastó sus ideas sobre sí mismas, generando sentimientos de culpa y autorreproche (43, 50, 51).

Conclusiones

Entre las principales acciones que constituyen violencia obstétrica (VO) se encontraron: trato irrespetuoso, no pedir consentimiento ni dar información sobre los procedimientos, vulneración de la intimidad, burlas, insultos, episiotomías, cesáreas innecesarias, tactos a repetición, imposición de posición para el parto, amniotomía de rutina, administración de oxitocina, revisión innecesaria de la cavidad uterina, maniobra de Kristeller y negación de analgesia.

La realización de este estudio permitió concluir que las acciones de VO desencadenan en morbimortalidad materna, clasificándose en consecuencias físicas, entre las que se destacan: infecciones, hemorragias, desgarros, alteraciones del suelo pélvico, fracturas, inversión uterina, dispareunia, lesiones, perforaciones del tracto urinario y tromboembolismo venoso. Estos procesos, sumamente dolorosos y traumáticos, ocasionan problemas psicoemocionales en la mujer, tales como trastorno de estrés postraumático (TEPT), depresión posparto, crisis de llanto, disminución de autoestima, pérdida del autoconcepto, ansiedad, dudas, incertidumbre, desconfianza, sentimiento de soledad, impotencia, frustración, aislamiento, problemas con su pareja, insomnio, culpa, dificultad en el vínculo afectivo madre-hijo, aumento de la estancia hospitalaria

y negación a la idea de acudir a consulta con un profesional de la salud.

Entre los principales factores de riesgo que se encontraron para que una mujer sea más susceptible de ser víctima de VO se incluyen: bajo estrato socioeconómico, bajo nivel de escolaridad, menor acceso a los servicios de salud, pertenecer a una comunidad indígena y tener alguna condición de discapacidad.

Se pudo evidenciar que la VO está enmarcada en las relaciones de poder y desigualdad entre las mujeres y el personal de salud, quienes aprovechan esta autoridad para mantener controladas a las pacientes, impidiendo una interacción armoniosa, respetuosa y empática que promueva un sentido de responsabilidad mutua, como lo describe Kristen Swanson en su Teoría del Cuidado.

Se concluye que la puesta en práctica la Teoría de Swanson permite brindar un cuidado humanizado que reduzca los actos de VO. A partir de los cinco elementos de cuidado que ella propone: conocer, estar con, hacer por, posibilitar y mantener las creencias, es posible ofrecer un cuidado centrado en el bienestar físico y psicoemocional de las mujeres, sus familias y su entorno durante la etapa de trabajo de parto, parto y posparto, favoreciendo así una experiencia positiva del parto para la mujer y su red de apoyo cercana.

Recomendaciones

Se recomienda a los profesionales de la salud estar en constante proceso de formación y actualización de las diferentes guías, protocolos y leyes publicadas por entidades oficiales como la OMS, OPS, ONU, el Ministerio de Protección Social, y las Instituciones Promotoras de Salud, así como de la literatura científica. Esto les permitirá basar sus acciones en evidencia y ejecutar un cuidado humanizado, minimizando las consecuencias físicas y emocionales de la violencia obstétrica (VO) evidenciadas en este artículo.

Sería óptimo que próximos estudios se enfoquen en la violencia obstétrica desde la perspectiva de los profesionales de la salud, explorando sus condiciones laborales, conocimientos y opiniones sobre el tema, la ley, guías de práctica clínica y documentos sobre el parto humanizado de la OMS, entre otros. Si bien este y otros estudios relatan las situaciones de maltrato vivenciadas por las usuarias, es importante reconocer las versiones y sentimientos de ambas partes. Identificar los factores desde diferentes perspectivas ayuda a tener una visión global y más completa de esta problemática, facilitando la identificación de acciones pertinentes para combatir dichos actos.

Futuros estudios deberían orientarse hacia las acciones de cuidado que el personal sanitario podría adoptar en su práctica cotidiana para minimizar las acciones de VO. Las prácticas hacia las mujeres deben estar informadas por un constante estudio y actualización de los profesionales, basándose en evidencia científica. Esto puede llevarse a cabo mediante la propuesta de un plan de cuidados en la atención de la mujer, realizando una valoración de las principales necesidades de estas mujeres y, aunque se plantee de manera generalizada, brindando un cuidado individualizado. Además, es fundamental la divulgación de documentos publicados por entidades oficiales respecto al tema (legislación vigente sobre parto humanizado, documentos de la OMS como la guía de recomendaciones en los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva, y la guía de recomendaciones para la conducción del trabajo de parto) que permitan identificar las acciones pertinentes y las que se desaconsejan.

A partir de lo expuesto, y de la Ley 2244 del 11 de julio de 2022 en el caso colombiano, es crucial educar a las mujeres, familias, y al personal de salud, tanto del área de cuidado directo como al personal administrativo de las instituciones de salud, brindando información sobre el tema. Esto permitirá a todos detectar acciones de VO, tomar acción y denunciar cuando se sientan víctimas, y

reconocer las sanciones para quienes sean responsables de este tipo de violencia contra las mujeres.

La experiencia de gestar y traer una persona al mundo es maravillosa, especialmente cuando se ha deseado el embarazo, sin embargo, está permeada por múltiples situaciones, una de ellas es la atención del parto. Esta situación quedará registrada en la memoria de la mujer, ahora madre, y será clave para el reconocimiento y confianza en los profesionales de la salud y de enfermería. Es importante, como cuidadores profesionales, sensibilizarnos y capacitarnos frente a la atención del parto humanizado, priorizar la escucha y ejercitarnos en la empatía. La Ley 2244 de 2022 reconoce y garantiza los derechos de la mujer durante el parto, trabajo de parto y posparto; pero sin voluntad y compromiso por parte de los profesionales de la salud y de enfermería será difícil dejar memorias de experiencias satisfactorias para las mujeres, sus hijos e hijas y sus familias.

Referencias

1. OMS. The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth [Internet]. Who.int. 2014. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_eng.pdf
2. Instituto Nacional de las Mujeres. Boletín estadístico: violencia en la atención obstétrica [Internet]. Gob.mx. 2019. Disponible en: http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/BoletinN4_2019.pdf
3. Grupo de Información en Reproducción Elegida. Niñas y mujeres sin justicia. Derechos reproductivos en México [Internet]. Org.mx. 2015. Disponible en: <https://gire.org.mx/wp-content/uploads/2016/07/INFORME-GIRE-2015.pdf>
4. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. Mortalidad Materna [Internet]. Gov.co. 2017. Disponible en: <http://www.saludcapital.gov.co/sitios/VigilanciaSaludPublica/Protocolos%20de%20Vigilancia%20en%20Salud%20Publica/Mortalidad%20Materna.pdf>

5. OMS. Mortalidad materna [Internet]. Who.int. 2019. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
6. OPS. Salud en las Américas [Internet]. Paho.org. 2017. Disponible en: <https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/wp-content/uploads/2017/09/Print-Version-Spanish.pdf>
7. Min Salud. Análisis de la Situación de Salud, ASIS Colombia [Internet]. Gov.co. 2020. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-2020-colombia.pdf>
8. Mosquera IC. Percepciones sobre VO de mujeres durante su trabajo de parto, parto y puerperio en la Institución ESE Norte I [Internet]. 2018. Disponible en: <https://repository.usc.edu.co/handle/20.500.12421/2891>
9. Garzón PM, Izquierdo MR, Pascual CY. Teoría de Kristen M. Swanson vinculada al cuidado del cuidador principal de pacientes con enfermedad de Alzheimer. *Rev Cuba Enf.* 2020;36(4):1-24.
10. Gómez M. Curso de sensibilización para prevenir la violencia obstétrica, dirigido al personal de salud y estrategias informativas para las adolescentes embarazadas en el Hospital Materno Perinatal “Mónica Pretelini de Sáenz” [Internet]. 2018. Disponible en: <http://ri.uaemex.mx/handle/20.500.11799/69421>
11. Hernández-Bello Z. La experiencia de violencia obstétrica en mujeres adultas puertorriqueñas: Un estudio fenomenológico desde una perspectiva de género [Internet]. *Rev Car Psi.* [Citado 2022 jun 12]. 2020;4(3): 259-271. doi: <https://doi.org/10.37226/rcp.v4i3.4847> Disponible en: <https://revistacaribenadepsicologia.com/index.php/rcp/article/view/4847/4507>.
12. Vallana V. “Es rico hacerlos, pero no tenerlos”: análisis de la violencia obstétrica durante la atención del parto en Colombia. *Rev Cienc Salud.* [Citado 2022 jun 10]. 2019;17(especial):128-144. doi: <http://dx.doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.8125>

13. Pacheco LF. Importancia del entorno en el parto humanizado: una revisión bibliográfica. Bogotá: Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales; 2021.
14. Naula JW, Rodríguez MA. Repercusión psicológica que produce la episiotomía en nulíparas de 15 y 19 años en el Hospital Universitario de Guayaquil. Universidad de Guayaquil. Facultad de Ciencias Médicas. Carrera de Obstetricia; 2020.
15. Crespo DN, Sánchez BM, Domínguez DP. Violencia obstétrica como elemento deshumanizador del parto [Internet]. 2018;3(7):347-61. Disponible en: <https://polodelconocimiento.com/ojs/index.php/es/article/view/559>
16. Chávez ML, Sánchez NA. Violencia obstétrica y morbilidad materna: Sucesos de violencia de género. Rev col San Luis [Internet]. [Citado 2022 jun 12]. 2018;8(16):103-19. doi: <http://dx.doi.org/10.21696/rcsl9162018769>.
17. Juanicotena MF. Violencia obstétrica: percepciones de mujeres sobre sus experiencias de parto y nacimiento de sus hijos en Maternidades de Montevideo [Internet]. Edu.uy. 2019 Disponible en: <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/23031/1/Juanicotena%20Mela%20c%20Mar%20c3%20ada%20Sof%20ada.pdf>.
18. Vásquez AL, Ayesta CB. Violencia obstétrica: Vivencias durante el proceso de atención del nacimiento en mujeres atendidas en el Hospital Regional Docente Las Mercedes - 2016. Chiclayo, Perú: Universidad Señor de Sipán; 2017.
19. Salinero S, Cárdenas M. Violencia ginecológica y silencio al interior del Modelo Médico en Chile. Rev Obstet Ginecol Venez [Internet]. [Citado 2022 jul 17]. 2021;81(03):226-38. doi: <http://dx.doi.org/10.51288/00810306>
20. Armijo CC. Acompañamiento durante la labor de parto en gestantes atendidas en Centro de Salud Materno Infantil Francisco Jácome. Tesis [Internet]. Universidad de Guayaquil. 2019. [Citado 2022 jun 15]. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/42245>

21. De Oliveira TR, Costa REO, Monte NL, De Moura JM, Da Rocha MÍM. Percepción de mujeres sobre violencia obstétrica. *Rev Enferm UFPE On Line* [Internet]. [Citado 2022 jul 22]. 2017;11(1):40-6. Disponible en: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11876>
22. Polo VN, Segura VJ. Análisis de la fundamentación del caso No. 904-12-jp/19 de la Corte Constitucional sobre negativa de atención en embarazo y violencia obstétrica. Tesis [Internet]. Universidad de Guayaquil. 2020-06. [Citado 2022 jun 22]. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/50720>
23. Gleason EG, Molina DP, López JM, Mejía CM. “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. *Salud Colect* [Internet]. [Citado 2022 jun 20]. 2021;17:e3727. Disponible en: <http://www.scielo.org.ar/pdf/sc/v17/1851-8265-sc-17-e3727.pdf>
24. García Gamarra VE. Violencia obstétrica y apego en madres primerizas del Hospital de la Mujer de la ciudad de La Paz. Universidad Mayor de San Andrés, La Paz, Bolivia. Tesis [Internet]. 2021. [Citado 2022 jun 20] Disponible en: <http://repositorio.umsa.bo/xmlui/handle/123456789/26832>
25. Pupiales A. Violencia obstétrica y cuidado de enfermería durante el proceso de parto en pacientes atendidas en el hospital San Luis de Otavalo. Tesis [Internet]. Universidad Técnica del Norte. 2021. [Citado 2022 jun 28]. Disponible en: <http://repositorio.utm.edu.ec/handle/123456789/11759>
26. Pineda C, Valdez AJ. Violencia obstétrica. Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña; 2020.
27. Mazuera Ayala P. Violencia obstétrica: reproduciendo el dolor. *Via Inveniendi et Iudicandi*. [Internet] 2021, jul-dic;16(2):1-29. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=560269078007>
28. Rodríguez MA. Análisis exploratorio de los cuidados al parto en Nicaragua desde el marco de los derechos sexuales y reproductivos.

- Anu Estud Centream [Internet]. 2018; [Citado 2022 jun 28.44]. Disponible en: <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/anuario/article/view/34187>
29. Peca E, Sandberg J. Modeling the relationship between women's perceptions and future intention to use institutional maternity care in the Western Highlands of Guatemala. *Reprod Health* [Internet]. 2018;15(1):9. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/s12978-017-0448-5>
 30. Gutiérrez Y. No le vengas con cuentos a quien sabe de historias: Testimonios que retratan la violencia contra las mujeres en Chile. Tesis [Internet]. Santiago, Chile: Universidad de Chile. 2021. Disponible en: <https://repositorio.uchile.cl/handle/2250/185647>
 31. Márquez González YM. Violencia obstétrica: perspectiva de las usuarias de un hospital público en Nuevo León. Tesis [Internet]. Monterrey, Nuevo León: Tecnológico de Monterrey. 2020. Disponible en: <https://repositorio.tec.mx/handle/11285/648366>
 32. Martínez B. Comparación de los resultados maternos y perinatales obtenidos con los modelos de parto amigable y convencional en pacientes de bajo riesgo atendidas en el Hospital Regional Materno Infantil. Tesis [Internet]. Monterrey, Nuevo León: Tecnológico de Monterrey. 2021. [Citado 2022 jul 26]. Disponible en: <https://repositorio.tec.mx/handle/11285/643609>
 33. Alava AA, Gaspar MP. Negativa de atención en embarazo y violencia obstétrica causada en el hospital del IESS de la ciudad de Machala. Tesis [Internet]. Guayaquil: Universidad de Guayaquil. 2021-10. [Citado 2022 jul 18]. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/57950>
 34. Álvarez Zapata, EA, González Hernández LM, Jiménez Arango NB, Zuleta Tobón JJ. Cumplimiento inadecuado de las recomendaciones para el proceso de la inducción del trabajo de parto como desencadenante de la cesárea en mujeres con embarazo simple a término. Estudio descriptivo. *Rev Colomb Obstet Ginecol* [Internet]. [Citado 2022 jul 18]. 2019;70(2):103-14. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/1952/195260576004/195260576004.pdf>

35. González JA, Suárez GA. Violencia obstétrica por parte del personal de salud revisión sistemática 2000–2016. Tesis [Internet]. Universidad Nacional de Colombia, Sede Bogotá, Facultad de Medicina, Instituto de Salud Pública. 2017. [Citado 2022 jul 24]. Disponible en: <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/76147>
36. Becerra N, Failoc E. Maniobra Kristeller, consecuencias físicas y éticas según sus protagonistas. *Rev cubana Obstet Ginecol* [Internet]. [Citado 2022 jul 22]. 2019; 45(2):e331. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2019000200004&lng=es
37. Pantoja JJ. Maniobra de Kristeller: ¿ayuda al nacer? Su impacto psicológico en la vida reproductiva de las mujeres en Santiago de Cali y ciudades aledañas. *Rev Colomb Salud Libre*. 2017;12(2):40-8.
38. Núñez AC. Episiotomía y sus complicaciones en el Puerperio. Tesis [Internet]. Guayaquil, Ecuador: Universidad de Guayaquil. 2019. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/42272>
39. Palma GG. Violencia obstétrica en el trabajo de parto. Tesis [Internet]. Guayaquil, Ecuador: Universidad de Guayaquil. 2020. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/61458>
40. Benítez Y, Verdecia M. Presentación de una paciente con desgarro perineal obstétrico. *CCH Correo Cient Holguín* [Internet]. [Citado 2022 jul 20]. 2017;21(2):583-90. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812017000200025
41. Camacaro M, Arismendi M, Orellana E, Pinto M, Naranjo M. Voces de mujeres que denuncian la violencia obstétrica: Revisión manual uterina como rutina. *Revista Inclusiones* [Internet]. [Citado 2022 jul 22. 2019];6 (número especial):14-35. Disponible en: <http://revistainclusiones.org/pdf5/SPECIALJULY-SEPTEMBER2019/2A.VOL6-NUMEROESPECIAL-JULIO-SEPTIEMBRE-2019-REVINCLUS.pdf>
42. Agualsaca Alarcón JA. Normalización de la violencia obstétrica en la atención médica del Ecuador. Tesis [Internet]. Quito: Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, Ecuador. 2021. [Citado

- 2022 jul 28]. Disponible en: <https://repositorio.flacsoandes.edu.ec/handle/10469/17514>
43. Salinero SM. “Fue un terremoto”. Violencia obstétrica y relatos de mujeres en Chile. Debate Fem [Internet]. [Citado 2022 jul 20]. 2021;62. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.22201/cieg.2594066xe.2021.62.2277>
 44. Valdebenito J. Representaciones sociales de mujer según gestantes, parturientas y puérperas que vivieron experiencias de violencia obstétrica. Tesis [Internet]. Santiago, Chile: Universidad de Chile, Facultad de Ciencias Sociales; 2018. Disponible en: <https://repositorio.uchile.cl/handle/2250/182538>
 45. Mejía CM, Zapata LF, Molina DP, Arango JD. Dehumanization during delivery: Meanings and experiences of women cared for in the Medellín public network. Invest Educ Enferm [Internet]. [Citado 2022 jul 25]. 2018;36(1):e03. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072018000100003&lng=en&nrm=iso. <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v36n1e03>
 46. Lavanderos S, Díaz C. Recomendaciones basadas en la evidencia para alcanzar un parto respetado. Rev Chil Obstet Ginecol [Internet]. 2022;86(6). Disponible en: <https://www.scielo.cl/pdf/rchog/v86n6/S0717-75262021000600563.pdf>
 47. Quintero MM. Percepción de la parturienta acerca del tacto vaginal en el área de parto en el Hospital Materno Infantil Dra. Matilde Hidalgo de Procel en el período de enero a julio 2018. Guayaquil, Ecuador: Universidad de Guayaquil. Tesis [Internet]. 2019. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/42016>
 48. Domínguez D, Sánchez B. Percepción de las usuarias sobre la atención obstétrica recibida en los hospitales de Guayaquil. Guayaquil, Ecuador: Universidad de Guayaquil. Tesis [Internet]. [Citado 2022 jul 25. 2018]. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/31609>
 49. Crespo DN, Sánchez BM, Domínguez DP. Violencia obstétrica como elemento deshumanizador [Internet]. [Citado 2022 jul 24.

2018];3(7):347. Disponible en: <https://polodelconocimiento.com/ojs/index.php/es/article/view/559>

50. Carvalho IDS, De Brito RS. Formas de violencia obstétrica vivenciadas por puérperas. *Enferm Global* [Internet]. [Citado 2022 jul 26]. 2017;16(3):71. Disponible en: https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v16n47/en_1695-6141-eg-16-47-00071.pdf
51. Castrillo B. Experiencias de mujeres-madres, varones-padres y profesionales de la salud de La Plata (2013-2019). *Edu. ar* [Internet]. 2019. Disponible en: http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/78629/Documento_completo.pdf-PDFA.pdf?sequence=1&isAllowed=y
52. Sosa IA. Estratificación de la reproducción y violencia obstétrica en servicios públicos de salud reproductiva. *Alteridades* [Internet]. [Citado 2022 jul 26]. 2018;28(55):87-98. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/alte/v28n55/2448-850X-alte-28-55-87.pdf>
53. Jojoa E, Cuchumbe YD, Ledesma JB, Muñoz MC, Paja A, Suárez JP. Violencia obstétrica: haciendo visible lo invisible. *Rev Univ Ind Santander Salud* [Internet]. [Citado 2022 jul 29] 2019;51(2):136-47. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/suis/v51n2/0121-0807-suis-51-02-135.pdf>