

Percepción sobre violencia obstétrica en mujeres gestantes de primer y segundo trimestre.

Daniela Velásquez Ortiz

Diana Sofía Rojas Valderrama

Yery Soreli Morea Muñoz

Universidad Antonio Nariño

Programa Enfermería

Facultad de Enfermería

Neiva, Colombia

2023

Percepción sobre violencia obstétrica en mujeres gestantes de primer y segundo trimestre.

AUTORAS:

Daniela Velásquez Ortiz

Diana Sofía Rojas Valderrama

Yery Soreli Morea Muñoz

TUTORAS:

Eliana María Quintero Trujillo

Enf, Mg en Enfermería Materno Infantil

Laura Ximena Pedroza Sánchez

Enf, Mg en Salud Mental Comunitaria

Universidad Antonio Nariño

Programa Enfermería

Facultad de Enfermería

Neiva, Colombia

2023

Dedicatoria

Dedico este trabajo a Martha Irene, quien además de ser mi madre, fue una enfermera excepcional durante 34 años. Gracias por ser mi fuente constante de apoyo y motivación.

-Daniela

Agradezco a mis padres Isis Muñoz y Watson Morea por ser los mejores, quienes con su esfuerzo, amor y dedicación me han permitido cumplir un logro más.

-Yery

Agradezco a mis padres Lucy Valderrama y Libardo Rojas quienes siempre me han brindado su apoyo y amor incondicional para cumplir cada uno de mis sueños.

-Sofia

Agradecimientos

Expresamos nuestra gratitud a las gestantes que hicieron parte de este estudio. Sin su colaboración y valentía el desarrollo de esta investigación no habría sido posible, sus experiencias y percepciones son la base fundamental de este trabajo.

Además, deseamos exaltar la titánica labor de nuestros asesores de investigación, Eliana María Quintero y Jorge Andrés Ramos. Su dedicación y experiencia fueron fundamentales para culminar satisfactoriamente este trabajo. También expresamos nuestro agradecimiento a la profesora Laura Pedroza por su acompañamiento durante este último semestre. Además, extendemos nuestro agradecimiento a E.S.E Carmen Emilia Ospina por brindarnos acceso a los elementos indispensables para realizar esta investigación. Sus contribuciones fueron esenciales para el desarrollo y éxito de nuestra investigación.

Finalmente, queremos agradecer a nuestros padres por su apoyo incondicional durante estos 4 años de trayectoria académica.

Tabla de contenido

Resumen	8
1. Introducción	10
2. Planteamiento del problema	12
3. Marco teórico	16
3.1 Marco conceptual	19
3.2 Marco normativo	22
4. Objetivo	23
4.1 General	23
4.2 Específicos	23
5. Metodología	24
6. Resultados	32
7. Análisis y Discusión	39
8. Conclusiones	61
9. Referencias bibliográficas	65

Tablas

Tabla 1. Categorías y codificación por colores.	28
--	----

Figuras

Figura 1. Definición de violencia obstétrica	36
Figura 2. Categorías y subcategorías de VO.	38

Anexos

Anexo 1: Cuestionario de características sociodemográficas, socioeconómicas, familiares y de la gestación.	74
Anexo 2: Consentimiento informado.	79
Anexo 3: Cronograma.	81

Glosario

Violencia obstétrica: Se refiere a los actos violentos que se ejercen durante los periodos de gestación, parto, puerperio y demás procesos de atención en salud relacionados con la reproducción. Esta forma de violencia puede manifestarse a través de acciones o falta de acciones por parte del personal sanitario, las cuales pueden tener un impacto negativo en la integridad física, psicológica y emocional de la gestante.

Estado de gestación/ Embarazo: Durante este periodo, el feto experimenta un proceso de desarrollo y crecimiento dentro del útero materno. Esta etapa tiene una duración aproximada de 40 semanas y está bajo la influencia de hormonas que regulan y controlan este proceso. Por tanto, se considera un proceso complejo que implica cambios físicos, emocionales y psicológicos en la mujer.

Percepción: Es un proceso subjetivo y activo de la interpretación de la información sensorial que las personas reciben del entorno, y que les permite darle un significado a su realidad y entender el mundo que les rodea.

Resumen

Objetivo: Describir la percepción sobre violencia obstétrica en mujeres gestantes de primer y segundo trimestre en una institución de salud de la ciudad de Neiva. **Método:** Se implementó el enfoque cualitativo tipo descriptivo que permitió conocer la percepción de mujeres gestantes en el primer y segundo trimestre del embarazo. Para esto, se realizaron entrevistas presenciales abiertas con el objetivo de recopilar información detallada que posteriormente fue transcrita y codificada en categorías y subcategorías. **Resultados:** Se implementaron diversas estrategias de acercamiento con las gestantes, como la divulgación visual, cursos de preparación para la maternidad y paternidad segura, y contacto telefónico. La muestra se obtuvo a través de un muestreo por conveniencia, lo cual permitió alcanzar la saturación de datos. Entre los hallazgos, se destacó que todas las participantes pertenecían al estrato socioeconómico 1 y estaban afiliadas al régimen subsidiado. A pesar de que más de la mitad de las entrevistadas habían completado sus estudios secundarios, se evidenció un desconocimiento generalizado sobre la violencia obstétrica. Fue posible establecer categorías sobre la percepción, asociación, tipos y formas de violencia obstétrica que, posteriormente, llevaron a la creación de categorías emergentes de acuerdo a las manifestaciones de las gestantes. **Conclusión:** La violencia obstétrica es un problema complejo y multifacético que puede ser difícil de abordar debido a la falta de conocimiento y comprensión sobre el tema de parte de las usuarias. Es importante informar sobre la violencia obstétrica y trabajar para aumentar la conciencia pública para que se pueda prevenir y abordar esta problemática de manera efectiva.

Palabras clave: Violencia Obstétrica, Percepción, Gestación.

Abstract

Objective: Describing the perception of obstetric violence in women during the first and second trimesters of gestation in Neiva. **Methodology:** The descriptive qualitative approach was implemented so that it allowed us to know women's perceptions about obstetric violence during their first and second trimesters of pregnancy. In order to do so, in-person and open interviews were addressed with the objective of collecting information and detailed data that subsequently was transcribed and coded into categories and subcategories. **Results:** Diverse approaching strategies were implemented with the pregnant women, such as visual divulge, preparation courses for maternity and safe parenting, and phone calling. The sample was obtained implementing convenience sampling, which led to reaching data saturation. Among the results, it was noticed that all the participants lived in socioeconomic status 1 (the lowest grade) and were affiliated to the subsidized Healthcare system. Despite the fact that more than half of the interviewees had completed their secondary education, there was evidence of a generalized lack of knowledge about obstetric violence. It was possible to establish categories on the perception, association, types and forms of obstetric violence, which subsequently led to the creation of subcategories according to the manifestations of the gestants. **Conclusion:** Obstetric violence is a complex and multifaceted problem that can be difficult to address. Such difficulty comes from the fact that the target population lacks knowledge and understanding of this subject. It is important to communicate about obstetric violence and work to increase public awareness so that this problem can be effectively addressed and prevented.

Keywords: Obstetric violence, Perception, Gestation.

1. Introducción

La violencia obstétrica VO es una forma de violencia de género que se manifiesta en el transcurso de la gestación, parto y posparto, esta puede ser asociada con relaciones de poder ejercidas por el paradigma médico en la atención de las diferentes etapas reproductivas. Esta dinámica de poder se fundamenta en la concepción de que el personal sanitario tiene el conocimiento y la autoridad sobre el cuerpo de la mujer gestante, lo que les da el derecho de tomar decisiones y acciones sin tener en cuenta la opinión, el deseo o el consentimiento informado de la mujer.(1)

En consecuencia, esta ha sido tipificada como una modalidad que arremete contra los Derechos Humanos (DD.HH). La invisibilización y la poca información que se le brinda a las gestantes sobre este tipo de violencia, han permitido que estas conductas pasen desapercibidas y se sigan perpetuando en el área ambulatoria y clínica.(2)

El paradigma médico, centrado en la enfermedad y la cura, ha llevado a una atención de la gestación, parto y posparto que se enfoca en los procedimientos médicos y en la prevención de riesgos para el recién nacido, dejando de lado la perspectiva de los derechos y necesidades de la gestante y su autonomía en el proceso de parto.

En este sentido, la VO se manifiesta cuando se ejerce un control excesivo y autoritario por parte del personal médico y sanitario sobre el cuerpo y las decisiones de la gestante. Esto puede incluir la ejecución de procedimientos innecesarios sin consentimiento, la imposición de posiciones para

el parto sin tener en cuenta las necesidades de la mujer, la falta de información y de opciones, la discriminación y el trato degradante y humillante.(3)

En Colombia no existe evidencia de alguna normatividad referente a violencia obstétrica antes del año 2000. Sin embargo, en el año 2008 se promulgó la Ley 1257, la cual establece normas de sensibilización, prevención y sanción de formas de violencia y discriminación dirigidas hacia las mujeres.(4) No obstante, esta reglamentación no realizaba un énfasis directo sobre la atención de los procesos relacionados con la salud sexual y reproductiva de las mujeres. Gracias al Proyecto de Ley 191 también denominado como “Ley de parto humanizado”(5) que se encontraba en trámite desde el año 2020 y se convirtió en una realidad el 11 de julio del 2022, se promulgó la Ley 2244, cuyo propósito es reconocer y salvaguardar los derechos de las mujeres durante el embarazo, trabajo de parto, parto, postparto, así como en situaciones de duelo gestacional y perinatal. Esta ley busca garantizar el respeto, la autonomía y la libertad de las mujeres, al tiempo que asegura los derechos del recién nacido.(6)

Particularmente, la violencia obstétrica durante el primer y segundo trimestre es una problemática poco explorada en la literatura científica y requiere de una mayor atención por parte del personal sanitario como de la sociedad en su conjunto. Indagar sobre la percepción que tienen las mujeres en estado de gestación frente a la VO, permite estar a la vanguardia de la investigación, debido a que se busca valorar esta situación de relevancia en la protección de los derechos de las mujeres, durante la atención de su proceso reproductivo, de la que poco se habla y se tiene información.(7)

Según los antecedentes que se plantean, las investigaciones en violencia obstétrica han tenido un enfoque asistencial/hospitalario, por lo tanto, dentro de la revisión bibliográfica realizada no se encontraron investigaciones concretas en la región del Huila sobre VO en mujeres durante su periodo de gestación. Armendariz, 2015 relata que dentro de los tipos más comunes de VO se evidencia el abuso psicológico y verbal esto debido a la ausencia de empatía y consideración por parte de quienes prestan su servicio en instituciones de salud ya que actúan de forma inadecuada.(8)

Por consiguiente, la indagación y visibilización de la percepción de mujeres en estado de gestación puede contribuir a desnaturalizar este tipo de violencia dado que, el primer paso para esto es reconocer su existencia, causas y conocer sus mecanismos. El enfatizar en la VO como un fenómeno social coadyuva a que, a través de procesos investigativos se construyan productos académicos/estratégicos tipo artículos que aporten al adecuado ejercicio de la práctica, investigación y formación de las y los futuros enfermeras/os.

2. Planteamiento del problema

La VO se define como un fenómeno de trato ofensivo, cruel, deshonroso, inhumano e insultante hacia las mujeres durante la gestación, parto y puerperio. También, puede manifestarse en otros contextos como en casos de aborto y posaborto, y suele ser perpetrada por profesionales de la salud. Este tipo de violencia afecta directamente la experiencia de las mujeres en estos procesos de atención médica.(9)

Dentro del ámbito hospitalario, se reconoce la violencia obstétrica como una forma de violencia de

género que engloba los comportamientos derivados del proceso de atención del embarazo. Por tanto, la presencia de intervenciones innecesarias (utilización de fórceps, cesáreas injustificadas), abuso verbal, humillación, abuso físico, ausencia de información frente a los procedimientos a realizar (esterilización forzada), las violaciones flagrantes de la privacidad y la integridad, la negligencia al prestar una atención de calidad y discriminación por motivos económicos, culturales y religiosos constituyen formas de violencia.(10)

Esta situación ha cuestionado el ejercicio profesional, ya que en muchos países las mujeres reciben tratos abusivos, desidiosos e irrespetuosos durante su periodo de gestación.³ En diferentes países latinoamericanos como Venezuela, México, Argentina, Brasil y Uruguay existen leyes relacionadas con la VO donde ésta es reconocida como un tipo de violencia que vulnera los DD.HH asociados con la salud reproductiva.(11)

Una investigación efectuada en Venezuela reportó que el 26,7% de 326 pacientes encuestadas manifestaron haber sido víctimas de diferentes tipos de violencia.(12) Asimismo en una institución educativa de Guatemala, se llevó a cabo un estudio dirigido a 40 madres estudiantes entre los 16 a 40 años de edad, sobre la percepción de VO, la cual se efectuó a través de la realización de entrevistas que dieron como resultado que el 35% de las participantes, expresaron haber presenciado tratos inhumanos en el ambiente hospitalario durante su proceso de gestación.(13) De igual manera, en el Hospital Delfina Torres de Concha en Perú, se aplicó una encuesta a 80 adolescentes entre las edades de 15 a 19 años sobre VO, la cual indicó que el 25% percibió algunas formas de maltrato físico, debido al trato rudo en el momento de ser atendidas, también notaron comentarios sarcásticos. (14)

Una de las principales características sociodemográficas que permite identificar a las víctimas de VO es su rango de edad ya que, aquellas que están entre los 13 a 17 años de edad, presentan el riesgo más alto de padecerla.(15)

Mediante un estudio realizado por Basurto y Alcívar en el Hospital Regional Dr. Verdi Cevallos Balda en Ecuador, se realizó una caracterización de la manifestación de la violencia obstétrica durante los procesos de gestación, parto y puerperio. El estudio se centró en un grupo de 210 mujeres que recibieron atención en el área de ginecología de dicha institución. Los resultados obtenidos revelaron lo siguiente: El 83% afirmó haber distinguido algún tipo de violencia durante su estancia en el hospital; además, el 56% indicó haber recibido algún tipo de violencia psicológica, el 74% manifestó que fue ignorada durante su paso en el hospital mientras que el 58% señaló haber percibido desinterés por parte del personal sanitario durante su proceso de trabajo de parto.(8) La investigación, aunque basa su población en gestantes direccionó el cuestionario hacia las etapas de parto y puerperio.

En diferentes conferencias internacionales se ha hecho énfasis en la importancia de instruir y concientizar a la población y al personal asistencial sobre el respeto y la garantía de los DSR. Sin embargo, Olza Fernández(16) manifiesta que existe una relación entre el ejercicio de la profesión de forma deshumanizada y el trauma (trastorno de estrés postraumático) que se genera al trabajar en el área de Ginecología y Obstetricia. Acciones como la ausencia de capacitación y técnicas para lidiar con los aspectos sexuales y emocionales del parto destacan esta condición.

Además, en el estado de Puebla, México realizaron una investigación aplicada a 29 médicos vinculados con el área de Ginecobstetricia. La carencia de tacto y situaciones de irrespeto generan un deterioro en el vínculo médico- paciente, por lo tanto, para reconocer la percepción de los médicos sobre VO se elaboró un cuestionario de percepción profesional y violencia obstétrica.(16) La información obtenida indicó que el 35,71% de los participantes informó haber sido testigos de negligencia médica (impericia e incumplimiento) manifestando casos de rechazo por edad, raza o nivel socioeconómico. Se evidenció que, hay una falta de información adecuada sobre violencia obstétrica o herramientas para enfrentar o evitar la VO (64,3%); falta de interacción y comunicación entre médicos y pacientes (28,5%).(7)

En otro estudio, publicado por la Universidad Nacional de Colombia en el año 2017, por medio de revisión sistemática de literatura a partir del año 2000 al 2016 acerca de VO ejercida por el personal de salud, reportó que esta ha sido ocasionada comúnmente por médicas, enfermeras y médicos (40%, 30% y 23% respectivamente). Los actos de violencia más comunes corresponden al maltrato verbal 30% y maltrato físico 8%.(17)

Este tipo de violencia causada por el personal sanitario puede desencadenar consecuencias en las gestantes a nivel psicológico, generando miedo, depresión, ansiedad y angustia; esto se podría ver reflejado a nivel físico llegando a afectar la integridad y vida de la gestante o el feto, (17) así cómo podría afectar de igual forma el núcleo interpersonal y el acercamiento materno filial.(18)

En Colombia, no se encuentra tipificada la VO como un evento de salud pública por lo tanto, no se establece un lineamiento para realizar la respectiva notificación al Sistema de Vigilancia en Salud

Pública (SIVIGILA), lo que ocasiona que no existan datos exactos frente a las víctimas y las diferentes clases de afectación a las que pudieron verse sometidas; sin embargo, el sistema de salud invisibiliza y justifica estas conductas repetitivas que se han venido revelando de manera incipiente por el desconocimiento sobre el tema.(9)

Pregunta de investigación.

Teniendo en cuenta lo que se plantea anteriormente, ¿Cuál es la percepción sobre violencia obstétrica en mujeres gestantes de primer y segundo trimestre en una institución de salud de la ciudad de Neiva?

3. Marco teórico

Cuando se hace referencia a VO, esta se relaciona con el maltrato a nivel físico y psicológico ejercido contra las mujeres en el transcurso de la atención en los servicios de cuidado reproductivo como la gestación, parto, postparto, aborto y postaborto. Este tipo de violencia generalmente es ejercida por médicos y médicas, sin embargo, cualquier persona que se encargue de la atención en las instituciones de salud puede perpetrar este tipo de comportamientos. (19)

Según Castrillo, el ejercicio médico en cuanto a práctica social indica "relaciones de poder, posiciones de clase, jerarquías, incluso sujeción y formas de violencia, y supone, entre otras cosas, a los pacientes como sujetos subalternizados." (20)

Los vínculos que carecen de simetría generan condiciones para que se ejerzan diferentes tipos de violencia sobre las gestantes.

La violencia obstétrica se enmarca en las relaciones de poder, esto se produce debido a que el paradigma médico creado refleja relaciones asimétricas entre el personal asistencial y la paciente, haciendo que se invisibilice este tipo de violencia, se acepte socialmente, se eleven obstáculos económicos y sociales (discriminación, estigma), y la detección temprana sumada a la intención de resarcir por parte de las entidades sea limitada.(1)

Usualmente, la VO trae consigo la disminución de poder de las gestantes sobre su propio cuerpo, haciendo que se evidencie la violencia basada en género. Este trato deshumanizado genera la pérdida de autogobierno haciendo que las gestantes no tomen decisiones autónomas, libres e informadas sobre su salud reproductiva.(3)

Una de las repercusiones comunes de este tipo de violencia son los impactos a nivel psicológico debido a que, las opiniones de las gestantes como su incomodidad, miedo, dudas o sensaciones son invisibilizadas o suprimidas puesto que el personal sanitario considera que obstruyen los procedimientos e incomodan el ejercicio del personal en el cumplimiento de los protocolos. A través del uso desmedido de la fuerza se presenta la violencia física. Aunque no es el tipo más frecuente de VO, ésta genera en la gestante un estado de indefensión y vulnerabilidad donde se ve sometida a sacudidas o empujones que manifiestan durante su atención en salud.(10)

El correcto ejercicio de las profesiones sanitarias se encuentra enmarcado en la política de humanización en salud, ya que busca potenciar, de manera positiva, la experiencia de las personas en el sector de salud colombiano. Aquí se tienen en cuenta factores como diversidad, diferencia, similitud, necesidad y especificidad de las personas en diferentes poblaciones, produciendo cambios en la gestión del ser humano enfocándose en la interacción con diferentes individuos. (21)

La teoría del cuidado propuesta por Kristen Swanson(22) ha sido ampliamente reconocida en el campo de la enfermería y la atención de la salud. Su enfoque se basa en cinco procesos fundamentales: Mantener las creencias, valorar, conocer, ser y hacer. Estos procesos se centran en el cuidado holístico y compasivo hacia los individuos, reconociendo sus necesidades físicas, emocionales y espirituales.

Dentro del contexto de la investigación sobre VO, la teoría de Swanson desempeña un papel relevante. La VO se refiere a la atención deshumanizada, discriminatoria o abusiva que las mujeres pueden experimentar durante la gestación, parto y posparto. Esta situación tiene un impacto negativo en la salud tanto física como mental de las mujeres, además de limitar su capacidad para tomar decisiones informadas sobre su propio cuidado.

La frase “Escuchar a las víctimas: sanar, resistir y no repetir” permite crear conciencia sobre lo que representa la violencia. A través de la escucha se podrán conocer las percepciones y vivencias de las mujeres en etapa de gestación que fueron sometidas a humillaciones, injusticias y daños originados por parte del cuerpo médico. Oír y reportar surge como respuesta a la invisibilización

de este tipo de prácticas en los centros de atención en salud propendiendo el respeto, a la dignidad humana y protección de la vida en general.

3.1 Marco conceptual.

En el entorno de la atención médica, resulta alarmante la existencia de un fenómeno conocido como violencia obstétrica. Esta forma de transgresión de los DD.HH se caracteriza por la realización de procedimientos y prácticas innecesarias sobre el cuerpo de las mujeres gestantes, acompañadas de un trato deshumanizado y humillante durante el proceso de embarazo, trabajo de parto y puerperio (23). La violencia obstétrica refleja un trato desensibilizado hacia estas mujeres en un momento crucial de sus vidas.

Es importante destacar que la violencia obstétrica se enmarca en un contexto más amplio que la violencia de género. De acuerdo con las Naciones Unidas, la violencia de género se refiere a cualquier tipo de violencia dirigida hacia las mujeres debido a su género, que puede manifestarse en formas físicas, sexuales, psicológicas o emocionales. Esto incluye amenazas, insultos y la privación injusta de la libertad, tanto en ámbitos públicos como privados (24). Esta forma de violencia representa una violación de los derechos humanos y requiere una respuesta inmediata.

Asimismo, la violencia física y psicológica son manifestaciones comunes de la violencia de género. La violencia física implica acciones que causan daño físico, como golpes, sacudidas o empujones, atentando contra la integridad de la persona.(25) Por otro lado, la violencia psicológica se refiere al hostigamiento verbal destinado a subyugar a las personas, manipulándolas, amenazándolas,

humillándolas o aislando su salud psicológica.(26) Ambas formas de violencia pueden tener un impacto duradero en la salud y el bienestar de las mujeres gestantes.

La violencia verbal, por su parte, es otra manifestación perjudicial de la violencia, ya que utiliza palabras para intimidar, humillar, insultar o dañar a otra persona, afectando su salud emocional y psicológica. (27)

Es fundamental tener en cuenta que el estado de gestación o embarazo es un proceso en el cual las mujeres experimentan cambios emocionales, físicos y psicológicos significativos. (28) Durante esta etapa, las mujeres requieren una atención hospitalaria adecuada que garantice su bienestar y respete sus derechos.

La atención hospitalaria abarca todas las actividades asistenciales, terapéuticas y de cuidados que tienen como objetivo promover la salud y prevenir la enfermedad, brindando una atención integral a todas las personas y comunidades.(29) Es esencial que el personal sanitario, que desempeña un papel crucial en este contexto, se comprometa a brindar una atención respetuosa, informada y centrada en las necesidades de las mujeres gestantes.(30)

La humanización de la atención médica es fundamental para lograr un enfoque integral del ser humano, considerando sus dimensiones psicológicas, biológicas y conductuales. Esto implica establecer relaciones basadas en el respeto y la empatía entre el personal de salud y los pacientes, reconociendo la dignidad y singularidad de cada individuo.(31)

Se reconoce que el parto es un proceso fisiológico que marca el comienzo del nacimiento y requiere una atención adecuada y respetuosa por parte del personal de salud. (32) Una vez finalizado el parto, comienza el puerperio, que consiste en una serie de cambios progresivos de orden fisiológico y anatómico que permiten que el cuerpo de la mujer gestante regrese paulatinamente a su estado previo al embarazo.(33)

Al considerar las características sociodemográficas, se hace referencia a los aspectos socioculturales medibles que caracterizan a cada persona, como su edad, estatus socioeconómico y estratificación social, entre otros.(34) Estos factores pueden influir en la experiencia de la mujer gestante y en la manera en que accede a la atención médica durante la gestación, parto y puerperio.

Es entonces que, considerando todos los factores anteriores, se desea conocer la percepción de las mujeres gestantes. Según la perspectiva de Merleau Ponty, se entiende como un fenómeno activo de la subjetividad, en el cual el cuerpo vivencia y se expresa en relación con el mundo que lo rodea, estableciendo un contacto vital mediado por el lenguaje.(35) La forma en que las mujeres gestantes perciben y experimentan su embarazo, parto y puerperio puede variar según sus propias vivencias y circunstancias individuales.

En el ámbito de la atención médica y la VO, es esencial describir y presentar de manera precisa y detallada las situaciones, personas y lugares involucrados, expresando sus características y aspectos relevantes.(36) Esto permite visibilizar y analizar los casos de violencia obstétrica, así como desarrollar estrategias para prevenirla y abordarla de manera efectiva.

Los derechos sexuales se relacionan con el libre desarrollo de la sexualidad y buscan garantizar que todas las personas puedan vivir una vida sexual segura, responsable y placentera.(36) Estos derechos son fundamentales en el ámbito reproductivo, ya que abogan por la autonomía de las personas en la toma de decisiones sobre su salud sexual y reproductiva, incluyendo el acceso a información y medios para cuidar su salud en estos aspectos. (37)

3.2 Marco normativo.

Artículo 43 Constitución política de 1991: Se establece que tanto la mujer como el hombre tienen igualdad en derechos y oportunidades. La mujer no puede ser objeto de discriminación en ningún sentido. Durante el embarazo y después del parto, la mujer recibirá asistencia y protección especial por parte del Estado, además de un subsidio alimentario en caso de encontrarse desempleada o en situación de desamparo. (38)

Ley 1257 de 2008: Se promulga la presente ley con el propósito de establecer normas para la sensibilización, prevención y sanción de formas de violencia y discriminación dirigidas hacia las mujeres. Asimismo, se realizan reformas a los Códigos Penal y de Procedimiento Penal, así como a la Ley 294 de 1996 y se emiten disposiciones adicionales. Es importante destacar que, aunque aborda diversas formas de violencia, esta ley no contempla específicamente la violencia obstétrica. (4)

Ley 1751 de 2015: El objetivo de esta ley es asegurar el derecho fundamental a la salud y establecer los mecanismos de protección correspondientes. En el artículo 10 se detallan los derechos y deberes

de las personas en relación con la prestación de servicios de salud.(39)

Proyecto de Ley número 191 de 2020: Su propósito es implementar medidas para prevenir y sancionar la violencia obstétrica a través del establecimiento de garantías que aseguren un trato digno y humanizado en los procesos de asistencia y atención en salud a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio.(5)

Ley 2244 del 2022: Por medio de la cual se reconocen los derechos de la mujer en embarazo, trabajo de parto, parto, posparto y se dictan otras disposiciones o “ley de parto digno, respetado y humanizado”.(6)

Política Nacional de sexualidad, derechos sexuales y derechos reproductivos: Esta política se enfoca en promover el disfrute de la sexualidad y el ejercicio de los Derechos Sexuales y Reproductivos (DSR) de manera digna, libre y equitativa, así como en transformar los conceptos y percepciones que influyen en cómo se piensa y vive la sexualidad.(40)

4. Objetivos

4.1 General.

Describir la percepción sobre violencia obstétrica en mujeres gestantes de primer y segundo trimestre en una institución de salud de la ciudad de Neiva.

4.2 Específicos.

1. Identificar las características sociodemográficas, familiares, socioeconómicas y de la gestación en mujeres gestantes de primer y segundo trimestre en una institución de salud de la ciudad de Neiva.
2. Conocer la percepción sobre aparición, tipos y formas de violencia obstétrica en mujeres gestantes de primer y segundo trimestre en una institución de salud de la ciudad de Neiva.

5. Metodología

La investigación se desarrolló con un enfoque cualitativo tipo descriptivo, ya que tuvo como propósito describir la percepción relacionada con las experiencias vividas por las gestantes, en su entorno y contexto natural.(41)

Participantes

La población de estudio consistió en mujeres en estado de gestación en su primer y segundo trimestre, que recibían atención en la E.S.E Carmen Emilia Ospina, ubicada en la sede Eduardo Santos de la ciudad de Neiva. La muestra se estableció hasta alcanzar la saturación, lo que significa que se realizaron entrevistas hasta que ya no se obtuvieron nuevos datos en relación a los que ya se habían recopilado y se logró alcanzar el objetivo de investigación. Además, la búsqueda no se detuvo ante la aparición de nuevas ideas, ya que ninguna idea, por extraña u opuesta que pareciera, debía ser descartada.(42)

Por esta razón, la selección de las participantes se realizó mediante un muestreo por conveniencia o a propósito, “el cual define muestras formadas por los casos disponibles a los cuales se tiene real acceso”.(43) Para esto, se estableció contacto con la enfermera a cargo de la ruta materno perinatal de la E.S.E Carmen Emilia sede Eduardo Santos, quien proporcionó la base de datos de las gestantes a través de correo electrónico.

Con base en este tipo de muestreo, se utilizaron diversas estrategias para la captación de participantes. El primer intento de acercamiento a esta población fue mediante la publicación de afiches en diferentes lugares de la institución, donde se mencionaba el proyecto de investigación, los criterios de elegibilidad y el número de contacto. Posteriormente, se llevó a cabo un curso de preparación para la maternidad y paternidad segura, donde se abarcaron temas como el desarrollo embrionario y el trabajo de parto. Al finalizar la sesión, se dio a conocer el proyecto de investigación, lo que llevó a dos de las gestantes a manifestar su interés en participar. Días después, se realizó un tercer intento de captación, abordando a las gestantes que se encontraban en la institución a la espera de ingresar a consulta, lo que resultó en el interés de tres mujeres en participar en el proyecto. Finalmente, se llevaron a cabo llamadas telefónicas para programar entrevistas con gestantes interesadas.

Criterios de inclusión

- Mujeres gestantes con una edad mayor o igual a 18 años, residentes del municipio de Neiva que se encuentren en su primer y segundo trimestre, atendidas en la E.S.E Carmen Emilia Ospina sede Eduardo Santos de la ciudad, durante el periodo de estudio.

Criterios de exclusión

- Mujeres gestantes que cambien de municipio de residencia durante el transcurso de la investigación.

Procedimiento e instrumento para la recolección de información

Una vez obtenida la aprobación del comité de bioética de la Facultad de Enfermería, la autorización de la institución de salud y la captación de las participantes se programaron las entrevistas con las mujeres que aceptaron participar del proyecto de investigación. Durante estos acercamientos, se les explicó el objetivo de la investigación y se llevaron a cabo las entrevistas en las viviendas de las participantes, ya que manifestaron sentirse más seguras en ese entorno sin embargo, debido a las condiciones de seguridad de los barrios donde residían las gestantes, fue necesario solicitar el acompañamiento de la Policía Nacional para llegar a la mayoría de los encuentros.

Para la caracterización se empleó un cuestionario de elaboración propia compuesto por 11 preguntas de aspectos sociodemográficos y familiares, 5 preguntas de aspectos socioeconómicos y 3 preguntas de aspectos de la gestación.

Con el fin de describir la percepción sobre VO, se desarrollaron entrevistas no estructuradas o abiertas, para Denzin y Lincoln (2005, p. 643, tomado de Vargas, 2012) la entrevista es “una conversación, es el arte de realizar preguntas y escuchar respuestas”, Esta ofrece la posibilidad de

llevar una conversación guiada, debido a que se utilizan preguntas que permiten abordar aspectos puntuales, referentes a lo que la usuaria considera que es violencia obstétrica, aparición, tipos y formas en las que se evidencia en la gestación. (43)

Guía de entrevista:

- 1- Por favor, narre su experiencia respecto a la atención que ha recibido durante su embarazo.
- 2- Cuando escucha hablar de Violencia Obstétrica, ¿Qué piensa?.
- 3- Cuando escucha hablar de Violencia Obstétrica, ¿Con qué lo relaciona?.
- 4- ¿Cómo cree usted que se manifiesta/evidencia/muestra la violencia obstétrica?
- 5- ¿Cómo cree usted que se manifiesta/evidencia/muestra la violencia obstétrica física?
- 6- ¿Cómo cree usted que se manifiesta/evidencia/muestra la violencia obstétrica psicológica?
- 7-¿Cómo cree usted que se manifiesta/evidencia/muestra la violencia obstétrica verbal?

El análisis de la información se realizó simultáneamente a la ejecución de las entrevistas no estructuradas realizadas a las participantes del estudio, dado que fue indispensable examinar cada dato en sí mismo y en relación con los demás,(44) dichas entrevistas fueron grabadas y posteriormente transcritas por medio digital, así mismo, se tuvieron en cuenta las expresiones verbales y no verbales de las usuarias, seguidamente se clasificó la información obtenida con el propósito vincular las categorías describiendolas en función de los objetivos investigativos y el planteamiento del problema.

Para Huberman y Miles la reducción y categorización de datos se basa en 3 subprocesos que se relacionan entre sí: (45)

1) **La reducción de datos:** Para esto es posible establecer una secuencia:

1a. Separación de unidades de contenido: Se realizó teniendo en cuenta criterios temáticos, conversacionales y temporales (de acuerdo a la necesidad):

- Criterios temáticos: Violencia obstétrica.
- Criterios conversacionales: Se dividió el texto de acuerdo con las declaraciones o turnos de la palabra de las participantes.
- Criterios temporales: El segmento de las transcripciones se realizaron por minutos.

2a. Identificación y clasificación de unidades: Después de realizar la separación de las unidades se realizó la categorización, esta fue de tipo deductivo dado que ya se encontraban establecidas, al obtener la respuesta de las participantes fue posible codificarlas con colores de acuerdo a la temática que se presumía se estaba abordando en ese momento.

Categoría	Código
PVO: Percepción sobre la violencia obstétrica	Verde
AVO: Asociación de violencia obstétrica	Rosado
TMVO: Tipos y manifestaciones de violencia obstétrica	Morado
MVF: Manifestaciones de violencia física	Rojo
MVP: Manifestaciones de violencia psicológica	Naranja

MVV: Manifestaciones de violencia verbal	Café
--	------

Tabla 1. Categorías y codificación por colores.

3a. Síntesis y agrupación: Es la consolidación de la identificación y la clasificación de la información.

2. **La disposición y agrupamiento de los datos:** Facilita presentar de forma organizada y concreta la información que responde a la pregunta de investigación. Esto facilita el posterior análisis.

3. **Obtención de resultados y verificación de las conclusiones:** Es necesario recalcar que la obtención de los resultados no solamente se recopiló al finalizar la investigación, al ser un proceso cíclico esta información pudo obtenerse durante todo el desarrollo de la misma. Este último subproceso constaba de la presentación de fragmentos narrativos obtenidos en los pasos anteriores sumado a las interpretaciones de las investigadoras. Para llegar a las conclusiones fue necesario alcanzar la consolidación teórica de los datos. Esta fase culminó con la validación de los criterios de rigurosidad metodológica.

Criterios de rigurosidad metodológica

El rigor metodológico de este estudio se garantizó de la siguiente manera:

1. Credibilidad: Evidencia una igualdad de forma entre las percepciones de las participantes y los resultados de la investigación. Durante la realización de las entrevistas se recolectó la información que posteriormente, fue reportada como hallazgo. Las investigadoras deberán retroalimentar a las mujeres gestantes para que reconozcan su percepción en los hallazgos descritos y que estos constituyen una verdadera aproximación sobre lo que las participantes perciben. Con el fin de que las voces de los participantes sean escuchadas sin manipulación cada entrevista, con la respectiva autorización y consentimiento, fue grabada. (46)

2. Auditabilidad/ Confirmabilidad: Cada uno de los archivos generados en la investigación (grabaciones, registros, observaciones y hallazgos) son custodiados por las investigadoras para garantizar la confidencialidad, permitiendo que otros investigadores o las participantes desarrollen la auditoría necesaria para que puedan llegar a conclusiones similares a la del estudio original.(46)

3. Transferibilidad/ Aplicabilidad: Se basa en la posibilidad de transferir-extender los resultados de la investigación a otras poblaciones donde exista similitud de los contextos. Permite que, a través de la publicación y documentación detallada del proceso investigativo, la metodología y los instrumentos sirva para que otros investigadores en otros contextos similares logren obtener resultados similares. (46)

Consideraciones éticas

Por medio de los principios establecidos en el Reporte Belmont, la Declaración de Helsinki y en la Resolución 8430 de 1993: Esta investigación se tipifica como riesgo mínimo, debido a que no se realizaron intervenciones o modificaciones de manera intencional a las variables biológicas, psicológicas, fisiológicas o sociales de las individuos, ya que la investigación abordó un tema sensible como lo es la violencia. Asimismo, para dar cumplimiento a los aspectos planteados en el artículo 30 y 31 de la presente resolución, este estudio se realizó conforme a los siguientes criterios:

Basado en la declaración de Helsinki en 1964, en aras de velar por la dignidad, integridad y derecho a la intimidad, este estudio de investigación se llevó a cabo una vez se obtuvo la aprobación del Comité de Bioética de la Facultad de Enfermería y de la institución de salud.

El Consentimiento Informado se rigió por la Resolución 8430 de 1993, este se entregó en medio físico para que pudiera ser revisado, diligenciado y firmado por las gestantes, donde se encontraba explícito el acuerdo de confidencialidad de la información suministrada, la garantía del anonimato de acuerdo con la Ley 1581 de 2012, que pretende dar cumplimiento al objetivo de proteger el derecho constitucional de la protección de datos personales. Se describió el derecho que tienen las participantes de conocer los resultados obtenidos en el estudio y la libertad que poseía cada una de ellas al decidir si continuaba o desistía de participar en la investigación en el momento en que desearan.

Finalmente, las investigadoras adquirieron el compromiso de llevar a cabo la investigación conforme a lo que se plantea en los principios bioéticos universales.

El principio bioético de no maleficencia se refleja al reportar información veraz, sin ánimo de causar daño, buscando siempre velar por los derechos de las participantes dando cumplimiento a la Ley de protección de datos personales, asimismo, la beneficencia es visible, ya que el estudio permitirá a las participantes reconocer la violencia obstétrica, identificar su vulnerabilidad y generar estrategias de afrontamiento, asimismo realiza un aporte al conocimiento científico y disciplinar de enfermería que a su vez aporta a la sociedad. Para desarrollar lo anteriormente descrito, a través del principio de la justicia, se brindó a las gestantes un trato igualitario donde no se les discriminó por su raza, etnia, doctrina religiosa u otras características, se garantizó el principio de autonomía, al respetar la capacidad de las participantes de decidir si deseaban o no participar en el estudio y si, en algún momento, deseaban retirarse.

6. Resultados

Realizar acercamientos personales con gestantes presentó varios aspectos positivos. En primer lugar, permitió establecer una conexión directa y personal con las participantes, lo cual fomentó la confianza y la comodidad en la interacción. Esto resultó en respuestas más abiertas y sinceras durante las entrevistas, lo que contribuyó a la calidad de los datos recopilados. Además, al realizar el acercamiento en persona, se brinda la oportunidad de aclarar cualquier duda o inquietud que pudieran tener las gestantes respecto al proyecto de investigación. Sin embargo, a pesar de los esfuerzos realizados en ese sentido, no se logró conseguir un número significativo de participantes a través de la captación presencial en la institución por lo que se optó por utilizar otras formas de acercamiento.

La base de datos inicial consistía en 110 gestantes. Tras realizar 79 llamadas telefónicas, se lograron programar 15 entrevistas, de las cuales se consolidaron 7. Se hicieron entre 2-3 intentos por cada número telefónico contactado. De las gestantes contactadas, 13 manifestaron no estar interesadas, 17 no contestaron, 8 tenían sus celulares apagados, 3 números se encontraban fuera de servicio y el resto de las gestantes no cumplían con los criterios de elegibilidad.

Uno de los hallazgos de la base de datos lo cual estuvo relacionado con la calidad del dato, lo cual implica la existencia de errores, inconsistencias e inexactitudes que comprometen la utilidad y confiabilidad de la información. La institución proporcionó dos bases de datos en momentos diferentes: la primera se recibió en diciembre del año 2022 y la segunda a principios de marzo del año 2023. Durante la consolidación de la base de datos, se identificó la presencia de datos repetidos de 11 gestantes, a pesar de tener el mismo número de identificación, sus edades y fechas de nacimiento eran distintas. Además, se observó que el error más común en la base de datos fue el cálculo de la edad gestacional dado que, la fórmula registrada en Excel para realizar el cálculo de manera automática presentaba un error que impedía obtener una respuesta numérica precisa.

En esta sección se presentarán los resultados obtenidos al completar el cuestionario que abarcaba características sociodemográficas, de la gestación, familiares y socioeconómicas.

6.1 Características sociodemográficas, de la gestación, familiares y socioeconómicas.

En relación a las características sociodemográficas, el grupo de mujeres gestantes entrevistadas presentó una edad promedio de 25,2 años, con una mediana de 28 años. La edad más alta registrada fue de 32 años, mientras que la más baja fue de 19 años. La mayoría de las entrevistadas habían completado su educación secundaria (4/7) y convivían en unión libre con sus parejas (3/7). Todas las participantes residían en el área urbana (7/7), pertenecían al estrato socioeconómico 1 considerado como bajo (7/7) y estaban afiliadas al régimen subsidiado de salud (7/7). La gran mayoría no se identificaba con ningún grupo étnico, una de las gestantes es migrante y la otra cuenta con una condición de discapacidad categorizada como ceguera total.

En cuanto a las características de la gestación, la mayoría de las mujeres eran multigestantes (5/7), con un promedio de 3 gestaciones. El periodo intergenésico más corto registrado fue de 9 meses, mientras que el más largo fue de 6 años. En relación a las características familiares, más de la mitad de las gestantes entrevistadas (4/7) se identificaban como cabezas de familia y tenían un núcleo familiar ampliado conformado por más de 3 personas.

Por último, en lo que respecta a las características socioeconómicas, la mayoría de las gestantes se dedicaban exclusivamente al cuidado del hogar (4/7). Residían en casas ubicadas en barrios (6/7) y contaban con ingresos económicos inferiores a quinientos mil pesos colombianos (7/7).

6.2 Percepción sobre aparición, tipos y formas de VO.

La aparición de violencia obstétrica se refiere a la ocurrencia de actos de violencia, maltrato, negligencia o trato irrespetuoso hacia las mujeres durante el proceso de atención obstétrica como

la atención prenatal.(9) El proceso de atención obstétrica busca garantizar una atención integral y de calidad a las mujeres embarazadas, asegurando la detección temprana y el tratamiento de posibles complicaciones, promoviendo la salud materno-infantil y brindando un entorno seguro y respetuoso durante todo el proceso de embarazo.

Sin embargo, se observó que varias gestantes reportaron haber presenciado y experimentado diferentes formas de violencia obstétrica, pero no reconocieron estos hechos como actos de violencia ni se identificaron a sí mismas como víctimas.

Wertham (47) expone la siguiente idea: "antes que alguien pueda comenzar la violencia, muchos otros ya han preparado el terreno". La invisibilización de la VO está relacionada con la preparación de un terreno propicio para su desarrollo. La carencia de conocimiento y educación sobre los derechos de las gestantes, así como la falta de conciencia sobre qué constituye la violencia obstétrica, contribuyen a la normalización de comportamientos abusivos o inadecuados en la atención médica.

La diferencia entre tipos de violencia y formas de violencia radica en cómo se clasifican y describen las distintas manifestaciones de esta. Los tipos de violencia son categorías amplias y generales que abarcan diferentes formas de violencia. Algunos ejemplos comunes de tipos de violencia informados en la literatura incluyen la violencia física, la violencia psicológica y la violencia verbal.(18) Estos tipos de violencia se definen en función del tipo de daño infligido, el medio utilizado o la intención del agresor.

Además, durante el estudio se identificó que algunas gestantes experimentaron violencia institucional en el proceso de atención, por lo que se consideró necesario incluirlo como un tipo de violencia adicional. Esta forma de violencia se refiere a situaciones en las que las instituciones encargadas de brindar atención obstétrica no cumplen adecuadamente con sus responsabilidades, lo cual genera un impacto negativo en la experiencia y el bienestar de las mujeres.

Las gestantes mayoritariamente utilizaron las siguientes palabras para definir la violencia:



Figura 1. Definición de VO.

Fuente: Elaboración propia.

Aunque pocas mujeres pudieron ofrecer una definición precisa de la VO en sus discursos, se observó que la asociación más comúnmente mencionada fue la gestión inadecuada de los procesos de cuidado, lo cual está estrechamente relacionado con la violencia obstétrica.

Asimismo, las formas de violencia se refieren a manifestaciones específicas de violencia dentro de

cada tipo. Por ejemplo, dentro del tipo de violencia verbal, logramos encontrar algunas manifestaciones que incluyen respuestas poco amables o actitudes de desagrado al interactuar con las gestantes. A partir de su experiencia, una de las gestantes expresó la importancia de mejorar el proceso de humanización en la práctica de la enfermería.

“No sé, ¿Con qué podría relacionarlo? Pues yo digo que eso, comoo, no sé, no doy, yo digo que es eso, que un médico lo trate mal a uno, comoo, digamos, pongamos el ejemplo de la jefe. La jefe que se encarga de las embarazadas es una persona que no, que no debería estar ahí”. -G5

Continúa y añade:

“Porque yo digo digamos, ustedes están estudiando para ser enfermeras, su trabajo se encarga de mujeres gestante, algunas son primerizas, algunas están muy, muy jóvenes y no entienden muchas cosas, y usted llegar y decirle “Buenos días” de verdad, de la mejor forma, y que ella le conteste como a las patadas... porque ya me pasó”. “Yo fui a un control, mi esposo estaba conmigo y ella llegó y dijo “Ay, es que todas estas mujeres” ella no las va a mantener, entonces yo digo que para mí eso sería un (una forma de violencia)”.

-G5

"Hacer por" como se establece en la teoría Swanson, permite estar emocionalmente presente con el otro y hacer por el otro lo que haríamos por nosotros mismos, se establece un enfoque de cuidado y apoyo activo hacia la persona. Este proceso implica actuar en beneficio de la persona,

proporcionando la ayuda y el apoyo necesarios según las necesidades individuales identificadas. Esto puede incluir brindar educación, acompañamiento y buscar ayuda o recursos adicionales para satisfacer las necesidades de la persona.

Por otro lado, la asociación de VO con aborto permite visibilizar la brecha educativa y la falta de acceso a la información adecuada que han tenido estas gestantes, esto puede actuar como barrera para que las mujeres reconozcan y denuncien situaciones de violencia obstétrica, así como para que tomen decisiones informadas sobre su propio cuerpo y reproducción.

A partir de las respuestas recopiladas en las categorías establecidas, surgieron diversas subcategorías que, si bien no se ajustan completamente a la definición precisa de violencia obstétrica, reflejan la comprensión subjetiva que tienen las gestantes sobre este fenómeno.

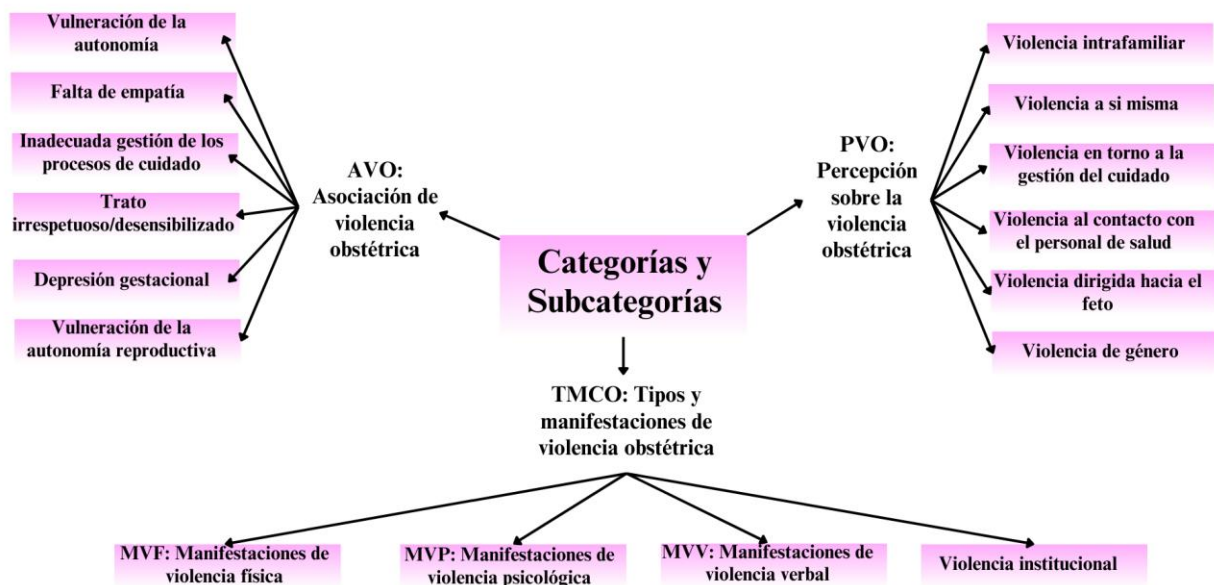


Figura 2. Categorías y subcategorías de VO.

Fuente: Elaboración propia.

7. Análisis y discusión

La VO es un fenómeno alarmante que genera un impacto negativo en la experiencia de las mujeres a lo largo del embarazo. Durante las entrevistas realizadas, se pudo observar que la mayoría de las gestantes entrevistadas compartieron su percepción acerca de la presencia, tipos y formas de violencia obstétrica al responder las preguntas planteadas. Apoyadas en el proceso de "Conocer", basado en la teoría de los cuidados de Kristen Swanson, se reconoce la importancia de escuchar activamente a las mujeres, respetar sus historias y comprender sus necesidades y deseos únicos. Este enfoque se centra en la persona, valorando la diversidad de sus vidas y experiencias sin juzgar ni presuponer. A través de sus relatos, pudimos obtener una perspectiva más amplia y detallada de lo que ellas consideran como manifestaciones de la VO.

Así surge la categoría emergente de violencia al contacto con el personal de salud, la cual se define como actos violentos e inapropiados ejercidos por el personal de salud hacia las gestantes, los cuales pueden afectar su integridad física, emocional y psicológica. Esta definición fue constituida a partir de testimonios como:

“Yo entiendo como violencia obstétrica el nombre como maltrato en el momento del parto, así suena”. -G1.

“No sé, o también digamo maltrato con los doctores, sí”. - G6.

Asimismo, según Arguedas, la VO puede ser conceptualizada como un mecanismo de control y opresión que se origina a partir del ejercicio del "poder obstétrico". Este poder obstétrico se configura como una modalidad de poder disciplinario que, de acuerdo a la perspectiva de Foucault, tiene como objetivo producir cuerpos femeninos "dóciles". Estos cuerpos femeninos "dóciles" son considerados como aquellos que se ajustan a los estándares preestablecidos, y que están destinados a servir a la maximización de la eficiencia en los procesos de gestación, parto y cuidado de los recién nacidos.(48)

Surge también la categoría de violencia en torno a la gestión del cuidado, donde se destaca que, este tipo de violencia ejercido por el personal de salud, genera situaciones de angustia y temor en las gestantes al no recibir una atención adecuada en concordancia a su importancia en la sociedad.

Una participante expresó lo siguiente:

“Y el doctor pues no más me manda las fórmulas, no me ha pasado con la nutricionista, ni con... el ginecólogo ni nada de eso, solo me ha mandado dos veces una ec, ecografía y ya nada más”. -G4

La gestante reflexiona y agrega:

“Que pienso, que no me están dando como, la, la atención, que me deberían dar o cómo lo explico”. [Risa]. Pues sí, me imagino eso o que... el doctor noo, no me atiende como debe ser”. - G4

Según Castro, R(49) en los últimos 25 años se han recopilado pruebas en diversos países de América Latina que revelan que los servicios de salud, en particular, los relacionados con la salud reproductiva, son otro escenario en el cual se perpetra violencia contra las mujeres.

Sin embargo, algunas mujeres perciben la VO como violencia dirigida hacia el feto. Esta subcategoría aborda casos en los que se produce violencia o maltrato directamente hacia el feto durante el embarazo. Esta forma de violencia implica acciones que representan un riesgo para la salud, el desarrollo y la vida del feto. Algunas gestantes consideran que puede manifestarse de las siguientes maneras:

“Pues como una violencia [risa] como tal si tiene que ver como, como la violencia, ¿como si de pronto le hubiera pasado algo a uno, no? o al bebé, o que el bebé viene de pronto con malformaciones o alguna cosa de esas”. “Ehhh como tal diría queee algo sobre el bebe, que pronto uno no sepa algo que de pronto con una ecografía o algo le haiga pasado algo al bebé”. -G3.

Es importante tener en cuenta que la violencia dirigida hacia el feto puede tener consecuencias graves y duraderas. Puede provocar complicaciones de salud, malformaciones, retraso en el desarrollo o incluso la muerte del feto.

“Pues diría yo, no sé, como, como te decía yo antes, como en la malformación del bebé”.
 -G4.

De acuerdo con Pérez-Rodríguez(50), cuando la violencia se produce durante la gestación, el feto puede experimentar las repercusiones de la violencia dirigida hacia la madre, así como de comportamientos negligentes o descuidos por parte de ella. Estas circunstancias aumentan el riesgo de presentar bajo peso al nacer, prematuridad, muerte neonatal, malformaciones congénitas, dificultades en el apego madre-hijo y complicaciones en la lactancia.

A pesar de que algunas mujeres comentan la violencia a sí misma como violencia obstétrica, esta serie de conductas autodestructivas o perjudiciales que buscan atender contra su propio cuerpo, emociones o bienestar general puede manifestarse de diversas maneras, como autolesiones y negligencia en el autocuidado. Sin embargo, esta correlación errónea realizada por las gestantes puede ser atribuible a la falta de conciencia y educación sobre los DSR, así como a la falta de información sobre los diferentes aspectos y manifestaciones de la violencia obstétrica dado que, algunas gestantes manifestaron:

“Hmm no sé, de prontooo ¿cómo golpes? Golpes en el estómago de pronto como para, como para, para (inducir un aborto)” - G3.

“O que uno como mujer le de maltrato al bebé, la barriga, no sé” -G6

Es importante destacar que la violencia dirigida a sí misma no debe confundirse con la decisión de una mujer de ejercer su derecho a interrumpir su embarazo. El acceso a la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) es un componente esencial de los derechos reproductivos de las mujeres, permitiéndoles tomar decisiones informadas sobre su propia vida y salud mediante el uso de métodos farmacológicos, servicios clínicos o procedimientos quirúrgicos que son garantizados por personal médico capacitado.

Calderón, R(51) afirma la relevancia que tiene la comunicación en la formación de los criterios de las personas, abarcando no solo aspectos como la identidad de género, la sexualidad y los valores, sino también temas como la gestación, la maternidad, el aborto y la educación sexual. Sin embargo, señala que existe una tendencia a subestimar la importancia de estos temas y a no evaluar las consecuencias que el desconocimiento puede generar.

Es por esto que, es relevante considerar que el nivel educativo de estas mujeres puede influir en su acceso y comprensión de los DSR. Se evidencia que existe un nivel de desconocimiento en estos aspectos, lo que puede dificultar el ejercicio pleno de estos derechos y limitar la capacidad de tomar decisiones informadas.

Dentro del discurso de las mujeres, se ha observado que perciben la VO como una forma de violencia intrafamiliar. Este tipo de violencia es considerado como una forma de maltrato que impacta negativamente en el núcleo familiar, siendo las mujeres, en su mayoría, las más afectadas.

Las mujeres embarazadas llegan a asociarlo de la siguiente manera:

“Porque unooo, pue no todo es en sí golpe, si no uno...Por ejemplo, voy a decir una palabra, usted es un hijuemama o algo, entoces también le está haciendo verbalmente. Tampoco hoy es físico, porque hoy en día hay hombres que no le pega a mujeres, pero la trata, “¡Ay, usted no sirve para nada, usted es una mantenida con sus hijos!, porque yo escucho eso.”-G2

“Violencia que le dan a uno de mujer, si.. que entonces uno puede recibir maltrato tanto en la casa como con el marido, esposo”. -G6.

No obstante, Ramírez (52) lo define como cualquier forma de agresión o daño sistemático y premeditado que ocurre dentro del ámbito familiar, perpetrado por un miembro de la misma familia. Esta forma de violencia se materializa al invadir o violar los espacios personales de la otra persona sin su consentimiento, con el objetivo de arrebatarle su poder y mantenerla en desequilibrio. El propósito último de la violencia es superar la resistencia de la víctima y lograr su sometimiento, es decir, ejercer control y dominio sobre ella.

J. Pereira(12) destaca la importancia de aclarar que aunque las mujeres pueden experimentar violencia en el transcurso de su embarazo, no toda violencia dirigida hacia ellas durante esta etapa puede considerarse VO. La violencia obstétrica se refiere específicamente a la atención que reciben a lo largo del proceso del parto y el nacimiento, siguiendo un enfoque médico común en todas las áreas obstétricas del país, ya sean públicas o privadas.

Con el paso del tiempo, la violencia de género ha sido identificada como un problema social y de salud pública que produce desigualdades y discriminación en nuestra sociedad. Al dialogar con las mujeres embarazadas, se evidencia que existe una clara conexión entre actos violentos o agresivos utilizados para ejercer control sobre una persona basados en su género.

“Hmmm, pues un maltrato que le hacen a una mujer indefensa cuando está en embarazo”. -G6.

Esta declaración subraya la vulnerabilidad específica que enfrentan las mujeres embarazadas frente a la violencia de género. Durante este período, las mujeres pueden encontrarse en una situación de mayor dependencia y necesidad de apoyo, lo que las hace más propensas a sufrir abusos y violencia por parte de sus parejas o de otros actores.

Cuando las mujeres embarazadas expresaban sus percepciones o asociaciones de lo que consideraban violencia obstétrica, a pesar de encontrarse en un entorno familiar para ellas, se notaba su inseguridad al hablar, manifestada a través de risas nerviosas y titubeos. Además, se observaban gestos de desaprobación hacia el proceso de atención en salud que estaban experimentando.

Uno de los aspectos más destacados es la vulneración de su autonomía reproductiva, donde se les priva de su capacidad de tomar decisiones libres e informadas sobre su reproducción y su cuerpo.

La gestante 6 lo expresa de la siguiente manera:

“Que porque era el cuarto y que porque era la cuarta cesaria, entonces todo eso, yo como no me pongo a peliar con ellos, me callo, si escucho. Yo de todas maneras estoy parada en la raya de que (...) sí, no me quiero mandar a operar [para no tener más hijos]”. G6

El concepto de "permitir o posibilitar" de Kristen Swanson se puede vincular con la autonomía reproductiva al enfatizar la importancia de que las mujeres tengan el poder y la capacidad de tomar decisiones informadas y autónomas sobre su salud reproductiva. La autonomía reproductiva implica el derecho de las personas a elegir si desean tener hijos, cuándo desean tenerlos y con quién, así como el acceso a información, servicios y recursos para llevar a cabo esas decisiones de manera segura y saludable.

Muñoz, A (53) menciona que la práctica de esterilización forzada supone una vulneración a la dignidad humana, ya que se basa en la suposición de un determinismo relacionado con ciertas categorías sociales y niega la validez del consentimiento de las personas afectadas. Además, esta práctica atenta contra la garantía de los derechos reproductivos.

Dentro del proceso de “Mantener las creencias” propuesto por Kristen Swanson, se enfatiza la importancia de descubrir y valorar las creencias, experiencias, destrezas, habilidades y conocimientos que son significativos para las personas en el contexto del cuidado durante esta etapa de la vida. Ciertamente, reconocer que en ocasiones las creencias y conocimientos de una persona pueden ser limitados es crucial. En este sentido, la garantía de educación sexual integral para las mujeres desempeña un papel fundamental en el proceso de empoderamiento.

A través de la interacción y el diálogo abierto, se busca comprender y respetar las creencias individuales de las personas, reconociendo que estas pueden influir en sus decisiones y preferencias en relación al cuidado obstétrico. Al redescubrir, orientar o situar estas creencias dentro de un marco de prácticas de cuidado adecuadas, se busca garantizar una atención que sea congruente con los valores y necesidades de cada individuo.

De igual manera, una gestante expresa:

“No, entonces pue ellos insisten, insisten, insisten,insisten en la cansadera y no... Yo si Dios y la santísima Virgen María me lo permiten no me opero”. -G6

En el mismo contexto, se comprende que la vulneración de la autonomía surge de las opiniones y acciones de terceros hacia una persona, con el objetivo de restringir su capacidad de tomar decisiones sobre su propio cuerpo, pensamientos o expresiones. Esto crea inseguridad en su proceso de atención como menciona la gestante:

“Que me hicieran algún procedimiento que nooo, no sea adecuado para mi” - G4.

Además, resulta importante resaltar la necesidad de mejorar la gestión y priorización de la atención hacia las gestantes, ya que ellas identifican una inadecuada gestión de los procesos de cuidado. Esta se ve evidencia en la falta de atención temprana y pertinente haciendo que se acentúen las disparidades en la calidad de la atención en salud, lo anterior se traduce en una falta de oportunidad y equidad en los servicios que estas mujeres reciben, como se ilustra en el testimonio de la gestante:

“Sí [responde su pareja al fondo “sala de espera”] sala de espera, y digamos yo ya era para que hubiera pasado por ginecología y no... tiene uno que estar como a la jefe puyándola de qué bueno, qué pasó, por qué no ha salido, por qué esto, tonces yo digo que no debería ser así, porque como le digo, una mujer en gestación es prioridad para todo (...) Haje como unos 3 mese [solicitaron la interconsulta], y apenas me la dieron para este, este me”. -G5.

Reynolds(54) señala que la habilidad para comunicar la comprensión de la experiencia del paciente permite validar la información por parte del paciente. Esto implica la necesidad de emplear una comunicación adecuada y efectiva. Es a través de esta capacidad de percibir y comprender al otro que las dimensiones cognitiva y emocional de la empatía se entrelazan, creando una visión integradora en el propio concepto. Sin embargo, es preocupante observar que, según los testimonios de las gestantes, existe una falta de empatía en el proceso de atención médica. Esto se traduce en una negligencia por parte del personal de salud, acompañada de una comunicación deficiente y una falta de interés. Estas deficiencias impactan negativamente el vínculo médico-paciente y generan retrasos en la atención de las gestantes, ya que no se comprenden sus sentimientos, pensamientos y actitudes durante el proceso de gestación.

“Sí, la atención, y como le digo a veces uno no está en las condiciones porque pues ustedes saben que una mujer en gestación las hormonas son muy cambiadas, y cambian, un día amanece uno enfermo, que le dolió, que no le dolió, entonces, de resto si me parece la

atención buena, lo único que yo digo que debería ser bueno sería eso [priorizar la atención de las gestantes]”. -G5.

El concepto de "Estar con" se relaciona directamente con brindar acompañamiento a las gestantes durante sus procesos, incluyendo el embarazo, parto y postparto, a través de la empatía. Swanson sostiene que el acompañamiento empático es esencial para proporcionar un cuidado de calidad y satisfactorio.

Al estar con las gestantes, se trata de estar presente de manera emocional y física, ofreciendo apoyo y comprensión a través de la empatía. Esto implica escuchar activamente, validar sus experiencias y preocupaciones, y demostrar una genuina conexión emocional. El acompañamiento empático no solo brinda consuelo y seguridad emocional, sino que también puede ayudar a las gestantes a sentirse más empoderadas y fortalecidas durante los momentos críticos de su experiencia reproductiva.

El concepto de "Estar con" se relaciona estrechamente con la información proporcionada. Al iniciar con la identificación de la persona como única e individual, se establece una base para el acompañamiento empático. "Estar con" implica reconocer y respetar la individualidad de la persona, permitiendo que se sienta vista y valorada en su singularidad.

Además, al acompañar y estimular la expresión de emociones y percepciones acerca del momento que se está viviendo, se fomenta un espacio seguro y de apoyo para la persona. El "Estar con" planteado por Swanson implica escuchar activamente, brindar apoyo emocional y alentar a la

persona a expresar sus sentimientos y experiencias de manera abierta y sin juicio. Esto permite que la persona se sienta comprendida y validada en su experiencia, lo cual es fundamental para establecer una conexión empática.

Durante la investigación, se observó que las gestantes asociaban los actos negativos con situaciones que podrían afectar su estado emocional y sentimental. A partir de los relatos de las participantes, surgió una subcategoría relevante: la depresión gestacional. Esta condición se caracteriza por la manifestación de síntomas depresivos que pueden afectar tanto el bienestar emocional y físico de la madre como, en algunos casos, el del feto. Estos síntomas incluyen cambios de humor repentinos y extremos, sentimientos de tristeza, ansiedad y pérdida de interés en actividades que solían ser placenteras. Como consecuencia, puede haber dificultades para establecer una conexión emocional con el feto durante el proceso de gestación. (55)

“Pue uno de mujer lo demuestra [ehh] bajando de ánimo, bajo de ánimo, por ejemplo tando triste, llorando, en el momento que uno se expresa hacia alguna personas o que uno se cohíbe de hablar, le provoca estar encerrado o sea, sí”. -G5.

Por otro lado, la VO se entiende como un fenómeno alarmante que revela un trato desensibilizado hacia las mujeres gestantes dentro del ámbito de la atención médica. Vanegas, Gómez, Villamil y León(5) consideran que se manifiesta en diferentes formas de maltrato, que van desde el abuso verbal y la falta de información adecuada, hasta la visión medicalizada y la violación de la autonomía y dignidad de las mujeres durante los procesos reproductivos.

Este tipo de violencia refleja una actitud insensible y deshumanizada por parte de algunos profesionales de la salud, que ven a las mujeres gestantes como meros objetos de tratamiento médico en lugar de individuos que merecen ser escuchados, respetados y cuidados en su totalidad. La violencia obstétrica niega a las mujeres el derecho a participar activamente en las decisiones relacionadas con su salud y la de sus bebés, limitando su capacidad de tomar decisiones informadas y autónomas.

“No sé, ¿Con qué podría relacionarlo? Pues yo digo que eso, comoo, no sé, no doy, yo digo que es eso, que un médico lo trate mal a uno, comooo, digamos, pongamos el ejemplo de la jefe. La jefe que se encarga de las embarazadas es una persona que no, que no debería estar ahí”. -G5

Es preocupante que la falta de conciencia y conocimiento sobre este tipo de violencia limite la capacidad de las mujeres para reconocer y denunciar situaciones de violencia obstétrica. La educación y la difusión de información son fundamentales para empoderar a las mujeres y brindarles las herramientas necesarias para identificar y hacer frente a este tipo de violencia. Es fundamental que se promueva una mayor sensibilización y se garantice el acceso a información precisa y clara sobre los derechos reproductivos de las mujeres, de manera que puedan protegerse y exigir un trato respetuoso y digno durante el embarazo, parto y postparto. Se ha evidenciado que de acuerdo a diversos autores, la violencia física está estrechamente relacionada con la VO. (56) Estas acciones abusivas son perpetradas por el personal sanitario durante la realización de procedimientos que implican causar lesiones y dolor en el cuerpo de las mujeres, como exámenes realizados de manera inadecuada o con una técnica deficiente. Así lo describe la gestante 1:

“Pues para mí como es la violencia, es como el no saber tratar a la mujer al momento de tomar un examen, o al momento de practicar un parto, y de hecho a mí me pasó la primera vez en la Carmen Emilia de Canaima, tras de que era mi primera... ¿Cómo es que se llama la, la?, ¡Ay, se me olvidó! (...) La citología, aaaaaños que nunca me la llegué a tomar pues nunca tuve vida sexual activa, y cuando empecé pues fui, me la, me la hice tomar de hecho, hasta me la enviaron, ya ni.. ¡Ah, pues para, para la extracción de la pila! Pues fue que la, la enviaron. (...) Ujum [asiente] y resulta que, tras de que era la primera vez, como dijo mi amá: “Oiga, pero es que esa señora... y eso que era médica, no era practicante, era médica”, y eso ella bregó, bregó, eso llegó y puso ese aparato (espéculoscopio) y que no podía quitar el pedacito, no podía tomar la muestra, y no hacía sino pellizcarme y pellizcarme, y pues me maltrató de cierta manera, entonces pues para mí eso es una violencia sí... porque ella no, no manejó digamos como su ética, se estresó... y empiezan a maltratar al paciente tonces yo le cogí fue fastidio a esa citología y tras de que era la primera”. -G1.

De igual manera, la gestante manifiesta haber presenciado una discusión donde percibió que existió la violencia física:

“Maltrato... Pue cuando estábamos en el Eduardo Santos, pues yo iba con mi mamá a controle a las ocho y pues había una mamita que estaba ahí peliando con una enfermera, que porque supuestamente le estaba cogiendo mucho la barriga y se la estaba apretando.”

-G1.

Al preguntar sobre violencia física, las mujeres relacionan la violencia intrafamiliar con la VO debido a que ambas formas de violencia comparten ciertos elementos y se manifiestan en contextos similares. Aunque desconozcan específicamente qué es la violencia obstétrica, pueden percibir y asociar situaciones de maltrato y violencia en su entorno familiar con las experiencias negativas que han tenido durante el embarazo.

Es importante tener en cuenta que la violencia intrafamiliar y la VO son manifestaciones distintas de violencia, pero pueden estar interconectadas debido a factores como el ejercicio del poder y control sobre el cuerpo de la mujer, así como la vulneración de sus derechos y la falta de respeto hacia su autonomía. Sumado a esto, la gestante menciona que la agresión física puede ser vista como un mecanismo de defensa. Esto puede ser interpretado como una percepción errónea o una forma de justificar la agresión, ya que la violencia nunca debería ser considerada una forma legítima de protección propia.

“Física que uno atue agresivo, que uno responda agresivo”. -G6.

Además, se comenta la posibilidad de que la violencia física se manifieste en forma de interrupción del embarazo, como un acto intencional de generar alguna afectación al bebé. Estas ideas resaltan la gravedad de la violencia física en el contexto obstétrico y sus consecuencias potenciales tanto para la madre como para el feto.

“Cuando hay de pronto maltrato en la casa, ¿No?, también, ¿No je puede?”, “Pues diría como en los casos que de prontooo, [eh], han existido que de pronto como al tomarse algo para, para, no, para hacerle daño al bebe, diría yo como o sea como una interrupción, como hacerle daño al bebé”. -G3.

A pesar de que las gestantes mayoritariamente relacionaron la violencia física con el maltrato, se observó que la violencia psicológica era un fenómeno desconocido para varias de ellas. No obstante, algunas lograron establecer una conexión entre este tipo de violencia y pensamientos y acciones negativas perpetradas tanto por terceros como por ellas mismas, lo cual tenía un impacto perjudicial en su bienestar y en el de su bebé.

“Puesss [ehh] de pronto uno meterse algo en la cabeza de que de pronto no quiere tener al bebé”. - G3.

“[Murmura: Psicológica], “Comooo [Silencio] ¿Psicológica no es que cuándo la mujer se le mete en la cabeza?, ¡Ay, es que no quiero tenerlo!”. -G7.

Finalmente, una de las entrevistadas logró identificar y reconocer este tipo de violencia como aquella que es producida por el personal sanitario, y que provoca lesiones psicológicas o las agrava.

“Cuando le hablan al paciente sin sentimientos, sin emociones, un ejemplo: Que un ginecólogo le diga a una mujer “No, pero es que usted no se asea” eso es una violencia psicológica, porque no sabe si la mujer puede estar teniendo un problema de incontinencia,

no sabe si ella puede estar teniendo algún trastorno que le, o sea una depresión, que no le den ganas ¿sí? (...) Si la persona le dice o el ginecólogo le dice, esto como recomendaciones, no decirle así derecho como “usted no se limpia, usted no se baña, usted no se asea”, sino decirle como de una forma más amable “tenga en cuenta que la limpieza personal es así, así, así” si... ya el paciente lo va a tomar con más calma y hasta lo acoja, digámoslo así, entonces pues ya ahí hay violencia psicológica cuando no saben decir las cosas. -G1.

Dando continuidad a lo anterior se evidencia que la violencia verbal se relaciona con un tipo de agresión que se realiza a través del lenguaje. Comúnmente este comportamiento busca humillar, insultar o denigrar a otra persona mediante palabras, tono de voz elevado o gestos inapropiados. La violencia verbal puede ser nociva para la autoestima y salud emocional de la gestante que la sufre, donde muchas de las participantes lo viven de manera pasiva, teniendo presente su significado y los problemas que generan sobre su salud mental, como se evidencia en los siguientes fragmentos:

“Es una manifestación verbal que afecta la parte psicológica. Imagínese usted, voy a poner un ejemplo, una mujer embarazada, deprimida, aburrida y a veces de la misma depresión pasa una semana sin bañarse, fueron y le revisaron, si, hmm le hicieron un frotis vaginal y que le digan que es cochina, que le digan, o sea, tras de que está deprimida esa expresión verbal la va a acabar es pero de matar, sí... pero si le dicen amablemente “tenga en cuenta un bañito, o tal cosa” pues de pronto hasta ánimos le de sí.. entonces sí van asociados.” - G1.

“Insultos, insultándola gritándola.”-G2

“Porque yo digo digamos, ustedes están estudiando para ser enfermeras, su trabajo se encarga de mujeres gestante, algunas son primerizas, algunas están muy, muy jóvenes y no entienden muchas cosas, y usted llegar y decirle “Buenos días” de verdad, de la mejor forma, y que ella le conteste como a las patadas ... porque ya me pasó”, - G5.

“Pues ya sería.. verbal.. [Silencio] que me dijeran las cosas como de mala gana y todo eso, que no mee.., como le explico, si, que me dijera las cosas así en tono feo.” - G4.

“Ay, a mi lo único que me aburre son los doctores cuando eso siempre me me viven machacando ahí porque no me mande a operar, qué por qué más hijos, aaaj entonces ya me aburren, entonces o sea es como algo ya aburridor hmmm que le digan el mismo disco, pue uno es el que sabe la situación y si”, “Si, si ese doctor [Ginecólogo] hizo un chou ayer que fui [por Urgencias], dijo ¡Aaay, voy a llorar!, se me salen las lágrimas, usted por qué me hace esto [Haciendo alusión a las cuarta cesárea] ” - G6.

Así mismo, una de las gestantes relaciona este tipo de violencia como un rechazo de la madre hacia el feto por medio de palabras, insultos o pensamientos negativos:

“O sea uno rechazando al bebé, si uno dice, si uno habla “Quiero que nazca ya”, ya me tiene aburrida, ya tengo muchos problemas, sí, o sea, verbal. A raíz de todo lo que uno recibe, sí, en el medio, la familia, el entorno, si”- G6.

Bruyn(57) destaca que la negación de tratamiento sin ofrecer referencia a otros servicios para recibir atención pertinente, así como la intencional provisión de información insuficiente e incompleta, y las largas esperas para ser atendida en las instalaciones de salud, pueden ser causantes de aflicciones psicológicas y daños físicos.

La precarización de los servicios de atención de salud, la escasez de insumos, recursos humanos y recursos económicos son factores que obstaculizan el acceso de las pacientes a una atención oportuna, con los recursos diagnósticos y terapéuticos necesarios para su patología. Esto genera una constante insatisfacción debido a la deficiencia en los procesos administrativos para resolver trámites y satisfacer sus necesidades.

Las gestantes han expresado su insatisfacción con los procesos de atención, ya que durante su embarazo han enfrentado diversos problemas, como demoras en el proceso de facturación y largas filas de espera para obtener citas con especialistas. Estas situaciones han generado sentimientos de preocupación y frustración entre las participantes.

“Sí, sí fui allá y él me mandó de una vez con el internista, el internista ya me mandó con, con el endocrinólogo y nada, que no, en eso empezó que diciembre, bueno diciembre, eh que no había agendamiento con ese doctor que yo no sé que, después que no, que había

que la, las ordenes había que autorizarlas yo fui y las autorice y que no, que todavía no había agenda con el doctor, entonces que toca hacer... Esperar”. -G3

“Y la psicóloga pues llamó a la jefe a María, a la doctora, y entonces [inaudible] dijo María, “no pues, ahí toca es el parto humanizado” por el certificado que les dan tonces que ah, el caso, en caso de que fuera por cesárea la Carmen Emilia no iba a atender una cesárea sí o sí toca es por el hospital [responde la gestante y la entrevistadora al mismo tiempo] ya el certificado para el hospital no vale, tonces ahí empecé a sentir como las preocupacione, digámoslo así”. -G1*

“No, no había, si, no porque yo llamaba y no me agarraba y no me agarraba y no me agarraba y todos los días llamaba y llamaba, le dije a una concuñada que estuvo por allá por Eduardo Santo y ella estaba llamando y le dije que me hiciera el favor de, y ahí fue donde [La familiar se acercó a la institución y consiguió la cita](...) Pero me han atendido rápido, me han hecho todo rápido, por la broma que tengo 19 semanas”. - G7.

Usualmente se encontraron investigaciones reportando VO durante los procesos de parto y puerperio sin embargo, Basurto M y Alcivar M. reconocen que este tipo de violencia también puede manifestarse durante el embarazo, esto permite resaltar algunos hallazgos como que las mujeres que han experimentado VO describen sentimientos de vulnerabilidad, impotencia y desesperación. También, se han descrito sentimientos de deshumanización y falta de respeto por parte del personal médico durante el parto.

De acuerdo con estudios como el de Gonzalez Zabaleta, revelan que existen actitudes paternalistas y autoritarias por parte del personal sanitario hacia las mujeres durante el proceso del embarazo, parto y puerperio. (17) Este tipo de actitudes contribuyen a la aparición de diferentes tipos y manifestaciones de VO, sumado a la discriminación social y económica que afecta a nivel integral la calidad en la atención de las gestantes y parturientas. Cabe resaltar que, se han señalado manifestaciones como la falta de empatía y compasión mayoritariamente hacia las mujeres durante los procesos de atención del parto.

Se ha reconocido que las mujeres pueden enfrentar barreras para informar sobre la violencia obstétrica; como lo indica en el estudio de Vallana- Sala VV. donde se incluye el miedo a represalias sobre la gestante o la falta de confianza en el sistema de atención médico, junto a la percepción de que su experiencia no será tomada en cuenta.(58)

El impacto en la salud mental son consecuencias de mayor amplitud que se han evidenciado por medio de diversos análisis como el de Pacheco M.(18) llegando a encontrar que la violencia obstétrica puede tener un impacto negativo en la salud mental de las mujeres, incluyendo ansiedad, depresión y trastorno de estrés postraumático.

Se evidencia que las barreras para informar sobre la violencia obstétrica son algunos de los principales factores que contribuyen a este problema. Además, se ha destacado en diversos estudios el impacto negativo en la salud mental de las mujeres que han experimentado VO, se reafirma entonces que este tipo de violencia es un problema real y grave. (59)

Además, algunas prácticas médicas que pueden considerarse como violencia obstétrica se han normalizado tanto que las mujeres y los profesionales de la salud no reconocen que son formas de abuso. Por ejemplo, comentarios innecesarios haciendo énfasis sobre la cantidad de hijos que han decidido tener las gestantes o innumerables barreras para recibir una atención en salud pueden ser consideradas como prácticas comunes, pero en realidad son formas de VO.

Sin embargo, se evidencio que durante el proceso de revisión bibliográfica descrita con antelación, se centra en su mayoría en la VO durante el proceso de parto y posparto. Por lo tanto, nuestra investigación se dirigió hacia el proceso de gestación, reconociendo que existen tipos y manifestaciones latentes durante los procesos de atención sexual y reproductiva en instituciones de salud de la ciudad de Neiva.

La teoría de los cuidados de Kristen M. Swanson se centra en el proceso de cuidado en enfermería y en cómo los profesionales de enfermería pueden proporcionar apoyo emocional a los pacientes. La teoría sostiene que el cuidado es un proceso interpersonal que se desarrolla a lo largo del tiempo y que está influenciado por una serie de factores, incluyendo la relación entre el enfermero y el paciente, la comunicación y la comprensión del paciente, así como la propia experiencia del paciente.

Teniendo en cuenta el contexto en el que se desarrolla la VO, la teoría de los cuidados de Swanson puede ser útil para realizar un abordaje integral. Los profesionales de enfermería pueden utilizar la teoría para comprender mejor la experiencia de la paciente y proporcionar un cuidado centrado en la paciente, que respete sus necesidades y preferencias. Además, la teoría de Swanson destaca la

importancia de la comunicación y la comprensión del paciente, lo que a su vez puede disminuir la sensación de vulnerabilidad y desprotección que a menudo experimentan las mujeres que sufren violencia obstétrica.

En resumen, la teoría de los cuidados de Kristen Swanson se presenta como una herramienta valiosa para abordar la violencia obstétrica, al enfocarse en el cuidado centrado en la paciente y una comunicación efectiva. Esta aproximación puede contribuir a mejorar la experiencia de las mujeres durante el proceso de atención médica durante el embarazo.

8. Conclusiones

La percepción de la violencia obstétrica en mujeres gestantes de primer y segundo trimestre puede variar en función de sus experiencias, vivencias y conocimientos. A partir de los hallazgos obtenidos en la investigación, se pueden obtener las siguientes conclusiones:

Aunque las mujeres gestantes en la institución de salud de la ciudad de Neiva reconocen y perciben la violencia obstétrica como una forma de maltrato, existe una falta de conocimiento sobre la naturaleza y las manifestaciones específicas de esta forma de violencia. Esto se evidencia en la falta de reconocimiento de las agresiones a las que fueron sometidas, tales como la mala comunicación y la violencia institucional.

Por otro lado, se identificó que las mujeres gestantes entrevistadas presentaron una edad promedio de 25,2 años, por lo que se categorizaron como adultas jóvenes, con un promedio de 3 gestaciones

y pertenecientes a un bajo estrato socioeconómico. Se observó que la mayoría de las participantes habían completado su educación secundaria. Sin embargo, a pesar de tener un nivel educativo promedio, no reconocieron las agresiones a las que fueron sometidas durante el proceso de atención médica como formas de violencia obstétrica. Además, se destaca la presencia de una gestante migrante venezolana y otra con discapacidad sensorial visual categorizada como ceguera total. Estos resultados resaltan la importancia de considerar la diversidad y las necesidades específicas de cada mujer gestante en el diseño de políticas y programas de atención en salud materna.

Finalmente, se logró obtener una comprensión más profunda de la percepción sobre la aparición, tipos y formas de violencia obstétrica (VO). Durante los procesos de atención sexual y reproductiva, se evidenció la presencia de VO según los testimonios de las participantes. Además, al considerar la literatura científica existente, se establecieron las categorías de violencia física, psicológica y verbal. Sin embargo, a partir de la percepción y experiencia de las mujeres gestantes, se identificó la necesidad de incluir la categoría de violencia institucional.

De acuerdo a las manifestaciones de estos tipos de violencia, surgieron subcategorías que revelaron el desconocimiento sobre la violencia obstétrica. Esta falta de conocimiento fue atribuida a la asociación errónea con procesos de violencia intrafamiliar, violencia dirigida hacia el feto asociada a los procesos de aborto, entre otros.

Estos resultados visibilizan la importancia de promover una mayor conciencia y educación sobre la violencia obstétrica, ya que muchas mujeres gestantes no la reconocen como una forma específica de violencia. Es fundamental brindar información clara y precisa sobre los diferentes

tipos y manifestaciones de la VO, así como establecer mecanismos efectivos para su prevención y abordaje adecuado en el ámbito de la atención sexual y reproductiva.

Recomendaciones

La VO es un problema complejo y multifacético que puede ser difícil de abordar debido a la falta de conciencia y comprensión sobre el tema. Dentro del proceso de “Conocer” propuesto por Kristen Swanson, se destaca la relevancia de abordar la problemática de la VO desde una perspectiva basada en el respeto y la comprensión sin prejuicios hacia las mujeres embarazadas así como se desarrolló en el estudio.

Es crucial que se realice un abordaje a esta problemática para garantizar que las mujeres reciban atención médica respetuosa y de alta calidad, así como servicios de salud reproductiva integrales que les permitan tomar decisiones informadas y autónomas sobre su salud y vida reproductiva. Se recomienda implementar campañas y jornadas de sensibilización en el entorno asistencial para fortalecer las competencias de los profesionales y educar a las gestantes sobre la VO , ya sea a través de cursos de preparación para la maternidad y paternidad segura o en otros espacios adecuados.

De igual manera, es necesario crear espacios y rutas para la denuncia de casos de VO así como la implementación de planes de mejora en los servicios de atención con especial énfasis en la atención de la salud sexual y reproductiva para que las mujeres logren tener una atención respetuosa y libre de violencia.

Conflicto de intereses

Las investigadoras manifiestan no presentar ningún conflicto de interés. Este estudio fue financiado con recursos propios.

9. Referencias bibliográficas

1. Davis-Floyd R. Del médico al sanador [Internet]. Buenos Aires : Grupo Creativa ; 2004. 65–91 p. Available from: https://www.hospitalitaliano.org.ar/multimedia/archivos/noticias_archivos/16/Ateneos/16_capitulo2.pdf
2. Martínez Pupiales, AL. Violencia Obstétrica Y Cuidado De Enfermería Durante El Proceso De Parto En Pacientes Atendidas En El Hospital San Luis De Otavalo. [Internet]. Repositorio Digital Universidad Técnica del Norte. Universidad Técnica del Norte; 2021. Available from: <http://repositorio.utn.edu.ec/handle/123456789/11759>
3. Benlloch-Doménech C, Barbé-Villarubia MJ, Ribera JC. Reflexiones al final de un inicio: estudio de asociación entre variables sociodemográficas y tipo d. Musas [Internet]. 2019;4(1):98–119. Available from: <https://www.scielo.br/j/sess/a/jXWfHQCDHrHMGpSqNB93ZPD/?format=pdf&lang=es>
4. Congreso de la República de Colombia. Ley 1257 de 2008 [Internet]. Diario Oficial N° 47193 de diciembre de 2008 p. 1–5. Available from: https://www.oas.org/dil/esp/ley_1257_de_2008_colombia.pdf
5. Cristancho Tarache, J, Soto MC, Enriquez Rosero, T. Proyecto de Ley 060 de 2020. Congreso de la República de Colombia 2020;151–6. Disponible en: <http://leyes.senado.gov.co/proyectos/images/documentos/Textos%20Radicados/proyectos%20de%20ley/2020%20-%202021/PL%20191-20%20Parto%20Humanizado.pdf>
6. Congreso de la República de Colombia. Ley de parto digno, respetado y humanizado. Ley 2244 del 11 de julio de 2022. 2022; 1-9 Disponible en: <https://dapre.presidencia.gov.co/normativa/normativa/LEY%202244%20DE%2011%20DE%20JULIO%20DE%202022.pdf>
7. Asamblea General Naciones Unidas. Enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva, con especial hincapié

- en la atención del parto y la violencia obstétrica [Internet]. 2019 Jul. Available from: https://saludmentalperinatal.es/wp-content/uploads/2019/09/A_74_137-ES.pdf
8. Basurto Mendoza GP, Alcivar Medranda E. Violencia obstétrica en la etapa de embarazo, parto y puerperio, en el hospital regional Dr. Verdi Cevallos Balda, período 2019 – 2020. SL [Internet]. 5 de julio de 2020;4(2):445-58. Disponible en: <https://revistas.uncp.edu.pe/index.php/socialium/article/view/607>
 9. Jojoa-Tobar E, Cuchumbe-Sánchez YD, Ledesma-Rengifo JB, Muñoz-Mosquera MC, Paja Campo AM, Suarez-Bravo JP. Violencia obstétrica: haciendo visible lo invisible. Rev. Univ. Ind. Santander. Salud [Internet]. 2019 June;51(2): 135-146. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-08072019000200135&lng=en. <https://doi.org/10.18273/revsal.v51n2-2019006>.
 10. Mejía Merino CM, Zapata LF, Molina Berrio DP, Arango Urrea JD. Dehumanization during Delivery: Meanings and Experiences of Women Cared for in the Medellín Public Network. Invest. Educ. Enferm. [Internet]. 2018Apr.11;36(1). Available from: <https://revistas.udea.edu.co/index.php/iee/article/view/331943>
 11. Huarino Suca, SL. Violencia Obstétrica En Puérperas Del Hospital Hipólito Unanue De Tacna, 2019 [Internet]. Repositorio Institucional Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann. Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann; 2019. Available from: <http://repositorio.unjbg.edu.pe/handle/UNJBG/4185>
 12. Pereira C, Domínguez A, Toro J. Violencia obstétrica desde la perspectiva de la paciente. Rev Obstet Ginecol Venez [Internet]. 2015 Jun [citado 2022 Ago 26]; 75(2): 081-090. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322015000200002&lng=es.
 13. Lemus Díaz LF, Cabrera Ramírez KMM. “Percepción de mujeres acerca de la violencia obstétrica.” [Internet]. Repositorio del Sistema Bibliotecario Universidad San Carlos de Guatemala. Universidad San Carlos de Guatemala; 2017. Available from: <http://www.repositorio.usac.edu.gt/id/eprint/8184>

14. Castillo Ortiz, LW. Violencia Obstétrica desde la percepción de las adolescentes que asisten al hospital delfina torres de concha. [Internet]. Repositorio Digital PUCESE. Pontificia Universidad Católica del Ecuador Esmeraldas; 2017. Available from: <https://repositorio.pucese.edu.ec/handle/123456789/1293>
15. Sánchez-Chávez NP, Galván-Espinoza H, Reyes-Hernández U, Reyes-Gómez U, Reyes-Hernández KL. Factores Asociados al Maltrato Durante el Embarazo. Bol Clin Hosp Infant del Estado Son 2013;30(1):8–15 Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/bolclinhosinfson/bis-2013/bis131c.pdf>
16. Olza Fernández I. Estrés postraumático secundario en profesionales de la atención al parto. Aproximación al concepto de violencia obstétrica. Cuad Med psicosomática y Psiquiatr. [Internet]. 2014;(111):79–83. Available from: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4906961&info=resumen&idioma=SPA>
17. Gonzalez Zabaleta, J, Suarez Caro, G Violencia obstétrica por parte del personal de salud revisión sistemática 2000 - 2016. [Internet]. 2017 [citado: 2022, abril] Universidad Nacional de Colombia Sede Bogotá Facultad de Medicina Instituto de Salud Pública. Disponible en: [https://repositorio.unal.edu.co/bitstream/handle/unal/76147/Violencia obstetrica por parte del personal de salud Revision sistematica 2000 - 2016.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.unal.edu.co/bitstream/handle/unal/76147/Violencia%20obstetrica%20por%20parte%20del%20personal%20de%20salud%20Revisi%C3%B3n%20sistem%C3%A1tica%202000%20-%202016.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
18. Pacheco MJ. Impacto Psicológico De La Violencia Obstétrica. Una Revisión Bibliográfica [Internet]. Área de Biblioteca, Archivo y Publicaciones Universidad de Cádiz. Universidad de Cádiz; 2021. Available from: <https://rodin.uca.es/handle/10498/25116>
19. Lafaurie Villamila MM, Rubio León DC, Perdomo Rubio A, Cañon Crespo AF. La violencia obstétrica en la literatura de las ciencias sociales en América Latina. Rev. Ger. Pol. Sal [Internet]. 9 de abril de 2019;18(36):1-25. Disponible en: <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/25691>

20. Castrillo B. Dime quién lo define y te diré si es violento. Reflexiones sobre la violencia obstétrica. Sex Salud y Soc Rev Latinoam [Internet]. 2016;24:43–68. Available from: <https://www.scielo.br/j/sess/a/jXWfHQCDHrHMGpSqNB93ZPD/?format=pdf&lang=es>
21. Ministro de Salud y Protección Social. Propuesta de Política Nacional De Humanización De La Salud. Colombia 2020; p 111-111 Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/documento-propuesta-pnhs-politica-valor-humano.pdf>
22. Beristain-García Isabel, Álvarez-Aguirre Alicia, Huerta-Baltazar Mayra Itzel, Casique-Casique Leticia. Teoría de los cuidados de Kristen Swanson: revisión de literatura. Sanus [revista en la Internet]. 2022 Dic [citado 2023 Mayo 25] ; 7: e212. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2448-60942022000100102&lng=es. Epub 08-Abr-2022. <https://doi.org/10.36789/revsanus.vi1.212>.
23. Díaz García LI, Fernández M. Y. Situación legislativa de la Violencia obstétrica en América latina: el caso de Venezuela, Argentina, México y Chile. Rev derecho [Internet]. 2018;51:123–43. Available from: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-68512018005000301&lng=en&nrm=iso&tlng=en
24. Organización Mundial de la Salud. Violencia contra la mujer [Internet]. Who.int. 2021. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>
25. Klevens J. Violencia física contra la mujer en Santa Fe de Bogotá: prevalencia y factores asociados. Rev Panam Salud Pública/Pan Am J Public Health 2001;9(2):78–83. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2001.v9n2/78-83>
26. Perela Larrosa, M. Violencia de género: Violencia psicológica. Foro Rev Ciencias Jurídicas y Soc [Internet]. 2010;11–12:353–76. Available from: <https://revistas.ucm.es/index.php/FORO/article/view/37248/36050>

27. Eber Cabanillas, Violencia verbal y satisfacción familiar en parejas con convenientes de la urbanización libertad del distrito de Trujillo, 2016. Febrero del 2017. Disponible en: <https://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12802/4360/Cabanillas%20Julca.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
28. Morales Alvarado, S, Guibovich Mesinas, A, Yábar Peña, M. Psicoprofilaxis Obstétrica: actualización, definiciones y conceptos. Horiz. Med. [Internet]. 2014 Oct ; 14(4): 53-57. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-558X2014000400010&lng=es
29. Jiménez Paneque R-E. Indicadores de calidad y eficiencia de los servicios hospitalarios. Una mirada actual. Revista Cubana de Salud Pública [Internet]. 2004;30(1):17-36. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21430104>
30. Debra Bakerjian , PhD, APRN, University of California Davis. Personal sanitario: profesionales de la salud. (s/f). Manual MSD versión para público general. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es-co/hogar/salud-de-las-personas-de-edad-avanzada/prestaci%C3%B3n-de-atenci%C3%B3n-sanitaria-a-las-personas-de-edad-avanzada/personal-sanitario-profesionales-de-la-salud>
31. Carlosama, DM; Villota, NG; Benavides, VK; Villalobos, FH, Hernández, EL; Matabanchoy, SM. Humanización de los servicios de salud en Iberoamérica: una revisión sistemática de la literatura. pers.bioét. [Internet]. 2019 Dec; 23(2): 245-262. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-31222019000200245&lng=en. <https://doi.org/10.5294/pebi.2019.23.2.6>
32. Andina, E, Trabajo de parto y parto normal. Guías de prácticas y procedimientos. Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá [Internet]. 2002;21(2):63-74. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=91221202>
33. Jirón Montiel, CA, Gonzalez Gonzalez, R. Intervenciones de Enfermería durante la atención a Púerperas Fisiológicas mediatas según normas y protocolos en el Policlínico

- Trinidad Guevara. Matagalpa II Semestre 2016. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua; 2017, Disponible en:<http://repositorio.unan.edu.ni/id/eprint/4514>
34. Pérez Romero S, Gascón Cánovas JJ, Salmerón Martínez D, Parra Hidalgo P, Monteagudo Piqueras O. Características sociodemográficas y variabilidad geográfica relacionada con la satisfacción del paciente en Atención Primaria. *Revista de calidad asistencial*, ISSN 1134-282X, Vol 31, N° 5, 2016, págs 300-308 [Internet]. 2016 [cited 2022 March26];31(5):300–8. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5645105&info=resumen&idioma=ENG>
35. Angulo Orozco, C La “Fenomenología de la percepción” de Merleau-Ponty como sustento del enfoque enactivo de la cognición. [Internet]. 2017. Universidad Nacional de Colombia Sede Bogotá Facultad de Ciencias Humanas Departamento de Filosofía Filosofía. Disponible en: <https://repositorio.unal.edu.co/bitstream/handle/unal/59249/CarolinaA.Orozco.2016.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
36. Real Academia Española. Describir. 2014. Available from: <https://dle.rae.es/describir>
37. Organización Mundial de la Salud. Programa de Acción. In El Cairo; 1994 p. 1–330. Available from: https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/ICPD_programme_of_action_es.pdf
38. Asamblea Nacional Constituyente de Colombia. Constitución Política de Colombia [Internet]. Corte Constitucional Colombia; 1991 p. 125. Available from: <https://www.corteconstitucional.gov.co/inicio/Constitucion%20politica%20de%20Colombia%20-%202015.pdf>
39. Presidencia de la República de Colombia. Ley Estatutaria 1751 2015 [Internet]. Ministerio de Salud y Protección Social. editor. Congreso de la República Bogotá, D.C, Colombia; 2015 p. 13. Available from: <https://bit.ly/3tehL3e>

40. Ministerio de Salud y Protección Social. Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos [Internet]. Ministerio de Salud y Protección Social 2014 p. 1–150. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/LIBRO%20POLITICA%20SEXUAL%20SEPT%202010.pdf>
41. Susan K. Grove, Jennifer R. Gray NB. Understanding Nursing Research: Building an Evidence-Based Practice. Vol. 6, Elsevier. 2014. 547 p.
42. Martínez-Salgado, Carolina. El muestreo en investigación cualitativa: principios básicos y algunas controversias. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2012, v. 17, n. 3 [Accedido 28 Octubre 2022] , pp. 613-619. Disponible en: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000300006>>. Epub 23 Mar 2012. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000300006>.
43. Hernández Sampieri, Roberto., Carlos Fernández Collado, y Pilar Baptista Lucio. Metodología De La Investigación. 6a. ed. --. México D.F.: McGraw-Hill, 2014.
44. Vargas-Jiménez I. La Entrevista En La Investigación Cualitativa: Nuevas Tendencias Y Retos. *The Interview In The Qualitative Research: Trends And Challengers*. Caes [Internet]. 4 de mayo de 2012;3(1):119-3. Disponible en: <https://revistas.uned.ac.cr/index.php/revistacalidad/article/view/436>
45. Rodríguez Sabiote C, Lorenzo Quiles O, Herrera Torres L. Teoría y práctica del análisis de datos cualitativos. Proceso general y criterios de calidad. *Revista Internacional de Ciencias Sociales y Humanidades, SOCIOTAM* [Internet]. 2005;XV(2):133-154. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=65415209>
46. Castillo E, Vásquez M. L. El rigor metodológico en la investigación cualitativa. *Colombia Médica* [Internet]. 2003;34(3):164-167. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28334309>

47. Martínez A. La violencia: Conceptualización y elementos para su estudio. *Rev. Política y Cultura* [Internet]. 2016;(46):7:31. Available from: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-77422016000200007&lng=es&tlng=es.
48. Arguedas Ramírez G. La violencia obstétrica: propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense. *Cuadernos Inter.c.a.mbio* [Internet]. 11 de abril de 2014 [citado 16 de mayo de 2023];11(1):145-69. Disponible en: <https://www.revistas.ucr.ac.cr/index.php/intercambio/article/view/14238>
49. Castro R, Erviti J. 25 años de investigación sobre violencia obstétrica en México. *Revista CONAMED* [Internet]. 2014;19(1):37–42. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4730781>
50. Pérez-Rodríguez MR, López-Navarrete GE, León-López A. Violencia contra la mujer embarazada: un reto para detectar y prevenir daño en el recién nacido. *Acta Pediatr Mex.* 2008;29(5):267-272.
51. Romero C, Nicole D. Análisis sobre la desinformación de la situación actual: ABORTO [Internet]. Universidad Politécnica Salesiana; 2020. Available from: <https://dspace.ups.edu.ec/bitstream/123456789/19433/1/UPS-GT003013.pdf>
52. Ramírez A, Violencia masculina en el hogar. *El Cotidiano* [Internet]. 2002;18(113):28-36. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=32511304>
53. Aunión AM. La Esterilización Forzada Como Violación De La Declaración Americana. La Necesidad De Revitalización a 70 Años De Su Adopción. Forced Sterilization As an Infringement of the American Declaration. the Need To Update Its Interpretation in the Eve of the 70Th Anniversary. *Edición Espec* [Internet]. 2019;13:1–21. Available from: <http://www.urjc.es/ceib/>
54. Reynolds, et al. “Nursing, Empathy and Perception of the Moral.” *Journal of Advanced Nursing*, vol. 32, no. 1, July 2000, pp. 235–242, <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2000.01440.x>.

55. Martínez-Paredes, Jhon Freddy, and Nathalia Jácome-Pérez. “Depresión En El Embarazo.” *Revista Colombiana de Psiquiatría*, vol. 48, no. 1, Jan. 2019, pp. 58–65, <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2017.07.003>.
56. Ospina Vanegas DP, Cristancho Gómez SM, Lafaurie Villamil MM, Rubio León DC. Humanización de los servicios reproductivos desde las experiencias de las mujeres: aportes para la reflexión. *Revista Cuidarte*. 2020 May 1;11.
57. De Bruyn, Maria. La violencia, el embarazo y el aborto Cuestiones de derechos de la mujer y de salud pública [Internet]. Segunda ed. Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas; 2003. 86 p. Available from: <https://salutsexual.sidastudi.org/resources/inmagic-img/DD43493.pdf>
58. Vallana Sala VV. Parirás con dolor, lo embarazoso de la práctica obs-tétrica : discursos y prácticas que naturalizan la violencia obstétrica en Bogotá. repositoryjaverianaeduco [Internet]. 2016 [cited 2023 May 24]; Available from: <https://repository.javeriana.edu.co/handle/10554/19135>
59. Flores-Ramos M. La salud mental en la mujer embarazada. *Perinatología y reproducción humana* [Internet]. 2013 Jan 1;27(3):143–4. Available from: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-5337201300030001

Cuestionario de características sociodemográficas, socioeconómicas, familiares y de la gestación.

Características sociodemográficas										
1. ¿Cuál es su estrato socioeconómico?	<table border="1"> <tr><td>1</td></tr> <tr><td>2</td></tr> <tr><td>3</td></tr> <tr><td>4</td></tr> <tr><td>5</td></tr> <tr><td>6</td></tr> </table>	1	2	3	4	5	6			
1										
2										
3										
4										
5										
6										
2. ¿Cuál es su edad?										
3. ¿Cuál es su nivel educativo?	<table border="1"> <tr><td>Sin estudio</td></tr> <tr><td>Primaria incompleta</td></tr> <tr><td>Primaria completa</td></tr> <tr><td>Secundaria incompleta</td></tr> <tr><td>Secundaria completa</td></tr> <tr><td>Técnico</td></tr> <tr><td>Tecnólogo</td></tr> <tr><td>Pregrado</td></tr> <tr><td>Posgrado</td></tr> </table>	Sin estudio	Primaria incompleta	Primaria completa	Secundaria incompleta	Secundaria completa	Técnico	Tecnólogo	Pregrado	Posgrado
Sin estudio										
Primaria incompleta										
Primaria completa										
Secundaria incompleta										
Secundaria completa										
Técnico										
Tecnólogo										
Pregrado										
Posgrado										
4. ¿Cuál es su estado civil?										

	<table border="1"> <tr><td>Soltera</td></tr> <tr><td>Casada</td></tr> <tr><td>Unión libre</td></tr> <tr><td>Divorciada</td></tr> <tr><td>Viuda</td></tr> </table>	Soltera	Casada	Unión libre	Divorciada	Viuda
Soltera						
Casada						
Unión libre						
Divorciada						
Viuda						
5. ¿Cuál es su lugar de procedencia?	<table border="1"> <tr><td>Área rural</td></tr> <tr><td>Casco urbano</td></tr> <tr><td>Centro poblado</td></tr> <tr><td>¿Dónde?</td></tr> </table>	Área rural	Casco urbano	Centro poblado	¿Dónde?	
Área rural						
Casco urbano						
Centro poblado						
¿Dónde?						
6. ¿Cuál es su lugar de residencia?	<table border="1"> <tr><td>Área rural</td></tr> <tr><td>Casco urbano</td></tr> <tr><td>Centro poblado</td></tr> <tr><td>¿Dónde?</td></tr> </table>	Área rural	Casco urbano	Centro poblado	¿Dónde?	
Área rural						
Casco urbano						
Centro poblado						
¿Dónde?						
7. ¿Pertenece a algún grupo étnico?	<table border="1"> <tr><td>Sin pertenencia étnica</td></tr> <tr><td>Indígena</td></tr> <tr><td>Raizal</td></tr> <tr><td>Afrodescendiente</td></tr> </table>	Sin pertenencia étnica	Indígena	Raizal	Afrodescendiente	
Sin pertenencia étnica						
Indígena						
Raizal						
Afrodescendiente						
8. ¿Presenta alguna discapacidad?	<table border="1"> <tr><td>Ninguna</td></tr> <tr><td>Física</td></tr> <tr><td>Movilidad</td></tr> </table>	Ninguna	Física	Movilidad		
Ninguna						
Física						
Movilidad						

	<table border="1"> <tr><td>Psicológica</td></tr> <tr><td>Cognitiva</td></tr> <tr><td>Otro:</td></tr> </table>	Psicológica	Cognitiva	Otro:
Psicológica				
Cognitiva				
Otro:				
9. Seleccione el régimen de salud al que pertenece	<table border="1"> <tr><td>Contributivo</td></tr> <tr><td>Subsidiado</td></tr> <tr><td>Particular</td></tr> </table>	Contributivo	Subsidiado	Particular
Contributivo				
Subsidiado				
Particular				

Características de la gestación											
1. Regla obstétrica. Indique con números la cantidad de gestaciones, partos, abortos, cesáreas e hijos vivos que ha tenido.	<table border="1"> <tr><td>Gestaciones: (Embarazos)</td><td></td></tr> <tr><td>Partos:</td><td></td></tr> <tr><td>Abortos:</td><td></td></tr> <tr><td>Cesáreas:</td><td></td></tr> <tr><td>Vivos:</td><td></td></tr> </table>	Gestaciones: (Embarazos)		Partos:		Abortos:		Cesáreas:		Vivos:	
Gestaciones: (Embarazos)											
Partos:											
Abortos:											
Cesáreas:											
Vivos:											
2. ¿Tiene hijos? -Si la respuesta es sí; ¿Cuáles son las edades de mayor a menor?	<table border="1"> <tr><td>Si</td></tr> <tr><td>No</td></tr> <tr><td>_____</td></tr> <tr><td>_____</td></tr> </table>	Si	No	_____	_____						
Si											
No											

3. ¿Cuál fue su último periodo intergenésico? (Es el periodo de tiempo que pasa entre un embarazo y otro)											

Caracterización familiares									
1. ¿Cuántas personas componen su núcleo familiar? (viven con usted).	<table border="1"> <tr><td>1</td></tr> <tr><td>2</td></tr> <tr><td>3</td></tr> <tr><td>4</td></tr> <tr><td>5</td></tr> <tr><td>6</td></tr> <tr><td>o más</td></tr> <tr><td><input type="text"/></td></tr> </table>	1	2	3	4	5	6	o más	<input type="text"/>
1									
2									
3									
4									
5									
6									
o más									
<input type="text"/>									
2. ¿Es cabeza de familia?	<table border="1"> <tr><td>Si</td></tr> <tr><td>No</td></tr> </table>	Si	No						
Si									
No									

Características socioeconómicas				
1. ¿Cuál es su ocupación?	<table border="1"> <tr><td>Labor doméstica</td></tr> <tr><td>Estudia</td></tr> <tr><td>Trabaja</td></tr> </table>	Labor doméstica	Estudia	Trabaja
Labor doméstica				
Estudia				
Trabaja				
2. ¿Cuáles son sus ingresos mensuales?	<table border="1"> <tr><td>Menor a 500.000</td></tr> <tr><td>500.001 a 1.000.000</td></tr> </table>	Menor a 500.000	500.001 a 1.000.000	
Menor a 500.000				
500.001 a 1.000.000				

	<table border="1"> <tr><td>1.000.001 a 1.500.000</td></tr> <tr><td>1.500.001 a 2.000.000</td></tr> <tr><td>2'000.001 a 2'500.000</td></tr> <tr><td>2'500.001 o más</td></tr> </table>	1.000.001 a 1.500.000	1.500.001 a 2.000.000	2'000.001 a 2'500.000	2'500.001 o más		
1.000.001 a 1.500.000							
1.500.001 a 2.000.000							
2'000.001 a 2'500.000							
2'500.001 o más							
3. ¿Cuántas personas tiene a cargo?	<table border="1"> <tr><td>1</td></tr> <tr><td>2</td></tr> <tr><td>3</td></tr> <tr><td>4</td></tr> <tr><td>5</td></tr> <tr><td>6 o más</td></tr> </table>	1	2	3	4	5	6 o más
1							
2							
3							
4							
5							
6 o más							
5. ¿Cuál es el tipo de vivienda en la que reside?	<table border="1"> <tr><td>Finca</td></tr> <tr><td>Casa lote</td></tr> <tr><td>Casa en conjunto cerrado</td></tr> <tr><td>Casa en barrio</td></tr> <tr><td>Apartamento</td></tr> <tr><td>Habitación</td></tr> </table>	Finca	Casa lote	Casa en conjunto cerrado	Casa en barrio	Apartamento	Habitación
Finca							
Casa lote							
Casa en conjunto cerrado							
Casa en barrio							
Apartamento							
Habitación							

Consentimiento informado

Este consentimiento informado se encuentra ligado al trabajo de grado denominado----- Percepción sobre violencia obstétrica en mujeres gestantes

de primer y segundo trimestre en Neiva; realizado en el marco de la asignatura trabajo de grado III, asesorado por Laura Ximena Pedroza Sánchez elaborado por las estudiantes Daniela Velásquez Ortiz, Diana Sofía Rojas Valderrama y Yery Soreli Morea Muñoz, de la Facultad de Enfermería de la Universidad Antonio Nariño.

El presente documento, tiene como finalidad darle a conocer las etapas en las que se desarrollará el trabajo y proporcionar la información suficiente relacionada con el estudio en el que usted participará, el cual tiene por objetivo: Describir la percepción sobre violencia obstétrica en mujeres gestantes de primer y segundo trimestre, el cual se logrará mediante el desarrollo de entrevistas guiadas por parte de las investigadoras, relacionadas con el tema que se describió en el objetivo, este proceso durará el tiempo necesario para abordar el tema en cuestión. Este estudio sólo requiere que usted tenga disposición y disponibilidad de participar.

Tenga presente que, si usted tiene preguntas u observaciones como participante en esta investigación, podrá realizarlas cuando lo requiera. Para esto se podrá comunicar con la investigadora principal Laura Ximena Pedroza Sánchez a su celular 3172271265.

De acuerdo con lo anterior, YO _____, identificado con (tipo de documento: CC o CE) N° _____ de _____, declaro que estoy dispuesta a participar voluntariamente en el estudio y tengo en cuenta que en cualquier momento puedo

solicitar información adicional, así como suspender mi participación en el mismo, independientemente de la etapa de desarrollo en que se encuentre.

En constancia de lo anterior, informo que he leído los aspectos mencionados y he tenido la oportunidad de preguntar y aclarar cualquier duda sobre mi participación en el estudio, obteniendo una respuesta satisfactoria. Adicionalmente, aclaro que no exigiré ningún tipo de retribución económica o material por contribuir con información a los investigadores ni a la Universidad.

Consiento mi participación:

Nombre de participante _____

Firma del participante _____

Fecha _____

Cronograma

	Fe b.	Ma r.	Ab r.	Ma y.	Ju n.	Ju l.	Ag o.	Se p.	Oc t.	No v.	Di c.	En e.	Fe b.	Ma r.	Ab r.	Ma y.
Actividad/ Mes	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Proyección y diseño del trabajo de grado	x	x	x	x	x	x										
Aval institucional: -Facultad de Enfermería -Institución de salud							x	x								
Captación y selección de participantes										x	x	x	x			
Desarrollo de entrevistas												x	x	x		
Transcripción de entrevistas												x	x	x		
Reflexión y evaluación														x	x	
Conclusiones															x	
Informe final															x	
Sustentación																x

