

Artículo Original

La Experiencia de Violencia Obstétrica en Mujeres Adultas Puertorriqueñas: Un Estudio Fenomenológico desde una Perspectiva de Género

The Experience of Obstetric Violence in Puerto Rican Adult Women: A Phenomenological Study from a Gender Perspective

Zulmarie Hernández-Bello^{1*}

1 Universidad Interamericana de Puerto Rico, San Juan, Puerto Rico.  <https://orcid.org/0000-0002-6722-4047>

* Correspondencia: zhernandez@intermetro.edu

Recibido: 15 junio 2020 | Aceptado: 20 noviembre 2020 | Publicado: 31 diciembre 2020

WWW.REVISTACARIBENADEPSICOLOGIA.COM

Citar como:

Hernández-Bello, Z. (2020). La experiencia de violencia obstétrica en mujeres adultas puertorriqueñas: Un estudio fenomenológico desde una perspectiva de género. *Revista Caribeña de Psicología*, 4(3), 259-271. <https://doi.org/10.37226/rcp.v4i3.4847>

RESUMEN

Este estudio cualitativo explora la experiencia de violencia obstétrica de 10 mujeres adultas puertorriqueñas. La violencia obstétrica es un fenómeno donde la mujer experimenta un trato irrespetuoso, abusivo y negligente, durante el cuidado prenatal, el parto o el posparto por parte de los profesionales con los cuales se atienden. Se utilizó un diseño cualitativo y un enfoque fenomenológico. Se aplicó el Modelo de Wolcott para el análisis de las narrativas. Las historias responden a partos entre las fechas del 2006 al 2016. De los hallazgos del estudio emergen tres categorías: silenciadas ante el poder, violencia institucional y "arrebato de una hermosa ilusión". Las categorías que emergen reflejan las secuelas a nivel fisiológico, emocional y psicológico como consecuencia de las prácticas y los procedimientos de los profesionales de la salud. Se concluye que la violencia obstétrica es el ejercicio del poder y control perpetuado por una cultura institucionalizada. La violencia ejercida provocó silencio, autodeterminación penalizada, desinformación e incertidumbre en las participantes del estudio durante su parto.

Palabras Claves: violencia, violencia obstétrica, violencia institucionalizada

ABSTRACT

This qualitative study explores the experience of obstetric violence in 10 Puerto Rican women. Obstetric violence is a phenomenon where women experience disrespectful, abusive, and negligent treatment during prenatal care, childbirth, and postpartum by the professionals they serve. A qualitative design and phenomenological approach were used. The Wolcott Model was applied for the analysis of narratives. The stories respond to deliveries between the dates of 2006 to 2016. The study's findings revealed three categories: silenced to power, institutional violence, and "Snatching a Beautiful Illusion." The emerging categories reflect the physiological, emotional, and psychological consequences as a result of the practices and procedures of health professionals. The study concludes that

obstetric violence is the exercise of power and control perpetrated by an institutionalized culture. The violence caused silence, disciplined self-determination, misinformation, and uncertainty during delivery.

Keywords: violence, obstetric violence, institutional violence

INTRODUCCIÓN

La violencia contra la mujer es un problema histórico. Comienza a reconocerse como un grave problema gubernamental y social a mediados del siglo XX. Este proceso de concienciación social se logró mediante la formación de grupos civiles que lucharon para promover el reconocimiento de los derechos de las mujeres (Zwingel & Zwingel, 2016). De estas luchas se crea la Organización Amnistía Internacional, la cual reseña, en el año 2016, que las decisiones que afecten el cuerpo de las mujeres, sin importar de qué lugar del mundo provengan, pertenecen a ellas (OAI, 2016). Por ende, la OAI (2016) incluye como parte de los derechos sexuales y reproductivos, el derecho de cada mujer a obtener información precisa sobre asuntos relacionados a su salud, tener acceso a servicios de salud sexual, decidir si quieren tener hijos y cuántos, tener acceso a métodos contraceptivos y a servicios de salud libres de violencia.

Existe evidencia científica que indica cómo, a nivel mundial, frecuentemente se da el trato irrespetuoso y ofensivo hacia las mujeres en los centros de salud (Organización Mundial de la Salud, 2014). No obstante, existen diferencias internacionales en cuanto a la medición científica del maltrato y la falta de respeto en los centros de servicio. En la actualidad, existe un incremento de investigaciones internacionales para lograr una mejor definición, medida y comprensión del trato irrespetuoso y ofensivo. Además, se ha indicado que se pretende comenzar a desarrollar estrategias para prevenir y erradicar este problema (Bowser & Hill, 2010; D'Oliveira et al., 2002; Espinoza-Reyes, & Solís, 2020; Katz, et al., 2020; Silal et al., 2011).

Paolini (2011) define la violencia perinatal como, "situaciones de maltrato generadas a partir de múltiples factores donde no existe una víctima y un victimario, sino que se trata de una combinación de situaciones críticas que pueden conducir a situaciones de maltrato" (p. 270). La violencia perinatal incluye: violencia contra la mujer embarazada, violencia obstétrica, violencia institucional estructural, violencia

ante situaciones de internación del recién nacido en neonatología y violencia neonatal. Por otra parte, Banuchi (2015) conceptualiza la violencia obstétrica como el maltrato que sufre la mujer embarazada al ser juzgada, atemorizada, humillada, lastimada física y emocionalmente, en especial al momento del alumbramiento. Conjuntamente, indica que el trato deshumanizado, los regañones, la administración de medicamentos innecesarios cuando una mujer da a luz, evitar que esté acompañada, la falta de empatía y de información, además de la alta tasa de cesáreas, son violaciones de los derechos humanos de las mujeres que dan a luz.

Según la OMS (2014), la violencia obstétrica es un fenómeno donde la mujer experimenta un trato irrespetuoso, abusivo y negligente durante el cuidado prenatal, el parto y el posparto por parte de los profesionales con los cuales se atiende. En respuesta a lo que expone OMS en el año 2014, la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO, 2014) creó un comité para la salud materno infantil en contra de intervenciones innecesarias y prácticas que no respeten la cultura, la integridad física ni la dignidad de la madre e infante. Exponen que es necesario que se provea el ambiente para una experiencia positiva, relacionada con un parto que resulte saludable tanto para la madre como para el infante. Los hospitales y facilidades que cumplan con esta iniciativa se llamarán Hospitales y Facilidades Amigos del Niño.

Desde una perspectiva histórica sobre la atención de la salud materna infantil, Federici (2010) indica que en Europa se comenzó a demonizar y a perseguir a las mujeres conocidas como comadronas durante varios siglos. Este periodo se conoció como una época de caza de las brujas y la misma se extendió desde el feudalismo hasta el inicio de la época conocida como la modernidad (Federici, 2010). La colonización de lo que hoy conocemos como Estados Unidos, el movimiento esclavista, la explotación feudal y la llegada del capitalismo, fueron épocas en donde se perseguía violentamente a miles de parteras o comadronas que terminaron quemadas en la hoguera. Esta autora

indica que los métodos anticonceptivos y abortivos para el control de la natalidad representaban una amenaza frente a la economía feudal, la cual se vincula con el cultivo de la tierra y la mano de obra agraria (Federici, 2010). Esta amenaza era reconocida por el Estado y por la Iglesia. A pesar de la persecución de las sanadoras y comadronas en Europa durante la Peste Bubónica y luego en Estados Unidos con la Fiebre Amarilla en el siglo XVIII, las comadronas continuaban siendo las figuras principales en la atención materno-infantil hasta finales del siglo XIX (Machado, 2014).

El parto, históricamente, estuvo ubicado en manos de la parturienta, ya que el embarazo se vislumbraba como un proceso que manifestaba salud y el parto como un evento natural y fisiológico. Machado (2014), indica que durante los siglos XIX y XX la Revolución Industrial implicó grandes transformaciones a nivel tecnológico, político y económico que moldeó las prácticas sociales, entre ellas las médicas. Uno de los cambios surgidos en la época fue el traslado del parto al hospital. Por su parte, Zacher (2015) sostiene que la institucionalización del proceso de parto fue paulatinamente excluyendo la importancia de no intervenir cuando tanto la madre, el feto y el proceso de embarazo transcurren de forma saludable. Esta autora sostiene que el parto hospitalario se desarrolló para brindar seguridad a los casos de partos patológicos.

En el siglo XX se conformó una nueva especialidad médica llamada ginecología y obstetricia. Los que practicaban la especialidad, en su mayoría eran hombres, que actualmente continúan dirigiendo ese proceso. Poco a poco, la medicina ha modificado comportamientos y hábitos naturales de las mujeres en etapa de gestación y durante el proceso del parto, ya que fueron concebidos como procesos perjudiciales y erróneos en relación con el paradigma higienista y de salud reproductiva (Belli, 2013). El parto, desde mediados del siglo XIX comienza a ser un proceso altamente medicado e intervenido (Zacher, 2015). El cambio entre el siglo XIX y el XX fue de tal magnitud que el parto pasó de ser un evento que se llevaba a cabo en la intimidad del hogar junto a mujeres o comadronas, a ser un evento hospitalario dirigido por un médico obstetra masculino y un personal ajeno a la madre (Fornes, 2011). Según Belli (2013), en la actualidad

se considera el parto como un procedimiento exclusivamente médico-hospitalario.

Belli (2013) sostiene que estas prácticas han afectado los procesos fisiológicos del parto, ya que los partos hospitalarios culturalmente generan mucho temor e incertidumbre. Las instituciones hospitalarias están diseñadas para la atención de personas enfermas, tienen protocolos y pueden incurrir en intervenciones innecesarias (Zacher, 2015).

En Puerto Rico, los informes de estadísticas vitales del Departamento de Salud (2010), reportan que al igual que el resto del mundo, se ha mostrado una tendencia de aumento en la práctica del parto por cesárea. Los informes de estadísticas vitales del Departamento de Salud (2010) mostraron que entre los años 1995 al 2008, la tasa de nacimientos por cesárea en Puerto Rico fluctuó entre 29.7% a 49.2%. La meta que recomienda el informe desarrollado por el Departamento de Salud (2010), Gente Saludable 2020, es que Puerto Rico pueda reducir su tasa a un 37.4 %, lo cual no se ha logrado en el presente. Menos aún se cumple con la meta recomendada por la OMS (2014) de que no se exceda el 15% de partos por cesárea. Según el informe de estadísticas vitales del Departamento de Salud (2010), el índice integral de salud materna e infantil por municipios para el año 2009 registra una cifra cercana a un 48% de partos por cesárea en Puerto Rico. Según informes de una investigación legislativa que busca reducir la tasa de partos por cesárea, para el año 2014, la tasa de estos partos se encontraba cercana a un 48 % y hay hospitales con tasas de cesáreas que se acercaban a un 70% (Banuchi, 2015). Los hospitales que obtuvieron mayor número de cesáreas fueron: el Hospital Doctor's Center, en Bayamón con 69.5%, seguido por la Clínica Santa Rosa, Inc., en Guayama, con 67.6% y el Caribbean Medical Center, en Fajardo, con 66.5% (Banuchi, 2015).

Parrilla, Gorrín y Dávila (2008), estudiaron los conocimientos, actitudes y experiencias de mujeres que han tenido partos por cesárea. El parto por cesárea no equivale a violencia obstétrica cuando la misma se realiza basada en indicaciones médicas. No obstante, es necesario indagar a profundidad la experiencia de violencia obstétrica, ya que se asocia a altos niveles de cesáreas y partos no satisfactorios (Alba & Aler, 2012; Arguedas, 2014; Belli, 2015; Benítez, 2008; Machado, 2014; Parrilla et al., 2008; Zacher, 2015). En el estudio

de Parrilla et al. (2008), se recomienda que las pacientes deban ser informadas adecuadamente con respeto y veracidad. Así mismo, indican que la educación y la buena comunicación con el médico obstetra ayudan al logro de un proceso de parto saludable y sin violencia.

En esta investigación se exploró la experiencia de violencia obstétrica o perinatal en mujeres adultas puertorriqueñas. Las participantes detallaron de forma amplia y comprensiva su sentir y el significado de estos eventos experimentados en sus vidas. Asimismo, se recopiló información que ayudará a deducir cómo las mujeres manejaron ese evento y sus acciones para resistir la violencia perinatal. El fenómeno abordado es uno poco estudiado en Puerto Rico y parte del propósito fue conocerlo de forma más detallada y profunda. Es necesario que se reconozcan los factores de riesgo que se pueden encontrar durante posibles eventos de violencia perinatal para desarrollar estrategias de prevención y educación.

MÉTODO

Diseño de Investigación

La presente investigación contó con un diseño de tipo cualitativo y un enfoque fenomenológico. Lucca y Berríos (2009), mencionan que las narrativas orales y textuales constituyen la esencia de la investigación cualitativa. Estas narraciones se analizan y se codifican de forma escrita y descriptiva. En este estudio se logró profundizar y entender las experiencias individuales y subjetivas de las participantes para poder conocer la percepción de violencia obstétrica y sus efectos a nivel biológico, emocional y familiar. Según Creswell y Creswell (2013), la investigación cualitativa debe describir a profundidad de forma verbatim o textual los acontecimientos que se llevaron a cabo. Además, estos autores mencionan que es necesario reducir la información y crear categorías que nos ayuden a obtener una comprensión profunda del fenómeno y poder interpretar de manera clara la situación o el evento.

Participantes

Las participantes fueron 10 mujeres residentes de Puerto Rico. La participante de menor edad contaba con 26 años y la de mayor edad tenía 40 años, para una edad promedio de 30 años. Las restantes ocho

participantes se encontraban entre los 31 y 37 años. Las participantes del estudio residían en varios municipios de la Isla: Ponce, Mayagüez, San Juan, Guaynabo, Guayama, Salinas y Bayamón. Nueve participantes del estudio, al momento de la entrevista, indicaron estar casadas o conviviendo con los padres de sus hijos y una indicó ser madre jefa de familia. Con relación a las creencias religiosas, cinco participantes indicaron tener una creencia religiosa protestante, dos manifestaron practicar el catolicismo, una manifestó ser atea y dos participantes expresaron no tener una creencia religiosa particular. Las participantes de Ponce, San Juan, Guaynabo y Bayamón mencionaron residir en sectores urbanos de la Isla. Las participantes de Guayama, Mayagüez y Salinas mencionaron que residían en zonas rurales. Una participante expresó haber sido víctima de violencia obstétrica hace nueve años, otra hace dos años; el resto indicó haberlo experimentado hace cuatro a seis años. Cabe mencionar que hubo tres participantes que sufrieron este tipo de violencia en más de un embarazo.

Todas las participantes contaban con estudios postsecundarios. Dos participantes indicaron tener una preparación técnica. Además, hubo una participante que tenía un bachillerato en educación y una certificación como educadora para la lactancia materna. Otra participante es abogada de profesión y otra psicóloga clínica. También, se entrevistaron participantes con bachilleratos en enfermería, asistente administrativo y terapia atlética. En el aspecto ocupacional, cinco indicaron estar desempleadas y ser amas de casa a tiempo completo y una participante indicó ser *homeschooler* a tiempo completo. Otra participante indicó laborar como enfermera en un hospital a tiempo completo. Además, se entrevistó a una participante dueña de un negocio de venta de animales, una psicóloga que trabaja a tiempo completo y una abogada que labora a jornada parcial.

En cuanto a sus condiciones de salud previas al embarazo, ocho participantes indicaron tener buena salud y dos mencionaron padecer de asma. Dos participantes indicaron haber tenido un solo embarazo y un hijo/a. Cuatro participantes indicaron tener dos hijos/as y que la violencia obstétrica se ejerció en ambos embarazos, partos y pospartos. Una participante indicó tener dos hijos y que la violencia obstétrica se ejerció en su primer embarazo (parto o posparto). Dos participantes mencionaron tener tres hijos, pero una

de ellas indicó que la violencia se dio en el primero; la otra participante mencionó que se dio en los tres embarazos, pero en el último embarazo y parto se sintió más violentada.

Por otra parte, una participante indicó tener cinco hijos, sin embargo, mencionó que la violencia obstétrica se ejerció en su último embarazo y parto. Además, dos participantes indicaron haber experimentado un aborto espontáneo durante el primer trimestre de embarazo. Cabe mencionar que las participantes del estudio indicaron que sus embarazos fueron de bajo riesgo y no presentaron condiciones de salud ni complicaciones médicas durante los mismos. Seis de las participantes tuvieron partos por cesárea y partos en los que sintieron que se manifestó la violencia obstétrica. Cuatro participantes tuvieron partos vaginales, en los cuales sintieron haber vivido violencia obstétrica.

Finalmente, en lo relacionado a sus sistemas de apoyo durante el parto, tres participantes indicaron haber contratado una doula para el manejo de dolor. Cinco mencionaron haber tenido a sus esposos o parejas con ellas en el hospital durante el proceso de parto y tres participantes indicaron haber tenido a una amiga durante el mismo. Cinco mencionaron tener familiares cerca o con ellas durante el proceso de parto y una participante indicó haber estado sola durante el proceso.

Instrumentos

En este estudio se utilizó un cuestionario diseñado con el fin de recopilar información sociodemográfica. Además, se utilizó la entrevista semiestructurada mediante una guía de preguntas abiertas conducentes a facilitar la expresión narrativa de las participantes sobre sus experiencias de violencia obstétrica y sus efectos a nivel biológico, emocional y familiar.

Procedimientos Generales

El presente estudio fue aprobado por la Junta de Revisión Institucional de la Universidad Interamericana de Puerto Rico. Para el proceso de reclutamiento de las participantes se creó propaganda escrita que se distribuyó en los grupos de apoyo de la División y Alcance a la Comunidad del Programa de la Madre y la Niñez del Recinto de Ciencias Médicas y en la Fundación Puertorriqueña para la Protección de la Maternidad y la Niñez (PROMANI, 2007). Las participantes

entrevistadas tuvieron la oportunidad de ofrecerle los folletos informativos a otras candidatas y de esta forma otras mujeres voluntariamente contactaron a la investigadora. Se reprodujo un anuncio de convocatoria en forma de hoja suelta y se colocó en varios lugares públicos como comercios, universidades, grupos de madres en Facebook y tableros de anuncio. En el momento que se formalizó el primer contacto, vía telefónica, se realizó una entrevista con la candidata para verificar si cumplía con los criterios de inclusión. Luego, se procedió a coordinar una reunión en un espacio confidencial para llevar a cabo la entrevista.

Según Hernández et al. (2014), la recopilación de información se debe realizar en un ambiente seguro y acogedor para que las participantes se sientan cómodas. Las entrevistas se caracterizaron por ser profundas, con temáticas abiertas y no estructuradas. Las participantes asumieron un rol activo y hablaron libremente sobre sus sentimientos, ideas, actitudes y puntos de vista con muy poca interrupción de la investigadora. El intercambio de información se dio de manera espontánea dentro de un ambiente confidencial para el desarrollo de un mejor entendimiento del problema de investigación.

Análisis de Datos

Después de llevar a cabo las entrevistas, se inició el proceso de transcripción textual y el análisis intersubjetivo de las mismas que incluyó el paralenguaje, la observación y las notas reflexivas. Estos procesos fueron realizados por la investigadora. La confidencialidad fue un factor prioritario en esta investigación, por tal razón la investigadora seleccionó unos seudónimos para identificar a las participantes. A continuación, la guía de los seudónimos seleccionados para identificar a las mujeres: (1) Mariana, (2) Isoleina, (3) Ana, (4) Frida, (5) Felisa, (5) Nilita, (7) María, (8) Luisa, (9) Lola y (10) Julia. Finalmente, se llevó a cabo un análisis de contenido según el Modelo de Wolcott (1994). La reducción fenomenológica se utilizó para exponer la realidad subjetiva de las participantes entrevistadas desde las experiencias hasta el significado atribuido en el presente.

RESULTADOS

En el estudio emergieron tres categorías que le brindaron coherencia y estructura a las narrativas expresadas por las participantes. La primera categoría

se denominó “Silenciada ante el Poder”, y la misma refleja cómo se manifestó la violencia obstétrica a la luz de las historias y experiencias expresadas por las participantes. Esta relación de poder se caracterizó por dinámicas de maltrato emocional, infusión de temor, restricción a la libertad física y a la autonomía de las participantes durante el proceso de embarazo y parto. La segunda categoría fue nombrada “Violencia Institucional” y esta incluye narrativas de las diez participantes en donde se evidencian experiencias de incertidumbre, descontrol, desinformación, maltrato e imposición de protocolos por parte del personal médico, de enfermería o personal de apoyo de salud. En esta categoría se manifiesta la cultura de la institución hospitalaria y cómo la misma no respondía sensiblemente a las necesidades y deseos de las participantes. Finalmente, la tercera categoría es “Arrebato de una Hermosa Ilusión”, la misma responde al significado que les adscriben a sus experiencias. La experiencia fue descrita como una inhumana e insensible. El compartir sus historias fue un acto liberador y sanador para ellas. Todas las participantes expresaron que no se les permitió tomar decisiones concernientes a su cuerpo y se les privó de libertad y autonomía. Cabe mencionar que, según ellas, a pesar de tener el apoyo de la familia y amistades, siete participantes estuvieron solas por tiempo prolongado durante el proceso de parto, ya que, a los familiares o amistades no se les permitió entrar a la sala de parto. Hubo cuatro participantes que solicitaron acompañamiento durante la cesárea y la misma se les negó.

La primera categoría responde a la pregunta de investigación que auscultó la experiencia de violencia obstétrica en las 10 mujeres puertorriqueñas que participaron del estudio. La experiencia se describe como una enmarcada en una relación de poder, representada a través de la cita, “me sentí silenciada ante el poder” expresada por una de las participantes del estudio. En esta categoría se identificaron tres subcategorías: un acontecimiento aterrador, derrotadas en un ambiente hostil y humilladas maltratadas e invisibles. La categoría puso de manifiesto cómo el poder obstétrico se ejerció a través del temor a complicaciones infundadas, amenazas catastróficas o adversas y el miedo de muerte materna o del infante. Esta relación de poder que ejerció el obstetra y el equipo médico, provocó en las participantes una experiencia que todas describieron como “aterradora”. Expresaron

haber tenido sentimientos de derrota frente a un ambiente hostil y una sensación de insensibilidad y desconsideración por parte del grupo médico ante sus necesidades manifestadas.

A continuación, se presenta la tabla que describe la primera categoría, sus subcategorías y citas de las participantes:

Tabla 1

Extracto de los resultados organizados de la categoría silenciadas ante el poder.

Subcategorías	Citas
Acontecimiento aterrador	<p><i>Yo pedía ir al baño, me ponían el pato debajo, no me dejaban pararme. Enchumbá (de orin por 18 horas) como si fuera un animal. (Mariana)</i></p> <p><i>Le digo: me duele, me duele. Yo le estoy diciendo que me duele, pero siento otro hincaso y siguen y yo, llorando del dolor, y ellos ni me miran... (Luisa)</i></p> <p><i>...más de cinco horas, al fin, yo vomité un montón, y me dejaban sucia, bueno, yo a ese hospital no vuelvo. (Frida)</i></p>
Derrotadas frente a una relación hostil	<p><i>...ya yo me sentía defeated. Ya yo me sentía, ya, yo en mi cabeza estaba pensando, este se supone que sea el día más bello de mi vida y esto ha sido un infierno. (Ana)</i></p> <p><i>...estando de paciente, uno se le pasa, uno se le olvida que tiene derecho a hablar, tiene derecho a opinar... (Nilita)</i></p> <p><i>yo también no tomé acción en eso y para estar de buenas con el doctor y no tener más tensión ni tener problemas, no seguí insistiendo. (Felisa)</i></p>
Humilladas, maltratadas e invisibles	<p><i>Me gritó (Obstetra). “Las mujeres se creen que porque leen un libro saben más que uno, que he atendido partos por 33 años”; y yo me quedé (cabeza mirando el piso)”. (Isolina)</i></p> <p><i>Yo estaba orinada por completo. Las enfermeras no llegaron; llegaron mucho tiempo después. Eehhhh, y para ellas fue un chiste que yo me haya orinado encima. (Julia)</i></p> <p><i>Allá, las enfermeras estaban hablando de la novela, de lo que iban a hacer. La doctora empezó a hablar del cumpleaños de su hija, pero, pues, como yo estaba allí y no había acabado de parir, pues... Y todo eso mientras yo estoy pensando, mi hijo se me está muriendo adentro. (Ana)</i></p>

La segunda categoría hace alusión a que la violencia ejercida se encontraba enmarcada en un ambiente institucional hospitalario donde permeaba la prisa, los protocolos, la medicalización sin consentimiento, la negación del manejo de dolor y la aceleración artificial o inducción de los procesos de parto. La segunda categoría Violencia Institucionalizada: “A oscuras, una película de misterio” asimismo fue una cita expresada por una de las participantes del estudio. Esta cita, hace alusión a la patologización del parto de bajo riesgo y cómo constituyó un proceso de violencia de género, revelando la desigualdad existente entre la fisiología natural de las mujeres y los profesionales de la salud. La misma restó la participación protagónica de las embarazadas durante sus experiencias perinatales (embarazo, parto y posparto). El conocimiento juega un papel de autoridad donde se minimizan, descartan y desplazan las intuiciones y deseos de las mujeres. Por ejemplo, en el caso de Julia, esta mencionó que luego de que el médico le produjera la ruptura de membrana (romper la fuente), le manifestaron que “tenía que dilatar rápido”. Ella se negó en múltiples ocasiones a que se le suministrara vía intravenosa el medicamento “Oxitocina”, en su modalidad sintética, no obstante, le indicaron que si en dos horas no dilataba a nueve centímetros le tendrían que suministrar el medicamento.

Además, las participantes mencionaron que se sentían vulnerables ante la evidente falta de certeza médica e impotentes al sentir que no podían salir del hospital luego de iniciar el proceso de parto. Su autodeterminación fue penalizada e ignorada, ya que el poder obstétrico se manifestaba como un mecanismo de opresión y disciplina. La privación de la libertad y movimiento, la humillación y el maltrato, se manifestaron claramente en los relatos. Las participantes se sentían dentro de un ambiente lleno de incertidumbre donde la desinformación constituyó un patrón invariable en todos los relatos. Todos los aspectos mencionados anteriormente, afectaron a las participantes del presente estudio. La participante Julia experimentó, además del uso de fórceps, la inducción, el manejo del parto con oxitocina sintética intravenosa (pitocina), la ruptura artificial de membranas, el monitoreo fetal constante con correas, la episiotomía, la posición de litotomía, el corte de cordón, la maniobra de Kristeller y la privación de movimiento.

A continuación, se presenta la segunda categoría en forma de diagrama con sus respectivas cuatro subcategorías y citas de las participantes.

Tabla 2

Extracto de los resultados organizados de la categoría violencia institucional <<a oscuras, una película de misterio>>

Subcategoría	
Protocolos	<p>(Obstetra)...El libro dice que ella puede parir perfectamente en esa posición. (Julia)</p> <p>... después de esa inducción (ruptura de fuente) viene la pitocina y viene todo el asunto. Yo no quiero parir hoy, vine por una fiebre al hospital. (Isolina)</p> <p>La enfermera me hace con los dedos este chasquido apurándome y dice: <<avanza>> ... (Nilita)</p>
Incertidumbre y a ciegas	<p>...yo dije, yo me quiero morir, yo prefiero morirme antes de volver a vivir esto. (Julia)</p> <p>A mí no me dijeron nada, yo no sabía, por eso era que yo estaba tan dormida. (Luisa)</p> <p>Nunca supe porque fui cesárea, nunca me explicaron. (Felisa)</p> <p>Pesó seis con tres de ocho y pico, que él dijo; y yo, yo estaba histérica; cesárea totalmente innecesaria. (María)</p> <p>Uno va calculando, me van a hacer esto, me van a llevar aquí, y allí era como a oscuras. Todo se empezó a oscurecer... (Nilita)</p>
Privadas de libertad	<p>Ellas (enfermeras) me decían que yo no podía ir al baño porque se me podía salir él bebe y yo tenía menos de 2 centímetros. (Mariana)</p> <p>A mí nunca nadie me había dicho que como iba a ser una cesárea, a una le amarran las manos como si una fuera una imbécil que no puede controlar sus manos. (Ana)</p> <p>Fui bien temprano. Estuve decirte como 7:00 a.m. hasta las 4:00 p.m. y yo sin poder comer.” (Felisa)</p>
Autodeterminación denegada	<p>Sí, Sí, eso era lo que yo quería, estar de pie y caminar, pero al llegar a la sala de parto me lo negaron. (Luisa)</p> <p>El anesthesiólogo me dijo: <<Tu parto no iba a ser natural. Tú ibas a ser cesárea, ya tú cesárea estaba programada desde por la mañana>>. Me engañaron... (Lola)</p> <p>Como que, yo pujaba y como que, ella hacía como estos [gruns] y como que el sentimiento que yo tenía era como que todo el mundo tenía prisa; que todo el mundo quería salir de allí... (Ana)</p>

La tercera categoría responde a la última pregunta de investigación. La categoría es una cita de la participante Ana, “este niño era muy deseado, uno llega al hospital, madre primeriza... Me arrebataron esa ilusión, todos los cumpleaños de mi hijo pienso en esa experiencia tan dolorosa”. Esta pregunta auscultó el significado que las participantes le adscribieron a la experiencia de violencia obstétrica. En esta categoría se puede vislumbrar el grado de deshumanización que sintieron durante el proceso de parto y cómo ellas resumen la experiencia como “trato deshumanizador”. Las participantes indican que la despersonalización era, desde el cuidado prenatal, porque no se les llamaba por su nombre. Las participantes se comparaban con animales (una res), objetos inanimados (pedazo de pan) o como infantes cuando se referían a la experiencia de violencia obstétrica. Resumieron la experiencia como un evento en sus vidas que las llevó a sentirse insignificantes, pequeñas y tratadas como un objeto. Por ejemplo, Mariana resume su experiencia como: “... innecesaria totalmente. Donde tú te sientes como un canto de carne que están empacando, llevando de un lado para otro. O sea, cortan la carne del animal, la llevan a otro lado y la limpian”.

En el presente estudio, según lo que expresaron las entrevistadas, los obstetras y el personal de apoyo del médico fallaron en promover un ambiente de seguridad. Este trato lo describió detalladamente la participante Nilita al expresar que la anestesia espinal durante su cesárea le produjo una reacción de movimientos involuntarios. Estos movimientos provocaban que ella comenzara a moverse hasta quedar sentada y luego caía horizontal en la camilla. Ella los describe como hacer “abdominales involuntarios”. Este movimiento involuntario le causaba dolor y le desprendió puntos de su cesárea. Mencionó que hubo un enfermero presente en la sala de recuperación frente a ella durante todo el proceso. Él nunca le dio medicamento, ni le habló mientras Nilita experimentaba el movimiento involuntario y pedía ayuda. Luego menciona: “no hizo nada (refiriéndose al enfermero) al verme con los movimientos involuntarios, nada, yo nunca me había sentido tan insignificante en mi vida”. La deshumanización manifestada en la experiencia de Nilita incluyó ausencia de sensación de seguridad, respeto y trato digno. Todas las participantes narraron haberse sentido constantemente inseguras. Inclusive, cuatro participantes sentían que se iban

a morir o que iban a perder a sus bebés durante el proceso de parto.

Sin embargo, luego de vivir esta experiencia las participantes manifestaron estar experimentando un crecimiento postraumático y han desplegado un sentido de responsabilidad colectiva cónsona con el proceso de empoderamiento y desarrollo moral social. Finalmente, cabe mencionar que durante el proceso de entrevista todas las mujeres manifestaron lo terapéutico que fue poder dialogar con la investigadora sobre estas experiencias, ya que algunas nunca lo habían verbalizado. Esta experiencia resultó transformadora y de ayuda tanto para la investigadora como para las participantes.

A continuación, se presenta un diagrama de la tercera categoría, Arrebato de una Hermosa Ilusión y sus subcategorías: deshumanizadas, crecimiento postraumático y apoderamiento.

Tabla 3

Extracto de resultados organizadas de la categoría, <<Arrebato de una Hermosa Ilusión>>

Subcategorías	
Deshumanizadas	<p><i>...yo me sentí como una res por la manera en que me pasaron a la camilla; literalmente, como una res. Así debe ser como las vacas se sienten. Fue bien horrible. (Ana)</i></p> <p><i>...innecesaria totalmente. Donde tú te sientes como un canto de carne que están empacando, llevando de un lado para otro. O sea, cortan la carne del animal, la llevan a otro lado y la limpian.” (Mariana)</i></p> <p><i>No hizo nada [refiriéndose al enfermero] al verme con los movimientos involuntarios [sala de recuperación], nada. Yo nunca me había sentido tan insignificante en mi vida. (Nilita)</i></p> <p><i>“Llaman al médico, que ya esta está por parir [enfermera]. Esa es la cuestión que te llaman por ésta, el nombre tuyo no vale. Ya esta está por parir”. (Luisa)</i></p> <p><i>“... pero, es que tú no estás bregando con un perrito y, aún si fuera un perrito, hay que compadecerse del dolor ajeno”. (Julia)</i></p> <p><i>Así era que él me hacía sentir todo el tiempo como si yo fuera menos humana. (Frida)</i></p> <p><i>Me sentía que yo no era importante, era un número o un turno. Yo era un pedazo allí. (Lola)</i></p>

Crecimiento posttraumático	<p><i>"...yo he crecido como mujer, después de que yo pasé por esto mi empatía y mi respeto hacia todas las mamás." (Ana)</i></p> <p><i>Ya lo puedo verbalizar, a mí me sacaron a mi hijo. Yo no lo parí, eso no es parir, eso no es parir, ya puedo decirlo. (Julia)</i></p> <p><i>Entendí que cualquiera te puede tratar mal en cualquier momento, hasta un profesional. (Mariana)</i></p>
Apoderamiento	<p><i>Y como mujer, después de que yo pasé por esto, mi empatía y mi respeto hacia todas las mamás, todas las mujeres han sido life changing, o sea, es una cosa... (Ana)</i></p> <p><i>Crear conciencia, crear conciencia y, y, yo he descubierto cosas en mí que yo no sabía cuan fuerte yo era en muchos aspectos (Frida)</i></p>

DISCUSIÓN

La experiencia de las mujeres participantes en este estudio estuvo precisamente mediada por un ejercicio del poder basado en el "control experto" del personal médico hospitalario sobre su proceso de parto. Las diez participantes en esta investigación experimentaron este tipo de silenciamiento, en que muchos de sus deseos y prerrogativas sobre el proceso de parto no fueron escuchados o fueron ignorados. Martín Baró (1989) describe una serie de tipos de ejercicio del poder en donde se destaca la tipología del "poder experto", que se asocia a la tendencia de que la persona que manifiesta ostentar conocimiento o destrezas particulares, determina el curso a seguir de los acontecimientos y las decisiones. Siguiendo los planteamientos de Foucault (2001) y Martín Baró (1989), el poder puede influir en el comportamiento de las personas y grupos de dos maneras: una inmediata, imponiendo una dirección concreta a la acción o configurando el mundo de las personas y determinando los elementos constitutivos de esa misma acción. El ejercicio del poder obstétrico también se manifestó en todas las participantes a través de frases que provocaron temor y miedo, mediante amenazas y con la ausencia de respuestas claras e información pertinente. Este estudio refleja que actualmente el conocimiento de las mujeres sobre su proceso de gestación, parto y posparto se ha excluido y no se toma con la seriedad que amerita (Arguedas, 2014; Espinoza-Reyes & Solís, 2020).

Parrilla et al. (2008), Rivera-Viña (2015) y Serrano (2012) coinciden en que los procedimientos obstétricos deben usarse con discreción, utilizando criterios preestablecidos y considerando los posibles efectos secundarios de dichas intervenciones en la salud materna y neonatal. La cesárea se asocia con una mayor necesidad de uso de antibióticos en el posparto, con mayor morbilidad y mortalidad materna. También se relacionan con mayor morbilidad y mortalidad fetal y neonatal, aumento en nacimientos prematuros y mayor número de hospitalizaciones de los recién nacidos en unidades de cuidado intensivo neonatal (Mena-Tudela et al., 2020).

La gestación y, especialmente, el parto son descritos como procesos riesgosos y patológicos, y se reproduce la idea de que para parir se requiere siempre del uso de intervenciones y de tecnología, como si no fuera posible hacerlo sin su uso (Sadler & Rivera, 2015). El poder obstétrico y el concepto de violencia obstétrica tienen implicaciones relacionadas al conocimiento científico, a la cultura, al patriarcado y a las relaciones que se construyen y perpetúan socialmente sobre la conducta y sobre lo que se espera del género femenino (Belli, 2013; Espinoza-Reyes, & Solís, 2020).

Las narrativas de las participantes evidencian que, al momento de tomar decisiones, los médicos asumieron ser los únicos capacitados para decidir y nadie debería atentar contra su poder y conocimiento. Si este poder se retaba, el resultado era castigar y amenazar. Todas las mujeres en este estudio experimentaron en uno, o varios, de sus partos ser únicamente una espectadora de lo que acontecía en su propio cuerpo, sin derecho a su aprobación e información sobre los procedimientos a los que eran sometidas. Espinoza-Reyes y Solís, 2020 indican que la ausencia de consentimiento no solo viola los derechos de las mujeres a una atención respetuosa, sino que también puede poner en peligro sus derechos a la vida, la salud, la integridad física y la autodeterminación. En la presente investigación se evidencian voces que han sido anuladas y han quedado sin la capacidad de decidir sobre su cuerpo. La voluntad de las participantes sobre el embarazo y el proceso de parto no fue tomada en cuenta, ya que lo que se esperaba era que obedecieran y aceptaran ciegamente, partiendo de la creencia de que los profesionales médicos las estaban ayudando. García (2020) sostiene que en Estados Unidos el abuso y el maltrato por parte de un proveedor de atención

médica durante el período perinatal incluye los procedimientos donde se le solicita consentimiento informado a la paciente de manera coaccionada.

Las narrativas de las mujeres participantes ponen de manifiesto que los obstetras carecieron de habilidades para promover un ambiente de seguridad. En los momentos en los cuales las mujeres, durante el parto, necesitaron refuerzo positivo, el mismo no se les ofreció, provocándoles inseguridad y miedo. Este miedo e inseguridad tuvieron efectos en aspectos fundamentales del posparto, tales como la sensación de incapacidad para alimentar al bebé mediante la lactancia exclusiva. También, se evidenció la falta de comunicación por parte del personal hospitalario, no ser tratadas con respeto y dignidad, no ofrecerles la oportunidad para tomar decisiones cuando procedía, la falta de apoyo familiar y la falta de disponibilidad del personal. Las 10 participantes del presente estudio manifestaron haberse sentido derrotadas en un ambiente hostil, humilladas, desconsideradas e invisibles. Por consiguiente, describieron la experiencia de parto como un acontecimiento negativo y doloroso.

Por otra parte, Pereira, Domínguez y Toro (2015), encontraron en su estudio que el tipo de violencia obstétrica que predominó fue el de la violencia psicológica. Además, cuando hubo agresión verbal o maltrato, los responsables fueron el obstetra, el anestesiólogo y las enfermeras (Pereira et al., 2015). Estos hallazgos concuerdan con los del presente estudio, ya que, en los relatos de las participantes, la violencia más comúnmente mencionada era la psicológica y los profesionales que ejercían la violencia, en la gran mayoría de los casos, eran las enfermeras y los obstetras. En el estudio de Pereira et al., 2015, a las participantes les realizaron procedimientos médicos o quirúrgicos sin solicitarles el consentimiento informado. En el presente estudio se pudieron recopilar narrativas que ejemplifican y concuerdan con los hallazgos de la investigación.

En el estudio de Bowser y Hill (2010) se encontró que la intervención no consentida fue uno de los derechos que se violentó con mayor frecuencia. De igual manera, Quevedo (2012) expresa que la violencia obstétrica institucional constituye otra manifestación de violencia de género. Además de la filosofía, la política y la historia, la medicina también fue y es expresión

del pensamiento patriarcal y, en especial la práctica médica de la obstetricia y la ginecología. En el presente estudio estos aspectos preocupantes se sistematizaban de manera habitual. La violencia obstétrica institucionalizada incluyó comentarios verbales que afectaron la autoestima y la autodeterminación de las mujeres, ausencia de sensibilidad y tacto en el proceso, falta de información sobre procedimientos que ocurren o intervenciones que se piensan realizar, exposición a intervenciones rutinarias e innecesarias y la separación de madre y bebé saludable luego del nacimiento.

Por otro lado, la prisa del personal hospitalario durante el proceso de parto fue un evento que se manifestó en todas las participantes. Esta prisa y aceleración de los procesos se daba a través de medicamentos, procedimientos médicos, verbalizaciones, gestos y actitudes del personal hospitalario. La prisa en el parto responde a una visión social sobre lo que se considera un parto. Uno de los efectos que provoca la prisa y el no respetar los partos fisiológicos es el aumento en las tasas de cesáreas. La comunidad médica en el presente estudio vislumbraba el parto como un proceso para lograr que el bebé salga del útero de la madre dentro de un ambiente higiénico y controlado, todo esto para asegurar la vida de ambos. No obstante, la fuerte carga patológica del parto sustenta un discurso catastrófico, que produce y reproduce muchas cogniciones falsas y llenas de prejuicios. Las participantes expresaron que sus embarazos fueron planificados o deseados, según ellas en lugar de ser un acontecimiento hermoso se convirtió en algo desagradable; incluso para cuatro participantes fue peligroso. Ellas expresaban que deseaban que se acabara pronto y se sentían desesperadas porque el proceso culminara. En este estudio se confundió el nacimiento seguro con un parto altamente intervenido. La mayoría de las participantes expresaron haber vivido procedimientos innecesarios, que pusieron en riesgo la salud de la madre y del bebé.

Algunos de los procedimientos innecesarios eran: obligar a la mujer a parir en posición acostada y con las piernas levantadas; alterar el procedimiento natural del parto de bajo riesgo mediante el uso de técnicas de aceleración sin el consentimiento de las participantes; obstaculizar el apego entre mamá y bebé al momento del nacimiento sin una causa médica justificada; negarle la posibilidad de cargar o amamantar

al bebé inmediatamente al nacer y practicar el parto por vía cesárea existiendo condiciones para el parto natural sin tener consentimiento voluntario.

En el escenario hospitalario permeó la constante restricción física, alimentaria y de movimiento durante su proceso de parto. Estas restricciones tuvieron repercusiones físicas y psicológicas, ya que las participantes expresaron que la libertad de movimiento y la alimentación las hubiese ayudado a manejar el dolor y tener partos más satisfactorios.

En general, en el presente estudio, se observó una falta de reconocimiento de la individualidad y las necesidades particulares de las participantes. El escenario hospitalario se caracterizó por ser un ambiente hostil, sombrío, incierto y muy marcado en la desinformación hacia las pacientes de parto. Ellas indicaron haberse sentido vulnerables y no atendidas con respeto y dignidad. Por otra parte, Ariza y Herrera (2012) mencionan que las prácticas de parto humanizado reconocen que la madre y su recién nacido son los protagonistas del evento y respetan la capacidad de la mujer de decidir qué personas le acompañan en el parto. Se espera que en un parto humanizado se evite intervenir innecesariamente y que tenga un enfoque centrado en las mujeres y sus necesidades particulares, tanto emocionales como físicas.

La deshumanización se da y continúa manifestándose como consecuencia inevitable de la aplicación del paradigma médico vigente (Lund, 2013). La violencia obstétrica es una forma de violencia contra la mujer que constituye una violación de los derechos humanos (García, 2020). Las diez participantes, ante la pregunta sobre qué significado le adscriben a la experiencia, manifestaron que el escenario hospitalario se encargó de hacerlas sentir como animales u objetos, realidad que las llenó de preocupación. La experiencia del parto dentro del escenario hospitalario les reveló a las participantes la realidad sobre la posición de desventaja en que se ubica la mujer en términos de libertad, autodeterminación y conocimiento.

Por otro lado, las diez participantes verbalizaron haber desarrollado una conciencia más crítica sobre las realidades que afectan a las mujeres durante el embarazo, parto y posparto. En el presente, las lleva a encausar esas experiencias hacia propósitos positivos de ayuda hacia otras mujeres. El trato recibido es reflejo de una realidad antes desconocida por ellas. La

adversidad que produce este tipo de experiencia constituyó una oportunidad para el desarrollo de capacidades inherentes al ser humano para resistirse y rehacerse ante el dolor, lo que en la literatura se conoce como resiliencia (Seligman, 1996). De acuerdo con Calhoun & Tedeschi (2006), las personas pueden crecer después de periodos de dolor en tres dominios fundamentales: la percepción del yo, en la relación con los demás seres humanos y en la filosofía o visión de la vida. Concluyen que el crecimiento postraumático entre mujeres víctimas de diversos tipos de violencia muestran haber experimentado crecimiento en los tres dominios antes mencionados (Calhoun & Tedeschi, 2006).

Como resultado de las experiencias vividas, todas confían que el sistema médico-hospitalario desarrolle una conciencia genuina de los efectos producidos por la violencia obstétrica; con la esperanza de un “basta ya”, “no más sufrimiento” ni padecer de un trato inhumano durante la etapa de la maternidad. De esta manera, entienden que se habrá logrado un avance social de reconocimiento y superación de todo el personal que ejerce la violencia obstétrica. Como resultado, tendremos servicios culturalmente sensibles, partos saludables y mujeres empoderadas. Para cambiar el mundo, primero hay que cambiar la manera en que nacen los bebés (Odent, 2001, p. 9).

CONCLUSIÓN

La violencia obstétrica continúa siendo un fenómeno oculto de la violencia contra las mujeres dentro de un escenario institucional. Esto incluye, los efectos de la cultura patriarcal sobre la docilidad esperada de la mujer ante la presencia del personal de la salud que intervienen durante la gestación, el parto y el posparto. Esta es la cultura que se vislumbra durante la maternidad y sus roles a seguir. Los resultados de este estudio sobre la experiencia de violencia obstétrica en mujeres adultas puertorriqueñas proponen una serie de implicaciones para la práctica de los profesionales de la salud mental. Hay que incluir e involucrar a profesionales de la conducta, la salud y creadores de políticas públicas en esta problemática y su prevención. Principalmente, este estudio implicó un aumento del nivel de conciencia y sensibilidad hacia las mujeres que experimentan este tipo de violencia. Sus resultados proveen un conocimiento más amplio

y detallado sobre cómo se ejerce la violencia obstétrica en Puerto Rico.

Esta investigación constituye el primer estudio fenomenológico realizado que aborda de manera directa el problema de la violencia obstétrica en Puerto Rico. Los resultados sirven de base para poder realizar otros estudios que promuevan la erradicación de la violencia obstétrica. Se espera que este estudio suscite mayor interés académico por parte de profesionales de la conducta y de la salud. Es necesario reconocer que las voces de las mujeres que sufren de violencia obstétrica se encuentran silenciadas. Existen mujeres viviendo un “grito interno”. Para el proceso de sanación es necesario reconocer, escuchar y accionar. La violencia obstétrica implica una predisposición a someter a una mujer a una decisión y aceptación de una verdad por fe. A los profesionales de la salud, como expertos en su campo, la sociedad y la cultura les reconoce y acepta sus expresiones y decisiones como si fueran verdades incuestionables y absolutas.

Lo cierto es que en este respecto falta mucho por hacer. La sabiduría natural de una mujer sobre su cuerpo y la relación con su feto tiene que ser reconocida y respetada. No podemos olvidar que, por siglos,

en la historia de la humanidad y antes del reconocimiento de la medicina como institución, las mujeres parían acompañadas de otras mujeres en procesos naturales. Esto no implica la falta de reconocimiento y aprecio por los adelantos médicos, incluyendo las cesáreas para salvar vidas. Lo que no puede continuar es la práctica indiscriminada de este y otros procedimientos que violentan la dignidad de las mujeres. Esperamos que este estudio abra puertas y establezca alianzas que respondan a las necesidades de mujeres puertorriqueñas que viven y padecen las consecuencias de la violencia obstétrica.

Financiamiento: La presente investigación no fue financiada por alguna entidad ni patrocinador.

Conflicto de Intereses: No existen conflictos de intereses de parte de los autores de la investigación.

Aprobación de la Junta Institucional para la Protección de Seres Humano en la Investigación: Aprobado por la Junta de Revisión Institucional de la Universidad Interamericana de Puerto Rico.

Consentimiento o Asentimiento Informado: Todo participante completó un consentimiento informado.

Proceso de Revisión: Este estudio ha sido revisado por pares externos en modalidad de doble ciego.

REFERENCIAS

- Alba, C., Aler, I., & Olza, I. (2012). *Maternidad y Salud: Ciencia, Conciencia y Experiencia*. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Secretaría General Técnica, Centro de Publicaciones Paseo del Prado. <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/maternidadSaludCiencia.pdf>.
- Arguedas, G. (2014). La violencia obstétrica: propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense. *Cuadernos de intercambio sobre Centroamérica y el Caribe*, 11(1), 145-169. <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/intercambio/article/view/14238/13530>
- Ariza, N., & Herrera, G. (2012). *El parto sin violencia: Un compromiso de vida*. *Salud, Historia y Sanidad*, 7(1), 43-60. <https://doi.org/10.1909/shs.v7i1.154>
- Banuchi, R. (19 de octubre de 2015). *Cesáreas a tutiplén en la Isla*. Primera Hora. <http://www.primerahora.com/noticias/gobierno-politica/nota/cesareasatutiplenenlaisla-1115287/>
- Belli, L.F. (2013). Obstetric violence: Another form of Human rights violation. *Revista Redbioética/UNESCO*, 4, 1(7): 25-34.
- Benítez, G. (2008). Editorial: Violencia Obstétrica. *Revista de la Facultad de Medicina*, 31(1), 5-6.
- Bowser, D. & Hill, K. (2010). Exploring evidence for disrespect and abuse in facility-based childbirth: Report of a landscape analysis. <https://www.harpnet.org/resource/exploring-evidence-for-disrespect-and-abuse-in-facility-based-childbirth-report-of-a-landscape-analysis/>
- Calhoun, L. G., & Tedeschi, R. G. (2006). *The Foundations of Posttraumatic Growth: An Expanded Framework*. In L. G. Calhoun & R. G. Tedeschi (Eds.), *Handbook of posttraumatic growth: Research & practice* (p. 3–23). Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Creswell, J. & Creswell, C. (2013). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches* (4 eds.). SAGE Publications.
- D’Oliveira, A. F., Diniz, S. G., & Schraiber, L. B. (2002). Violence against women in health-care institutions: An emerging problem. *Lancet*, 359(9318),1681–5. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(02\)08592-6](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(02)08592-6)
- Ehrenreich, B. & English, D. (2005). *Brujas, parteras y enfermeras. Una historia de sanadoras*. Edición Española Ed. La Sal, Barcelona.
- Espinoza-Reyes, E., & Solís, M. (2020). Decolonizing the Womb: Agency against Obstetric Violence in Tijuana, Mexico. *Journal of International Women’s Studies*, 21(7), 189-206. <https://vc.bridgew.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=2350&context=jjws>
- Federici, S. (2010). *Calibán y la bruja. Mujeres, cuerpo y acumulación originaria*. Tinta Limón.

- FIGO. (2014). International Federation of Gynecology and Obstetrics.: <https://www.figo.org/español>.
- Fornes V. (2011). *Parirás con poder (pero en tu casa). El parto domiciliario como experiencia política contemporánea*. Ed. CICCUS, Buenos Aires, p. 133-154.
- Foucault, M. (2001). *Los anormales*. Edición Akal.
- García, L. M. (2020, July). *A concept analysis of obstetric violence in the United States of America*. In Nursing forum.
- Hernández R., Fernández, C., & Batista, P. (2014). *Metodología de la investigación (4ta edición)*. Editorial Mc Graw Hill.
- Katz, L., Amorim, M. M., Giordano, J. C., Bastos, M. H., & Brilhante, A. V. M. (2020). Who is afraid of obstetric violence?. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 20(2), 623-626. <https://doi.org/10.1590/1806-93042020000200017>
- Lucca, N., & Berrios, R. (2009). *Investigación Cualitativa Fundamentos, Diseños y Estrategias*. Ediciones SM.
- Lund (2013). *¿Qué es la violencia obstétrica?: Violencia sexual, de género y social*. Blog Espacio Perinatal, Parto y Puerperio. <http://www.espacioperinatal.com/que-es-la-violencia-obstetrica-2/>
- Machado, M. (2014) "¿Cómo parimos?: de la violencia obstétrica al parto humanizado". *Monografía*. Montevideo: URFP. https://sifp.psico.edu.uy/sites/default/files/Trabajos%20finales/%20Archivos/trabajo_final_grado_machado.pdf
- Mena-Tudela, D., Iglesias-Casás, S., González-Chordá, V. M., Cervera-Gasch, Á., Andreu-Pejó, L., & Valero-Chilleron, M. J. (2020). Obstetric Violence in Spain (Part I): Women's Perception and Interterritorial Differences. *International journal of environmental research and public health*, 17(21), 7726. <https://doi.org/10.3390/ijerph17217726>
- Martín-Baró, I. (1989). Sistema, Grupo y Poder. *Psicología Social desde Centroamérica II*. UCA Edit.
- Odent M. (2000). *Entering the World: The De-Medicalization of Childbirth*. Dewey Edition. Boyars Publishers, Incorporated, Marion.
- Organización Anistía Internacional. (2016). *Informe Nacional 2015-2016 de Anistía Internacional y Derechos Humanos*. <https://www.amnesty.org/es/latest/research/2016/02/annual-report-201516/>
- Organización Mundial de la Salud. (2014). *Sexual and reproductive health: Prevention and elimination of disrespect and abuse during childbirth*. https://www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal_perinatal/statement-childbirth/en/
- Paolini, I. (2011). *Violencia Perinatal: una nueva conceptualización*. Presentado en el III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. <http://www.academica.org/000-052/59>
- Parrilla, A. M., Gorrín, J. J., & Dávila, R. R. (2008). Conocimiento, las actitudes y las experiencias del embarazo y el parto en un grupo de madres puertorriqueñas con parto por cesárea. *Revista Puertorriqueña de Medicina y Salud Pública*, 10, 16-24. <https://medicinaysaludpublica.com/wp-content/uploads/2017/12/Primera-investigación-sobre-cesáreas-en-Puerto-Rico.pdf>
- Pereira, C., Domínguez, A., & Toro, J. (2015). Violencia obstétrica desde la perspectiva de la paciente. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*, 75(2), 81-90. http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322015000200002
- Puerto Rico: Gente Saludable (2010). *Área Focal 2020 16: Salud de la Madre, el Infante y el Niño*. Departamento de Salud, Puerto Rico.
- Quevedo, P. (2012). *Violencia obstétrica: una manifestación oculta de la desigualdad de género (Disertación Doctoral)*. Universidad Nacional de Cuyo. Mendoza, Argentina. https://bdigital.uncu.edu.ar/objetos_digitales/4785/tesisquevedo.pdf
- Rivera-Viña, J. (2015). La realidad de las cesáreas en Puerto Rico: La incidencia de cesáreas en Puerto Rico es alta, pero hay alternativas para lograr bajarla. *Galenus Revista para los Médicos de Puerto Rico*. 32(4), 169. <https://www.galenusrevista.com/?La-realidad-de-las-cesareas-en>
- Schechter, S. (2005). *Women and male violence: The visions and struggles of the battered women's movement*. En R. L. Kennedy Bergen, J. L. Edleson, & C. M. Renzetti (Eds.), *Violence against women: Classic papers*. (198-219). Boston: Allyn & Bacon.
- Seligman, M. (1996). *The Optimistic Child: Proven Program to Safeguard Children from Depression & Build Lifelong Resilience*. Houghton Mifflin.
- Silal, S. P., Penn-Kekana, L., Harris, B., Birch, S., & McIntyre, D. (2012). Exploring inequalities in access to and use of maternal health services in South Africa. *BMC health services research*, 12, 120. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-12-120>
- Wolcott, H. (1994). *Writing up qualitative research (2nd ed.)*. Sage.
- Zacher, D. (2015). Obstetrics in a Time of Violence: Mexican Midwives Critique Routine Hospital Practices. *Medical Anthropology Quarterly*, 29(4) 437-454. <https://doi.org/10.1111/maq.12174>
- Zichi-Cohen, M., & Omery, A. (2003). *Escuelas de fenomenología: implicaciones para la investigación*. En J.M. Morse (Ed.), *Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa*. Contus, Editorial de la Universidad de Antioquia, Facultad de Enfermería.
- Zwingel, S., & Zwingel. (2016). *Translating International Women's Rights*. UK. Palgrave Macmillan.



Obra bajo licencia de Creative Commons Atribución 4.0 Internacional (CC BY 4.0).
© 2020 Autores.