



**UNIVERSIDAD
SAN SEBASTIAN**

**FACULTAD DE CIENCIAS PARA EL CUIDADO DE LA SALUD
ESCUELA DE OBSTETRICIA
SEDE LA PATAGONIA**

**REVISIÓN DE ALCANCE: PERCEPCIÓN SOBRE VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN
ESTUDIANTES DEL ÁREA DE LA SALUD ENTRE 2017 - 2021**

Tesina para optar al grado de Licenciado en Obstetricia

Profesora guía: MPH/MCH Macarena Martínez Ó.

Estudiantes: Karime Belén Carmach Schwarzenberg.

Yanara Ela Parada Molina.

Fabiana Natascha Sandroch Vásquez.

Catalina Elisa Segovia Flores.

Karla Belén Torres Pérez.

DERECHO DE AUTOR

© (Karime Carmach Schwarzenberg, Yanara Parada Molina, Fabiana Sandroch Vásquez, Catalina Segovia Flores y Karla Torres Pérez)

Se autoriza la reproducción parcial o total de esta obra, con fines académicos, por cualquier forma, medio o procedimiento siempre y cuando se incluya la cita bibliográfica del documento.

Puerto Montt, Chile

2022

HOJA DE CALIFICACIÓN

En _____, el ____ de _____ del _____, los abajo
firmantes dejan constancia que las alumnas
_____ y
_____ de la carrera de
_____ han aprobado la tesis para
optar al título de _____ con, una
nota de _____.

Nombre y firma del profesor evaluador

Nombre y firma del profesor evaluador

Nombre y firma del profesor evaluador

**FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN DE TRABAJOS
DE TITULACIÓN**

1. Identificación del autor.

Nombre (s): Carmach, et al.

Dirección: Lago Panguipulli 1390, Puerto Montt, Los Lagos.

Teléfono: +569 74846249

Email: percovsuss@gmail.com

2. Identificación del Trabajo de Titulación.

Título: REVISIÓN DE ALCANCE: PERCEPCIÓN SOBRE VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN ESTUDIANTES DEL ÁREA DE LA SALUD ENTRE 2017 - 2021

Facultad: Ciencias para el Cuidado de la Salud

Carrera: Obstetricia

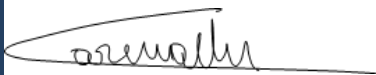
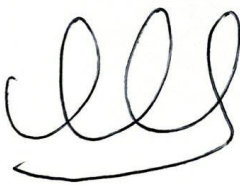
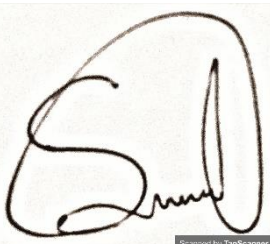
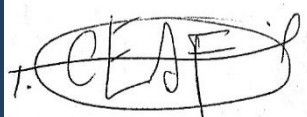
Título o grado al que opta: Licenciado en Obstetricia

Profesor guía: Matrona MPH/MCH Macarena Martínez Órdenes

Fecha de entrega: 28 de diciembre del 2022

3. A través del presente formulario se autoriza la reproducción parcial o total de esta obra con fines académicos, por cualquier forma, medio o procedimiento, siempre y cuando se incluya la cita bibliográfica del documento.

Autorizo su publicación (marcar con una X según corresponda).	
X	Inmediata.
	Desde esta fecha: _____ (mes/año).
	NO autorizo su publicación completa, solo resumen y metadatos.

Nombre, firma y Rut autor (es).		
Karime Belén Carmach Schwarzenberg, 19.519.445-9 	Yanara Ella Parada Molina, 18.824.600-1 	Fabiana Natascha Sandrock Vásquez, 20.492.834-7 
Catalina Elisa Segovia Flores, 19.934.612-1 	Karla Belén Torres Pérez, 20.524.211-2 	

DEDICATORIA

Este año hemos realizado prácticas clínicas en el área de parto y pudimos vivenciar todo el proceso de cuidados maternos y del recién nacido, momentos que son tan importantes para la familia y que nos llenan de experiencia a nosotras como futuras matronas y matrones. Le dedicamos esta tesis a todas las madres que luchan por tener a sus hijos e hijas, a los profesionales de la salud que realizan una buena labor y tienen como propósito erradicar la violencia obstétrica y por último a los estudiantes que ingresan a una carrera de la salud, en especial a los que van a atender a mujeres en sus procesos de gestación, parto y postparto, a ellos les decimos que con amor y dedicación por el trabajo bien hecho podemos lograr un cambio en la salud pública de nuestro país.

AGRADECIMIENTOS

Como grupo de tesina agradecemos a nuestras familias quienes fueron parte de este proceso, al momento de escucharnos, apoyarnos y motivarnos en cada ocasión que fuese necesario, como también siempre creer en nosotras y en nuestro trabajo.

A nuestra tutora Macarena Martínez Órdenes por acompañarnos durante todo el proceso, no solo de la investigación, sino que, de toda la carrera, por estar presente siempre que la necesitábamos, resolviendo todas nuestras dudas con buena disposición y paciencia, por su apoyo incondicional que a pesar de las dificultades de esta investigación nunca decayó, sino que aumentaba y nos motivaba a seguir adelante para lograr nuestros objetivos.

TABLA DE CONTENIDOS

RESUMEN.....	XI
ABSTRACT	XIII
INTRODUCCIÓN	XV
CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN	16
1.1 Formulación del problema.....	16
1.2 Problema de investigación.....	17
1.3 Justificación.....	17
1.4 Delimitación del problema	18
Alcance de la investigación.....	18
Limitaciones de la investigación.....	19
1.5 Estado del arte	19
1.6 Objetivos	20
Objetivo general	20
Objetivos específicos	20
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL.....	21
2.1 Legislaciones nacionales e internacionales sobre la violencia obstétrica	21
2.2 Paradigmas de la atención del parto	25
Modelo tecnocrático.....	25
Modelo humanístico.....	26
Modelo holístico	27

2.3	Percepción de la violencia obstétrica en estudiantes de salud.....	30
2.4	Currículum oculto.....	31
CAPÍTULO III: DISEÑO METODOLÓGICO		33
3.1	Enfoque y tipo de estudio	33
3.2	Diseño del estudio.	33
3.2.1	Estrategia de Exploración.....	33
3.2.2	Criterios de inclusión.....	36
3.2.3	Criterios de exclusión.	36
3.2.4	Descriptores DeCs.	36
3.2.5	Diagrama de flujo del proceso de selección de estudios (PRISMA)	38
CAPÍTULO IV: ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS		39
CAPITULO V: CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS		44
REFERENCIAS		48

INDICE DE TABLAS Y FIGURAS

Tabla 1.....	24
Tabla 2.....	34
Tabla 3.....	37
Tabla 4.....	35
Figura 1.	38

RESUMEN

Se hizo un análisis de diversos artículos basados en la percepción que tienen los estudiantes del área de la salud respecto a la violencia obstétrica con el fin de poder esclarecer la evidencia que existe para entender el impacto de las prácticas clínicas y el currículum en la formación de los profesionales de la salud.

Objetivo: Identificar y describir el alcance de la evidencia sobre la percepción de la violencia obstétrica en los estudiantes de las carreras del área de la salud entre 2017-2021 e identificar las brechas que existen en el área de la investigación sobre la violencia obstétrica en estudiantes de la salud.

Metodología: Se realizó una revisión de alcance donde se recopilaron diversos artículos de distintas fuentes. De la búsqueda total se seleccionaron 19 artículos de los cuales 16 fueron excluidos de acuerdo con los criterios previamente establecidos, siendo utilizados 3 estudios finalmente.

Resultados: En los estudios analizados se logró distinguir que los estudiantes son una parte de la solución de la problemática de salud pública que es la violencia obstétrica, por ello, se demuestra que las intervenciones, encuestas y dramatizaciones sobre esta temática logran generar un cambio en la percepción de los estudiantes. Se sugiere en estos artículos promover la educación y la continuidad de la investigación de la percepción de los estudiantes del área de la salud.

Conclusión: La evidencia sobre percepción de VO en estudiantes es escasa, a pesar de su importancia al momento de pensar en querer erradicarla de los sistemas de salud. Se recomienda continuar las líneas de investigación aplicándola en países latinoamericanos

donde los índices de VO sean elevados, y en Universidades chilenas para acercarnos a la realidad nacional. Por último se recomienda destacar la importancia de la educación, ya que es fundamental conocer el problema de raíz para así acabar con la normalización de la VO.

Palabras clave: Violencia obstétrica, percepción, estudiantes de la salud.

ABSTRACT

An analysis was made of various articles based on the perception that students in the health area have regarding obstetric violence in order to be able to clarify the evidence that exists to understand the impact of clinical practices and curriculum in the training of health professionals.

Aim: To identify and describe the extent of evidence on the perception of obstetric violence in students of health careers between 2017-2021 and to identify the gaps that exist in the area of research on obstetric violence in health students.

Methodology: A scoping review was conducted where various articles were collected from different sources. From the total search, 19 articles were selected of which 16 were excluded according to the previously established criteria, with 3 studies being used in the end.

Results: The studies analyzed show that students are a part of the solution to the public health problem of obstetric violence, which is why it is shown that interventions, surveys and dramatizations on this topic manage to generate a change in the students' perception. It is suggested in these articles to promote education and the continuity of research on the perception of students in the health area.

Conclusion: The evidence on the perception of OV in students is scarce, despite its importance at the moment of thinking about eradicating it from health systems. It is recommended to continue the lines of research by applying it in Latin American countries where the rates of OV are high, and in Chilean universities in order to

approach the national reality. Finally, it is recommended to emphasize the importance of education, since it is essential to know the root of the problem in order to put an end to the normalization of OV.

Key words: obstetric violence, perception, health students.

INTRODUCCIÓN

La violencia obstétrica, un problema de salud pública que lamentablemente sigue vigente en las salas de parto a nivel mundial. Es por esto por lo que nace el siguiente estudio que consiste en el análisis de la evidencia existente en torno a la percepción de la violencia obstétrica en los estudiantes del área de la salud.

Para llevar a cabo esta investigación es necesario introducirse en el concepto de violencia obstétrica, el cual se comprende como todo tipo de violencia que ejerce el personal de salud sobre las mujeres gestantes (OMS). Este tipo de violencia en particular repercute de manera directa en las mujeres durante el parto, parto y puerperio pudiendo generar secuelas en el apego con el recién nacido o en la recuperación de la puérpera. El estudio de este tipo de violencia genera interés en el área de la matronería ya que repercute en la salud del binomio madre-hijo, afectando la salud sexual y reproductiva de las mujeres en Chile. Esto permite identificar cómo los profesionales en formación perciben esta práctica desde su postura como estudiantes en campo clínico, y puede ayudar a predecir cómo este comportamiento podría extenderse en su futuro como profesionales.

La presente investigación tiene como objetivo identificar el alcance de la evidencia sobre la percepción de la violencia obstétrica en los estudiantes de las carreras del área de la salud entre 2017 y 2021, estudiado bajo el concepto de revisión de alcance, permitirá analizar la evidencia disponible en diversas bases de datos disponibles en la web y otras adscritas a la red de bibliotecas de la universidad San Sebastián.

Al final se plantean las conclusiones respecto a los resultados de la investigación, para terminar con las recomendaciones que se podrían sumar en futuras líneas de investigación respecto al tema central.

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN

1.1 Formulación del problema

La violencia obstétrica (VO) forma parte de las prácticas en salud que en los últimos años se han identificado como necesarias de erradicar (International Council of Midwifery, 2012; OMS, 1987; OMS, 2018;). Estas modificaciones se dan al amparo de la humanización de la atención en salud, la que conceptualiza a la salud como un proceso influido por diversas variables biopsicosociales (Sadler, 2003, pp 13).

Arguedas, en 2014, define la violencia obstétrica como “conjunto de prácticas que degrada, intimida, y oprime a las mujeres y a las niñas...en el período del embarazo, parto y postparto”. De esta definición se desprende que la VO no existe de manera unidimensional, no se trata únicamente de los aspectos físicos (visibles de daño), si no que tendría múltiples expresiones que pueden ser simbólicas (de género, psicológica, sexual) y estructurales (violencia institucional) (Bohren et al., 2015).

García, en 2016, argumenta que la VO es violencia de género ya que son las mujeres que son las víctimas invisibilizadas por la sociedad y por la sobremedicalización naturalizada que se instala en el territorio del nacimiento desde el siglo XIX (p.16). Es más, indica que, para lograr la erradicación de la VO, se requiere un cambio cultural. Este cambio es necesario para combatir la violencia simbólica que se sustenta en la naturalización de prácticas, proscritas por la evidencia científica; a nivel social y de los sistemas de salud (p.46).

En Chile, el Observatorio de Violencia Obstétrica (Fundación OVO Chile) evidencia en los resultados de la “Primera encuesta sobre el nacimiento” que hay prácticas que, aunque no son recomendadas, como la maniobra de Kristeller, episiotomías innecesarias, rasurados y enemas, se continúan realizando en los servicios de atención público y privado del país. El reporte muestra cómo se ha normalizado la medicalización y despersonalización de la atención en las diferentes instituciones de atención de salud (Sadler et al, 2018).

Según Borges, en 2018, “Muchas de las intervenciones sanitarias relacionadas con la VO están normalizadas; por lo tanto, es posible que el personal de salud ni siquiera sepa que está realizando prácticas violentas contra una mujer” (pp. 858). Ahora bien, el cambio en el trato de la gestante y el recién nacido en la atención del proceso del parto se realiza

desde la formación universitaria. Rojas O., en 2012, manifiesta que en las prácticas clínicas se perpetúa la VO, ya que las instituciones de salud no han modificado su actuar en los últimos años, esto se extiende a través del “currículum oculto” el que consiste en aprendizajes que son implícitamente transmitidos de los profesores a los estudiantes donde estos aprenden inconscientemente prácticas, valores y omisiones en la atención dependiendo de los docentes clínicos de sus internados. El currículum oculto puede causar un mayor efecto que el currículum explícito (el que consiste en la educación del programa curricular de las carreras), lo que genera que el ambiente educativo se debilite por faltas a los principios éticos, generando en este caso futuros profesionales no aptos que siguen ejerciendo y normalizando la VO (Marcillo, 2022).

1.2 Problema de investigación

¿Cuál es el alcance de la evidencia en relación con la percepción de la violencia obstétrica en estudiantes de las carreras del área de la salud?

1.3 Justificación

La violencia obstétrica es una práctica que se ha perpetuado, sin embargo, en el último tiempo se hace relevante ya que las gestantes y el personal de salud comienza a levantar la voz y a exigir respeto en el trato durante el trabajo de parto y parto (Leiva, 2016). Un estudio realizado al personal de salud en Venezuela revela que el 89,2% de los encuestados reconoce el término de violencia obstétrica, y está al tanto de que este tipo de violencia es ejercida por cualquier personal de salud. Sin embargo, no se especifica si el personal conoce o diferencia que prácticas son consideradas violencia obstétrica y cuales no (Faneite et al., 2012).

Distintas generaciones de profesionales del área de la salud mantienen prácticas obsoletas y violentas en cuanto a la atención obstétrica y del parto, pese a la existencia de recomendaciones para la experiencia positiva del parto (OMS, 2018). En los relatos de partos de las mujeres y personas gestantes se evidencian prácticas médicas injustificadas, sobremedicalización del parto, realización de técnicas y procedimientos sin consentimiento informado completo y adecuado (Sadler et al., 2018).

Una de las formas de disminuir y erradicar la violencia obstétrica de los centros de salud es formar estudiantes que puedan velar por la autonomía de las mujeres y que protejan su derecho a decidir cómo parir (Bohren et al., 2019, Leiva et al., 2016). Es por esto por lo que dentro de las universidades las cátedras han formado estudiantes con altos valores éticos, enfoque en la atención en salud basada en evidencia, o de manera franca con atención en salud con perspectiva de género, que busca erradicar estas malas prácticas (Pozzio, 2016). Sin embargo, los estudiantes son expuestos a un entorno hospitalario donde evidencian la violencia obstétrica in situ, en las salas de parto y preparto, en los boxes de atención o en las salas de parto, lo que suele crear disonancia entre lo teórico y la práctica clínica (Rominski et al., 2017, Sadler et al., 2018). Es entonces, la práctica clínica, un punto clave, en donde los estudiantes pueden elegir entre ser cómplices de la violencia o ser agentes de cambio (Rominski et al., 2017). Estas prácticas suelen justificarse por la necesidad de aprender (como hacer un tacto o episiotomía innecesario) o por el miedo a reprobar y contradecir a sus tutores, quienes al fin y al cabo son quienes evalúan (Chattopadhyay et al., 2018; Diniz et al., 2016; Santillán, 2021; Mendoza & Nueva, 2021).

La investigación sobre VO se ha enfocado principalmente en las vivencias, experiencias, y percepciones de las mujeres gestantes y sus familias; y no así en las percepciones de los estudiantes del área de la salud (Cifre, 2019; Bohren et al., 2019; Leiva, 2016), las que podrían resultar fundamentales para poder modificar el componente estructural de la VO. Conocer el alcance de la evidencia reunida a nivel académico sobre la percepción de los estudiantes de pregrado de las carreras del área de la salud sobre este tema, permitirá determinar las brechas que existen en la investigación y con ello concientizar a la población estudiantil y académicos.

1.4 Delimitación del problema

Alcance de la investigación

El alcance de esta investigación es descriptivo y busca esclarecer las características de la evidencia en la investigación sobre VO para entender el impacto de las prácticas clínicas y el currículum en la formación de los profesionales de la salud. No busca en ningún caso ser una forma de medir conocimientos teóricos sobre obstetricia, así como tampoco establecer correlaciones entre las variables.

Limitaciones de la investigación

Con respecto a las limitaciones de la investigación; si bien existe evidencia cualitativa y cuantitativa sobre la violencia obstétrica, tanto en estudiantes del área de la salud, se desconoce la cantidad y calidad de los estudios generados a nivel académico; así como también el lugar donde se realizan estos y la consistencia entre los autores.

Al ser una revisión de alcance no se busca obtener una medida de metaanálisis común.

Esta investigación incluye a diversos países, en diversos contextos, por lo que extrapolar las percepciones podría ser erróneo, no así las conclusiones expuestas por los autores.

1.5 Estado del arte

En España durante el 2020, se elaboró y validó el cuestionario sobre Percepción de la Violencia Obstetricia en Estudiantes y Profesionales de la Salud (PercOV's). Este cuestionario se basa en las Normas para el desarrollo y revisión de estudios instrumentales, propuesto por Carretero y Pérez en 2005 los que abordan un enfoque similar para la estimación de los métodos de percepción en psicología (Mena-Tudela et al., 2020).

Los dominios que evalúa PercOV's toman las Recomendaciones para una Experiencia Positiva del Parto de la OMS, 2018, y los traslada a una escala de Likert de 5 niveles en los distintos periodos de atención. Este es el primer instrumento conocido, en español, que define los dominios sobre las dimensiones protocolizadas y no protocolizadas (rutinarias) de la VO. Para su validación se utiliza la proposición de pruebas sicométricas (Chadha, 2009). Se reconoce la ausencia de un instrumento previo que valide la percepción de la VO en estudiantes y profesionales de la salud, a través de una revisión sistemática de literatura. Esta última se utiliza para determinar qué intervenciones de la atención se relacionan con VO.

El cuestionario final consideró los 33 ítems, todos escritos como una afirmación en positivo. La puntuación máxima fue de 5 puntos para cada ítem. Se utilizó el Alpha de Cronbach para la determinación de la consistencia interna resultando en un 0,936 de manera global, y de 0,802 para el primer dominio, y 0,952 para el segundo dominio. Para estudiar la validez del constructo, el análisis de factor exploratorio se confirma con la

prueba de Kaiser-Meyer-Olkin (0,918) y la prueba de esfericidad de Barlett's ($p \leq 0,001$). Finalmente, los resultados se analizaron descriptivamente, y se encontraron relaciones estadísticamente significativas con el test de Mann-Whitney U y el Kruskal-Wallis.

En la aplicación del cuestionario participaron 169 estudiantes, indicando que los y las estudiantes de enfermería y obstetricia tienen mayor percepción sobre la VO a comparación con los y las estudiantes de medicina en ambos dominios. Además, las mujeres de estas tres carreras tienen mayor percepción no solo de la VO, sino que también de las etnias, inmigrantes y situaciones económicas de las mujeres (Mena-Tudela et al., 2020). Esta investigación establece que los estudiantes son agentes fundamentales en la detección y prevención de la VO ya que son capaces de integrar los conocimientos recibidos en la universidad con la atención integral y de enfoque biopsicosocial a las gestantes (Mena-Tudela et al., 2020).

Finalmente, Costa et al., en 2022, desarrolla un estudio descriptivo con enfoque cuantitativo, en el que a través de un cuestionario electrónico de diez preguntas aplicadas a estudiantes de medicina y enfermería consulta sobre maniobras y procedimientos proscritos por la OMS, en 1987 y reforzados en 2018. En este estudio se destaca que cerca de un 11% de los estudiantes no estiman relevante la deambulaci3n de la paciente, sobre la maniobra de Kristeller cerca de un 90% de los estudiantes refiere que se considera VO.

1.6 Objetivos

Objetivo general

Identificar el alcance de la evidencia sobre la percepci3n de la violencia obstétrica en los estudiantes de las carreras del área de la salud entre 2017 y 2021.

Objetivos específicos

Describir la evidencia disponible sobre la percepci3n de la violencia obstétrica en los estudiantes de las carreras del área de la salud entre 2017 y 2021.

Identificar las brechas que existen en el ámbito de la investigaci3n en violencia obstétrica con estudiantes de las carreras del área de la salud entre 2017 y 2021.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL

2.1 Legislaciones nacionales e internacionales sobre la violencia obstétrica

La violencia obstétrica (VO) forma parte de las prácticas en salud que en los últimos años se han identificado como necesarias de erradicar (International Council of Midwifery, 2012; OMS, 1987; OMS, 2018;). Estas modificaciones se dan al amparo de la humanización de la atención en salud, la que conceptualiza a la salud como un proceso influido por diversas variables biopsicosociales (Sadler, 2003, pp 13).

Es así como en América Latina se busca sancionar este tipo de acto, especialmente en países como Argentina, Venezuela, México, a través de leyes que velan por el bienestar de las usuarias.

En Argentina, desde 2004, existe la Ley de Parto Humanizado y la Ley de Protección Integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las futuras madres, que a diferencia de las leyes venezolanas, buscan que las usuarias conozcan sus derechos y los hagan valer desde el comienzo del embarazo, “(...) establece una serie de derechos que las mujeres poseen en relación con su embarazo, trabajo de parto, parto y postparto” (Díaz García & Fernández M., 2018), con ello las embarazadas tienen acceso a los derechos y deberes que les corresponden desde la gestación hasta después del nacimiento. Esto permite que las mujeres tengan una mayor confianza en el equipo de salud donde son atendidas, puedan conocer sus derechos y los validen ante cualquier situación donde exista amenaza o incluso en el caso de que sea violentada por algún miembro del centro de salud donde se esté atendiendo.

En cuanto a Venezuela, el año 2007, se publica la Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una vida Libre de Violencia, que indica lo siguiente:

Las conductas constitutivas de violencia obstétrica contempladas en la regulación Venezolana son las siguientes: no atender oportuna y eficazmente las emergencias obstétricas, obligar innecesariamente a parir en posición supina y con las piernas levantadas, impedir sin causa el apego, alterar injustificadamente el proceso natural del parto mediante técnicas de aceleración y practicar cesáreas innecesarias. Además, y aunque erróneamente no se considera propiamente violencia obstétrica, se agrega la esterilización forzada, las sanciones para estas faltas van desde multas económicas, hasta privación de libertad. (Díaz García & Fernández M., 2018, pp. 7)

Por su parte, en México existen dos órdenes de regulaciones que buscan combatir la violencia contra las mujeres. Por una parte, se abarca el estado federal donde desde el

2007, se busca que la población femenina tenga una vida libre de violencia a través de la Ley General. El artículo 1° destaca: “Su objetivo es prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres. Aunque este texto normativo carece de una referencia específica a la violencia obstétrica” (Díaz García & Fernández M., 2018, pp. 12).

En esta ley no existe ningún artículo para castigar exclusivamente la violencia que se ejerce contra las gestantes previo, durante, o después del parto, pero si se sanciona la violencia en mujeres en cualquiera sea su etapa reproductiva. En el caso estatal, tres estados mexicanos (Chiapas, Veracruz y Guerrero) establecen el concepto de delito de violencia obstétrica en sus leyes de acceso, sancionando a quienes ejerzan violencia física, psicológica, contra mujeres gestantes, ya sea en el preparto, parto o posparto “se establecen penas privativas de libertad y multas” (Díaz García & Fernández M., 2018, pp. 13).

En Chile, la situación es similar ya que no hay una ley que sancione la violencia obstétrica. A nivel legal la Ley 20.584, que vela por los deberes y derechos de los pacientes incluyendo mujeres, hombres y niños, en relación con la atención que reciben en los distintos centros de salud, no contiene de manera expresa la protección de la mujer en situación perinatal frente a la violencia obstétrica. (Díaz García & Fernández M., 2018).

Esta ausencia de cuerpo legal normaliza y/o silencia las situaciones de VO, por lo tanto, la gestación queda desprotegida y sin ninguna sanción por parte de los profesionales que la ejercen, además, según un estudio realizado en Chile indica que “Las prácticas de violencia obstétrica en el país no son únicamente resultado de conductas individuales del personal de salud, sino de todo el proceso de enseñanza universitaria y de práctica profesional” (Díaz García & Fernández M., 2018, pp 17).

Teniendo en cuenta lo anterior, en octubre del 2018 ingresa en la comisión de la salud la Ley Adriana la cual pasa después a la comisión de Mujeres y Equidad de Género. Este proyecto de ley nace de la historia de Adriana Palacios, que con 19 años en el año 2017 sufre VO, donde se le negó la atención, sufrió de maltrato verbal y se le atribuyó la culpa de la muerte de su hija por no haber dado bien las semanas de gestación. Este hecho visibiliza la incomodidad en los profesionales de salud y abre la puerta para que más mujeres puedan alzar la voz (Fundación OVO Chile).

La Ley Adriana tiene como objetivo “regular, garantizar y promover derechos de las mujeres, las personas gestantes, los recién nacidos y la pareja durante el parto, parto y posparto” (Siebert, 2021). Esta aplica a tratos durante la gestación, muerte gestacional o perinatal y abortos, como también a la salud sexual y reproductiva. Los derechos y deberes propuestos aplican en centros de salud, hospitales públicos y privados y en todos los recintos donde se preste atención gineco- obstétrica. También cabe destacar, que esta ley tiene más bien un enfoque preventivo, dirigido hacia la educación de las gestantes en materia de derechos al momento de su atención, y no punitivo; haciendo especial énfasis en la importancia del plan de parto. Sin embargo, este proyecto no incluye sanciones, sino más bien destaca la responsabilidad legal de los prestadores de salud y sus administrativos, y la infracción corresponde a lo mencionado en el artículo 38 y siguientes de la ley 19.966 que establece un régimen de garantías en Salud (Cámara de diputadas y diputados.,2019). Hoy en día, la Ley permanece en discusión y ha sido rechazada en dos oportunidades por la Cámara del Senado (Fundación OVO Chile).

Finalmente, la mayor parte de las legislaciones Latinoamericanas expuestas buscan sancionar a quienes ejerzan violencia obstétrica contra las mujeres, pero finalmente carecen de leyes que hagan frente esta problemática, exceptuando a Argentina donde se destaca en su legislación que las gestantes reconozcan sus derechos desde la gestación hasta después del parto para que puedan distinguir cuando estos sean vulnerados. Esto último es necesario para que se pueda regularizar globalmente las leyes y sanciones de la VO, pero también se necesita un cambio cultural (Díaz García & Fernández M., 2018).

Tabla 1.*Leyes y sanciones sobre VO de Venezuela, Argentina, México y Chile*

País	Legislación	Sanciones
Venezuela	2007: Ley orgánica sobre derecho de las mujeres a una vida libre de violencia	Pena privativa de libertad y pecuniarias
Argentina	2004: Ley de Parto Humanizado Ley de Protección integral	Sanciones administrativas, la calificación de gravedad es una facultad discrecional de la Dirección de Obras Sociales del Ministerio de Salud
México	Estado Federal: 2007: Ley general (Población femenina libre de violencia)	Estado Federal: No hay sanción legal en violencia obstétrica
México	Estado Estatal: Leyes de acceso	Estado Estatal: Chiapas, Veracruz y Guerrero: Penas privativas de libertad y multas Chiapas: se añade la suspensión de la profesión, cargo u oficio, por un término igual, con independencia de las lesiones causadas.
Chile	Ley 20.584: Derechos y deberes de pacientes	No hay sanción legal en violencia obstétrica

Fuente: Elaboración propia

2.2 Paradigmas de la atención del parto

Antes de comenzar describiendo cuáles son algunos de los paradigmas más importantes con respecto a la atención del parto, se hace necesario definir qué entendemos por paradigma en primer lugar.

Según la Real Academia Española (RAE) un paradigma es una “teoría o conjunto de teorías cuyo núcleo central se acepta sin cuestionar y que suministra la base y modelo para resolver y avanzar en el conocimiento” (Real Academia Española, 2022). Es así como partiendo de esta definición podemos encontrar distintos paradigmas en salud y por consiguiente en relación con el parto y la atención de este. Un paradigma representa como cada uno de nosotros ve e interpreta el mundo, por lo tanto, se ve directamente influenciado por factores culturales, de época, entre otros.

A pesar de estas diferencias que podemos encontrar determinando un paradigma u otro, siguen siendo tres los principales que se pueden identificar en la mayor parte del mundo y que se han presentado a lo largo de la historia, tomando fuerza algunos más que otros durante los siglos acompañado del avance en la ciencia y tecnología. Quien ha expuesto importante información sobre esta área es la Dra. en antropología cultural, especialista en antropología médica, Robin Davis-Floyd, quien refiere que estos 3 paradigmas son: el paradigma o modelo tecnocrático, el humanístico y el holístico.

Modelo tecnocrático

Hasta antes del siglo XVIII, la edad de la ilustración, la figura masculina se hacía muy poco presente en el contexto del nacimiento, sin embargo esto cambia cuando se comenzó a formalizar la práctica de la medicina, y se acompaña de la doctrina misógina predominante y propia de la época, influenciada en gran parte por la iglesia, produjo con el tiempo el desplazamiento de las mujeres de su rol como parteras, siendo reemplazadas paulatinamente por la figura del cirujano, quien en sus inicios se introdujo en el campo para asistir en ocasiones especiales como la extracción de un óbito fetal y culminó en la asistencia de partos completamente normales con la fundamentación de que muchos de los resultados negativos eran producto de las inexpertas de las parteras y eran ellos los

únicos con las habilidades para hacerse cargo (Argüello-Avendaño & Mateo-González, 2014)

Fue este suceso el que marcó el comienzo de la hegemonía del paradigma tecnocrático en la atención del parto, en el que el biopoder es su característica fundamental. El biopoder se define como “explotar numerosas y diversas técnicas para subyugar los cuerpos y controlar la población” (Michael Foucault) y es el modelo que, hasta el día de hoy, a pesar de la formalización de la matronería en gran parte del mundo sigue predominando. Esto puede evidenciarse actualmente en la obligación a las mujeres de parir en posición de litotomía, a pesar de haberse demostrado en numerosas ocasiones su desventaja frente a otras posiciones o simplemente al hecho de ofrecer la posición que a ella más le acomode (Gupta et al., 2017).

Modelo humanístico

Dentro del modelo humanístico podemos distinguir dos formas: humanismo superficial y humanismo profundo. El humanismo superficial prioriza las necesidades de la institución frente a las de los pacientes, en cambio el humanismo profundo toma en cuenta e intenta satisfacer las necesidades de cada individuo según su contexto personal. Floyd señala que este modelo surge debido al rechazo del modelo tecnocrático por parte de profesionales de la salud como enfermeras, matronas y activistas del parto quienes trabajando desde dentro del sistema intentan darle un enfoque más humano, tomando en cuenta todos los aspectos de la vida de las mujeres, sin dejar de lado la ciencia, de esta forma las decisiones son tomadas en conjunto por pacientes y cuidadores basadas en información oportuna y fidedigna (Davis-Floyd, 2001).

Algunas de las prácticas que se retomaron con el surgimiento de este modelo fue la utilización de agua en el trabajo de parto y parto, y la presencia de doulas. Una doula se define como la “mujer que acompaña a la embarazada durante el trabajo de parto y parto, ofreciéndole apoyo emocional continuo”, lo que según estudios ha demostrado innumerables beneficios, como la reducción de la duración del trabajo de parto, reducción de la necesidad de anestesia o analgesia, disminución de la incidencia de cesáreas, entre otros (Valdés L. & Morlans H., 2005).

Modelo holístico

El término holístico, perteneciente o relativo al holismo, que es una “doctrina que propugna la concepción de cada realidad como un todo distinto de la suma de las partes que lo componen” (RAE). En el campo de la medicina se interpreta como la unión entre cuerpo, mente y espíritu, esto quiere decir que, a diferencia del modelo humanístico, el modelo holístico toma en cuenta el componente de la espiritualidad del ser humano, concepto bastante amplio que con frecuencia entendemos como sinónimo de religión, pero que en realidad hace referencia a cómo vemos el mundo y nuestro papel en él (Davis-Floyd, 2001). La necesidad de espiritualidad es algo que se ha identificado solo en los seres humanos y específicamente en algunas culturas el parto tiene un componente espiritual muy importante (Crowther et al., 2021).

Antes del siglo XIV, los saberes y poderes terapéuticos se relacionaban con lo femenino, en ese tiempo, la medicina era considerada un saber empírico y, al ser relacionadas las mujeres con la naturaleza y el cuidado, se entendía que ellas poseían conocimientos relacionados con el mantenimiento de la salud y el tratamiento de la enfermedad (Vallana S, 2020). Así mismo menciona el obstetra francés Michel Odent en su obra “El bebé es un mamífero”:

El estudio del vínculo entre el hombre y la tierra no se puede separar del estudio del proceso de creación del vínculo entre el bebe y su madre. Los que han estudiado el proceso de creación de un vínculo según el método científico han puesto de manifiesto la noción de periodos críticos, periodos sensibles, periodos cortos que no se repetirán jamás y que muchas veces se sitúan alrededor del nacimiento (Odent, 2021, pp. 98).

En Chile, lo mencionado anteriormente, parece tener mucha importancia y se pone de manifiesto en el pueblo mapuche, quienes consideran la vida como “una articulación de fuerzas del conjunto de fenómenos materiales e inmateriales: todo tiene fuerza, todo tiene movimiento, todo tiene energía.” (Chile Crece Contigo, 2014). El pueblo mapuche representa el pueblo indígena más numeroso del país, por lo que identificar las necesidades de esta población y tomarlas en cuenta ha logrado darle un enfoque holístico a la atención de sus partos en algunos centros asistenciales. Dentro de las iniciativas que se han logrado está la implementación de las salas de atención integral del parto e interculturales y la creación de la guía de la gestación y el nacimiento mapuche, donde se detallan algunas de

las prácticas ancestrales que se realizan, como el enterrar la placenta luego del nacimiento cerca de la *ruka* para devolverla al útero de la madre tierra y así lograr la conexión, protección e igualdad entre quienes habitan el *azmapu* (espacio común) (Chile Crece Contigo, 2014).

La OMS a través de Declaración de Fortaleza, en 1985, reconoce que es necesario crear políticas específicas sobre múltiples temáticas relacionadas con el parto, entre ellas la preparación óptima del personal que atienda todos los procesos de la gestación y el uso de tecnologías durante el parto (OMS, 1988). Esta declaración plantea puntos relevantes sobre la medicalización del parto como lo son la episiotomía injustificada, inducción del parto por conveniencia, uso de enemas y maltrato psicológico hacia la paciente. Este modelo de parto medicalizado genera que en la década de los 90, grupos activistas se propusieron erradicar este modelo buscando una atención humanizada que pueda satisfacer las necesidades emocionales de las mujeres y recién nacidos (Goer, 2004, pp 311-312).

Davis-Floyd menciona que la excesiva medicalización es un suceso general en la sociedad y que este modelo separa la mente del cuerpo de la mujer, afirmando que:

El cuerpo masculino es considerado médicamente como el prototipo de la máquina corporal que funciona correctamente. El cuerpo femenino, al desviarse de la norma masculina, se considera intrínsecamente defectuoso y peligrosamente sometido a la influencia de la naturaleza, que, debido a su imprevisibilidad, se considera a su vez necesitada de una manipulación constante por parte del hombre. (Davis-Floyd, 2001).

Por lo tanto, la mujer se ve como una máquina que debe ser tratada con tecnología donde se suprime su autonomía y se cede el control de las intervenciones a los médicos (Newnham, 2014; Davis-Floyd, 2001). La medicalización injustificada en el parto sucede independiente del tramo de ingresos de los países, no existiendo diferencias entre los de bajos, medianos, y altos ingresos, siendo un problema de diferencia de información más que de acceso económico a las tecnologías. Este problema estructural está impulsado por la cultura organizacional de cada institución sanitaria y el uso de prácticas innecesarias se sostiene en los aspectos tecnocráticos (Sadler et al., 2016).

El concepto acuñado de humanización del parto hace referencia a el "proceso de comunicación y apoyo mutuo entre las personas, dirigido a la autotransformación y a la comprensión del espíritu esencial de la vida" (OMS, 1988). Según Davis-Floyd, la mujer

gestante es la principal protagonista en el parto y los profesionales de la salud tienen como objetivo acompañar, respetar, apoyar y guiar según las necesidades de la parturienta siempre velando por los sentimientos y una relación basada en la confianza. También destaca que las emociones positivas generan que los problemas en el parto puedan ser tratados más eficazmente gracias al apoyo emocional que mediante la intervención tecnológica (Davis-Floyd, 2001).

Esto último puede lograrse incluyendo en la formación de los estudiantes conocimiento apoyado por la evidencia, como lo son las “Recomendaciones para una Experiencia Positiva del Parto” que la OMS en 2018 elabora distintas series de recomendaciones para disminuir e intentar erradicar el maltrato durante la atención del parto (OMS, 1985; OMS, 2014; OMS 2018). Incluyen dominios de intervención clínicos limitados únicamente a cuando existe presencia de patología o riesgo en la gestante. De las 56 recomendaciones elaboradas, 26 son recomendaciones nuevas y 30 se recalcan de lo establecido en la Declaración de Fortaleza. Este listado se categoriza en: Recomendado/No recomendado.

La OMS declara abiertamente su preocupación por la sobremedicalización del nacimiento diciendo que “está dañando la propia capacidad de las mujeres para dar a luz e impactando negativamente su experiencia durante el parto” (OMS, 2018).

Considerando lo anterior, la intención de estas guías es limitar el número e intensidad de las intervenciones cuando el trabajo de parto y parto se considera fisiológico (OMS, 2018), para hacer un cambio donde los procesos humanizados se amplíen junto con el empoderamiento de las mujeres en el proceso del parto (Costa et al., 2022), se debe incluir la prevención de violencia obstétrica en la enseñanza del área de la salud para adoptar conocimientos sobre procedimientos y seguimiento del parto desde una mirada humanizada (Costa et al., 2022; Mena-Tudela et al., 2022).

Sin embargo, esta perspectiva se contrapone, por ejemplo, con las normas chilenas para la atención del parto contenidos en dos documentos técnicos “Manual de Atención Personalizada en el Proceso Reproductivo”, del año 2008, y “Guía Perinatal”, del año 2015; en las que se protocoliza la atención del parto fisiológico prescribiendo la instalación de sueros y vigilancia monitorizada, de las gestantes, independientemente de su nivel de riesgo o de la evidencia disponible (MINSAL, 2008; MINSAL, 2015).

2.3 Percepción de la violencia obstétrica en estudiantes de salud

La percepción es un concepto abstracto y complejo que ha sido mencionado y discutido por distintas corrientes a lo largo de los siglos, incluyendo el trabajo de filósofos, científicos o sociólogos, hasta algunas corrientes de la psicología moderna como la Gestalt en el siglo XX (Oviedo, 2004). En ésta última se considera a la percepción como un proceso fundamental de la actividad mental, y supone que las demás actividades psicológicas como el aprendizaje, la memoria, el pensamiento, entre otros, dependen del adecuado funcionamiento del proceso de organización perceptual, además de considerarla como el inicio de las actividades mentales, en vez de un derivado cerebral de estados sensoriales, a diferencia de corrientes más antiguas (Oviedo, 2004).

En el área de la psicología cognitiva, Ulrich Neisser, considerado el padre de ésta, propone un modelo para entender la percepción en que aquella se caracteriza por ser un proceso activo en el que los seres humanos captan información, donde se distinguen tres componentes principales. En primer lugar, se encuentra la recepción sensorial como la fase inicial de búsqueda de información, seguida del componente simbólico que nos hace diferenciar o identificar algo por sus características específicas, y finalmente se encuentra el componente afectivo que toma en cuenta los sentimientos y emociones que causa la situación en un individuo, tomando en cuenta su personalidad y vivencias personales (Fuenmayor & Villasmil, 2008).

Al ser la percepción un proceso complejo y subjetivo, se ha estudiado cómo ciertas características sociodemográficas como el género pueden influir en la forma que percibimos distintas situaciones, como menciona Ramos, en 2016, el género condiciona la percepción al existir expectativas culturales que asocian el cuerpo femenino/masculino a determinados sentidos corporales como la vista y el oído a lo masculino y el tacto, olfato y gusto, al ser de proximidad, se asocia a lo femenino (Ramos, 2016, pp 65).

En ocasiones, se puede confundir o considerar sinónimos a la percepción con la actitud, sin embargo, actitud que se define como “disposición de ánimo manifestada de algún modo” (Diccionario de la Lengua Española de la Real Academia, 2022) tiene que ver con cómo finalmente expresamos lo que ya percibimos, lo que le confiere la característica de voluntario a diferencia de la percepción que no lo es, es decir, no se puede tener una actitud hacia algo sin haber pasado por el proceso de percepción.

2.4 Currículum oculto

El currículum oculto, concepto definido por primera vez en 1968 por el pedagogo estadounidense Philip W. Jackson, es un fenómeno educativo, el que es implícito y se desarrolla junto a los procesos educativos del establecimiento o sistema educacional (Casan Clarà & Barrueco Ferrero, 2020; Cisterna Cabrera, 2002). Asimismo, el autor Enrique Palladino, en 1998, agrega que “el currículum oculto, no explicitado por el sistema o institución, comprende el conjunto de aprendizajes no previstos que de forma asistemática y no intencional tienen lugar en el medio escolar” (Palladino, E., 1998). Por lo tanto, al estar presente en niveles de enseñanza básica se puede seguir expandiendo hasta el nivel superior y en conjunto en las prácticas clínicas e internados (Casan Clarà & Barrueco Ferrero, 2020; Costilla & Mirta, 2006; Nolla Domenjó, 2019).

Hay que mencionar, además, que el aprendizaje es un proceso colaborativo y contextual, esto quiere decir que se aprende mediante la interacción con los demás gracias a ideas y preguntas que se van haciendo en el transcurso de las asignaturas, y así mismo, se aprende según la situación y lugar donde se encuentre el alumnado, o sea, el aprendizaje no es independiente del contexto en que se realiza. Y, por lo tanto, es necesario que los estudiantes puedan realizar prácticas clínicas ya que deben aprender en los contextos donde más tarde van a trabajar como profesionales (Nolla Domenjó, 2019).

En dichos centros asistenciales existe una cultura y dinámica propia, una dimensión que Nolla Domenjó refiere como “una dimensión organizativa que tiene que ver con la cultura del centro asistencial donde se realizan las prácticas clínicas y la residencia” y es debido a eso que se manifiesta lo que algunos autores mencionan como diferencias entre el currículum formal entregado por la universidad y lo que los estudiantes aprenden en estos entornos, generando disonancia cognitiva (Fortoul-van der Goes & Núñez-Fortoul, 2013; Marcillo, 2022).

La disonancia cognitiva es un concepto, de aprendizaje propuesta en un inicio por el psicólogo social Leon Festinger, en donde se plantea que frecuentemente las personas pueden realizar acciones que se oponen a las creencias de estos, generando contradicciones internas en los individuos (Guzmán Lechuga & Valdéz Borroel, 2021).

Por lo tanto, los estudiantes al verse enfrentados a la realidad de la incongruencia entre lo que se dice en las sesiones académicas y las vivencias con pacientes reales e

influencias generadas por actitudes y acciones de profesionales de la salud en hospitales y/o centros médicos puede crear una disonancia cognitiva con sus expectativas y conductas en las atenciones (Fortoul-van der Goes & Núñez-Fortoul, 2013).

CAPÍTULO III: DISEÑO METODOLÓGICO

3.1 Enfoque y tipo de estudio

El enfoque de este estudio corresponde a una revisión de alcance de tipo descriptivo, retrospectivo, que utiliza como base distintas fuentes documentales, que se encuentran disponibles en la literatura gris, bases de datos académicas, y sitios web especializados.

Una revisión de alcance consiste en reunir la literatura existente sobre un tema en específico y determinar las tendencias de investigación en ésta área, por lo que resulta de gran utilidad para aportar con una idea general del panorama sobre el tema que se investiga (Sobrido Prieto & Rumbo-Prieto, 2018).

Según el Instituto Joanna Briggs (JBI) las revisiones de alcance deben elaborarse con un protocolo a priori que debe detallar los criterios que los revisores pretenden utilizar para incluir y excluir fuentes de evidencia y para identificar qué datos son relevantes, y cómo se extraerán y presentarán los datos. El protocolo es importante para limitar la aparición de sesgos de información además de que al definir previamente los objetivos, los métodos y la presentación de informes, permite la transparencia del proceso (Peters, 2020).

3.2 Diseño del estudio.

Esta investigación se centra en el área de la Obstetricia, particularmente, en el fenómeno de la percepción que tienen los estudiantes que se encuentran en la etapa de práctica clínica para ser profesionales del área de la matronería. La búsqueda estará centrada en estudios de enfoque cuantitativo y cualitativo, experimentales y cuasi experimentales, como también descriptivos y analíticos. Además, se incluirán sitios web de organizaciones no gubernamentales que trabajan la temática de violencia obstétrica.

3.2.1 Estrategia de Exploración

Se inicia la búsqueda en la Red de Bibliotecas de la Universidad San Sebastián la que permite el acceso a varias bases de datos, los que son utilizados en investigación. Se emplean estos términos de búsqueda o palabras claves como violencia obstétrica,

percepción, actitudes y estudiantes, los que facilitan la búsqueda de información, utilizando los operadores booleanos AND y OR para generar la búsqueda.

De las 25 bases de datos que está suscrita la universidad se utilizarán las del área de educación y el área médica, estas son las siguientes: Dialnet plus, Ebsco Host, ScienceDirect, Web of Science. Además, se añadirán buscadores tradicionales como Pubmed y Scielo.

Tabla 2.

Bases de datos seleccionados junto a su descripción.

Nombre de la Base de Datos.	Descripción.
Dialnet plus.	Base de datos bibliográfica.
Ebsco Host	Base de datos de red.
ScienceDirect.	Base de datos de red.
Web of Science.	Base de datos bibliográfica.
PubMed.	Base de datos de tipo relacional.
Scielo	Base de datos de tipo relacional. (Biblioteca digital)

Fuente: Elaboración propia

Se realizó una búsqueda dirigida debido al breve período con el que se contaba, por esta razón, se buscó en el título y abstract las palabras claves para obtener de una manera más acotada los resultados.

Tabla 4.

Fórmula o ecuación de búsqueda utilizada en cada base de datos.

Base de datos.	Fórmula/Ecuación de búsqueda.
Dialnet plus.	Violencia obstétrica AND percepción AND estudiantes
Ebsco Host	Violencia obstétrica (palabras del título) AND percepción (palabras del resumen) AND estudiantes (palabras del resumen) Obstetric violence (palabras del título) AND perception (palabras del resumen) AND students (palabras del resumen)
ScienceDirect.	Violencia obstétrica AND percepción AND estudiantes Obstetric violence AND perception AND students
Web of Science.	Obstetric violence (palabras del título) AND perception (palabras del resumen) AND students (palabras del resumen)
PubMed.	Obstetric violence (palabras del título) AND perception (palabras del resumen) AND students (palabras del resumen)
Scielo.	Violencia obstétrica (palabras del título) AND percepción (palabras del resumen) AND estudiantes (palabras del resumen) Obstetric violence (palabras del título) AND perception (palabras del resumen) AND students (palabras del resumen)

Fuente: Elaboración propia.

3.2.2 Criterios de inclusión

- Artículos científicos del área de medicina, ciencias de la salud y educación que contengan investigaciones de tipo cualitativo, cuantitativo, descriptivo, analítico, experimental y cuasiexperimental.
- Artículos con información de sitios web que correspondan a fuentes no gubernamentales.
- Artículos científicos de texto completo publicados entre los años 2017 y 2021 que estén en idioma inglés o español.
- Artículos encontrados en las bases de datos de la red de bibliotecas USS.

3.2.3 Criterios de exclusión.

- Artículos que presenten pared de pago.
- Artículos que incluyan la percepción de las madres, usuarias o profesionales de la salud en relación con la violencia obstétrica.

3.2.4 Descriptores DeCs.

Los descriptores DeCS, Descriptores en Ciencias de la salud, es un vocabulario estructurado y multilingüe, creado con la finalidad de ser un lenguaje exclusivo al momento de ordenar datos e información de revistas científicas, libros, informes, etc. generando así una terminología en común para cierto término (DeCS, 2017).

Los principales términos utilizados en esta búsqueda son “percepción”, “violencia”, “obstetricia” y “estudiantes de la salud”, las cuales serán definidas a continuación, según el diccionario DeCS:

Tabla 3.

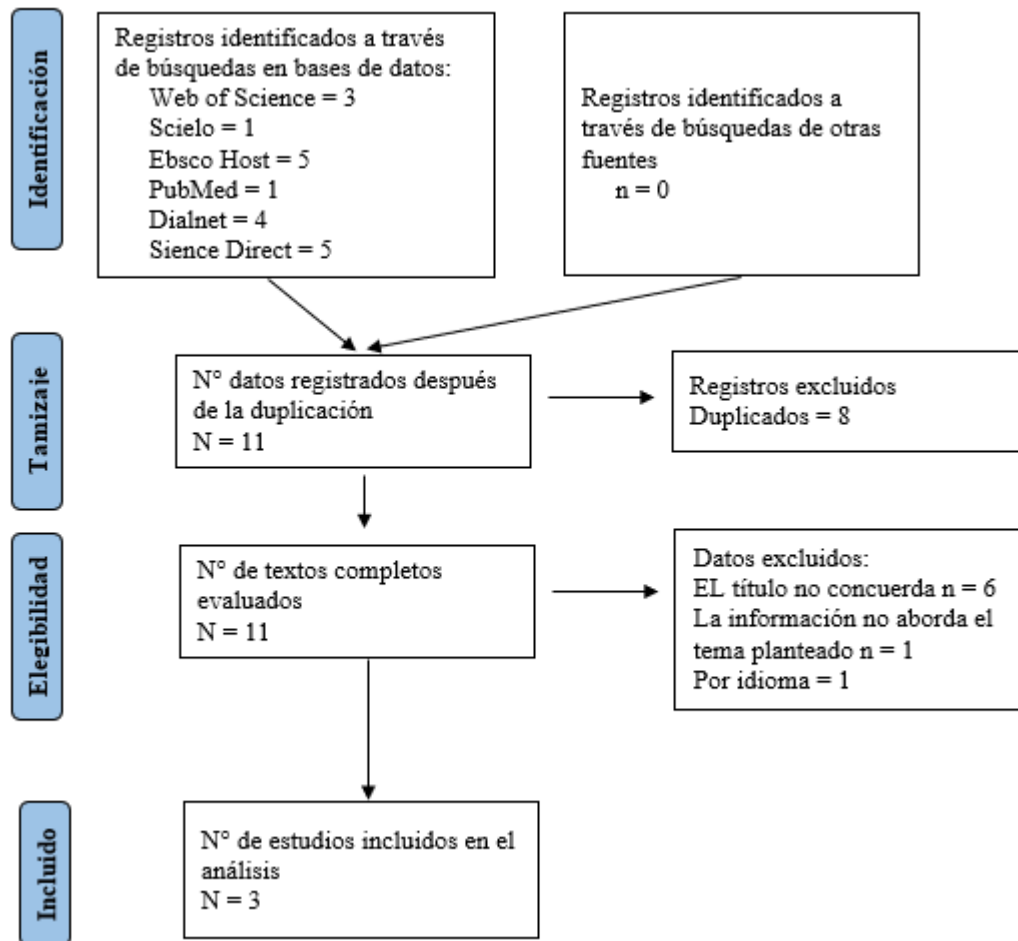
Descriptores utilizados en la búsqueda en español e inglés y su respectiva descripción.

Descriptor.	Descriptor en inglés.	Descripción en español.
Percepción.	Perception.	Proceso por el cual es reconocida e interpretada la naturaleza y significado de un estímulo sensorial.
Violencia.	Violence.	Comportamiento agresivo individual o grupal que es socialmente inaceptable, turbulento y con frecuencia destructivo. Se precipita por las frustraciones, hostilidad, prejuicios, etc.
Obstetricia.	Obstetric.	Especialidad médico-quirúrgica que se ocupa del manejo y cuidado de las mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio.
Estudiantes de la salud	Health Students.	Individuos matriculados en una escuela o en un programa formal de educación referido a las ocupaciones relacionadas con la salud.

Fuente: Descriptores en Ciencias de la Salud: DeCS [Internet]. ed. 2017. Sao Paulo (SP): BIREME / OPS / OMS. 2017 [actualizado 2017 May 18; citado 2017 Jun 13]. Disponible en: <http://decs.bvsalud.org/E/homepagee.htm>

3.2.5 Diagrama de flujo del proceso de selección de estudios (PRISMA)

Figura 1.



Fuente: Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. La declaración PRISMA 2020: una guía actualizada para informar revisiones sistemáticas. BMJ 2021;372:n71. doi: 10.1136/bmj.n71

CAPÍTULO IV: ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Se hallaron 19 artículos científicos, de los cuales 16 fueron descartados, 8 de ellos correspondían a documentos duplicados y el restante fueron eliminados según los criterios de exclusión propuestos anteriormente. Finalmente se analizan 3 investigaciones. Estos artículos corresponden a estudios tipo cuasiexperimental y cuantitativos realizados en los países de España, India y Reino Unido. De estos se pudo sintetizar lo siguiente:

La violencia obstétrica se refiere al trato deshumanizado y abuso tanto psicológicos como físicos en el proceso de parto y gestación hacia la mujer. Esta problemática de la salud pública ha sido objeto de estudio, visibilizándose con el transcurso del tiempo, pero se ha analizado bajo la mirada de la percepción de las gestantes y los profesionales de la salud, no así con la percepción de los estudiantes del área de la salud. De esta situación nace el interés para realizar los estudios de Gray et al. y Mena-Tudela et al. que tienen la intención de evaluar la percepción de los estudiantes respecto a sus vivencias y conocimientos relacionados a la violencia obstétrica, ya que proponen que estos pueden ser parte de la solución de este problema.

El artículo “Changes in health sciences students’ perception of obstetric violence after an educational intervention” (Cambios en la percepción de la violencia obstétrica por parte de los estudiantes de ciencias de la salud tras una intervención educativa) de Mena tudela et al. realizado en España consistió en un estudio cuasi experimental donde se implementó una intervención educativa a estudiantes de medicina y enfermería de la Universidad Jaume I, la que consistía en un seminario de 8 horas compuesto de una representación teatral sobre la VO en la salas de partos (1 hora); una clase magistral sobre aspectos legales (2 horas); una mesa redonda compuesta por profesionales de los distintos ámbitos, que aportaron sus experiencias (4 horas); y otra mesa redonda en la que cuatro madres voluntarias narraron sus experiencias de parto (1 hora). Luego de esto se realizó una encuesta que constaba de 33 preguntas que hacían referencia a la VO en las prácticas clínicas para medir la percepción de los estudiantes. Éstas se dividieron en 4 momentos relevantes que eran antes del parto, durante el parto, en caso de cesárea y después del parto. Estos ítems fueron medidos utilizando una escala de Likert de 5 puntos (1 totalmente en desacuerdo - 5 totalmente de acuerdo). En conjunto a la encuesta se

realizaron 9 preguntas sociodemográficas y de control, de las que se hicieron análisis descriptivos y bivariantes. Las principales conclusiones de los resultados fueron que la mayoría de los estudiantes eran mujeres y en ellas la percepción de VO es superior, los estudiantes de enfermería tienen más experiencia y mayor representación en el estudio a comparación con los estudiantes de medicina, por esto, se discute que su posible razón tiene origen en que la enfermería está más ligada a la VO y finalmente que los alumnos si logran integrar la información y relevancia de la VO después de una intervención, haciendo posible que logren identificarla en las prácticas clínicas, además de sensibilizar al alumnado, por lo que se recomienda su implementación y destacar la importancia de la educación, ya que es fundamental conocer el problema de raíz para así acabar con la normalización de la VO. Para finalizar, los resultados de esta investigación deben ser interpretados con precaución ya que se trata de un estudio cuasi-experimental, es decir, sin grupo control y representa a una sola institución, por lo tanto, se recomienda que es necesario un estudio más amplio, que presente un grupo de control y un seguimiento a largo plazo sobre la percepciones de VO.

El artículo “Design and Validation of the PercOV-S Questionnaire for Measuring Perceived Obstetric Violence in Nursing, Midwifery and Medical Students” (Diseño y validación del cuestionario PercOV-S para medir la violencia obstétrica percibida en estudiantes de enfermería, obstetricia y medicina) describe el proceso de diseño y validación del instrumento PercOV-S, el primer instrumento validado que mide la percepción de la violencia obstétrica en estudiantes.

La primera versión del cuestionario constaba de 33 ítems, divididos en dos dominios, VO protocolizada-visible y no protocolizada-invisible, que medían la percepción mediante una escala de tipo Likert basándose en las recomendaciones de la bibliografía y contando con la aprobación de comités deontológicos de las universidades por respetar los principios de la declaración de Helsinki y otras leyes internas. Posteriormente fue validado el contenido por un grupo de expertos en salud y género compuesto por: una licenciada en medicina, una enfermera, una abogada y una madre con experiencia previa en VO, los que no realizaron ninguna modificación, pudiendo

administrar el cuestionario a 169 estudiantes de las carreras de enfermería, medicina y obstetricia para determinar sus características psicométricas.

Finalmente, el instrumento resultante contaba con una adecuada consistencia interna y validez de constructo, lo que fue determinado por sus valores de alfa de Cronbach y KMO (Kaiser-Meyer-Olkin) respectivamente. Para el análisis de las variables cuantitativas se fijó un intervalo de confianza del 95% y para la descripción de los resultados del cuestionario y las relaciones estadísticamente significativas entre la percepción de VO y variables sociodemográficas se utilizaron la prueba U de Mann-Whitney y la de Kruskal-Wallis, realizando los cálculos con el programa SPSS de Windows.

Con respecto a los resultados del total de los 169 cuestionarios aplicados, se eliminó el 9,46% por estar incompletos, resultando una muestra de 153 compuesto en su mayoría por estudiantes de enfermería, seguido de estudiantes de obstetricia y en menor cantidad por estudiantes de medicina que presentaron una media global del cuestionario de 4,14 demostrando una alta percepción de VO. Sin embargo, al comparar los resultados de los dominios 1 y 2 (VO protocolizada visible y no protocolizada invisible) se demostró que la percepción de la VO protocolizada visible era mucho más baja, probablemente debido a que éste ítem consideraba aspectos que se han considerado normas y/o protocolos perpetuados en el tiempo y que incluso algunos siguen vigentes, a pesar de las recomendaciones de la OMS. Además, al analizar las respuestas del género femenino versus el masculino se obtuvo que las mujeres perciben más la VO que los hombres, potencialmente debido a la experiencia propia de VO o ginecológica. Finalmente se demostró que los estudiantes de obstetricia percibían de mayor manera la VO en comparación a las otras carreras.

Las limitaciones de este estudio tenían relación con no haber utilizado un panel de expertos con una metodología robusta (en comparación a otros estudios como el de Polit et al.) para determinar la validez de contenido, la imposibilidad de realizar una prueba de estabilidad temporal y el tamaño ajustado de la muestra, por lo que se sugiere incluir estos aspectos en futuros estudios y considerarlos al interpretar los resultados, y como

recomendación final se menciona la necesidad de centrarse en la normalización de la VO como factor central en futuras líneas de investigación.

El artículo de Gray et al. “Obstetric violence: comparing medical student perception in India and the UK” (Violencia obstétrica: comparación de la percepción de los estudiantes de medicina en la India y el Reino Unido) propuso un estudio cuantitativo que consistió en la aplicación de una encuesta en línea, la que incluía un link a un video en la plataforma de videos Youtube, donde se mostraba la dramatización de la VO en un centro de salud. Lo anterior fue enviado a 240 estudiantes de medicina de la Universidad de Sheffield, del Reino Unido (UK) y a 280 estudiantes de medicina de la Universidad Hindú de Banaras en India. La encuesta estaba constituida de 5 preguntas de carácter sociodemográfico, incluyendo si es que habían oído hablar de VO y que entendían de ella; Luego se proseguía con 9 preguntas destinadas a evaluar la percepción de los participantes sobre el vídeo revisado. Estas preguntas utilizaban una escala analógica visual para su respuesta, donde cada una se puntuaba de 0 a 100 (indicando que mientras más alta era la puntuación, mayor aprobación a la pregunta). Por último, las 5 preguntas restantes evaluaban la percepción de VO con respecto a sus propias vivencias en prácticas clínicas.

Los resultados fueron analizados utilizando las pruebas estadísticas T de student o de Chi Cuadrado, según correspondiera. Las principales conclusiones que se obtuvieron de los resultados de esta investigación son que la mayoría de los estudiantes de medicina (de ambos países) son incapaces de reconocer el concepto de VO, pero sí logran identificar comportamientos inadecuados en los centros asistenciales donde realizan sus prácticas clínicas. También se concluye que los estudiantes británicos habrían recibido más teoría sobre la VO y por esto tendrían más conciencia sobre ésta. Sin embargo, como se postula también en la investigación, se debe considerar que probablemente los estudiantes indios presentan menor puntuación por razones culturales, ya que la mujer tiene un status social más bajo que en el Reino Unido, además de la mayor cantidad de hombres estudiando la carrera de medicina.

Con respecto a las limitaciones, la principal de este estudio corresponde a que la muestra fue pequeña, debido a la poca cantidad de respuestas a la encuesta. La falta de

voluntad en responder puede reflejar la falta de concientización y compromiso sobre la adecuada atención en el parto y el interés en poder evitar prácticas que erradiquen la VO.

Para finalizar, contamos con 3 estudios que difieren en metodologías de investigación al momento de querer medir la percepción de la VO, dentro de estos solo uno destaca con una encuesta correctamente validada, específicamente el cuestionario PercOV-S, siendo este instrumento el único en español y que se guía por las “Recomendaciones para una experiencia de parto positiva” de la OMS. Los estudios analizados coinciden en que los estudiantes del área de la salud si presentan percepciones sobre la violencia obstétrica y que la carrea de enfermería tienen una percepción más alta que los estudiantes de medicina, como también así las mujeres, y las mujeres que han vivido experiencias personales de parto. Por último, Mena-Tudela menciona en su investigación, que posterior a la intervención, los estudiantes mostraban una mejor actitud a erradicar la VO dejando atrás el paradigma de la atención del parto el cual influye significativamente en la percepción que se tiene sobre la violencia obstétrica.

CAPITULO V: CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

Para finalizar y respondiendo a la pregunta de investigación, podemos estimar que es muy importante contemplar la percepción que tienen los y las estudiantes del área de la salud ya que son personas que formarán parte del equipo de salud en instituciones hospitalarias alrededor de todo el mundo pudiendo perpetuar malas prácticas que vayan en desmedro de la salud de las mujeres gestantes. Estar al tanto de este proceso cognitivo (percepción) puede orientar a las escuelas de obstetricia, medicina y enfermería a poner énfasis en educar y hacer intervenciones sobre la violencia obstétrica a sus estudiantes para prevenir que estos cometan actos violentos a futuro, siguiendo con el orden estructural que tiene la violencia obstétrica por parte de los equipos de salud.

Según los objetivos planteados al principio de esta investigación, se encontraron 3 estudios incluidos en un margen de tiempo de 5 años entre 2017 y 2021, en el que se destaca la importancia de medir la percepción de los estudiantes ya que son un objeto de estudio poco común cuando se habla de violencia obstétrica. Existen numerosos estudios que relatan las vivencias de la violencia obstétrica desde el punto de vista de las madres y desde el punto de vista del personal de salud, lo que fue evidenciado durante el proceso de investigación en el que se eliminaron al menos 7 estudios por criterios de exclusión que tratan esta temática. En cambio, desde la mirada de los estudiantes, quienes presentan una mirada global del tema desde la teoría en las aulas, no se obtiene ni la mitad de los resultados.

Todos los estudios concluyen que el nivel de percepción que se tiene sobre la violencia obstétrica es variado; y, está influido en mayor parte por un factor sociodemográfico y de género, y según la carrera que se estudie (enfermería/obstetricia/medicina) ya que los estudiantes de medicina tienen una menor percepción de la violencia obstétrica y mostraron menor participación en los estudios. Así mismo, el factor sociodemográfico influye en la percepción de la VO ya que en países como la India, donde las mujeres tienen menos derechos y pertenecen a un estrato más bajo, la percepción de VO era mucho más baja. Por último, es importante destacar que las mujeres y personas gestantes tienen un nivel de percepción más alto que los hombres,

debido a que la violencia de género de la cuales también son víctimas hace que este grupo sea más perceptible a los hechos de violencia como tal, ya que cabe destacar que la violencia obstétrica es también violencia de género.

Una de las brechas más grandes que existen en la investigación de esta área, es la falta de estas; hacen falta más estudios respecto a la percepción de la violencia obstétrica en estudiantes, ya que se considera que la evidencia es poca. Las investigaciones carecen de instrumentos correctamente validados, las metodologías varían en cada investigación y las muestras son muy pequeñas para sacar conclusiones apropiadas a gran escala.

Recomendaciones:

- Se recomienda continuar el rubro de esta investigación con un enfoque cuantitativo de tipo descriptivo transversal, en países que no tengan legislaciones específicas para la VO como Chile, Brasil, etc., aplicado a los estudiantes del área de la salud, además, de que las investigaciones incluyan muestras más amplias para obtener mayor evidencia de la percepción de los estudiantes y así llegar a conclusiones más precisas utilizando la escala PercOV-s, que ya está validada.
 - Los factores socioculturales influyen en la percepción por lo que sería interesante comparar resultados en universidades privadas y públicas, identificando variables interesantes a estudiar como el tipo de formación que reciben los estudiantes (cristiana, humanista, laica, etc.)
 - Los resultados obtenidos en la búsqueda demuestran, en general, que la percepción de los estudiantes de medicina con respecto a la VO es más baja al ser comparada con las carreras de obstetricia y enfermería. Lo anterior puede deberse a múltiples factores o una combinación de ellos, entre los que encontramos al bajo soporte teórico que se da en esta carrera a temáticas como equidad de género, interculturalidad, diversidad sexual, violencia obstétrica y ginecológica, atención humanizada, antropología, bioética, entre otras; enfocando principalmente su formación al área biológica, diagnósticos y tratamientos de patologías.
- Por último, se debe destacar que la participación de los estudiantes de medicina en los estudios fue baja en comparación con los demás estudiantes del área de la salud y que en general la cantidad de hombres de esta carrera eran mayores.

- Si bien sería importante incluir la VO en el currículum formal de los estudiantes del área de la salud, tiene más relevancia aún poder realizar cambios estructurales profundos en la atención de la gestación, parto y postparto en los centros asistenciales, que es donde finalmente los estudiantes realizan prácticas clínicas y aprenden inconscientemente el currículum oculto.

Es conocido que para generar cambios en la estructura de algo se necesita de recursos económicos, pero también se necesita de tiempo para que puedan ser evidenciados estos cambios, los que serán perpetrados, principalmente por las nuevas generaciones de profesionales (los estudiantes del día de hoy). En el intertanto, urge la implementación de políticas públicas (leyes, programas) que regularicen la violencia obstétrica, entreguen lineamientos para tomar acciones correctivas en los profesionales que ya la ejercen y consecuencias determinadas para aquellos no interesados en mejorar la situación a pesar de haber contado con apoyo y refuerzo para lograrlo, para esto se puede incluir mayor difusión de los recursos ya existentes como las actualizaciones entregadas por el ministerio de salud con respecto a la atención respetuosa del parto y gestación. Lo anterior considerando que, si bien los profesionales de la salud son los que ejercen esta violencia obstétrica, es muy difícil luchar contra el propio sistema que los ha formado por décadas, que además les exige cumplir con metas y protocolos sin considerar muchas veces sus limitaciones, como por ejemplo el elevado número de pacientes para un solo profesional.

Además de los estudiantes y profesionales, en la otra cara de la moneda encontramos a las personas gestantes, quienes también podrían contribuir en la mejora de esta situación empoderándose más del proceso con información y educación actualizada, para así con conocimiento poder distinguir qué acciones son consideradas VO, como la realización de cesáreas injustificadas haciéndoles creer que sí lo son. Esto puede lograrse mejorando la asistencia a los talleres que otorga la atención primaria de salud, mayor acceso a los recursos del programa Chile Crece Contigo, entre otros, tomando en consideración que nos encontramos en una era digital, por lo que la disponibilidad de recursos debería ser difundida por medios como redes sociales.

Por último, sería útil poder contar con mayor retroalimentación de parte de los estudiantes con respecto a sus docentes de prácticas clínicas, considerando que al momento de comenzar con éstas tendrían más posibilidades de identificar la VO que más adelante, pudiendo así cerner aún más la selección de éstos, que además muchas veces no eligen el rol que se les otorga en la formación de nuevos profesionales.

REFERENCIAS

- Arguedas, G. (2014). La violencia obstétrica: Propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense. Cuadernos Inter.c.a.mbio sobre Centroamérica y el Caribe, 11(1), 145-169. <https://doi.org/10.15517/c.a.v11i1.14238>.
- Argüello-Avendaño, H. E., & Mateo-González, A. (2014). Parteras tradicionales y parto medicalizado, ¿un conflicto del pasado? Evolución del discurso de los organismos internacionales en los últimos veinte años. LiminaR, 12(2), 13-29.
- Bohren, M., Vogel, J., Hunter, E., Lutsiv, O., Makh, S., Souza, J., Aguiar, C., Saraiva, F., Araújo, A., Tunçalp, Ö., Javadi, D., Oladapo, O., Khosla, R., Hindin, M., & Metin, A. (2015). The Mistreatment of Women during Childbirth in Health Facilities Globally: A Mixed-Methods Systematic Review. PLOS Medicine, 12(6), e1001847. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001847>.
- Bohren, M., Mehrtash, H., Fawole, B., Maung, T., Dioulde, M., Maya, E., Thwin, S., Aderoba, A., Voge, J., Irinyenikan, T., Adeyanju, A., Mon, N., Adu-Bonsaffoh, K., Landoulsi, S., Guure, C., Adanu, R., Alpha, B., Gülmezoglu, A., Soumah, A., Tunçalp, Ö. (2019). How women are treated during facility-based childbirth in four countries: a cross-sectional study with labour observations and community-based surveys. The Lancet, 394, 1750-1763. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31992-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31992-0).
- Borges, M. T. (2018). A Violent Birth: Reframing Coerced Procedures During Childbirth as Obstetric Violence. *Duke Law Journal*, 67(4), 827-862.
- Cámara de diputadas y diputados. (2019). Establece derechos en el ámbito de la gestación, parto, postparto, aborto, salud ginecológica y sexual y sanciona la violencia gineco-obstétrica.

<https://www.camara.cl/legislacion/ProyectosDeLey/tramitacion.aspx?prmID=12670&prmBOLETIN=12148-11>

Casan Clarà, P., & Barrueco Ferrero, M. (2020). El currículum oculto ligeramente al descubierto. Archivos de Bronconeumología, 56(7), 418-419.

<https://doi.org/10.1016/j.arbres.2019.09.001>

Chile Crece Contigo. (2014). Guía de la gestación y el nacimiento. Creciendo Juntos.

<https://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2015/11/guia-mapuche-2015.pdf>

Cisterna Cabrera, F. (2002). Currículum oculto: Los mensajes no visibles del conocimiento educativo. REXE: Revista de estudios y experiencias en educación, 1(1), 41-56.

Costa, J. A., Silveira, J. de A., Gonçalves, S. J. da C., & Souza, M. C. A. de. (2022). Violência obstétrica e humanização no parto. Percepção de alunos de graduação em Medicina e Enfermagem. Revista de Saúde, 13(1), 28-33.
<https://doi.org/10.21727/rs.v13i1.2993>

Costilla, J., & Graciela, M. (2006). El currículum oculto de una experiencia áulica. 19.

Cifre, R. L. (2019). Violencia obstétrica. La perspectiva de mujeres que la han sufrido.

Investigaciones Feministas, 10(1), 167-184. <https://doi.org/10.5209/infe.60886>

Chadha, N.K. Applied Psychometry, 1st ed.; Routledge: London, UK, 2009.

Chattopadhyay, S., Mishra, A., & Jacob, S. (2018). 'Safe', yet violent? Women's experiences with obstetric violence during hospital births in rural Northeast India.

Culture, Health & Sexuality, 20(7), 815-829.

<https://doi.org/10.1080/13691058.2017.1384572>

- Crowther, S. A., Hall, J., Balabanoff, D., Baranowska, B., Kay, L., Menage, D., & Fry, J. (2021). Spirituality and childbirth: An international virtual co-operative inquiry. *Women and Birth*, 34(2), e135-e145. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.02.004>
- Davis-Floyd, R. (2001). The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 75(S1), S5-S23. [https://doi.org/10.1016/S0020-7292\(01\)00510-0](https://doi.org/10.1016/S0020-7292(01)00510-0)
- Descriptores en Ciencias de la Salud: DeCS [Internet]. ed. 2017. Sao Paulo (SP): BIREME / OPS / OMS. 2017 [actualizado 2017 May 18; citado 2017 Jun 13]. Disponible en: <http://decs.bvsalud.org/E/homepagee.htm>
- Díaz García, L. I., & Fernández M., Y. (2018). *Situación legislativa de la Violencia obstétrica en América latina: El caso de Venezuela, Argentina, México y Chile. Revista de derecho (Valparaíso), ahead, 0-0.* <https://doi.org/10.4067/S0718-68512018005000301>
- Diniz, C. S. G., Niy, D. Y., Andrezzo, H. F. de A., Carvalho, P. C. A., & Salgado, H. de O. (2016). The vagina-school: Interdisciplinary seminar on violence against woman in the teaching of the health professions/A vagina-escola: seminário interdisciplinar sobre violência contra a mulher no ensino das profissões de saúde/La vagina-escuela: seminario interdisciplinario sobre violencia contra la mujer en la enseñanza de las profesiones de salud. *Interface (Botucatu, Brazil)*, 20(56), 253-. <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0736>
- Faneite, J., Feo, A., & Toro Merlo, J. (2012). Grado de conocimiento de violencia obstétrica por el personal de salud. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*, 72(1), 4-12. .

- Fortoul-van der Goes, T. I., & Núñez-Fortoul, A. (2013). Lo que decimos y lo que hacemos, la incongruencia en la enseñanza de los buenos hábitos: El currículo oculto. *Investigación en educación médica*, 2(7), 119-121.
- Fuenmayor, G., & Villasmil, Y. (2008). La percepción, la atención y la memoria como procesos cognitivos utilizados para la comprensión textual. *Revista de Artes y Humanidades UNICA*, 9(22), 187-202.
- Fundación OVO (2021, 14 septiembre). Ley Adriana: La lucha por educar y poner fin a la violencia obstétrica en Chile. OVO Chile. <http://ovochile.cl/noticias/ley-adriana-la-lucha-por-educar-y-poner-fin-a-la-violencia-obstetrica-en-chile/>
- García, T. (2016). Violencia obstétrica. Poder simbólico y cuerpo de mujer. *Bordes. Revista de política, derecho y sociedad*, 39-47. http://revistabordes.com.ar/wp-content/uploads/2016/12/6_Violencia_obstetrica.pdf.
- Goer, H. (2004). Humanizing Birth: A Global Grassroots Movement. *BIRTH*, 31, pp. 308-314 <http://hencigoer.com/downloads/humanizing-birth.pdf>
- Gupta, J. K., Sood, A., Hofmeyr, G. J., & Vogel, J. P. (2017). Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 5, CD002006. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002006.pub4>
- Guzmán Lechuga, A., & Valdéz Borroel, M. del S. G. (2021). La disonancia cognoscitiva en la experiencia del activismo gráfico. *Zincografía*. <https://doi.org/10.32870/zcr.v0i1.14>
- Leiva, G., & Sadler, M. (12 de enero de 2016). Percepciones y prácticas sobre la operación cesárea. FONIS SA13I20259. [Sesión de Conferencia]. Seminario Nacer en el

Chile actual: de la costumbre a la evidencia, Santiago, Chile.
<https://doi.org/10.13140/RG.2.1.3473.9281>.

Mena-Tudela, D., Cervera-Gasch, A., Alemany-Anchel, M. J., Andreu-Pejó, L., & González-Chordá, V. M. (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>

Mena-Tudela, D., Cervera-Gasch, Á., Andreu-Pejó, L., Alemany-Anchel, M. J., Valero-Chillerón, M. J., Peris-Ferrando, E., Mahiques-Llopis, J., & González-Chordá, V. M. (2022). Perception of obstetric violence in a sample of Spanish health sciences students: A cross-sectional study. *Nurse Education Today*, 110, 105266. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2022.105266>

Nolla Domenjó, M. (2019). Aprendizaje y prácticas clínicas. *Educación Médica*, 20(2), 100-104. <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2018.12.019>

Marcillo, C. (2022). *¿Qué es el currículum oculto?* | *Revista Científica Retos de la Ciencia*.
<https://retosdelacienciaec.com/Revistas/index.php/retos/article/view/266>

Odent, M. (2021, 31 mayo). El bebé es un mamífero. Nirvana Libros, S.A. de C.V.

OMS-OPS. 1985. ¡El nacimiento no es enfermedad! 16 Recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud. 1985. Disponible en:
<https://www.sarda.org.ar/images/1995/4-5.pdf>

Organización mundial de la salud. WHO Joint Interregional Conference on Appropriate Technology for Birth: Fortaleza, Brazil 22–26 April 1985. (1988). Australian

College of Midwives Incorporated Journal, 1(2), 18-19.

[https://doi.org/10.1016/S1031-170X\(88\)80047-3](https://doi.org/10.1016/S1031-170X(88)80047-3)

Organización mundial de la salud. *Por qué la OMS recomienda reducir las intervenciones médicas en los partos*. (2018, febrero 15). Noticias ONU.

<https://news.un.org/es/story/2018/02/1427121>

Organización mundial de la salud. *Recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva*. (2018)

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272435/WHO-RHR-18.12-spa.pdf>

Oviedo, G. L. (2004). La definición del concepto de percepción en psicología con base en la teoría Gestalt. *Revista de estudios sociales (Bogotá, Colombia)*, 18, 89-96.

<https://doi.org/10.7440/res18.2004.08>

Peters MDJ, Godfrey C, McInerney P, Munn Z, Tricco AC, Khalil, H. Chapter 11: Scoping Reviews (2020 version). In: Aromataris E, Munn Z (Editors). *JBIM Manual for Evidence Synthesis*, JBI, 2020. Available from <https://synthesismanual.jbi.global>. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-12>

Pozzio, M. R. (2016). La gineco-obstetricia en México: Entre el «parto humanizado» y la violencia obstétrica. *Revista Estudios Feministas*, 24, 101-117.

<https://doi.org/10.1590/1805-9584-2016v24n1p101>

REAL ACADEMIA ESPAÑOLA: *Diccionario de la lengua española*, 23.^a ed., [versión 23.5 en línea]. <<https://dle.rae.es>> [2022].

Rojas O, A. (2012). The hidden curriculum in medical teaching. *Revista médica de Chile*, 140(9), 1213-1217. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872012000900017>

- Rominski, S. D., Lori, J., Nakua, E., Dzomeku, V., & Moyer, C. A. (2017). When the baby remains there for a long time, it is going to die so you have to hit her small for the baby to come out: Justification of disrespectful and abusive care during childbirth among midwifery students in Ghana. *Health Policy and Planning*, 32(2), 215-224. <https://doi.org/10.1093/heapol/czw114>
- Sadler, M. (2003). *Así me nacieron a mi Hija. Aportes Antropológicos para el Análisis de la Atención Biomédica del Parto Hospitalario*. <https://docplayer.es/227096-Asi-me-nacieron-a-mi-hija-aportes-antropologicos-para-el-analisis-de-la-atencion-biomedica-del-parto-hospitalario.html>
- Sadler, M., Santos, M. J., Ruiz-Berdún, D., Rojas, G. L., Skoko, E., Gillen, P., & Clausen, J. A. (2016). Moving beyond disrespect and abuse: Addressing the structural dimensions of obstetric violence. *Reproductive Health Matters*, 24(47), 47-55. <https://doi.org/10.1016/j.rhm.2016.04.002>
- Santillán, S. (2021). *Formarse en el modelo tecnocrático*. Revista Question, 3(69), Revista question, 2021-09-01, Vol.3 (69).
- Siebert, F., (2021, 23 diciembre). *Ley Adriana: En qué consiste la normativa que busca sancionar la violencia gineco-obstétrica*. Universidad de Chile. <https://www.uchile.cl/noticias/182853/ley-adriana-una-sancion-a-la-violencia-gineco-obstetrica#:~:text=Ley%20Adriana%20apunta%20a%20regular,el%20parto%2C%20preparto%20y%20posparto>
- Sobrido Prieto, M., & Rumbo-Prieto, J. M. (2018). La revisión sistemática: Pluralidad de enfoques y metodologías. *Enfermería Clínica*, 28(6), 387-393. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2018.08.008>

Vallana S, V. V. (2020). “La enfermedad normal”: Aspectos históricos y políticos de la medicalización del parto. *Sexualidad, Salud y Sociedad* (Rio de Janeiro), 34, 90-107.

Valdés L., V., & Morlans H., X. (2005). APORTES DE LAS DOULAS A LA OBSTETRICIA MODERNA. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 70(2), 108-112. <https://doi.org/10.4067/S0717-75262005000200010>