



**Ciencia Latina**  
Internacional

Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar, Ciudad de México, México.  
ISSN 2707-2207 / ISSN 2707-2215 (en línea), mayo-junio 2024,  
Volumen 8, Número 3.

[https://doi.org/10.37811/cl\\_rcm.v8i3](https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v8i3)

# **UNA MIRADA A LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN LAS MADRES GESTANTES Y NO GESTANTES**

**A LOOK AT OBSTETRIC VIOLENCE IN PREGNANT  
AND NON PREGNANT MOTHERS**

**Annie Samantha Guerrero Aguilar**  
Universidad Técnica de Machala, Ecuador

**Yarelis Johanna Reyes Reyes**  
Universidad Técnica de Machala, Ecuador

**Marlene Johana Chamba Tandazo**  
Universidad Técnica de Machala, Ecuador

DOI: [https://doi.org/10.37811/cl\\_rcm.v8i3.12037](https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v8i3.12037)

## Una Mirada a la Violencia Obstétrica en las Madres Gestantes y No Gestantes

**Annie Samantha Guerrero Aguilar<sup>1</sup>**[guerrero.annie.011@gmail.com](mailto:guerrero.annie.011@gmail.com)<https://orcid.org/0009-0006-6474-6161>Universidad Técnica de Machala  
Ecuador**Yarelis Johanna Reyes Reyes**[reyes\\_reyes30@hotmail.com](mailto:reyes_reyes30@hotmail.com)<https://orcid.org/0009-0006-2475-1871>Universidad Técnica de Machala  
Ecuador**Marlene Johana Chamba Tandazo**[mchamba@utmachala.edu.ec](mailto:mchamba@utmachala.edu.ec)<https://orcid.org/0000-0001-6687-4569>Universidad Técnica de Machala  
Ecuador

### RESUMEN

La violencia obstétrica se ha convertido en un problema de la salud pública, afectando a las mujeres en todo el mundo, caracterizado por la vulnerabilidad durante el proceso de atención del embarazo, parto y posparto cuyas consecuencias afectan la salud mental, sexual y reproductiva. Objetivo: determinar el nivel de conocimiento y las experiencias vividas de las madres gestantes y no gestantes para que en un futuro sepan reconocer sus derechos y evitar que se repitan estos eventos. Metodología: El enfoque de esta investigación es de tipo cuantitativo y descriptivo con diseño transversal, participaron 80 madres gestantes y no gestantes, donde se elaboró un instrumento que fue validado por tres expertos, se obtuvo los permisos y consentimientos correspondientes, la encuesta constó de 11 preguntas, los datos fueron tabulados y luego procesados mediante el programa SPSS versión 26. Resultados: el 87,5% desconocen el significado de violencia obstétrica, el 80% recibieron maltrato durante la atención, 41,3% sufrieron críticas durante el parto, se negó el apego precoz el 47,5%, y 60% desarrolló miedo o temor al personal de salud. Conclusión: para reducir la morbili-mortalidad materna y perinatal, se debe proporcionar servicios de salud que reconozcan y protejan los derechos de las mujeres, que aseguren una atención de calidad y humanista, permitiendo disfrutar de la maternidad.

**Palabras clave:** violencia, gestantes, derechos, salud materna, salud productiva

---

<sup>1</sup> Autor principal

Correspondencia: [guerrero.annie.011@gmail.com](mailto:guerrero.annie.011@gmail.com)

## **A Look at Obstetric Violence in Pregnant and Non Pregnant Mothers**

### **ABSTRACT**

Obstetric violence has become a public health problem, affecting women around the world, characterized by vulnerability during the pregnancy, childbirth and postpartum care process, the consequences of which affect mental, sexual and reproductive health. Objective: determine the level of knowledge and lived experiences of pregnant and non-pregnant mothers so that in the future they know how to recognize their rights and prevent these events from being repeated. Methodology: The approach of this research is quantitative and descriptive with a cross-sectional design, 80 pregnant and non-pregnant mothers participated, where an instrument was developed that was validated by three experts, the corresponding permissions and consents were obtained, the survey consisted of 11 questions, the data were tabulated and then processed using the SPSS version 26 program. Results: 87.5% did not know the meaning of obstetric violence, 80% received abuse during care, 41.3% suffered criticism During childbirth, 47.5% denied early attachment, and 60% developed fear or fear of health personnel. Conclusion: to reduce maternal and perinatal morbidity and mortality, health services must be provided that recognize and protect women's rights, ensuring quality and humanistic care, allowing the enjoyment of motherhood.

**Keywords:** violence, pregnant women, rights, maternal health, productive health

*Artículo recibido 20 mayo 2024*

*Aceptado para publicación: 10 junio 2024*



## INTRODUCCIÓN

En todo el mundo, a diario millones de mujeres son víctimas de diversas formas de violencia, la cual constituye un problema estructural, sistemático e institucional que prevalece aún en la época moderna; es en el ámbito sanitario donde la violencia es invisibilizada y normalizada.

Según la Organización Mundial de Salud define “una experiencia positiva del parto como aquella que cumple o supera las creencias y expectativas personales y socioculturales previas de la mujer. Esto incluye dar a luz a un bebé sano en un ambiente seguro desde el punto de vista clínico y psicológico y contar con apoyo práctico y emocional continuo, es decir, estar acompañada en el momento del nacimiento y ser asistida por personal amable y con competencias técnicas adecuadas” (OMS, 2018).

El embarazo, parto y puerperio comprenden procesos biológicos naturales, que de crear vivencias positivas y agradables permiten a la madre desarrollar un vínculo con su bebé, sin embargo, a razón de los avances de la medicina y de la tecnificación de los procedimientos médicos, se ha llegado a catalogar a este proceso como uno susceptible a complicaciones y problemas de salud, dando lugar a conductas de diversa índole que violentan los derechos de las mujeres (Gherardi, 2016).

Antes de definir la violencia obstétrica, es importante resaltar que este tipo de violencia tiene una estrecha relación con la violencia simbólica, esta última se construye en relaciones desiguales basadas en el dominio, siendo imperceptible a simple vista y normalizadas, manifestándose en aquellas situaciones en el que el personal de salud utiliza su poder y autoridad para mantener acciones y actitudes que vulneran el bienestar y salud de las mujeres (Hernández Vargas, 2021).

Entonces, la violencia obstétrica es definida como un tipo de maltrato que sufren las mujeres durante el embarazo, el parto y el posparto infligido por profesionales de la salud independientemente de si ocurren en un entorno público o privado (Carrera Ramírez et al., 2024). Asimismo, según el documento publicado por las Naciones Unidas “Otras formas de violencia contra las mujeres que reconocer, nombrar y visibilizar” se define como violencia obstétrica aquella que está relacionada con la excesiva intervención y medicación del proceso natural del embarazo y parto, que expresa la idea que las mujeres están sometidas debido a su maternidad, por parte de las instituciones y de quienes forman parte del sistema sanitario (Gherardi, 2016).



A su vez, la violencia obstétrica comprende a un amplio número de acciones y comportamientos abusivos, negligentes y deshumanizadores que son ejercidos por los profesionales de la salud que pueden desencadenar efectos negativos a corto y largo plazo en la salud sexual y reproductiva de las mujeres, en el aspecto físico y mental (Llobera Cifre & Ferrer Pérez, 2019).

En contraste, la violencia física comprende un amplio número de intervenciones y procedimientos invasivos, que incluyen cesáreas no justificadas, sinfisiotomías, esterilización quirúrgica sin consentimiento, episiotomías, maniobra de Kristeller, rasurado del área púbica o perineal previo al parto, realizar sin consentimiento o razón justificada el tacto vaginal, actos de agresión física y se incluyen prácticas como el excesivo uso de oxitocina y una insuficiente o nula medicación para el dolor. Se debe incluir la violencia sexual que puede ocurrir en este contexto como la realización de tocamientos indebidos por parte del profesional de salud.

A diferencia de la anterior, la violencia psicológica implica tratos deshumanizantes, burlas, comentarios discriminatorios, humillantes, y sexistas, negar el apego precoz después del nacimiento del recién nacido sin que puedan disfrutar del vínculo madre-hijo, se incluye la obtención inadecuada o ausencia del consentimiento informado, presionarlas para aceptar procedimientos, obligarla a elegir una posición para el parto, presencia de personal sanitario no autorizado por la madre para atender su parto y ocultar información o informar inadecuadamente (Orozco Távora, 2022).

Los daños que resultan de estas acciones pueden provocar consecuencias físicas como psicológicas y cuyo grado de severidad puede variar y en ciertas ocasiones llegar a ser irreversibles (Laínez Valiente et al., 2023). Estas consecuencias se reflejan en lo expuesto por Wagner, ex director del Departamento de Salud Materno-Infantil de la OMS, argumenta que la episiotomía como innecesaria en más del 20% de los casos; procedimiento que ocasiona dolor, incrementa el sangrado y conduce a disfunciones sexuales a largo plazo, y lo considera como una forma de mutilación genital (Wagner, 2000). Según Laínez Valiente et al., 2023, las cesáreas comparadas con los partos vaginales aumentan el riesgo de morbilidad materna, y en un contexto donde el número de cesáreas que se realizan sigue en aumento, lo que resulta alarmante en contraste con lo expuesto por OMS que recomienda que la tasa ideal de cesáreas debe situarse entre el 10% y el 15% (OMS, 2015).

La exposición a este tipo de violencia durante la atención puede tener repercusiones psicológicas significativas, aumentando considerablemente la probabilidad de desarrollar depresión posparto (Laínez Valiente et al., 2023). Además de aumentar el riesgo de abortos, ansiedad, trauma postparto y riesgo de sufrir estrés postraumático (Ucañay Dávila & Contreras Rivera, 2022), este último puede afectar el vínculo entre madre e hijo y perjudica la lactancia. Como resultado, crea la posibilidad que se desarrollen conductas negativas hacia el recién nacido y que pueden llegar incluso al rechazo. (Laínez Valiente et al., 2023).

Estos datos reflejan una realidad que debe ser reconocida por las organizaciones y los sistemas de salud, ya que estos actos que atentan y agreden los derechos fundamentales de las mujeres son comunes en la atención (Tufiño Macas et al., 2022). Y de no realizar las intervenciones adecuadas y oportunas, se verá reflejado en el incremento de los índices de mortalidad y morbilidad materno-infantil, en parte, por un aumento al optar por partos en el domicilio. Además, se pueden observar complicaciones que ocurren durante o después del parto y que pueden derivar en problemas sexuales y reproductivos a futuro; y prolongamiento de la estancia hospitalaria (Carrera Ramírez et al., 2024).

Se considera como una cuestión de salud debido a la evidenciada constatada en estudios realizados en distintas naciones, por ejemplo, en México en una encuesta realizada por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) entre los años 2016 y 2021 la prevalencia de maltrato obstétrico fue de 31,4 %, es decir que aproximadamente 3 de cada 10 mujeres han sido víctimas por este tipo de violencia (INEGI, 2022). Datos de un estudio realizado en Chile, revelan que del total de las mujeres que participaron, aproximadamente el 79,3% indicaron haber sido sometidas a abusos similares (Cárdenas Castro & Salinero Rates, 2022). Mientras que, en Argentina, la Comisión Nacional Coordinadora de Acciones para la Elaboración de Sanciones de Violencia de Género (CONSAVIG), publicó un informe sobre denuncias recolectadas en el que el 75% de las mujeres recibieron un trato deshumanizado durante la atención (CONSAVIG, 2021).

En Ecuador, según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 48 de cada 100 mujeres en el país, experimentaron a lo largo de su vida al menos un hecho de violencia gineco-obstétrica, y que 42 de cada 100 mujeres experimentaron violencia obstétrica durante su vida (INEC, 2020).



En la lucha por erradicar este tipo de violencia y de garantizar la seguridad y bienestar de las mujeres en países de América Latina han integrado la protección de las mujeres embarazadas en sus marcos legales. En Venezuela, incorporaron a la violencia obstétrica a partir de 2007 dentro de la Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, en donde define este tipo de violencia, tipifica las sanciones para el personal de salud y se protegen los derechos de las mujeres gestantes. Para 2009 en Argentina, se promulgó la Ley de Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la violencia contra las Mujeres en donde se define el trato deshumanizado en el contexto de la violencia obstétrica. A esta lucha se suma México estableciendo en 2014 una reforma en la que se garantiza la protección de los derechos de las mujeres antes los malos tratos por parte del profesional de la salud en la Ley de Derecho de la Mujer a una Vida Libre de Violencia (Lampert, 2021). Igualmente, en Ecuador se creó en 2018 la Ley para Prevenir y Erradicar la Violencia contra las Mujeres, en el que se incluye el daño o sufrimiento gineco-obstétrico como una forma de violencia de género y se establecen diferentes acciones consideradas como violencia obstétrica (Asamblea Nacional del Ecuador, 2018). A pesar de las leyes y sanciones actuales, continúan vulnerándose los derechos y las tasas de violencia gineco-obstétrica permanecen elevadas, es necesario modificar las guías y protocolos de práctica clínica para que los profesionales ofrezcan un servicio da calidad y calidez (Jojoa-Tobar et al., 2019). Por tal razón este estudio se justifica a la necesidad de saber cuáles son los tipos de violencia obstétricas que experimentan las mujeres gestantes y no gestantes como falta de información, temor al hablar de sus vivencias, el desconocimiento de las leyes que las ampara; es importante indicar que los profesionales de la salud deben actuar profesional, ética y humanamente, y estar capacitados en los distintos tipos de violencia obstétrica con la finalidad de respetar los derechos sexuales, reproductivos y humanos para mejorar la atención en este grupo vulnerable.

## **METODOLOGÍA**

El enfoque de esta investigación es cuantitativo y descriptivo con diseño transversal en cuanto a la modalidad de trabajo de campo, se aplicó una encuesta de 11 preguntas dividida en 4 categorías: 1. socio demográficos, 2. planificación familiar, 3. calidad de atención, 4. Satisfacción en la Atención. El instrumento fue validado por tres expertos en la temática, donde se aplicó una encuesta a 80 gestantes y no gestantes que acudieron a la atención primaria de la salud.



Los datos fueron recolectados en una matriz de Excel para luego ser procesados a través del programa SPSS versión 26, de la misma manera se tabularon las tablas para su respectivo resultado.

En cuanto a las consideraciones éticas, se solicitó el permiso del Distrito de Salud 07D02 y se obtuvo el consentimiento informado y se utilizó un cuestionario estructurado con una explicación clara de su propósito. Además, se obtuvo la autorización correspondiente de las participantes para la recolección de la información.

## RESULTADOS

**Tabla 1. Características Sociodemográficas**

Variable	Frecuencia	Porcentaje
<b>Edad</b>		
10 a 19 años	3	3,8%
20 a 34 años	37	46,3%
35 a 40 años	19	23,8%
Mayor a 41 años	21	26,3%
<b>Estado civil actual</b>		
Soltera	19	23,8%
Unión de hecho	38	47,5%
Casada	16	20,0%
Divorciada	5	6,3%
Viuda	2	2,5%
<b>Vive sola</b>		
Si	7	8,8%
No	73	91,3%
<b>Trabaja</b>		
Si	27	33,8%
No	53	66,3%

Fuente: Encuesta aplicada a las madres gestantes y no gestantes

En la Tabla 1, se observan los datos obtenidos acerca de las características de la población encuestada, en el que la mayoría pertenecen al grupo etario comprendió entre los 20 a 34 años con un 46,3%, seguido el 26,3% de mujeres mayores de 41 años y un 23,8% de mujeres que están entre 35 y 40 años, sin embargo, no hubo una cantidad destacable en la población comprendida entre los 10 a 19 años. En lo que respecta al estado civil el 47,5% se encuentra en una relación de Unión de Hecho, mientras que las categorías “soltera” y “casada” arrojaron porcentajes similares con un 23,8% y 20,0% respectivamente. La mayoría de la población entrevistada el 91,3 % viven en compañía de algún familiar como los hijos, pareja sentimental o sus progenitores. Sin embargo, se debe destacar que más

de la mitad de 66,3% no trabaja, a razón de esto, la mayor parte de las mujeres refirieron que en ellas recae la responsabilidad de ejercer la crianza y el cuidado de los hijos.

**Tabla 2.** Planificación Familiar

Variable	Frecuencia	Porcentaje
<b>Embarazo planificado</b>		
Si	23	28,7%
No	57	71,3%
<b>Fracaso del método anticonceptivo</b>		
Si	30	37,5%
No	50	62,5%
<b>Número de hijos</b>		
1	27	33,8%
2-3	38	47,5%
4-5	13	16,3%
6-8	2	2,6%
<b>Número de controles prenatales</b>		
1 a 4	17	21,3%
5 a 9	59	73,8%
Mayor a 9	4	5,0%

Fuente: Encuesta aplicada a las madres gestantes y no gestantes

Según los datos obtenidos sobre la planificación familiar, en la mayoría de las mujeres encuestadas el 71,3% indicaron que el embarazo No fue planificado, lo que deja en evidencia una falta de conocimiento y el 62,5% indican que No fracasaron en el método anticonceptivo, mientras que el 37,5% manifiestan que Si fracasaron en la planificación familiar debido al mal uso o la dificultad de acceso de los métodos anticonceptivos. Con estas dos preguntas, se estableció el número de hijos dentro del núcleo familiar formado de 2 a 4 hijos con 47,5%, sin embargo, el 33,8% demuestra que tienen 1 solo hijo y el 2,6% cuenta entre 6 y 8 hijos. Por otro lado, el 73,8% se realizó de 5 a 9 controles prenatales que se considera lo óptimo, sin embargo, el 21,3% se realizó de 1 a 4 controles, lo cual resulta alarmante para la salud de la madre y el producto lo indica el Ministerio de Salud Pública indica que se considera un factor de riesgo; y con el menor porcentaje el 5,0% tuvieron más de 9 controles prenatales durante su embarazo.

**Tabla 3.** Calidad de Atención

<b>Variable</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>¿Conoce usted que es violencia obstétrica?</b>		
Si	10	12,5%
No	70	87,5%
<b>¿Fue respetado el turno asignado para la atención?</b>		
Si	64	80,0%
No	16	20,0%
<b>¿Cómo se dirige el personal de salud hacia usted?</b>		
Nombre o Apellido	69	86,2%
No se respetaba	11	13,8%
<b>¿La atención recibida fue de manera?</b>		
Inmediato	37	46,3%
Se demora	40	50,0%
No recibió atención	3	3,8%
<b>¿Recibió maltrato durante la atención?</b>		
Si	64	80,0%
No	16	20,0%
<b>¿Fue criticada por llorar, gritar de dolor durante el parto?</b>		
Si	33	41,3%
No	47	58,8%

Fuente: Encuesta aplicada a las madres gestantes y no gestantes

A partir de los datos recopilados, se obtuvieron resultados sobre la calidad de atención en donde se consideran aspectos clave que permiten identificar falencias en la atención que ofrecen los profesionales de la salud a mujeres embarazadas en el embarazo, parto y postparto; cuando se preguntó que es la violencia obstétrica el 87,5% desconocen, mientras que el 12,5% si conocen; con respecto al turno asignado para la atención el 80% refirieron que el profesional de la salud Si respetó el turno, aun así, se debe destacar que el 20 % restante no se respetó el turno asignado para la atención médica, considerando que se debe seguir mejorando la atención en las casas de salud. Por otra parte, la forma como el profesional se dirige a la paciente esto afecta la percepción de la atención y cuidados brindados; el 86,2% han sido llamadas por sus nombres o apellidos, este aspecto debe seguir mejorándose, ya que en gran parte fueron tratadas con respeto, el 13,8% expresaron que el profesional fue irrespetuoso, llamándolas por sobrenombres, su apariencia física o por palabras inapropiadas. La calidad de la atención también está determinada por la rapidez que reciben atención médica, así como el 50,0% indicaron que se las atendieron tras esperar mucho tiempo, mientras que el 3,8% no recibieron atención. Al tocar la pregunta sobre si recibieron maltrato durante su atención, es alarmante encontrar

que el 80% recibieron maltrato tanto verbal y físico durante la atención, ya sea cuando asistían a sus controles prenatales y que se hacía más presente durante el parto, llegando a tener experiencias muy desagradables y traumáticas. Mientras el 41,3% tuvieron experiencias de crítica por llorar o gritar durante el parto, lo que demuestra que en algunos profesionales de la salud carecen de humanismo y empatía hacia la mujer gestante.

**Tabla 4.** Calidad de Atención

<b>Variable</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Respetaron sus decisiones en el parto</b>		
Si	77	96,2%
No	3	3,8%
<b>Les informaron sobre los riesgos obstétricos del embarazo, parto y post parto</b>		
Si	49	61,3%
No	31	38,8%
<b>Consideran que la violencia ocasiona daños físicos y emocionales</b>		
Si	79	98,8%
No	1	1,3%
<b>Se les permitió el acercamiento piel a piel de su hija/o al momento de nacer</b>		
Si	42	52,5%
No	38	47,5%

Fuente: Encuesta aplicada a las madres gestantes y no gestantes

En continuación con la tabla 4, el 96,2% de mujeres se les respetaron sus decisiones en el parto, como escoger la posición en el parto o el ser acompañadas por alguien de confianza durante el mismo, sin embargo, 3,8% mujeres que manifestaron que fueron vulnerados su autonomía y derechos sexuales y reproductivos negarles el tomar decisiones libres, informadas, voluntarias y responsables sobre su sexualidad, así como se establece en el artículo 66 numeral 9 de la Constitución de la República del Ecuador, además que infringe el artículo 10 acerca de la violencia gineco-obstétrica de la Ley Orgánica Integral para Prevenir y Erradicar la Violencia Contra las Mujeres.

Mientras que el 61,3% de las encuestadas respondieron que el profesional que las atendió si les informó de los riesgos obstétricos, mientras que el 38,8% no fueron informadas durante el embarazo, parto y pos parto, ya que la información oportuna permite a la madre tomar decisiones acertadas para minimizarestos riesgos. El 98,8%, es decir casi la totalidad de las mujeres consideran que la violencia obstétrica trae consigo consecuencias físicas y psicológicas en las víctimas, y si bien la manera en que las personas

procesan una experiencia desagradable o traumática depende de diversos factores, existirán personas que una mala experiencia no afecte su diario vivir, así como se ve reflejado en el 1,3% que considera que no tuvo ningún tipo de consecuencia. Por último, el 52,5% señalan que el profesional de la salud se les permitió ver o tocar al recién nacido al momento del parto, pero el 47,5% indicaron que no.

**Tabla 5. Satisfacción en la Atención**

Variable	Frecuencia	Porcentaje
<b>Secuelas de la Violencia Obstétrica</b>		
Temor o miedo al personal de salud que la atendió	48	60,0%
Ningún tipo de secuela	32	40,0%

Fuente: Encuesta aplicada a las madres gestantes y no gestantes

Para determinar la satisfacción en la atención, se planteó una pregunta clave, se les preguntó si consideran que la violencia obstétrica recibida resultó en secuelas que perduran hasta la actualidad, arrojando un resultado del 60% que teme o muestra miedo al personal de salud que las atendió, esto puede provocar que las mujeres no quieran volver a tener hijos, miedo de regresar a una institución de salud, esto puede influir en la salud de las mujeres gestantes e influir en los índices de morbilidad y mortalidad materna y perinatal, puesto que la violencia recibida provoca que muchas mujeres por temor dejen de acudir a sus controles prenatales y consigan el desarrollo de complicaciones al momento del parto.

## DISCUSIÓN

Al comparar los datos obtenidos en este estudio con la información sociodemográfica de la investigación “Percepción de atención obstétrica inadecuada a pacientes de un hospital público de Ciudad Juárez, Chihuahua” realizado por Núñez-Aguirre et al., 2023, el 80,6% de las participantes se encontraban en el grupo etario de 20 a 34 años, no obstante, este hallazgo difiere con nuestro estudio las mujeres representan el 46%, que si bien no comprende una mayoría, también representa un porcentaje destacable de mujeres en edad adulta que son madres. Por otra parte, el estudio titulado “Violencia gineco-obstétrica en mujeres comerciantes de los mercados de Azogues” realizado por Calle Caranqui et al., 2022, pone en evidencia que el 49,6% mantienen un estado civil de casadas, un 19,3% se encuentra en unión libre y el 16,3% solteras; al contrastar la información presentada con los datos obtenidos en nuestra investigación se revela que las mujeres que conviven en unión de hecho es claramente mayor alcanzando un 47,5%, en segundo lugar aquellas que estaban solteras con 23,8% y

tan solo el 20,0% estaban casadas, esta distribución demuestra que existe una prevalencia hacia la unión de hecho en comparación con otros estados civiles.

Al examinar con detalle la información proporcionada por Guerrero-Sotelo et al., 2020 acerca de la situación laboral, se observa que un 42,7% estaban desempleadas lo que difiere de nuestros hallazgos, en el cual se muestra una proporción significativamente mayor, alcanzando el 66,3% de personas que en la actualidad no laboran. Analizar estas disimilitudes sugiere que estas variaciones respondan a diferencias en los contextos sociales de las poblaciones estudiadas, y que, si bien el desempleo no es la causa directa de la violencia obstétrica, pero si puede contribuir o ser un factor condicionante que aumenta el riesgo de experimentar este tipo de violencia.

El estudio titulado “Violencia obstétrica: una práctica oculta deshumanizadora, ejercida por el personal médico asistencial ¿Es un problema de salud pública y de derechos humanos?” por Araujo Cuauro, 2019, corrobora que el término “violencia obstétrica” era desconocido en el 80% de los casos y tan solo el 14,4% tenían conocimiento del mismo, datos que se asemejan a los descritos en nuestra investigación donde el 87,5% este término les resultaba desconocido y solo el 12,5% estaban familiarizadas con este. Estos resultados exponen que entorno a este tema existe un elevado grado de desconocimiento, que puede ser atribuido a diversas razones, tales como la escasa o inexistente difusión de los derechos sexuales y reproductivos, de la normalización que dificulta su identificación, barreras socioculturales incluyendo la desigualdad económica lo que complica el acceso a información y servicios de salud de calidad, por último, cabe la posibilidad que profesionales de la salud no estén brindando una educación adecuada a las mujeres sobre este tema.

En este mismo estudio, detalla que el 55% tuvieron experiencias relacionadas con violencia obstétrica por parte del personal salud que las atendió, al comparar esta información con nuestros resultados, se observa un porcentaje significativamente mayor del 80% que reportaron haber estado expuestas a maltratos. Esta elevada proporción de mujeres maltratadas resalta un grave problema que puede disminuir la confianza en los profesionales y en el sistema de salud. Además, pone en manifiesto la necesidad urgente de implementar medidas que las protejan y de concientizar al personal de brindar un trato humanizado.



En lo que respecta al tiempo de espera, el estudio llevado a cabo por (García Luna & Mireya Martha, 2024), sostiene que el 66,4% de las mujeres expresaron insatisfacción por el prolongado tiempo de espera hasta finalmente ser atendidas, al comparar estos datos con nuestros resultados se evidencia que un porcentaje considerable del 50% experimentaron demoras en la atención destacando que un 3,8% no recibieron atención médica. Esto expone las falencias en los servicios de salud donde los largos tiempos de espera para recibir atención médica pueden poner en riesgo la vida de la madre y el recién nacido.

Al comparar los resultados del estudio titulado “Prevalencia de violencia obstétrica a pacientes durante el trabajo de parto a puerperio mediato por el personal de un hospital público” por Madrid Medina et al., 2019, el 24% manifestaron ser objeto de adjetivos diminutivos o sobrenombres, sin embargo, nuestros resultados reflejan un porcentaje ligeramente menor del 13,8% que no se respetaban su nombre, esto pone en evidencia que en la actualidad persisten este tipo de situaciones tratándolas como objetos, y no como seres humanos. Al constatar los resultados de la investigación realizada por Huarino-Suca & Choque-Chura, 2021, se encontró que el 23,1% fueron objeto de críticas por manifestar expresiones de dolor, al gritar o llorar, o al demostrar emociones de alegría o tristeza durante el trabajo de parto. Al comparar con la investigación realizada, se aprecia un porcentaje considerable del 41,3% de mujeres que estuvieron sometidas a este tipo de trato. Este último dato refleja una alarmante realidad a la que se enfrentan las mujeres en el parto, que además del estrés y dolor inherente, se encuentran con un trato sumamente deshumanizante de parte del personal de salud que no solo ignora, sino que minimiza el dolor producto del parto, este tipo de situaciones contribuyen a crear una experiencia traumática.

Se compararon los datos entorno al acompañamiento familiar con el estudio mencionado, donde un alto porcentaje del 90,4% les negaron la posibilidad de ser acompañadas durante el parto, cifras que resultan alarmantes ya que se vulnera el derecho de tomar sus propias decisiones. Sin embargo, al compararlo con nuestros resultados, se evidencia que, en la mayoría de los casos, el 96,2 %, respetaron sus decisiones. Si bien, se resalta esto como un aspecto positivo en el servicio que se ofrece, se debe seguir mejorando y elevando la calidad de los servicios que se ofrece en el país.

El apego precoz es esencial para establecer un vínculo saludable entre madre-hijo, por lo tanto, al comparar datos entorno a este tema, se procedió a analizar la información obtenida del estudio llevado



a cabo por Soto Bermejo, 2021, titulado "La violencia obstétrica y otros factores desencadenantes de alteraciones emocionales en mujeres primíparas durante la gestación, parto y puerperio", en el que dicho estudio reveló que el 46% no les permitieron el contacto piel con piel con el bebé al nacimiento, y se identificó que en nuestro estudio que el porcentaje de mujeres que también se les negó este apego es relativamente similar al 47,5%. Aunque estos resultados no son una gran mayoría, pero son suficientes para exponer que se sigue vulnerando este vínculo, demostrando la carencia de profesionales humanistas en las organizaciones que brindan servicios de salud.

Finalmente, en este mismo estudio sobre las consecuencias de la violencia obstétrica un 23% de las encuestadas manifestaron que haber estado expuestas a este tipo de violencia les ocasionó problemas en su salud mental que terminaron por requerir terapia psicológica. Aunque nuestra investigación no se enfocó específicamente en este aspecto, pero si aborda la problemática relacionada con los sentimientos y experiencias generadas por violencia obstétrica en ellas. Así, un porcentaje significativo del 60% de mujeres manifestaron que su experiencia le generó temor al personal de salud, por haber estado expuestas a malos tratos. En este contexto, es responsabilidad de los profesionales de salud restaurar la confianza perdida, mediante la escucha activa sobre sus preocupaciones, preferencias y decisiones entorno a sus embarazos para garantizar una experiencia positiva y reducir la incidencia de violencia obstétrica en todos los niveles de atención, desde los centros de salud hasta unidades hospitalarias.

## **CONCLUSIÓN**

A pesar de los esfuerzos gubernamentales por incluir, definir y condenar la violencia obstétrica en sus marcos legales, en la actualidad las mujeres siguen sufriendo maltrato en torno a su embarazo, sometidas a intervenciones innecesarias y experiencias desagradables que impactan en su salud en diferentes niveles. Por lo tanto, este estudio busca dar visibilidad a un problema que afecta a las mujeres en edad reproductiva, para que puedan reconocer a tiempo cuando están siendo vulnerados sus derechos sexuales y reproductivos, a identificar a las diversas formas de violencia obstétrica, saber que estas conductas son sancionadas y que no pueden, bajo ninguna circunstancia ser normalizadas.

Se insta a la participación de las entidades gubernamentales pertinentes para fortalecer las políticas sanitarias, mantener una supervisión exhaustiva en las instituciones de salud y colaborar estrechamente



con el sistema judicial para que las mujeres tengan conocimiento de sus derechos, y de los deberes que rigen el actuar de los profesionales sanitarios.

Dada las falencias observadas en el enfoque convencional para la atención del embarazo, se sugiere considerar otras alternativas más respetuosas como el Parto Humanizado recomendado por la OMS, como una opción que busca crear un cambio en la atención, ya que respeta los derechos y necesidades de las mujeres, además de fomentar una mayor autonomía en la toma de decisiones relacionadas al proceso del parto.

Es esencial que los estudiantes y profesionales sanitarios sean capacitados en estos temas a fin de crear conciencia para erradicar estos comportamientos y actitudes, comunes en los servicios de salud. Esto implica crear espacios seguros donde se reconozca y proteja la dignidad y derechos de las mujeres, para restablecer la confianza en los servicios de salud y asegurar una experiencia satisfactoria durante el embarazo, parto y posparto. Con el fin de reducir la morbili-mortalidad materna y perinatal, se debe proporcionar servicios de salud que reconozcan y protejan los derechos de las mujeres, que aseguren una atención de calidad y humanista, permitiendo disfrutar de la maternidad.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Araujo Cuauro, J. (2019). Violencia obstétrica: una práctica oculta deshumanizadora, ejercida por el personal médico asistencial ¿Es un problema de salud pública y de derechos humanos? *Rev Mex Med Forense*, 4(2), 1–11.

<https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=87854>

Asamblea Nacional del Ecuador. (2018). *Ley Orgánica Integral para Prevenir y Erradicar la Violencia contra las Mujeres*. <https://www.asambleanacional.gob.ec/es/multimedios-legislativos/51176-ley-organica-integral-para-prevenir-y>

Calle Carangui, J. D., Calle Cayamcela, É. E., Estrella González, M. de los Á., & Abad Martínez, N. I. (2022). Violencia gineco-obstétrica en mujeres comerciantes de los mercados de Azogues. *Pro Sciences: Revista de Producción, Ciencias e Investigación*, 6(43), 199–212.

<https://doi.org/10.29018/issn.2588-1000vol6iss43>



- Cárdenas Castro, M., & Salinero Rates, S. (2022). Violencia obstétrica en Chile: percepción de las mujeres y diferencias entre centros de salud. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 46. <https://doi.org/10.26633/rpsp.2022.24>
- Carrera Ramírez, C. A., Cabezas Salazar, E. V., Godoy Díaz, V. T., & Arias Falcón, D. S. (2024). Violencia Obstétrica y su Impacto en la Salud Materna. Revisión Bibliográfica. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 7(6). [https://doi.org/10.37811/cl\\_rcm.v7i6.9537](https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v7i6.9537)
- CONSAVIG. (2021). *Violencia Obstétrica*. <https://www.argentina.gob.ar/generos/observatorio-de-las-violencias-y-desigualdades-por-razones-de-genero-ovydv>
- García Luna, & Mireya Martha. (2024). *Estrategia de gestión para la satisfacción de la gestante atendida en el Centro de Salud José Olaya Chiclayo*. <https://hdl.handle.net/20.500.12802/12494>
- Gherardi, N. (2016). Otras formas de violencia contra las mujeres que reconocer, nombrar y visibilizar. *Comisión Económica Para América Latina y El Caribe*. <https://repositorio.cepal.org/entities/publication/38f70d0a-8f91-409e-b7da-50894059239e>
- Guerrero-Sotelo, R. N., Orellana-Centeno, J. E., Lamas-Carlos, J., Hernández-Arzola, L. I., & Gutiérrez-Bustamante, A. (2020). Percepción de violencia obstétrica en Oaxaca TT - Perception of obstetric violence in Oaxaca. *Rev. Enferm. Inst. Mex. Seguro Soc*, 28(4). <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.24875/REIMSS.M20000019>
- Hernández Vargas, M. (2021). Pasar por la carnicería: relatos de mujeres costarricenses sobre violencia obstétrica. *Wimb Lu*, 16(2). <https://doi.org/10.15517/wl.v16i2.48101>
- Huarino-Suca, S. L., & Choque-Chura, O. (2021). Violencia obstétrica en mujeres atendidas en un hospital público. *Revista Médica Basadrina*, 15(3), 3–10. <https://doi.org/10.33326/26176068.2021.3.1151>
- INEC. (2020). *Encuesta Nacional de Relaciones Familiares y Violencia de Género contra las Mujeres 2019*. <https://anda.inec.gob.ec/anda/index.php/catalog/919/study-description>
- INEGI. (2022). *VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES EN MÉXICO - Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) 2021*. [https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/endireh/2021/doc/nacional\\_resultados.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/endireh/2021/doc/nacional_resultados.pdf)

- Jojoa-Tobar, E., Cuchumbe-Sánchez, Y. D., Ledesma-Rengifo, J. B., Muñoz-Mosquera, M. C., & Suarez-Bravo, J. P. (2019). Violencia obstétrica: haciendo visible lo invisible Obstetric violence: making the invisible visible. *Revista de La Universidad Industrial de Santander. Salud*, 51(2), 136–147. <https://doi.org/10.18273/revsal.v51n2-2019006>
- Laínez Valiente, N. G., Martínez Guerra, G. de los Á., Portillo Najarro, D. A., Alvarenga Menéndez, A. F., & Véliz Flores, A. M. (2023). Consecuencias físicas y psicológicas de la violencia obstétrica en países de Latinoamérica. *Alerta, Revista Científica Del Instituto Nacional de Salud*, 6(1). <https://doi.org/10.5377/alerta.v6i1.15231>
- Lampert, M. P. (2021). Parto humanizado y violencia obstétrica en parámetros de la Organización Mundial de la Salud. *Asesoría Técnica Parlamentaria*. [https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio/10221/32275/1/BCN\\_parto\\_humanizado\\_violencia\\_obstetrica\\_FINAL.pdf](https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio/10221/32275/1/BCN_parto_humanizado_violencia_obstetrica_FINAL.pdf)
- Llobera Cifre, R., & Ferrer Pérez, V. A. (2019). Violencia obstétrica. La perspectiva de mujeres que la han sufrido. *Investig. Fem. (Rev.)*, 10(1), 149–184. <https://doi.org/10.5209/INFE.60886>
- Madrid Medina, C., De León Pérez, M. Á., Delgado Mandujano, M. J., Cancino de la Cruz, L. G., Rangel Jiménez, P., Soto Rosales, B. E., & Rodríguez Limón, M. del R. (2019). Prevalencia de violencia obstétrica a pacientes durante el trabajo de parto a puerperio mediato por el personal de un hospital público. *Lux Médica*, 14(42), 27–36. <https://doi.org/10.33064/42lm20192245>
- Núñez-Aguirre, E. A., Estrada-Esparza, S. Y., Flores-Padilla, L., Reveles-Manríquez, I. J., & Ruiz-Montes, P. Y. (2023). Percepción de atención obstétrica inadecuada a pacientes de un hospital público de Ciudad Juárez, Chihuahua. *Ginecología y Obstetricia de Mexico*, 91(4), 256–263. <https://doi.org/10.24245/gom.v91i4.8418>
- OMS. (2015). Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea. *Oms, Hrp*.
- OMS. (2018). Recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) Para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva. In *Organización Mundial de la Salud*.
- Orozco Távora, L. (2022). Violencia contra la mujer en el entorno de la atención obstétrica. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 68(4), 1. <https://doi.org/10.31403/RPGO.V68I2469>

Soto Bermejo, F. X. (2021). La violencia obstétrica y otros factores desencadenantes de alteraciones emocionales en mujeres primíparas durante la gestación, parto y puerperio. *Revista Del Centro de Estudios Merindad de Tudela*, 29, 109–130.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8310376>

Tufiño Macas, J. A., Sánchez Chavaría, S. T., Alban Araujo, G. M., Piedra Utreras, K. M., Alcocer Ortega, I. M., & Saul Darío, S. D. (2022). Percepción de la violencia obstétrica en profesionales de salud de la amazonia ecuatoriana, año 2022. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 6(5), 4387–4410. [https://doi.org/10.37811/cl\\_rcm.v6i5.3402](https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v6i5.3402)

Ucañay Dávila, L. E., & Contreras Rivera, R. J. (2022). Violencia obstétrica y síndrome de depresión post parto en centros maternos públicos. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 6(6), 6639–6653. [https://doi.org/10.37811/cl\\_rcm.v6i6.3911](https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v6i6.3911)

Wagner, M. (2000, October). El nacimiento en el nuevo milenio. *1º Congreso Internacional de Parto y Nacimiento En Casa*.

[https://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/public/documentos/parto/partomedicalizado/0.-%20E1%20nacimiento%20en%20el%20nuevo%20milenio\\_Marsden%20Wagner.pdf](https://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/public/documentos/parto/partomedicalizado/0.-%20E1%20nacimiento%20en%20el%20nuevo%20milenio_Marsden%20Wagner.pdf)

