



Enfoque holístico de la violencia obstétrica en Ecuador: una problemática ética y sanitaria no visible

Holistic approach to obstetric violence in Ecuador: a non-visible ethical and health problem

Abordagem holística da violência obstétrica no Equador: um problema ético e de saúde não visível

Erick Stiven Cedeño-Zambrano ^I

ecedeno4@utmachala.edu.ec

<https://orcid.org/0009-0006-6706-8079>

Camilo Javier Sánchez-Herrera ^{II}

csanchez8@utmachala.edu.ec

<https://orcid.org/0009-0007-2841-1169>

Sixto Isaac Chilibuquina-Villacis ^{III}

schilibuquina@utmachala.edu.ec

<https://orcid.org/0000-0001-6784-5348>

Correspondencia: ecedeno4@utmachala.edu.ec

Ciencias Técnicas y Aplicadas

Artículo de Investigación

* **Recibido:** 11 de enero de 2024 * **Aceptado:** 28 de febrero de 2024 * **Publicado:** 03 de marzo de 2024

- I. Estudiante de Carrera de Medicina, Universidad Técnica de Machala, El Oro, Ecuador.
- II. Estudiante de Carrera de Medicina, Universidad Técnica de Machala, El Oro, Ecuador.
- III. Médico Especialista en Ginecología y Obstetricia, Doctor en Ciencias Médicas, Universidad Técnica de Machala, El Oro, Ecuador.

Resumen

Hace aproximadamente 30 años, Ecuador lucha contra la violencia física, verbal y psicológica hacia la mujer; actualmente, el país cuenta con una Ley Orgánica donde define a la Violencia Obstétrica como “toda acción u omisión que limite el derecho de la embarazada o no, a recibir servicios de salud gineco-obstétricos”. El presente artículo tiene como finalidad detallar la Violencia Obstétrica como una problemática ética y sanitaria no visible en el Ecuador, mediante un estudio observacional de tipo descriptivo basado en la recopilación de 30 artículos en las bases de datos PubMed y LILACS, donde se exponen factores de riesgos, tipos y la vulneración de los principios bioéticos, además de su prevalencia en el país. Se concluyó que los hallazgos demuestran claramente la existencia de un trato deshumanizante durante la gestación, parto y puerperio, secundarios a la omisión, falta de conocimiento, imprudencia, impericia y negligencia por parte del profesional de salud, comprometiendo la calidad de vida de las gestantes y púerperas.

Palabras clave: Violencia obstétrica; Salud sexual y reproductiva; Complicaciones del parto; Depresión posparto; Ética médica.

Abstract

For approximately 30 years, Ecuador has been fighting against physical, verbal and psychological violence against women; Currently, the country has an Organic Law where Obstetric Violence is defined as “any action or omission that limits the right of the pregnant woman, or not, to receive gynecological-obstetric health services.” The purpose of this article is to detail Obstetric Violence as a non-visible ethical and health problem in Ecuador, through a descriptive observational study based on the compilation of 30 articles in the PubMed and LILACS databases, where factors of risks, types and violation of bioethical principles, in addition to their prevalence in the country. It was concluded that the findings clearly demonstrate the existence of dehumanizing treatment during pregnancy, childbirth and the postpartum period, secondary to omission, lack of knowledge, imprudence, inexperience and negligence on the part of the health professional, compromising the quality of life of the pregnant women. and puerperal.

Keywords: Obstetric violence; sexual and reproductive health; Childbirth complications; Postpartum depression; Medical ethics.

Resumo

Há aproximadamente 30 anos, o Equador luta contra a violência física, verbal e psicológica contra as mulheres; Atualmente, o país possui uma Lei Orgânica onde a Violência Obstétrica é definida como “qualquer ação ou omissão que limite o direito da gestante, ou não, de receber serviços de saúde ginecológico-obstétrico”. O objetivo deste artigo é detalhar a Violência Obstétrica como um problema ético e de saúde não visível no Equador, através de um estudo observacional descritivo baseado na compilação de 30 artigos nas bases de dados PubMed e LILACS, onde fatores de riscos, tipos e violação de princípios bioéticos, além de sua prevalência no país. Concluiu-se que os achados demonstram claramente a existência de tratamento desumanizador durante a gravidez, o parto e o puerpério, secundário à omissão, desconhecimento, imprudência, inexperiência e negligência por parte do profissional de saúde, comprometendo a qualidade de vida da mulher gestantes e puérperas.

Palavras-chave: Violência obstétrica; saúde sexual e reprodutiva; Complicações no parto; Depressão pós-parto; Ética Médica.

Introducción

La protocolización de los cuidados prenatales y el parto ha perturbado la interacción humanizada entre el médico y la mujer gestante, debido a la caracterización del embarazo como un proceso no fisiológico, que requiere de un estricto e integral cuidado materno. Este evento, sumado al incumplimiento de los principios generales bioéticos que rigen el accionar del médico y establecen los derechos del paciente, se engloban en la problemática multifactorial conocida como violencia obstétrica (Barbosa & Modena, 2018). El término violencia obstétrica (VO) se define como la “apropiación de cuerpos en proceso reproductivo por parte del cuerpo médico, bajo un manejo deshumanizante y/o medicalización excesiva, resultando en la vulneración de los principios de la ética médica y la afectación de la calidad de vida de la gestante” (Annborn & Finnbogadóttir, 2022) (Martín-Badia et al., 2021). El primer país en definir el término “Violencia Obstétrica” fue Venezuela en el año 2007, considerando al mismo como una “forma punible de violencia contra la mujer”. (Annborn & Finnbogadóttir, 2022)

En adición, la Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoció en 2014 a la VO como un relevante problema de salud, que compromete de manera directa el bienestar materno-fetal (Lansky et al., 2019), apoyado por observaciones específicas que concluyeron que las mujeres embarazadas

son atendidas de manera violenta, al experimentar irrespeto, maltrato, abuso físico y psicológico y negligencia por parte de los profesionales de salud (Barbosa & Modena, 2018)(Melet et al., 2022)(Martínez et al., 2023), resultando en un acercamiento insatisfactorio e innecesario (Khalil et al., 2022). Además, la OMS reconoció que intervenciones excesivas y la hipermedicalización periparto como la ruptura artificial de membrana amniótica, maniobra expulsiva de Kristeller, conducción acelerada con oxitocina y episiotomías no consentidas (Martínez et al., 2021) (Ledesma et al., 2023) son formas de violencia obstétrica, ya que conllevan un sinnúmero de complicaciones del bienestar materno-fetal. Este suceso constituyó el punto de partida para la realización de estudios que evidencien la problemática a escala mundial.

En países de Europa Occidental como España, Croacia e Italia, los procedimientos invasivos no consentidos por la mujer son altamente prevalentes. En España, la prevalencia aproximada de VO en mujeres atendidas tanto en centros de salud públicos y privados fue 38,3%, siendo mayor en la atención pública que privada, donde se destacó ausencia de consentimiento y comunicación de decisiones (34,5%), comentarios irónicos y denigrantes (31,4%) y practica de procedimientos dolorosos e innecesarios (52,3%) (Mena, Iglesias, et al., 2020). En Croacia, entre las intervenciones periparto más frecuentes destacan la maniobra de Kristeller (54%) y la episiotomía no consentida (70%). En Italia, “la episiotomía periparto presenta una tasa de 54,24% en la atención” (Mena et al., 2021). Los países de la región Mediterránea, según los indicadores sanitarios, ocupan los primeros lugares en tasas de mortalidad materno-infantil, debido a las estrictas normativas de salud que rigen en dichos países (Molla et al., 2022). En países africanos de ingresos medianos bajos como Ghana, Guinea y Nigeria, “más de un tercio de las mujeres embarazadas experimentan VO en el parto, destacando que las mujeres jóvenes 1,8 veces más propensas a experimentar abuso físico, mientras que, las mujeres con baja escolaridad eran 3,6 veces más propensas a sufrir abuso verbal”. (Molla et al., 2022)

En Ecuador, en los últimos 30 años a pesar de los múltiples esfuerzos con la finalidad de dar protección a la mujer de la violencia, como la aplicación de la Ley Orgánica Integral para Prevenir y Erradicar la Violencia contras las Mujeres (Edeby & San Sebastián, 2021) (Laínez et al., 2023), se ha mostrado que existe un “alto índice de violencia obstétrica (32,79%), incluso más alta que en países como Brasil (12.6%), Tanzania (19-28%) y países desarrollados” (Arias et al., 2022). A pesar de la ejecución de múltiples estudios que revelan el desconocimiento de trato irrespetuoso, ofensivo y negligente durante el manejo del parto, sumado a la constante intervención de la OMS

en el desarrollo de protocolos de cuidado materno-fetal, no se ha desarrollado un consenso internacional que defina los comportamientos, intervenciones e hipermedicalizaciones como formas de violencia obstétrica (Brandão et al., 2018). Por dicha razón, la prevalencia mundial y nacional de VO es desconocida, lo que invisibiliza la problemática ética y sanitaria e incrementa la vulnerabilidad de las mujeres embarazadas. Por ello, el objetivo del presente artículo es detallar la violencia obstétrica como una problemática ética y sanitaria no reconocida en el Ecuador, mediante una revisión crítica-analítica de artículos científicos, para la concientización de la correcta atención materna en el proceso de parto y puerperio.

Metodología

La estrategia metodológica adoptada se estructuró a partir de un enfoque observacional, descriptivo y de corte transversal, centrándose en la recolección y análisis sistemático de artículos científicos para abordar de manera detallada y destacar la Violencia Obstétrica (VO) como una cuestión que abarca tanto el aspecto ético y sanitario. Para identificar las publicaciones pertinentes, se llevó a cabo una exhaustiva búsqueda en bases de datos reconocida como PubMed y la Literatura Latinoamérica y del Caribe en Ciencias de la Salud (LILACS). Inicialmente, PubMed albergaba 1146 artículos relacionados con “Violencia Obstétrica”; sin embargo, tras la aplicación de filtros específicos, se redujo a 143 resultados en un período de 5 años (2018 a 2023). Por su parte, LILACS presentó 205 artículos sobre el tema, disminuyendo a 59 tras la aplicación de criterios de exclusión y admisibilidad. En total, se identificaron 202 artículos científicos relevantes (universo) considerando ambas bases de datos. De estos, se seleccionaron rigurosamente 30 publicaciones (muestra) que cumplieran con los criterios de inclusión y exclusión establecidos.

Los artículos científicos utilizados en la elaboración del presente estudio fueron extraídos, analizados, criticados y seleccionados bajo la aplicación de criterios de inclusión y exclusión. Los criterios de inclusión se enfocaron en mujeres embarazadas, en proceso de parto o puerperas, así como en establecimientos médicos que ofrecen atención durante este período; además de que consten en revistas de alto impacto posicionadas en el ranking de países y revistas Scimago (SJR). Se abarcó una variedad de formas de violencia obstétrica, como abuso verbal, negligencia, procedimientos médicos sin consentimientos y maltrato físico, recolectados a través de estudio, encuestas, testimonios, registros médicos y entrevistas. En contraste, los criterios de exclusión se

aplicaron a estudios no pertinentes, poblaciones no relacionadas, investigaciones sin validez científica y fuentes poco confiables o éticamente cuestionables.

La recopilación de artículos científicos se llevó a cabo mediante una búsqueda sistemática en PubMed y LILACS, utilizando descriptores en salud utilizados como expresión de búsqueda como “violencia obstétrica”, “salud sexual y reproductiva”, “complicaciones del parto”, “depresión posparto” y “ética médica”. La elegibilidad de los artículos fue evaluada conjuntamente por los tres investigadores y autores del artículo, utilizando los criterios PICO (P=Población, I=Intervención, C=comparación, O=resultados) centrados en mujeres embarazadas, eventos de violencia física y psicológica durante el control prenatal y el parto, así como en el impacto de la violencia obstétrica en la salud física y mental de la mujer embarazada y en el feto. La recolección de datos se enfocó en cumplir con el objetivo general del estudio, el cual permitió explicar el concepto global de violencia obstétrica.

Resultados y discusión

Las publicaciones relacionadas con VO que fueron analizadas en el estudio se distribuyeron de la siguiente manera: Se reportaron 15 artículos (50%) que estudiaron la problemática en varios países de Europa, principalmente en España, el cual abarcó 8 artículos (26,6%) de la muestra. Adicionalmente, 10 artículos (33,3%) evaluaron la prevalencia de VO en Sudamérica, destacando principalmente los reportes de Brasil, con un total de 4 publicaciones (13,3%) y Ecuador, con un total de 4 publicaciones (13,3%). En Norteamérica, se analizaron 2 publicaciones (México y Estados Unidos de América), consolidando el 6,6% de la muestra. Finalmente, el reporte de Asia y África fue de 2 (6,6%) y 1 (3,3%) publicaciones de interés para la presente indagación, respectivamente. La conceptualización global de VO fue detallada en un total de 5 artículos, que representan el 16,6% de la muestra analizada. En dicho número de artículos, se describe a la VO como la apropiación de cuerpos en etapa de gestación, parto o puerperio, por profesionales sanitarios, los cuales ejercían un trato deshumanizante, violencia física, verbal y psicoafectiva, y/o medicalización excesiva, coartando la participación de la mujer en la toma de decisiones y privando la progresión fisiológica del evento obstétrico. (Annborn & Finnbogadóttir, 2022; Ferrão et al., 2022; Khalil et al., 2022; Lansky et al., 2019; Martínez et al., 2021)

Los componentes de VO fueron estudiados en un total de 6 artículos, que representan el 20% de la muestra analizada. Los artículos definen la existencia de siete eventos como parte del marco de VO

denominado “Bowser-Hill”: abuso físico, cuidado materno no consentido, no confidencial y no dignificado, abandono y detención del proceso (Khalil et al., 2022). Además, el abuso físico está enmarcado en un sinnúmero de intervenciones innecesarias como episiotomía, maniobra de Kristeller, maniobra de Hamilton, enemas, rasurado púbico y oxitocina no justificada, los cuales tienen una alta prevalencia en el Ecuador (episiotomía en 51,7% de pacientes y maniobra de Kristeller en 19,4% de pacientes analizados) (Barbosa & Modena, 2018; Brandão et al., 2018; Mena et al., 2021; Zaami et al., 2019). En el marco de abandono a la mujer embarazada, se reconoce a la falta de acceso al aborto seguro y legal como un causante de sepsis postquirúrgica y hemorragias, además de maleficios económicos y políticos que engloba su práctica. (O’Brien & Rich, 2022)

Los factores de riesgo y los factores de protección fueron establecidos en un total de 6 artículos, que representan el 20% de la muestra evaluada. Se detallan como factores de riesgo asociados a VO el bajo nivel socioeconómico, limitada escolaridad, discriminación étnica y cultural, retraso de la atención materna y ausencia de seguimiento prenatal (Arias et al., 2022; Molla et al., 2022). Entre estos factores, la baja escolaridad se ha visto relacionado con diversos tipos de violencia como violencia física (35,44%), psicológicas (56,92%) y económica (16,38%) (Edeby & San Sebastián, 2021). En contraste, los factores protectores o reductores de VO son alto nivel de escolaridad, percepción de la problemática por las mujeres embarazadas y el establecimiento de la VO como un problema de salud real abordado en instituciones de educación médica. (Ismail et al., 2023; Mena, Cervera, et al., 2020; Mena- et al., 2020)

La clasificación de VO varió en los artículos recopilados. Se detallará a continuación dos clasificaciones según la forma de violencia y según su objeto, hallados en 3 artículos, que corresponden al 10% de la muestra:

Tabla 1: Clasificación de la Violencia Obstétrica según autores.

Tema de artículo	de Autores y año de publicación	Objetivo	Resultados
The magnitude of the problem of obstetric	Martínez-Galiano, Juan; Martínez-	Determinar la prevalencia y factores de riesgo relacionados	Se reconocen 3 formas de violencia obstétrica:

violence and its associated factors: cross-sectional study.	Vásquez, Sergio; A Rodríguez-Almagro, Julián. 2021	de la violencia obstétrica en el sistema sanitario español.	<p>1. Violencia física: Uso de procedimientos no indicados o no consentidos considerados como violentos.</p> <p>2. Violencia psicológica: Manipulación emocional de la mujer gestante.</p> <p>3. Violencia verbal: Uso de descalificativos denigrantes verbales, trato verbal inadecuado y crítica a la expresión de emociones de la mujer. (Laínez et al., 2023; Martínez et al., 2021)</p>
Consecuencias físicas y psicológicas de la violencia obstétrica en países de Latinoamérica.	Valiente, Laínez; et Al. 2023	Definir la violencia obstétrica y sus divisiones, además de reconocer sus consecuencias físicas y psicológicas.	
Obstetric violence in the perception of multiparous women.	De Oliveira-Ribeiro, Deise; et Al. 2020	Analizar la percepción de mujeres multíparas sobre experiencias de violencia obstétrica.	<p>La VO se divide en 2 tipos:</p> <p>1. Violencia en primípara: Comentarios negativos y violentos contra la mujer nulípara.</p> <p>2. Violencia en multípara: Normalización de actos inapropiados, dado el antecedente de la madre. (De Oliveira et al., 2020)</p>

Elaborado por autores

La prevalencia a nivel internacional de VO se ha estudiado en un total de 8 artículos en diferentes idiomas: 5 en inglés, 2 en portugués y 1 en español; los mismo en el que la prevalencia se figura de manera distinta, con variados datos en países de Asia, América, África y Europa y que corresponden al 26,6% de la muestra. En Brasil, los resultados demuestran que un total de 4 mujeres que han sido atendidas al menos 1 ha sufrido algún tipo de VO en el trabajo de parto (O'Brien & Rich, 2022), además, en los casos de aborto, la mitad de los casos han reportado algún procedimiento inadecuado como episiotomía, inducción innecesaria para acelerar el proceso, maniobra de Kristeller y cesárea sin consentimientos (Barbosa & Modena, 2018). Así mismo, reporta Sonia et al, que un total de 12.6% de las gestantes han reportado procedimientos antes mencionados asociados a factores socioeconómicos: estado civil, ausencia de pareja y renta menor (Martín-Badia et al., 2021).

En el periodo 2011 a 2015, en México, fueron atendidas 8,7 millones de partos, de este total un 33,4% han sufrido maltratos provenientes del profesional de la salud. A diferencia de Venezuela donde de 180 pacientes, el 55% está relacionada a abusos de cualquier tipo (Laínez et al., 2023). El reporte de la encuesta nacional sobre dinámica de relaciones en el hogar en México arrojó que las mujeres en último parto, el 33,3% sufrió algún tipo de VO, mismo que es considerada como una práctica romantizada en todo el sistema de salud (Castro & Frías, 2020). México desde el 2022 ha incorporado dentro de su “Ley General de Salud y Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia”, una definición más concreta sobre VO, con la finalidad disminuir su incidencia (Khalil et al., 2022). En Estados Unidos de América en su encuesta nacional realizada entre los años 2010 y 2016 se reportó en un total de 17,3% de las parturientas, especialmente en las mujeres que optaron por dar a luz en sus hogares (5,1%), sufrieron abuso físico, violación de privacidad en información personal y en lo físico, amenazadas y solicitudes ignoradas o retrasadas. (Perrotte et al., 2020)

La relación entre los países europeos y VO no varía mucho, es decir, son altos. Las gestantes con conocimientos previos relatan procedimientos no necesarios, como la maniobra de Kristeller, la cual fue reportada en Croacia y España con una frecuencia de 54% y 25%, respectivamente. Otro procedimiento no consentido es la episiotomía. En Croacia, esta práctica representa un 70%, España el 25% e Italia con el 54.24% (Mena et al., 2021) (Martínez et al., 2021). Los enemas también son reportados en Croacia con un total del 78% de los trabajos de parto, en Italia y España no existe evidencia de su uso. Por último, los partos instrumentados se reportaron en España con un porcentaje similar a las episiotomías (Martínez et al., 2021), mientras que, Italia reporta la tasa de cesáreas injustificadas en un total de 32,54%. (Mena et al., 2021)

En el continente asiático, las investigaciones son escasas, pero el irrespeto a la no confidencialidad, tacto vaginal y episiotomía representan 25,9% en las dos primeras y el 66,4% a la tercera. Sumado a ello, este mismo artículo menciona que en Irán, el 33% de las mujeres manifestaron eventos traumáticos durante todo el proceso de parto (Perrotte et al., 2020). La región del Mediterráneo, comprendida en un total 22 países, posee una de las tasas más altas a nivel mundial relacionadas a mortalidad materno-neonatal. Se evidenció que la VO afecta a todo el sistema de salud universal, en el que muchas mujeres, especialmente jóvenes, tienen un riesgo relativo 1,8 veces mayor de sufrir algún tipo de abuso físico, verbal o psicológico, riesgo que se duplica en mujeres con una calidad estudiantil deplorable (Khalil et al., 2022). Correspondiente al Sur de Etiopía, en un centro

de la Zona Gedeo, se informa que la magnitud de la violencia obstétrica es alta, ya que, según los resultados de un informe de 661 madres, el 79,7% la padecieron. (Molla et al., 2022)

En el Ecuador, la terminología “Violencia Obstétrica” es relativamente nueva. Los resultados de las investigaciones asociadas a esta entidad fueron hallados en un total de 3 artículos, que representaron el 10% de la muestra. En estos, se detalló que el Estado ecuatoriano es configurado como un Estado de derecho y justicia según su Constitución (2008). Por ello, en los últimos 30 años se han impulsado normativas, beneficiosas, aunque insuficientes, cuya finalidad es garantizar la protección integral a la mujer, como Código Orgánico Integral Penal (COIP), estableciendo como delito a toda violencia física, psicológica y sexual hacia la mujer (Arias et al., 2022). A día de hoy, algunos países de América Latina han desarrollado leyes que contemplan a la VO como parte de la violencia hacia la mujer, como El Salvador en el año 2021 y Ecuador, a través de la “Ley Orgánica Integral para Prevenir y Erradicar la Violencia contra las Mujeres”, o por sus siglas LOIPEVM, rigiendo a partir de año 2018 y ampliando el alcance de protección de las diferentes formas de violencia (Laínez et al., 2023). El artículo 10 de la LOIPEVM, define textualmente a la VO como “toda acción u omisión que limite el derecho de la mujer embarazada o no, a recibir servicios de salud obstétricos” (Ledezma et al., 2023). Las experiencias de las madres ecuatorianas relacionadas a VO datan que 7.173 mujeres (32,79%) describen hechos violentos, existiendo una mayor prevalencia en edades de 46-55 años (42,70%), de una muestra total de 17.211 mujeres mayores a 15 años, según los relatos la negligencia en centros médicos, el retraso del trabajo de parto y emisión de comentarios de menosprecio a la mujer son los más comunes. (Arias et al., 2022)

La violencia obstétrica vulnera totalmente los Principios básicos de la Bioética, alterando la relación médico-paciente y obligando a la gestante a someterse ante el profesional de la salud. Para este análisis crítico, se encontró únicamente un artículo denominado “Obstetric violence: influences of the Senses of Birth exhibition in pregnant women childbirth experience” del año 2019 y tiene como objetivo el “contribuir a ampliar el conocimiento y la movilización social sobre las prácticas en la atención del trabajo de parto y nacimiento” (Martín-Badia et al., 2021), los resultados se detallan en la tabla 2:

Tabla 2: Vulneración de los principios bioéticos en Violencia Obstétrica según autores.

Principio de no maleficencia

El principio hipocrático “*Primum non nocere*” implica la responsabilidad de los profesionales de la salud de no dañar o lesionar a las pacientes vulnerables durante el parto. La exposición física y la invasión emocional pueden generar violencia obstétrica, que no se limita a la violencia física o verbal, sino también a la omisión y exceso de intervención, denominada “violencia oculta”, violando los principios éticos de la profesión médica.

Principio de beneficencia

El segundo principio hipocrático representa la responsabilidad del médico profesional de brindar beneficios mientras se minimizan los daños. Sin embargo, ciertas prácticas inofensivas pueden volver iatrogénicas para la parturienta, ya que el parto se ve como un procedimiento médico más no como un proceso fisiológico. Por lo tanto, es importante que el profesional reflexione y personalice cada caso.

Principio de autonomía

La autonomía, es el principio fundamental en la obstetricia, se basa en el ejercicio del consentimiento informado y la capacidad de decidir. Sin embargo, en la práctica, es frecuentemente violado, donde las mujeres se ven más vulnerables y con limitada autonomía, lo que puede ser distorsionada erróneamente en aras de “bienestar”.

Principio de justicia

El principio de justicia en el campo de la salud implica tratar a todas las personas por igual consideración y distribuir los recursos de manera equitativa. No obstante, en el caso de la violencia obstetricia, las mujeres se enfrentan a discriminaciones basadas en género y expectativas sociales. Resultando en diferentes experiencias de parto y percepciones de capacidad entre las mujeres de distintos estratos sociales.

Elaborado por autores

Existe evidencias notificadas y no notificadas en la relación estrecha entre las consecuencias que sufren las mujeres y VO, causadas el exceso de intervenciones secundario a la posición de inferioridad adoptada por la gestante, incluso llegando a ser irreversibles. La tabla 3 detalla las consecuencias físicas y psicológicas de la VO, halladas en un total de 7 artículos correspondientes al 23,33% de la muestra:

Tabla 3: Consecuencias físicas y psicológicas de la Violencia Obstétrica según autores.

Tema de artículo	Autores y año de publicación	Objetivo	Resultados
Consecuencias físicas de VO			
Consecuencias físicas y psicológicas de la violencia obstétrica en países de Latinoamérica.	Laínez y Valiente, Nancy Gisell et al. 2023.	Definir la violencia obstétrica, su origen, divisiones, relación con los derechos sexuales y reproductivos de la mujer, así como identificar sus consecuencias físicas y psicológicas.	Lactancia materna Las complicaciones en la lactancia materna son determinadas por el parto y las intervenciones realizadas durante todo el proceso. Las cuales encontramos a la mastitis secundario a la obstrucción de conductos mamarios como efectos secundarios por el uso de antibióticos, el dolor post cesáreo, en los niños prematuros se presentan dificultad a la succión y además de desarrollo de estrés post traumático que afecta la lactancia materna. (Laínez et al., 2023)
			Incontinencia Solo el 10% de las incontinencias urinarias o fecales, producto de instrumentación y pujos innecesarios en la labor de parto suelen ser complicadas. (Laínez et al., 2023)
			Cesárea injustificada Aumentan el riesgo de morbi-mortalidad materna-infantil, de partos prematuros y hospitalización a UCIN al doble de un parto normal o una cesárea justificada. (Laínez et al., 2023)
Does episiotomy always equate violence in obstetrics? Routine and selective episiotomy in obstetric	S. Zaami, M. Stark et al. 2019.	Determinar si la episiotomía, es un procedimiento invasivo ampliamente aplicado, puede constituir una factor determinante de la responsabilidad de los profesionales	Episiotomía La Organización Mundial de la Salud, determina que el uso rutinario de la episiotomía no está aconsejado e incluso es catalogada como un procedimiento de mutilación genital femenino (Zaami et al., 2019), además de aumentar el riesgo para hemorragias severas, las principales consecuencias en orden decreciente son: compromiso de la piel y/o mucosa vaginal con un total de 32,9 %, edema con el 31,8 %, desgarro

practice and legal questions.		según los estándares de violencia obstétrica.	grado II lleva el 29,4 %, infecciones el 18,8 %, hematoma con un 17,6 % y por último dolor perineal con 2,4 %. (Laínez et al., 2023)
Consecuencias psicológicas de VO			
Relationship between perceived obstetric violence and the risk of postpartum depression: An observational study.	Sergio Martínez-Vázquez, Anthonio Hernández-Martínez et al, 2022.	Determinar la relación entre la violencia obstétrica percibida y el riesgo de depresión posparto (DPP).	Depresión postparto (DPP) Es la afección psicológica más frecuente en las mujeres que han pasado el trabajo de parto y se encuentran en el puerperio, se caracteriza por tristeza profunda y persistente, desapego emocional hacia la maternidad y pensamientos negativos hacia el embarazo. Está altamente asociada a cualquier tipo de Violencia Obstétrica durante los controles prenatales y el trabajo de parto (Martínez et al., 2022). Los factores de riesgos para DPP son el sentimiento de abandono en el parto, terapia del dolor ineficiente y frustración por ser sometida a una cesárea no consentida (Laínez et al., 2023). Es por ello que la OMS hace un llamado a todas las entidades de salud a evitar y erradicar cualquier tipo de VO, con la finalidad de disminuir las incidencias de Depresión postparto. (Martínez et al., 2022)
Consecuencias físicas y psicológicas de la violencia obstétrica en países de Latinoamérica.	Laínez Valiente, Nancy Gisell et al. 2023.	Definir la violencia obstétrica, su origen, divisiones, relación con los derechos sexuales y reproductivos de la mujer, así como identificar sus consecuencias físicas y psicológicas.	

<p>Risk Factors for Post-Traumatic Stress Disorder after Childbirth: A Systematic Review.</p>	<p>Ijlas El Founti Khsim, Mirella Martínez Rodríguez et al, 2022.</p>	<p>Identificar los factores de riesgo asociados con el diagnóstico de TEPT después del parto.</p>	<p>Síndrome de Estrés Postraumático (SEPT) En términos de frecuencia de presentación, el SEPT se encuentra en la tercera posición, su incidencia varía de acuerdo a las bibliografías que se usen, sin embargo, es prudente mencionar un rango entre 0,8% y 12,3% independientemente de si hubo o no de Violencia Obstétrica (Martínez-Vázquez et al., 2021). Su presentación clínica según Founti et Al, se basa en cinco criterios (Khsim et al., 2022):</p>
<p>Factors Associated with Postpartum Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) Following Obstetric Violence: A Cross-Sectional Study.</p>	<p>Sergio Martínez-Vázquez, Julián Rodríguez Almagro et al, 2021.</p>	<p>Determinar la asociación entre experimentar violencia obstétrica y la incidencia del trastorno de estrés postraumático (TEPT) posparto.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pensamientos persistentes del parto por “flashbacks”. 2. Desconexión de la maternidad. 3. Expresión repetitiva de lo observado en el parto. 4. Sensación de ira hacia el cuerpo médico. 5. Experiencia negativa manifiesta de la maternidad.
<p>Birth Experience, Postpartum PTSD and Depression before and during the Pandemic of COVID-19 in Russia.</p>	<p>Vera Yukopova, Anna Suarez y Anna Kharchenko, 2022.</p>	<p>Investigar los cambios en el sistema de salud materna durante la pandemia y sus asociaciones con la salud mental materna en Rusia.</p>	<p>Su asociación más íntima es a los procedimientos violentos, por ejemplo, maniobra de Kristeller en el expulsivo, desgarros perianales y hemorragias postparto (Khsim et al., 2022). Los principales factores en el desarrollo de TEPT se debe a un inadecuado manejo en todo el período de gestación, que puedan ser considerados por la mujer como violentos para su salud física y mental (Láñez et al., 2023). En contra parte a ello, se reconocen factores protectores de TEPT, encontrándose el respeto a la planificación del proceso de parto acordado con el profesional médico, comunicación asertiva en la relación médico-paciente, además del primer contacto piel con piel entre madre y recién nacido (Hernández et al., 2019). Finalmente, investigaciones recientes sobre las repercusiones de la superada pandemia de COVID-19, indican</p>
<p>Postpartum post-traumatic stress disorder: Associated perinatal factors and quality of life.</p>	<p>Antonio Hernández-Martínez, Julián Rodríguez Almagro et al, 2019.</p>	<p>Determinar la prevalencia de TEPT en las semanas 4 y 6 del posparto, y su relación con variables perinatales y calidad de vida.</p>	<p>la</p>

<p>Consecuencias físicas y psicológicas de la violencia obstétrica en países de Latinoamérica.</p>	<p>Laínez y Valiente, Nancy Gisell et al. 2023.</p>	<p>Definir la violencia obstétrica, su origen, divisiones, relación con los derechos sexuales y reproductivos de la mujer, así como identificar sus consecuencias físicas y psicológicas.</p>	<p>que el servicio de obstetricia es de los principales afectados, pues se han reportado un alto índice de TEPT en comparación con mujeres que han parido antes de pandemia, en ellas se vio afectada directamente en la relación madre-neonato. (Yakupova et al., 2021)</p> <hr/> <p>Ansiedad</p> <p>Sus características clínicas son pensamientos negativos y exaltados, imprudencia y preocupación constante. Esta patología psicoactiva suele aumentar en el período de puerperio a causa de las modificaciones hormonales en la mujer. La aparición de la ansiedad representa una problemática amplia para los servicios de Gineco-obstetricia y es más reconocibles al término del tercer trimestre (42,9%). Los pensamientos negativos a medida que se acerca la fecha de parto son más frecuentes propicia a desarrollar trastornos emocionales y conductuales, repercutiendo a la salud mental y se expresan en comportamientos hostiles en el manejo de la paciente. (Laínez et al., 2023)</p>
---	---	---	---

Elaborado por autores

Los autores coincidieron que la VO es un problema sanitario caracterizado por el trato deshumanizante de las mujeres en etapa de gestación, parto y puerperio, debido a la práctica de eventos violentos físicos tales como episiotomía sin anestesia, maniobra de Kristeller, maniobra de Hamilton, rasurado púbico, posición no adecuada y uso de oxitocina sin previa justificación, los cuales no están plenamente recomendados en las Guías de Práctica Clínica del Ecuador; sin embargo, son realizadas en los servicios sanitarios. La prevalencia de episodios de VO en el país se engloba en un conjunto de acciones verbales como la banalización de dolor de parto mediante la expresión de frases hirientes y no verbales como el descuido y negligencia en los centros de salud, vulneración de los cuerpos desnudos de la mujer mediante miradas juzgadoras y el retraso en el manejo de la gestante. Según los autores, la aplicación de VO en la mujer puede conllevar a la aparición de complicaciones de la salud materna, principalmente trastornos psicológicos como

TEPT, ansiedad y DPP. Por ello, consideramos que el establecimiento de una definición global de VO puede repercutir en la visibilización de la problemática, muchas veces omitida por los protagonistas del área de salud del Ecuador.

Conclusiones

La VO es un problema de salud pública, que compromete la calidad de vida de las mujeres durante la gestación, parto y puerperio, que involucra la participación de eventos físicos, psicoafectivos y verbales derivados del accionar médico, basados en la vulneración de los principios de la ética médica, produciendo múltiples complicaciones físicas y psicológicas en el binomio materno-fetal. Consideramos que la visibilización de VO como un problema ético y sanitario prevalente en el país permitirá la concientización acerca del correcto manejo de las gestaciones y partos por los profesionales de la salud y, por ende, la reducción de casos en el país, gracias a la enseñanza cosmovisiva y holística de esta problemática en instituciones de formación médica; además de su descripción en normativas, protocolos y/o guías clínicas del Ministerio de Salud Pública.

Referencias

1. Annborn, A., & Finnbogadóttir, H. (2022). Obstetric violence a qualitative interview study. *Midwifery*, 105. <https://doi.org/10.1016/J.MIDW.2021.103212>
2. Arias, F., Arteaga, E., & San Sebastián, M. (2022). Social inequalities in women exposed to obstetric and gynecologic violence in Ecuador: a cross-sectional study. *BMC Women's Health*, 22(1), 1–8. <https://doi.org/10.1186/S12905-022-01998-2/TABLES/2>
3. Barbosa, D., & Modena, C. (2018). Obstetric violence in the daily routine of care and its characteristics. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 26, 3069. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2450.3069>
4. Brandão, T., Cañadas, S., & Galvis, A. (2018). Childbirth experiences related to obstetric violence in public health units in Quito, Ecuador. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 143(1), 84–88. <https://doi.org/10.1002/IJGO.12625>
5. Castro, R., & Frias, S. (2020). Obstetric Violence in Mexico: Results from a 2016 National Household Survey. *Violence Against Women*, 26, 555–572. <https://doi.org/10.1177/1077801219836732>

6. De Oliveira, D., Calcagno, G., & Netto, A. (2020). Obstetric violence in the perception of multiparous women. *Revista Gaucha de Enfermagem*, 41. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190419>
7. Edeby, A., & San Sebastián, M. (2021). Prevalence and sociogeographical inequalities of violence against women in Ecuador: a cross-sectional study. *International Journal for Equity in Health*, 20(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/S12939-021-01456-9/TABLES/3>
8. Ferrão, A. C., Sim-Sim, M., Almeida, V. S., & Zangão, M. O. (2022). Analysis of the Concept of Obstetric Violence: Scoping Review Protocol. *Journal of Personalized Medicine* 2022, Vol. 12, Page 1090, 12(7), 1090. <https://doi.org/10.3390/JPM12071090>
9. Hernández, A., Rodríguez, J., & Molina, M. (2019). Postpartum post-traumatic stress disorder: Associated perinatal factors and quality of life. *Journal of Affective Disorders*, 249, 143–150. <https://doi.org/10.1016/J.JAD.2019.01.042>
10. Ismail, A., Ismail, A., & Hirst, J. (2023). Prevalence and risk factors of obstetric violence in the Gaza strip: A retrospective study from a conflict setting. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. <https://doi.org/10.1002/IJGO.14911>
11. Khalil, M., Carasso, K., & Kabakian, T. (2022). Exposing Obstetric Violence in the Eastern Mediterranean Region: A Review of Women's Narratives of Disrespect and Abuse in Childbirth. *Frontiers in Global Women's Health*, 3. <https://doi.org/10.3389/FGWH.2022.850796>
12. Khsim, I., Martinez, M., & Riquelme, B. (2022). Risk Factors for Post-Traumatic Stress Disorder after Childbirth: A Systematic Review. *Diagnostics (Basel, Switzerland)*, 12(11). <https://doi.org/10.3390/DIAGNOSTICS12112598>
13. Laínez, N., Martínez, G., & Portillo, D. (2023). Consecuencias físicas y psicológicas de la violencia obstétrica en países de Latinoamérica. *Alerta (San Salvador)*, 6(1), 70–77. <https://doi.org/10.5377/ALERTA.V6I1.15231>
14. Lansky, S., De Souza, K., & De Moraes, E. (2019). Obstetric violence: influences of the Senses of Birth exhibition in pregnant women childbirth experience. *Ciencia & Saude Coletiva*, 24(8), 2811–2824. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018248.30102017>
15. Ledesma, D., Martens, C., & Brandão, T. (2023). Violencia obstétrica en Ecuador: una realidad invisibilizada. *Mundos Plurales - Revista Latinoamericana de Políticas y Acción Pública*, 10(1), 39–57. <https://doi.org/10.17141/MUNDOSPLURALES.1.2023.5946>

16. Martín-Badia, J., Obregón-Gutiérrez, N., & Goberna-Tricas, J. (2021). Obstetric Violence as an Infringement on Basic Bioethical Principles. Reflections Inspired by Focus Groups with Midwives. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(23). <https://doi.org/10.3390/IJERPH182312553>
17. Martínez, J., Martínez, S., & Rodríguez, J. (2021). The magnitude of the problem of obstetric violence and its associated factors: A cross-sectional study. *Women and Birth: Journal of the Australian College of Midwives*, 34(5), e526–e536. <https://doi.org/10.1016/J.WOMBI.2020.10.002>
18. Martínez, J., Rodríguez, J., & Rubio, A. (2023). Obstetric Violence from a Midwife Perspective. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(6), 4930. <https://doi.org/10.3390/IJERPH20064930>
19. Martínez, S., Hernández, A., & Rodríguez, J. (2022). Relationship between perceived obstetric violence and the risk of postpartum depression: An observational study. *Midwifery*, 108. <https://doi.org/10.1016/J.MIDW.2022.103297>
20. Martínez-Vázquez, S., Rodríguez-Almagro, J., Hernández-Martínez, A., & Martínez-Galiano, J. M. (2021). Factors Associated with Postpartum Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) Following Obstetric Violence: A Cross-Sectional Study. *Journal of Personalized Medicine*, 11(5). <https://doi.org/10.3390/JPM11050338>
21. Melet, S., Feldman, N., & Padoa, A. (2022). Obstetric violence - since when and where to: implications and preventive strategies. *Harefuah*, 161(9), 556–561. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36168158/>
22. Mena, D., Cervera, A., & Alemany, M. J. (2020). Design and Validation of the PercOV-S Questionnaire for Measuring Perceived Obstetric Violence in Nursing, Midwifery and Medical Students. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(21), 8022. <https://doi.org/10.3390/IJERPH17218022>
23. Mena-, D., González, V., & Soriano, F. (2020). Changes in health sciences students' perception of obstetric violence after an educational intervention. *Nurse Education Today*, 88(104364), 1–7. <https://doi.org/10.1016/J.NEDT.2020.104364>
24. Mena, D., Iglesias, S., & González, V. (2020). Obstetric Violence in Spain (Part I): Women's Perception and Interterritorial Differences. *International Journal of*

- Environmental Research and Public Health, 17(21), 1–14.
<https://doi.org/10.3390/IJERPH17217726>
25. Mena, D., Iglesias, S., & González, V. (2021). Obstetric Violence in Spain (Part II): Interventionism and Medicalization during Birth. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(1), 1–14. <https://doi.org/10.3390/IJERPH18010199>
 26. Molla, W., Wudneh, A., & Tilahun, R. (2022). Obstetric violence and associated factors among women during facility based childbirth at Gedeo Zone, South Ethiopia. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 22(1). <https://doi.org/10.1186/S12884-022-04895-6>
 27. O'Brien, E., & Rich, M. (2022). Obstetric violence in historical perspective. *The Lancet*, 399(10342), 2183–2185. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)01022-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)01022-4)
 28. Perrotte, V., Chaudhary, A., & Goodman, A. (2020). “At Least Your Baby Is Healthy” Obstetric Violence or Disrespect and Abuse in Childbirth Occurrence Worldwide: A Literature Review. *Open Journal of Obstetrics and Gynecology*, 10(11), 1544–1562. <https://doi.org/10.4236/OJOG.2020.10110139>
 29. Yakupova, V., Suarez, A., & Kharchenko, A. (2021). Birth Experience, Postpartum PTSD and Depression before and during the Pandemic of COVID-19 in Russia. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(1), 335. <https://doi.org/10.3390/IJERPH19010335>
 30. Zaami, S., Stark, M., & Beck, R. (2019). Does episiotomy always equate violence in obstetrics? Routine and selective episiotomy in obstetric practice and legal questions. *European Review for Medical and Pharmacological Sciences*, 23(5), 1847–1854. https://doi.org/10.26355/EURREV_201903_17219