

Violencia obstétrica: haciendo visible lo invisible **Obstetric violence: Making the invisible visible**

Jojoa Tobar, Elisa¹
Cuchumbe Sánchez, Yuler Darío¹
Ledesma Rengifo, Jennifer Briyith¹
Muñoz Mosquera, María Cristina¹
Paja Campo, Adriana María¹
Suarez Bravo, Juan Pablo¹

¹ Universidad del Cauca/Cauca, Popayán, Colombia, elisaj@unicauca.edu.co

Resumen

Introducción: La violencia obstétrica ha sido tipificada como una modalidad de violencia de género, que hace referencia a las conductas de acción u omisión; puede ser institucional, psicológica, simbólica o sexual. **Objetivo:** Caracterizar las diferentes modalidades de violencia obstétrica. **Metodos:** Estudio cualitativo con enfoque fenomenológico; conformado por 23 mujeres con experiencias obstétricas menores de dos años que asistieron a los hogares de Familia, mujer e infancia (FAMI) en el 2016. Se realizaron entrevistas estructuradas sobre sus experiencias en la atención institucional del parto, toma de decisiones e información sobre procedimientos, posición para el parto, presencia de acompañante, derecho a la intimidad, percepciones sobre maltrato físico y psicológico. **Resultados:** El 69% de las entrevistadas reportaron alguna forma de violencia obstétrica. La violencia institucional se registró en la mayoría de los relatos y estuvo asociada a políticas institucionales e inconformidad con la atención en salud recibida durante el trabajo de parto; la violencia psicológica, fue percibida como falta de información y de autonomía en la toma de decisiones en el proceso de atención, malos tratos e impedimento a las gestantes para expresar sus sentimientos y emociones. **Conclusiones:** La mayoría de mujeres desconocen sus derechos y/o naturalizan los actos de violencia obstétrica. Los profesionales de salud deben reconocer en su formación y en los campos de práctica, los distintos tipos de violencia obstétrica con el fin de diseñar mecanismos para su prevención y abolición. Se hace necesario explorar la ocurrencia de eventos asociados a violencia sexual en el marco de la atención obstétrica.

Palabras clave: Violencia obstétrica; parto; derechos sexuales y reproductivos.

Abstract:

Introduction: Obstetric violence has been typified as a form of gender violence, which refers to the behaviors of action or omission; it can be institutional, psychological, symbolic or sexual. **Objective:** To characterize the different modalities of obstetric violence. **Methods:** Qualitative study with a phenomenological approach; conformed by 23 women with obstetric experiences under two years who attended the homes of Family, Woman and Childhood (FAMI) in 2016. Structured interviews were conducted about their experiences in the institutional care of childbirth, in terms of decision making and information about procedures, position for childbirth, presence of companion, right to privacy, perceptions about physical and psychological abuse. **Results:** 69% of the interviewed women reported some form of obstetric violence. Institutional violence was recorded in most of the reports and was associated with institutional policies and nonconformity with health care received during labor; psychological violence was perceived as a lack of information and autonomy in decision-making in the process of care,

mistreatment and impediment to pregnant women to express their feelings and emotions. **Conclusions:** Most of women are unaware of their rights and / or naturalize acts of obstetric violence. Health professionals must recognize in their training and in the fields of practice, the different types of obstetric violence in order to design mechanisms for their prevention and abolition. It is necessary to explore the occurrence of events associated with sexual violence within the framework of obstetric care.

Keywords: Obstetric violence; birth; sexual and reproductive rights.

I. INTRODUCCIÓN

En los procesos de atención emergen diferentes manifestaciones del modelo patriarcal y del modelo médico hegemónico, representados en un mayor interés en la productividad, en la disminución de los costos de atención, en una medicina basada en la evidencia que desconoce que uno de sus pilares es la interlocución con el paciente sobre sus procesos de atención, donde las relaciones asimétricas entre las maternas y el personal de salud, son el común denominador y el “sometimiento” al saber médico y a las normas del sistema de salud, las cuales desdibujan la autonomía de la mujer para decidir sobre como asumir el proceso de trabajo de parto y el parto.

En consecuencia, en la violencia obstétrica convergen la violencia institucional en salud y la violencia de género. Por una parte, la violencia institucional es definida por Bruyn¹ como “una forma específica de abuso, que comprende daño físico y psicológico a personas como resultado de condiciones estructuralmente inadecuadas en las instituciones y sistemas públicos”. Además, la violencia de género ha sido definida por el Ministerio de Salud y Protección Social² como “cualquier acción o conducta que se desarrolle a partir las relaciones de poder asimétricas basadas en el género que sobrevaloran lo relacionado con lo masculino y subvaloran lo relacionado con lo femenino”.

Es así como la violencia obstétrica ha sido tipificada como una modalidad de violencia de género, que hace referencia a las conductas de acción u omisión que se derivan del proceso de atención del embarazo, trabajo de parto, parto y puerperio en el ambiente hospitalario que incluyen: el maltrato físico y verbal, la humillación, los procedimientos médicos sin consentimiento o coercitivos (incluida la esterilización), la falta de confidencialidad, la negativa a administrar analgésicos, las violaciones flagrantes de la privacidad, entre otros.³

En Colombia no hay una legislación que prevenga y sancione este tipo de violencia, por lo tanto, ha sido invisibilizada y a nivel investigativo apenas comienza a recolectarse evidencia que permita abordar esta problemática. Más allá de las implicaciones que tiene en la calidad de la prestación de servicios de salud, se hace necesario posicionarla como un tema de defensa de los derechos humanos de las mujeres que requiere ser intervenido mediante la construcción de un marco legislativo, la modificación de guías de práctica clínica y el empoderamiento de las mujeres de sus procesos sexuales y reproductivos en el marco de la prestación de los servicios de salud.

Con el fin de visibilizar esta problemática en el contexto local y proponer acciones en los contextos institucionales, territoriales y comunitarios, se propuso como objetivo caracterizar las diferentes modalidades de violencia obstétrica en mujeres del programa “Hogares FAMI” con experiencia obstétrica reciente.

II. MÉTODOS

Para llevar a cabo esta investigación se realizó un estudio cualitativo con enfoque fenomenológico. La población estuvo conformada por 23 madres de niños menores de dos años que asistieron a los hogares FAMI (Familia, Mujer e Infancia) del ICBF durante el I semestre del 2016; considerando que al tener una experiencia obstétrica reciente, la información obtenida sería mucho más fidedigna y cargada de más detalles que serían relevantes para la investigación. Las técnicas de recolección utilizadas incluyeron una entrevista estructurada, para la identificación de los aspectos sociodemográficos y una entrevista a profundidad para la recolección de las experiencias vividas en el proceso de trabajo de parto, parto

y puerperio y la obtención de datos relacionados con las modalidades de violencia obstétrica percibida en la entidad de salud.

Las entrevistas se realizaron durante las jornadas de encuentro programadas. Se socializó en cada encuentro los propósitos de la investigación y se explicaron los términos del consentimiento informado para ser firmado a continuación por cada una de las participantes. Los investigadores registraron las entrevistas por medio de grabaciones de audio, posteriormente fueron transcritas en su totalidad en formato Excel, archivadas con un código asignado para su identificación y analizadas identificando las categorías y subcategorías. Cada investigador registró los datos sociodemográficos de la participante y con base en una guía de entrevista a profundidad exploró la experiencia de la mujer en relación con su experiencia personal durante la atención de su parto en el contexto institucional.

Esta investigación se basó en los principios estipulados en CIOMS/82 -2002 y en la resolución 008430 de 4 de octubre de 1993, en la que se establece las conductas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. De igual manera, estuvo regida a los principios de autonomía, beneficencia, no maleficencia, justicia, objetividad y confidencialidad.

III. RESULTADOS

Un 12% de las participantes tenían entre 15 a 19 años, 57% de 20 a 25, 19% de 26 a 35 y 12% eran mayores de 36 años. Respecto al nivel educativo, el 31% cursó el bachillerato; el mismo porcentaje afirmó no haber culminado la primaria. De la información sociodemográfica, es de resaltar que el 63% de las informantes refirió tener un hijo; con relación a la ocupación, la mayoría manifestó ser ama de casa.

De las 23 entrevistas realizadas en el 69,5% se evidenció una o más formas de violencia obstétrica; el aspecto central de la investigación parte de la comprensión del concepto de la violencia obstétrica como el conjunto de prácticas, comportamientos y actitudes que afectan a la gestante de modo negativo en el desarrollo de su trabajo de parto, parto y puerperio. Las diferentes modalidades de violencia obstétrica fueron sistematizadas en un mapa con las categorías y subcategorías consideradas para el estudio tal como lo muestra en la figura 1.

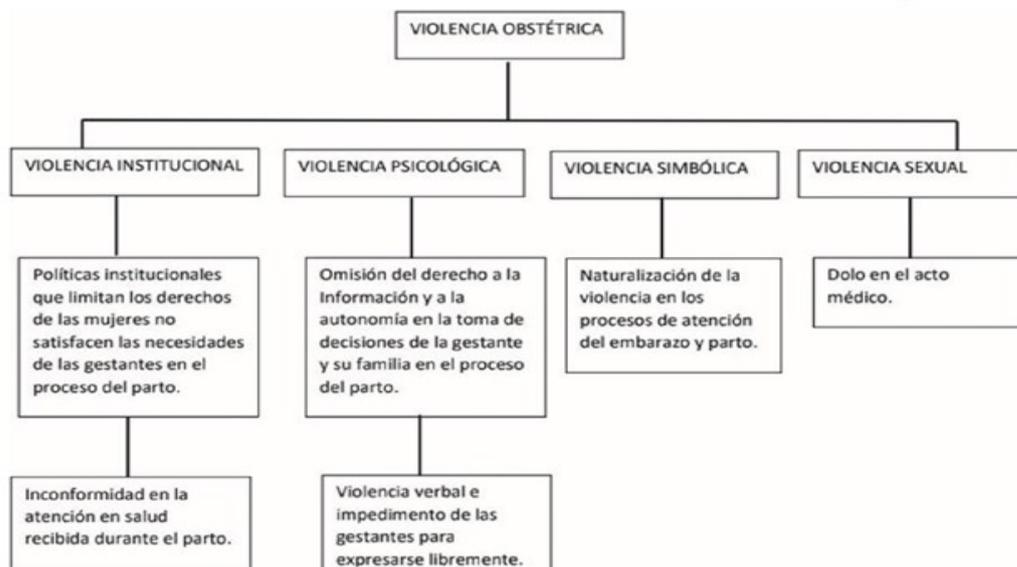


FIGURA 1. Mapa de relación de categorías con subcategorías
Fuente: Elaboración propia.

A. Violencia institucional

Esta modalidad de violencia obstétrica fue subcategorizada en: políticas institucionales que no satisfacen las expectativas de las gestantes en el proceso de parto e inconformidad con la atención en salud recibida durante el trabajo de parto.

Las políticas institucionales son decisiones escritas que se establecen como guías o protocolos de atención. De esta manera, se hallaron algunas políticas institucionales relacionadas con el ejercicio docente que generan inconformidades; principalmente, se refirieron al tacto para evaluar la dilatación, puesto que es realizado de manera repetitiva, por distintas personas y sin un consentimiento, Quevedo⁴ evidencia en estos actos médicos la vulneración del derecho a la intimidad por la intromisión no consentida de la privacidad mediante la exhibición y/o revisión masiva del cuerpo y los órganos genitales.

Todas estas situaciones generan en las mujeres ansiedad, sensación de indefensión e incomodidad: *“Me realizaron muchos tactos el sábado y el domingo. Me sentía incómoda. A cada rato tactos del médico y un pasante. El médico sacaba la mano y luego hacia el tacto el pasante. – Y mire es así... -Vea así es... ¡aquí está! y ¡mire! – La verdad muy incómodo.”* (Informante cultural 2).

El miedo y la sensación de soledad son vividas por las mujeres desde el mismo momento en que llegan al hospital y son informadas que su pareja o familiar no la pueden acompañar ni en el proceso de trabajo de parto ni en el parto. Resulta contradictorio que, aunque la guía de práctica clínica resultado de medicina basada en la evidencia recomienda que la mujer en trabajo de parto sea acompañada de forma continua por la persona que ella elija⁶, el común denominador en las instituciones de salud es prohibir la participación del padre o de un familiar en este proceso de atención. *“Yo pensé que iba a dejar al papá de mi bebé o a mi hermana (pensaba que el personal de salud iba a autorizar el ingreso de los familiares)... pero no, no me dejaron (el personal de salud) ni tener un teléfono ni nada y no dejaron pasar a mi mamá que estaba en la sala de espera, y yo sola.”* (Informante cultural 8).

Las políticas institucionales inciden negativamente sobre la autonomía de la mujer para decidir sobre la posición para su trabajo de parto y parto. *“No estaba cómoda, si solamente acostada, intente pararme y estar como de rodillas porque así el dolor era como menos (dolor de las contracciones), pero me regañaron (el personal de salud), porque de acuerdo a eso él bebe se me podía venir (acelerar el proceso de parto), y se me podía golpear, pero pues me dijeron que no (personal de salud) y si me regañaron varias veces.”* (Informante cultural 8).

Al respecto, Vallana⁵ señala que “aparte de la inmovilización propiciada por los artilugios tecnológicos, las parturientas deben ser protegidas de golpes y caídas dentro de las instituciones hospitalarias, lo que hace que se les prohíba deambular, caminar, agacharse, acurrucarse, ponerse en cuatro, entre otros, movimientos todos estos que contribuyen a la dilatación y ayudan a hacer las contracciones más llevaderas. Así, la imposición de la quietud es entonces inadecuada para la fisiología del parto, así como también la posición supina”.

Todas estas situaciones permitieron identificar otra subcategoría denominada “Inconformidad en la atención en salud recibida durante el trabajo de parto”, que las mujeres perciben al encontrar que sus solicitudes, manifestaciones de dolor, incomodidad y necesidad de compañía son ignoradas: *“Me gustaría una atención mejor tanto para uno como para las demás, estar más pendientes ellos (personal de salud) deberían decirle a uno no es tiempo. La dejaban mucho tiempo sola. La oían quejar (gestante en trabajo de parto que compartía sala con otra) y lo que hacían era burlarse por allá y decir que ¡esta muchacha si se queja!, ¡que si llora!, ¡que no es tiempo!* (Informante cultural No. 5).

Villanueva – Egan⁸ señala que el disentimiento de las instrucciones médicas provoca una reacción en el personal de salud que puede llegar a ser determinante, con miras a reprimir cualquier intento de lo que, desde su punto de vista, puede ser considerado una insubordinación, frente a lo cual se evidencian actos de rebeldía o solidaridad que emerge en mujeres que abogan por aquellas que están siendo atropelladas, *“Uno quería decir algo y... ¡a ver mamita, calladita. No opine!”* (Madre que compartía sala partos y abogaba por su compañera) (Informante cultural 2).

B. Violencia Psicológica

Los resultados de la investigación arrojaron que esta es la segunda modalidad con mayor frecuencia de aparición en los relatos, la primera subcategoría considera la omisión del derecho a la información y a la autonomía en la toma de decisiones de la gestante y su familia en el proceso del parto.

No obstante, se halló que las mujeres no reciben información suficiente sobre el proceso de trabajo de parto y el parto durante los controles prenatales. *“No me dijeron como pujar, nada, ni mucho menos, yo llegue a la clínica y fue totalmente diferente, tras de que yo pedía colaboración, que me ayudaran para saber cómo pujar para que no me doliera pero pues me dijeron – ahí usted debe saber, en los controles me imagino que allá le explicaron.”* (Informante cultural 8).

La posibilidad de que la mujer pueda autónomamente decidir en qué posición parir es impensable, pues los protocolos institucionales consideran únicamente la posición de litotomía para la atención del parto, aun cuando existe evidencia científica que favorece la adopción de otras posiciones.⁹

Belli¹⁰ señala que se consideran actos constitutivos de violencia obstétrica obligar a la mujer a parir en posición supina y con las piernas levantadas, existiendo los medios necesarios para la realización del parto vertical. Los siguientes relatos evidencian la imposibilidad de decidir autónomamente por una posición para parir: *“No, ni me dejaban hablar (el personal de salud), entré y me ubicaron; eso no me dijeron nada, me pasaron de una camilla a otra con una pierna acá y la otra allá y puje.”* (Informante cultural 9).

La violencia verbal y el impedimento de las gestantes para expresarse libremente, se constituyó también en otra subcategoría. Burgo¹¹, afirma que son fundamentales y placenteros para el desarrollo del parto: los movimientos, voces, sonidos, palabras y miradas, puesto que se convierten en la posibilidad de comunicar lo que se siente.

Laura Belli¹⁰, afirma que las agresiones verbales se manifiestan a través de muestras de insensibilidad ante el dolor de la mujer, manteniendo silencio a sus preguntas, a través de la infantilización, los insultos y los comentarios humillantes. *“Otras dos mamitas gritaban (...) yo no gritaba y ellas sí, a una muchacha le dijeron usted pensaba que esto era como tirar una pepa de guama, así no, así no son las cosas le dijo, usted viene acá y tiene que esperar, así aprende a valorar a su mamá! - le decían porque ella gritaba- y apenas va en dos que va hacer cuando este en diez.”* (Informante cultural 6).

Arguedas⁷ citado por Restrepo, considera que en principio, no existe una intención de establecer un diálogo, sino más bien una relación de poder. Esta posición desigual para la construcción de una comunicación efectiva, fue relatada así: *“Uno allá no puede decir nada porque si uno se queja le dicen que uno no sabe. ¡Nosotros somos los médicos, que nosotros somos lo que sabemos! Entonces son cosas que uno tiene que aguantar y estarse callado hasta que ya. Pedirle a Dios que lo saque adelante con su hijo.”* (Informante cultural 1).

Generar culpa es una táctica que en el marco de los procesos de atención puede resultar efectiva para el personal de salud y que hace recordar las palabras de Freud cuando manifestó “la culpa es de la madre”. “Este sentido común ha sido interiorizado hasta lo más profundo de nuestro ser – todo cuanto le pasa a un individuo es susceptible de ser responsabilidad directa de su madre”.⁵ Al respecto una informante manifiesta: *“El bebé ya le estaba naciendo en ese momento no la llevaron a la sala de partos porque estaba ocupada, ya le estaba saliendo la cabeza y ella volvía y lo metía, la doctora decía: “- ¡mamá puje, mamá puje! y ella no podía. La doctora le dijo: -“¡Ah!, ¡entonces que se muera! Porque usted no quiere ayudar” y esa muchacha decía: -“¿Doctora, doctora, mi hijo, mi hijo, se va a morir?- ella decía: -“pero es que usted no se ayuda! - ¡puje!”* (Informante cultural 2).

C. Violencia Simbólica

Es la que se ejerce como resultado de la dominación. Resulta del consentimiento por interiorización y/o naturalización de las relaciones jerárquicas y la normalización de este tipo de relación.¹²

Este tipo de violencia dificulta incluso la misma identificación de la violencia obstétrica porque al ser tan frecuente las gestantes consideran que la misma hace parte del proceso de atención al que deberán “someterse”. Una de las participantes señaló *“porque allá todo el mundo es igual entonces así uno le*

diga a quien le diga no hacen algo diferente, entonces para que uno hacerse coger rabia” (Gestante que no manifestó a otra persona la incomodidad de haberla dejado sola) (Informante cultural 7).

El sentimiento de culpa aflora con frecuencia cuando las mujeres resultan víctimas de esta modalidad de violencia: *“Yo siento que hice un mal trabajo (trabajo de parto), porque hubo una enfermera que me mató la moral, porque me dijo – “así como lo hizo, ahora puje, pero que no grite, que de nada le sirve”-, y yo me sentí muy mal sin ganas ni nada”* (Informante cultural 8).

La violencia simbólica, se traduce en una actitud de sumisión, adquirida por las mujeres como medio de protección ante una inadecuada atención. De igual forma, la docilidad por parte de las gestantes resulta de la naturalización de la violencia en los procesos de trabajo de parto y parto, por interiorizaciones resultantes de experiencias anteriores o por relatos de otras mujeres.

D. Violencia sexual

Como un resultado emergente o muy poco documentado dentro de las investigaciones sobre violencia obstétrica, resultó preocupante e indignante encontrar un caso de violencia sexual que se determina como cualquier tipo de comportamiento que busca la coacción hacia una persona para que lleve a cabo una conducta sexual específica. Entendiéndose en la presente investigación como insinuaciones o comentarios sexuales en medio del desarrollo del proceso obstétrico y que fue categorizada como “Dolo en el acto médico”.

La Organización Mundial de la Salud (OMS)²⁴ define la violencia sexual como: “todo acto sexual, la tentativa de consumir un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de ésta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo”.¹³

Una informante cultural manifestó insinuaciones sexuales por parte del médico mientras le realizaba los tactos vaginales: *“Lo que no me gustó fue que un ginecólogo se sentó a mi lado y me dijo que si a la hora en el que él me tocaba en el tacto yo sentía placer. Eso me incomodó mucho y me dio miedo”*.

A pesar que este relato es el único en el que se evidenció este tipo de violencia, no significa que hechos como estos no ocurran. Muestra una especial gravedad por presentarse durante los procesos de atención del trabajo de parto y parto al interior de las instituciones hospitalarias, degradando el acto médico y constituyendo una flagrante violación a los derechos humanos de las mujeres.

Esta investigación evidencia una alta frecuencia de la violencia obstétrica en donde sus diferentes modalidades se sobreponen de una forma u otra en una misma experiencia, sin embargo, se hace necesario destacar los esfuerzos de muchos miembros del equipo de salud y sus instituciones que logran brindar una atención humanizada y de calidad, representada el 31% de los casos de mujeres que no vivieron experiencias de violencia obstétrica.

Recomendaciones para la acción:

Los entes, les corresponde asumir el compromiso de liderar los esfuerzos institucionales y comunitarios para que las mujeres, sus parejas y familias puedan vivir esta experiencia vital con un cuidado humanizado, cálido, respetuoso y seguro, y oportuna que le permita a la mujer tener autonomía sobre las decisiones que involucren su salud y la de su hijo.

Se hace necesario además velar por el cumplimiento de derechos como: ser escuchada, saber acerca del tratamiento y los procedimientos, mantener la confidencialidad y respetar sus creencias, costumbres y opiniones, es decir que dentro de las instituciones se visualice a las mujeres como ciudadanas sujetas de derecho y no solo usuarias receptoras de servicios.

Para dar cumplimiento a estas actividades se recomienda que el personal de salud que acompañe el trabajo de parto y el parto, vele por el cumplimiento de los derechos de los pacientes, enfocándose en el respeto, la tolerancia y la contención.

Se hace necesario promover en los equipos de salud y en las familias el ejercicio de una paternidad activa. Desde el rol de enfermería se pueden favorecer acciones que involucren la participación del pa-

dre desde la atención prenatal, favoreciendo el vínculo padre – hijo, las relaciones de pareja y una participación activa del padre en los procesos de crianza.

IV. CONCLUSIONES

Aunque la violencia obstétrica puede presentarse en cualquier tipo de mujer sin importar su condición socioeconómica o educativa, la mayoría de entrevistadas tenían un nivel educativo bajo, condición supone un nivel de empoderamiento también bajo que contribuya a la exigencia de derechos.

De las diferentes modalidades de violencia obstétrica, en la investigación se evidenciaron todas las variaciones de este tipo de violencia, predominando la psicológica e institucional; sin embargo, uno de los hallazgos más alarmantes en la investigación, es el caso de la violencia sexual en la atención obstétrica. Frente a estas situaciones, la mayoría de mujeres no denuncia, pues desconocen sus derechos o no están en condiciones de exigirlos y/o naturalizan los actos de violencia obstétrica.

Los resultados de esta investigación son un llamado a la acción a las entidades de gobierno, a las instituciones de salud, a la academia y a las organizaciones sociales y de mujeres, para eliminar cualquier tipo de violencia en el proceso de atención del trabajo de parto y parto, para construir un diálogo horizontal entre la gestante y el personal de salud.

El personal de salud debe reconocer en su formación las distintas modalidades de violencia obstétrica con el fin de: diseñar mecanismos para su prevención y sanción; aportar a la construcción de un marco jurídico que castigue ejemplarmente toda forma de violencia obstétrica, tal como existe en otros países.

Corresponde a los profesionales de enfermería liderar iniciativas que permitan a las gestantes, escoger libremente la persona que acompaña el trabajo de parto y parto y la forma de parir, además de garantizar el respeto por la “hora sagrada” (contacto piel a piel en la primera hora de vida) y el arrastre al pecho.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bruyn M. La violencia, el embarazo y el aborto. Cuestiones de derechos de la mujer y de salud pública. Un Estudio de los datos mundiales y recomendaciones para la acción. Segunda edición. Chapel Hill, EE.UU: 2003; 5.
2. Minsalud.gov.co. Violencias de Género. Bogotá; 2016.
3. Organización Mundial de la Salud - OMS. Ginebra, Suiza; 2014. Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud.
4. Quevedo P. Violencia Obstétrica: una manifestación oculta de la Desigualdad de Género. Argentina. [Tesis Trabajo Social] Universidad Nacional del Cuyo. 2012; 314
5. Vallana-Sala VV. Parirás con dolor, lo embarazoso de la práctica obstétrica Discursos y prácticas que naturalizan la violencia obstétrica en Bogotá. Tesis maestría en Estudios Culturales. Bogotá: Universidad Javeriana; 2016. 143 p.
6. Ministerio de Salud y Protección Social. Colciencias. Guía de práctica clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento del embarazo, parto o puerperio. Bogotá; 2013. 84 p.
7. Arguedas G. La violencia obstétrica: propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense. Cuad Intercamb Centroamérica Caribe. 2014; 11(1): 145-169. doi: 10.15517/C.A.V11I1.14238.
8. Villanueva Egan L.A. El maltrato en las salas de parto: reflexiones de un gineco-obstetra. Rev CONAMED. 2010; 15(3): 148-151.
9. Organización Mundial de la salud - OMS. Ginebra, Suiza. Recomendaciones de la OMS para la conducción del trabajo de parto. 2015.
10. Belli L.F. La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos. UNESCO. Rev Red Bioética. 2013; 1(7): 25-34.
11. Burgo C. Parto humanizado, Buenos Aires. Los derechos de la embarazada.
12. Peña Collazos W. La Violencia Simbólica como reproducción biopolítica del poder. Rev Latinoam Bioética. 2009; 9(2): 62-75. doi: <https://doi.org/10.18359/rlbi.1060>.

13. Organización Mundial de la salud - OMS. [Internet]. Ginebra, Suiza. Comprender y abordar la violencia contra las mujeres; 2019.