

# INTERACCIÓN ENTRE EL EQUIPO DE SALUD Y LAS MUJERES EN SUS EXPERIENCIAS DE PARTO: SCOPING REVIEW

*Interacció entre l'equip de salut i les dones en les seves experiències de part: scoping review*

*Interaction between the Health Care Team and Women in their Birth Experiences: Scoping Review*

---

**Jael María Quiroz-Carreño** 

**María José Cornejo-Moreno** 

**Jovita Ortiz-Contreras** 

Universidad de Chile (*Santiago, Chile*)

Autora correspondencia: Jael Quiroz Carreño

Correo electrónico: [jaelquirozc@uchile.cl](mailto:jaelquirozc@uchile.cl)

Recibido: 18/12//2023

Aceptado: 18/07/2024

Publicado: 30/11/2024



## RESUMEN

**OBJETIVO.** Explorar la influencia de la interacción del profesional sanitario sobre las experiencias de las mujeres que tuvieron una atención de parto institucional bajo el dominio de «experiencia del cuidado» del Marco de Calidad de la Atención para la Salud Materna y Neonatal de la OMS.

**MATERIAL Y MÉTODO.** Se realizó una *scoping review* mediante la búsqueda en diez bases de datos electrónicas. Se utilizaron los términos «patient satisfaction», «experiences», «satisfaction», «delivery, obstetric», «labor, obstetric», «parturition». Se consideró literatura en inglés y español. Se obtuvo un índice de kappa específico de 0,881 [I.C. 95% entre 0,821-0,942]. Se revisaron 30 documentos de texto completo.

**RESULTADOS.** Se identificaron 4 dimensiones emergentes: vínculo relacional cuidador-mujer, autonomía de la mujer, precedentes individuales y valoración de la experiencia. Se mapearon estudios por medio de las dimensiones de la experiencia del cuidado del Marco de Calidad de la Atención de la OMS: comunicación efectiva, respeto y preservación de la dignidad y apoyo emocional.

**CONCLUSIONES.** La interacción profesional-mujer es un elemento facilitador de una experiencia positiva cuando los profesionales incorporan en su rol cuidados compasivos y el estímulo a la autonomía. Se debe considerar la salud ocupacional de los profesionales de salud, ya que su reconocimiento permitirá avanzar en la construcción de una mejor experiencia en la atención del parto.

**Palabras clave:** atención del parto, interacción profesional-paciente, experiencia de parto, profesionales de salud.

## RESUM

**OBJECTIU.** Explorar la influència de la interacció del professional sanitari sobre les experiències de les dones que van tenir una atenció de part institucional sota el domini d'«experiència de la cura» del Marc de Qualitat de l'Atenció per a la Salut Materna i Neonatal de l'OMS.

**MATERIAL I MÈTODE.** Es va realitzar una *scoping review* mitjançant la cerca en deu bases de dades electròniques. Es van utilitzar els termes «patient satisfaction», «experiences», «satisfaction», «delivery, obstetric», «labor, obstetric», «parturition». Es va considerar literatura en anglès i espanyol. Es va obtenir un índex de kappa específic de 0,881 [I.C. 95% entre 0,821-0,942]. Es van revisar 30 documents de text complet.

**RESULTATS.** Es van identificar 4 dimensions emergents: vincle relacional cuidador-dona, autonomia de la dona, precedents individuals i valoració de l'experiència. Es van rastrejar estudis per mitjà de les dimensions de l'experiència de la cura del Marc de Qualitat de l'Atenció de l'OMS: comunicació efectiva, respecte i preservació de la dignitat i suport emocional.

**CONCLUSIONS.** La interacció professional-dona és facilita una experiència positiva quan els professionals incorporen en el seu rol cures basades en la compassió i estimulen l'autonomia. S'ha de considerar la salut ocupacional dels professionals de salut, ja que el seu reconeixement permetrà avançar en la construcció d'una millor experiència d'atenció al part.

**Paraules clau:** atenció al part, interacció professional-pacient, experiència de part, professionals de la salut.

## ABSTRACT

**INTRODUCTION.** This study aimed to explore the influence of healthcare professionals' interaction on the experiences of women who underwent institutional childbirth within the domain of «care experience» as defined by the World Health Organization's Quality of Care Framework for Maternal and Neonatal Health. **METHODS.** A scoping review was conducted through a search across ten electronic databases. The terms employed included «patient satisfaction», «experiences», «satisfaction», «delivery, obstetric», «labor, obstetric», and «parturition». Literature in both English and Spanish was considered. A specific kappa index of 0.881 was obtained [95% CI between 0.821-0.942]. **RESULTS.** Thirty full-text documents were reviewed, identifying four emerging dimensions: caregiver-woman relational bond, women's autonomy, individual precedents, and assessment of the experience. Studies were mapped according to the dimensions of the care experience outlined in the WHO's Quality of Care Framework: Effective communication, Respect and preservation of dignity, and Emotional support. **CONCLUSIONS.** The healthcare professional-woman interaction emerges as a facilitating element for a positive experience when professionals incorporate compassionate care and encouragement of autonomy into their role. The occupational health of healthcare professionals should be considered, as its acknowledgment will contribute to advancing the development of a better childbirth experience.

**Keywords:** childbirth care, healthcare professional-patient interaction, childbirth experience, healthcare professionals.

## INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) presentó en 2016 los estándares para mejorar la calidad de la atención materna y neonatal en establecimientos de salud, que proporciona una estructura de dos dimensiones de mejora —la provisión y la experiencia de la atención— que deben ser monitoreadas, evaluadas y mejoradas por los sistemas de salud. La provisión de atención incluye el uso de prácticas basadas en la evidencia, sistemas de información procesables y de referencia funcionales, mientras que la experiencia de la atención incluye elementos como la comunicación efectiva, el respeto y preservación de la dignidad, así como acceso a apoyo emocional.

La calidad de atención es un concepto multidimensional que conlleva el uso adecuado de intervenciones clínicas y no clínicas efectivas, contar con una infraestructura de salud fortalecida y un recurso humano con habilidades y actitudes óptimas para la obtención de mejores resultados en salud y experiencias de atención alentadoras (Fatima et al., 2019). Así mismo, la calidad entrelaza la satisfacción del paciente y la experiencia de atención, entrando en una interacción recíproca en la gestión del cuidado.

Por su parte, la satisfacción evalúa la calidad de atención bajo estándares preestablecidos y no alcanza a explorar las experiencias propiamente tal, lo cual podría limitar y dificultar el abordaje del proceso de atención, la identificación de problemáticas y la evaluación de sus prestadores.

Por el contrario, la experiencia es un indicador de proceso y reflejará los aspectos interpersonales de la calidad de atención recibida, haciendo alusión a las interacciones entre el paciente y el sistema de salud (Larson et al., 2019; Tunçalp et al., 2016).

Ante esto, la interacción profesional paciente potencia mejores resultados en salud y, en el contexto de la atención en salud materna, podría tener efectos en el bienestar y experiencia de la mujer (Mannava et al., 2015).

Por esta razón, la presente revisión pretende recoger y explorar la influencia de la interacción de los equipos de salud con las mujeres en sus vivencias de parto bajo el análisis de la dimensión de «experiencia del cuidado» del Marco de Calidad de la Atención para la Salud Materna y Neonatal de la OMS.

## METODOLOGÍA

Se trata de una *scoping review*, en base al *Manual for Evidence Synthesis* del Joanna Briggs Institute, que pretende explorar la influencia de la interacción del profesional sanitario sobre las experiencias de las mujeres que tuvieron una atención de parto institucional bajo el dominio de «experiencia del cuidado» del Marco de Calidad de la Atención para la Salud Materna y Neonatal de la OMS.

Para esto, se llevaron a cabo las siguientes etapas: 1. Definición de la pregunta de investigación; 2. Identificación de estudios relevantes; 3. Selección de estudios post hoc; 4. Sistematización de la información para la síntesis e interpretación de la evidencia y 5. Reporte de resultados. Se elaboró un protocolo preliminar en el marco de la tesis de magíster de la investigadora principal. Si bien este documento no se encuentra publicado, puede ser solicitado a la autora.

Se empleó la estrategia del acrónimo «PCC» (Población, Concepto, Contexto) para la formulación de la pregunta: ¿Cómo influye la interacción entre los profesionales sanitarios y las mujeres en situación de parto en sus experiencias del cuidado? (Figura 1).

**Figura 1.** Descripción de estrategia PCC para la *scoping review*

<b>Objetivo principal</b>	Explorar la influencia de la interacción del profesional sanitario sobre las experiencias de las mujeres que tuvieron una atención de parto institucional, según el “Marco de Calidad de la atención para la Salud Materna y Neonatal” de la OMS
<b>Componentes de la pregunta de investigación</b>	<b>Población</b> Mujeres que tuvieron un parto
	<b>Concepto</b> Interacción profesional paciente en las experiencias del cuidado
	<b>Contexto</b> Atención de parto institucional
<b>Pregunta de investigación principal</b>	¿Cómo influye la interacción con los profesionales sanitarios en las experiencias de cuidado de las mujeres en situación de parto institucional?

**Fuente:** elaboración propia en base a las recomendaciones del Joanna Briggs Institute

Para la estrategia de búsqueda, se identificaron palabras claves con los componentes de la pregunta de investigación y se diseñaron algoritmos de búsqueda para cada base de datos, entre otras PubMed/MEDLINE, LILACS, Scielo, Embase, Scopus, Taylor&Francis, Scencedirect, Springerlink, EBSCOhost y Social Science Citation Index – ISI Web of Science. Se accedió a ellas mediante el acceso remoto a bases de datos proporcionado por la Universidad de Chile.

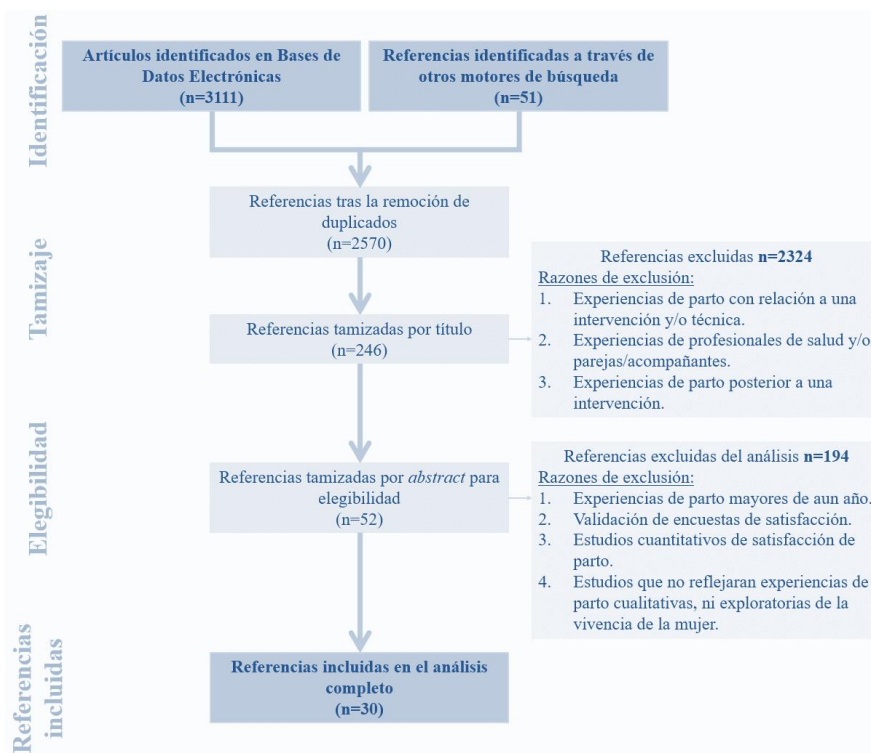
Se consideraron artículos en idioma español o inglés y se limitó la búsqueda entre los años 2016 a 2020, considerando el periodo de inicio concordante con la publicación de los lineamientos de la OMS, y el año de finalización con el inicio de la pandemia SARS-CoV-2. La selección de artículos se realizó en tres etapas: por título, resumen y texto completo.

Para controlar sesgos de publicación, se exploró literatura gris relevante mediante búsquedas en Google y Google Scholar, sitios web de organizaciones no gubernamentales reconocidas, como es el caso de la OMS, y, como tamizaje adicional, se revisaron las listas de referencia de los artículos seleccionados. No se excluyeron artículos en que nos encontramos por dificultad de acceso.

Con el fin de resguardar la confiabilidad interevaluador, se utilizó un índice de kappa específico de 0,881, con un error estándar de 0,031 e I.C. 95% entre 0,821 y 0,942.

De las sintaxis construidas para la búsqueda de evidencia, considerando la relevancia de los conceptos MeSH o DeCS, se seleccionaron 30 documentos obtenidos de 10 bases de datos científicas, como puede observarse en la Figura 2. No hubo exclusión de artículos por dificultad de acceso, ya que se utilizó el acceso remoto a bases de datos, revistas y libros.

**Figura 2.** Diagrama de flujo PRISMA modificado para *scoping review*



**Fuente:** elaboración propia

Tras el análisis de relevancia, se obtuvieron 30 documentos para su lectura de texto completo (Tabla 1).

**Tabla 1.** Caracterización de las referencias incluidas en la *scoping review*

Caracterización de referencias	n	%
<b>Año de publicación</b>		
2020	2	6,7%
2019	8	26,7%
2018	9	30,0%
2017	5	16,7%
2016	6	20,0%
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100,0%</b>
<b>Lugar de publicación según estados miembros de la OMS</b>		
Brasil, Chile, México, Uruguay y Estados Unidos	11	36,7%
Suecia, Noruega, Suiza, Dinamarca e Inglaterra	8	26,7%
Medio Oriente, Turquía e Irán	4	13,3%
Australia	1	3,3%
Sudáfrica, Ruanda, Malawi, Sierra Leona y Kenia	6	20,0%
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100,0%</b>
<b>Tipo de artículo</b>		
Cualitativo, descriptivo	17	56,7%
Cualitativo, analítico	3	10,0%
Mixto	10	33,3%
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100,0%</b>
<b>Diseño de recolección de la información</b>		
Entrevista semiestructurada	16	53,3%
Entrevistas en profundidad	3	10,0%
Grupos focales	1	3,3%
Encuestas auto informadas	1	3,3%
Otros	9	30,0%
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

**Fuente:** elaboración propia

Para la sistematización y análisis crítico, se clasificó la información recolectada mediante registro en una tabla de evidencias. Los resultados se presentan en formato narrativo, acompañado de tablas de áreas de medición y subclasificación diseñadas por el equipo de investigación.

Para el control de los principios básicos de la ética de la investigación, se contó con revisiones de pares, registro de todas las búsquedas realizadas y codificación de cada artículo/documento seleccionado en conjunto con la anonimización de estos, para su selección y análisis.

## RESULTADOS

El consecuente mapeo de las experiencias se subclasificó según subdimensiones emergentes, además de las dimensiones de la «experiencia del cuidado» según el «Marco de Calidad de la atención de la OMS para la salud Materna y Neonatal»: 1. Comunicación efectiva; 2. Respeto y Preservación de la Dignidad; y 3. Soporte Emocional, tal como se muestra en la Tabla 2.

**Tabla 2.** Clasificación e informe de resultados según dimensiones obtenidas en la *scoping review*

Dimensiones del Marco de Calidad de la atención de la OMS	Dimensiones de experiencias emergentes
1. Comunicación efectiva	1. Vínculo relacional profesional-paciente
2. Respeto y preservación de la dignidad	2. Autonomía de la Mujer
3. Apoyo emocional	3. Precedentes individuales
	4. Valoración de la experiencia

**Fuente:** elaboración propia

El tema general que guio la revisión fueron las «experiencias del cuidado» de mujeres en situación de parto. Se mapearon 9 categorías que responden a las dimensiones emergentes de la revisión: vínculo relacional profesional-mujer (categorías identificadas= 1), autonomía de la mujer (categorías identificadas= 3), precedentes individuales (categorías identificadas= 2) y valoración de la experiencia (categorías identificadas= 2). Las dimensiones, categorías, relatos representativos y fuentes de revisión se encuentran resumidos en la Tabla 3.



**Tabla 3.** Categorías de experiencias identificadas en la *scoping review* según dimensiones emergentes del estudio

Dimensiones	Categorías identificadas	Fuentes de revisión
<b>Vínculo relacional cuidador-mujer</b>	Vínculo relacional profesional-mujer	(Borrelli et al., 2016; Mgawadere et al., 2019; Soares et al., 2017; Deliktas Demirci et al., 2019; Hastings-Tolsma, Nolte y Temane, 2018; Husby, van Duinen, Aune, 2019; Lunda, Minnie y Benadé, 2018; Valdés et al., 2016; Fair et al., 2020)
	Empoderamiento de la mujer	(Coates y Henry 2019; Afulani, Kirumbi, y Lyndon, 2017; Borrelli et al., 2016; Bringedal y Aune, 2019; Farías y Gómez, 2018; Hall et al., 2018; Hastings-Tolsma, Nolte y Temane, 2018; Hosseini Tabaghdehi et al., 2020; Lunda, Minnie y Benadé, 2018; Melo et al., 2016; Sjödin, Rådestad y Zwedberg, 2018; Valdés et al., 2016; Soares et al., 2017)
<b>Autonomía de la mujer</b>	Relación poder-conocimiento	(Afulani, Kirumbi y Lyndon, 2017; Mgawadere et al., 2019; Farías y Gómez, 2018; Coates et al., 2019; Hastings-Tolsma, Nolte y Temane, 2018; Husby, van Duinen y Aune, 2019; Silva et al., 2018)
	Despersonalización del proceso	(Coates y Henry, 2019; Mgawadere et al., 2019; Farías y Gómez, 2018; Coates et al., 2019; Hall et al., 2018; Hastings-Tolsma, Nolte y Temane, 2018; Lunda, Minnie y Benadé, 2018; Mukamurigo et al., 2017; Sabino et al., 2017)
<b>Precedentes individuales</b>	Miedo a lo desconocido, al parto e intervenciones	(Borrelli et al., 2016; Coates et al., 2019; Husby, van Duinen y Aune, 2019; Lunda, Minnie y Benadé, 2018; Melo et al., 2016; Mukamurigo et al., 2017; Sabino et al., 2017; Silva et al., 2018; Sjödin, Rådestad y Zwedberg 2018; Souza, Gualda, 2016; Teixeira et al., 2018)
	Expectativas del trabajo de parto y parto	(Borrelli et al., 2016; Bringedal, Aune 2019; Hall et al., 2018; Hastings-Tolsma, Nolte, Temane 2018; Kari Glavin 2016; Ledford et al., 2016; Lou et al., 2019; Melo et al., 2016; Souza, Gualda 2016; Fair et al., 2020)
<b>Valoración de la experiencia</b>	Romantización inconsciente del sacrificio del cuerpo femenino	(Deliktas Demirci et al., 2019; Hastings-Tolsma, Nolte y Temane, 2018; Mukamurigo et al., 2017; Giraldo Montoya, 2016; Silva et al., 2018)
	Introspección como mecanismo de protección	(Bringedal y Aune, 2019; Sjödin, Rådestad y Zwedberg, 2018)

Fuente: elaboración propia

## DIMENSIONES EMERGENTES

### Vínculo relacional profesional-mujer

Las mujeres en su experiencia positiva de parto describieron a un profesional empático, buen oyente, comprensivo, dispuesto a apoyar, y cercano (Borrelli et al., 2016; Dahlberg, 2013). La comunicación y el apoyo anunciaba buenas relaciones interpersonales, facilitando la autoconciencia y la confianza de las mujeres (Mgawadere et al., 2019; Scarton et al., 2015; Soares et al., 2017; Deliktas Demirci et al., 2019; Husby, van Duinen

y Aune, 2019; Lunda, Minnie y Benadé, 2018; Valdés et al., 2016; Fair et al., 2020). La ausencia de este vínculo hacía que el profesional sometiera a las mujeres a su «estilo» de atención (Hastings-Tolsma, Nolte y Temane 2018).

### **Autonomía de la Mujer**

Aborda las experiencias con respecto al desarrollo de su autonomía y cómo los profesionales o bien influyeron en el fomento y protección, o bien neutralizaron la experiencia.

#### ***Empoderamiento de la mujer***

Implicó que las mujeres tomaran decisiones y responsabilidades (Soares et al., 2017; Sjödin, Rådestad y Zwedberg, 2018). La compañía y el apoyo del profesional ayudó a las mujeres a adquirir fortaleza y control (Borrelli et al., 2016). El sentir control sobre su cuerpo, sentimientos y decisiones ayudó a vivir el parto de forma más placentera, tomando conciencia de sus fortalezas y capacidades (Coates y Henry, 2019; Afulani, Kirumbi y Lyndon, 2017; Bringedal y Aune, 2019; Farías y Gómez, 2018; Hall et al., 2018; Hastings-Tolsma, Nolte y Temane, 2018; Hosseini Tabaghdehi et al., 2020; Lunda, Minnie y Benadé, 2018; Melo et al., 2016; Valdés et al., 2016).

#### ***Relación poder-conocimiento***

En su mayoría y de forma transversal en los artículos, las mujeres se posicionan como receptoras de la atención y no como protagonistas de su proceso, transfiriendo voluntaria y/o involuntariamente el poder de sus acciones y/o comportamientos a una inminente aceptación del conocimiento del profesional. Las mujeres reprimen sus sentimientos y deseos para no «entorpecer», idealizando la atención al no identificar maltrato psicológico y/o físico. Se justifica la violencia institucional, en el entendido de que el personal de salud estaba por encima de ellas en una dinámica de poder asignada por los conocimientos clínicos y teóricos que poseían (Afulani, Kirumbi y Lyndon, 2017; Mgawadere et al., 2019; Farías y Gómez, 2018; Coates et al., 2019; Hastings-Tolsma, Nolte y Temane, 2018; Husby, Van Duinen y Aune, 2019; Silva et al., 2018).

#### ***Despersonalización del proceso***

Algunos artículos identifican las experiencias con una despersonalización cuando los profesionales de salud ignoraron la importancia del parto para la mujer, sus necesidades y hasta su «existencia» (Mukamurigo et al., 2017; Coates et al., 2019; Sabino et al., 2017). El sentimiento aumentó frente a un trato irrespetuoso, falta de información e indiferencia

(Mgawadere et al., 2019; Farías y Gómez, 2018; Hall et al., 2018; Lunda, Minnie y Benadé, 2018). Se presentó ante la ausencia de reconocimiento de la mujer, falta de privacidad y al realizar procedimientos sin previo consentimiento (Hastings-Tolsma, Nolte y Temane, 2018; Bayes, Fenwick y Hauck, 2012; Coates et al., 2019).

### **Precedentes individuales**

Tiene relación con la valoración de los antecedentes de la mujer por parte de los profesionales de salud y cómo afectan las actitudes y/o acciones de estos en las experiencias de parto.

#### ***Miedo a lo desconocido, al parto e intervenciones***

La predisposición de la mujer con miedos como la incapacidad de parir o que algo salga mal desencadenó dudas y ansiedad, cuando no son abordados por alguien que otorgue seguridad en el contexto intrahospitalario (Sjödin, Rådestad y Zwedberg, 2018; Melo et al., 2016). El abordaje de los miedos precedentes permitió que las mujeres experimentaran mejores sentimientos cuando se les dio espacio para conversar y manifestar sus inseguridades (Borrelli et al., 2016; Coates et al., 2019; Husby, van Duinen y Aune, 2019; Lunda, Minnie y Benadé, 2018; Mukamurigo et al., 2017; Sabino et al., 2017; Silva et al., 2018; Souza y Gualda, 2016; Teixeira et al., 2018).

#### ***Expectativas del trabajo de parto y parto***

Las principales expectativas fueron el deseo de atención centrada en sus necesidades, en donde se sintieran queridas, seguras y acompañadas, bajo la necesidad de un refugio seguro y rodeada de proveedores atentos enfocados en su bienestar emocional y físico (Hastings-Tolsma, Nolte y Temane, 2018). La forma en que los profesionales abordaron las expectativas y creencias de las mujeres determinó la experiencia de estas (Borrelli et al., 2016; Bringedal y Aune, 2019; Hall et al., 2018; Kari Glavin, 2016; Ledford et al., 2016; Lou et al., 2019; Melo et al., 2016; Souza y Gualda, 2016; Fair et al., 2020).

### **Valoración de la experiencia**

Tiene relación con la valoración final de la experiencia o las consecuencias de esta, vista desde las perspectivas de las mujeres en la interacción profesional-paciente.

#### ***Romantización inconsciente del sacrificio del cuerpo femenino***

El parto fue un acontecimiento que «valió la pena» y significó alivio, aun cuando experimentaron dolor, fatiga, sed, hambre, soledad y ansiedad, declarándolas como

«gajes del oficio» (Scarton et al., 2015; Giraldo Montoya, 2016). Algunas mujeres ante la pérdida del control interno generaron una sensación de culpa que las llevó a seguir pasivamente las instrucciones del personal de salud, y en instancias justificaron y validaron maltratos. Las mujeres se responsabilizaron y culparon por esperar ser partícipes de su parto, y disculparon y comprendieron el trato «fuerte», es decir, justificaron y subvaloraron el maltrato (Silva et al., 2018; Mukamurigo et al., 2017; Deliktas Demirci et al., 2019; Hastings-Tolsma, Nolte y Temane, 2018).

### *Introspección como mecanismo de protección*

Algunas mujeres describieron sentirse introvertidas durante el parto, es decir, se protegieron de los alrededores para centrarse en el parto cuando no evidenciaron un apoyo emocional adecuado o que respondiese a sus necesidades.

A su vez, relataron que ante la ausencia del profesional de salud y/o abandono, ya sea por razones actitudinales o sobrecarga laboral, la mujer utilizó mecanismos de protección para poder sobrellevar el parto, no solo ante la falta de una contención o alivio del dolor, sino que también en la omisión de información o comunicación (Bringedal y Aune, 2019; Sjödin, Rådestad y Zwedberg, 2018).

## **DIMENSIONES DE LA «EXPERIENCIA DEL CUIDADO» EN EL MARCO DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE LA OMS**

Se mapearon 13 categorías que respondían a las dimensiones de comunicación efectiva (categorías identificadas= 5), respeto y preservación de la dignidad (categorías identificadas= 4) y apoyo emocional (categorías identificadas= 4). Las dimensiones, categorías, relatos representativos y fuentes de revisión se encuentran resumidos en la Tabla 4.

**Tabla 4.** Categorías de experiencias identificadas en la *scoping review* según dimensiones de la «experiencia del cuidado» del Marco de Calidad de la Atención de la OMS

Categorías identificadas		Fuentes de revisión
<b>Comunicación efectiva</b>	Más allá de la entrega de información	(Borrelli et al., 2016; Soares et al., 2017; Bringedal, Aune 2019; Downe et al., 2018; Coates et al., 2019; Giraldo Montoya 2016; Hosseini Tabaghdehi et al., 2020; Lunda, Minnie, Benadé 2018; Mukamurigo et al., 2017; Teixeira et al., 2018; Valdés et al., 2016; Farías y Gómez, 2018; Afulani, Kirumbi y Lyndon, 2017; Sabino et al., 2017; Hastings-Tolsma, Nolte y Temane, 2018; Lou et al., 2019; Hussein et al., 2018; Mgawadere et al., 2019)
	Adaptación y pertinencia cultural	(Afulani, Kirumbi y Lyndon, 2017; Deliktas Demirci et al., 2019; Hastings-Tolsma, Nolte y Temane, 2018; Husby, van Duinen y Aune, 2019; Kari Glavin, 2016; Fair et al., 2020)
<b>Respeto y preservación de la dignidad</b>	Protección y/o vulneración de derechos de la mujer	(Afulani, Kirumbi y Lyndon, 2017; Borrelli et al., 2016; Soares et al., 2017; Deliktas Demirci et al., 2019; Farías y Gómez, 2018; Hastings-Tolsma, Nolte y Temane, 2018; Hussein et al., 2018; Lunda, Minnie y Benadé, 2018; Mukamurigo et al., 2017; Sabino et al., 2017; Souza y Gualda, 2016; Teixeira et al., 2018; Silva et al., 2018; Molina et al., 2019)
	Privacidad	(Afulani, Kirumbi y Lyndon, 2017; Mgawadere et al., 2019; Soares et al., 2017; Deliktas Demirci et al., 2019; Coates et al., 2019; Hall et al., 2018; Hastings-Tolsma, Nolte y Temane, 2018; Hussein et al., 2018; Fair et al., 2020; Husby, van Duinen y Aune 2019)
<b>Apoyo emocional</b>	Acompañamiento y apoyo directo e individual	(Hall et al., 2018; Hastings-Tolsma, Nolte y Temane, 2018; Hosseini Tabaghdehi et al., 2020; Husby, van Duinen y Aune, 2019; Ledford et al., 2016; Molina et al., 2019; Silva et al., 2018; Teixeira et al., 2018; Valdés et al., 2016; Bohren et al., 2019)
	Continuidad de la atención	(Borrelli et al., 2016; Bringedal y Aune, 2019; Lou et al., 2019; Lunda, Minnie y Benadé, 2018; Fair et al., 2020)

Fuente: elaboración propia

### Comunicación efectiva

La interacción del personal de salud y la mujer en el ámbito comunicacional se posicionó en algunos artículos como un mecanismo de «control» para las mujeres, es decir, un mecanismo para llegar a la calma por medio de la comprensión de los pasos a seguir y el conocimiento de su situación.

#### *Más allá de la entrega de información*

Una comunicación deficiente empañó las experiencias de las mujeres, inundándolas con sentimientos de vulnerabilidad, soledad, incompreensión, angustia, desorientación y despreocupación por su bienestar por parte de los profesionales de salud, impidiendo la toma de decisiones (Farías y Gómez, 2018; Soares et al., 2017; Afulani, Kirumbi y Lyndon, 2017; Mukamurigo et al., 2017; Sabino et al., 2017; Hastings-Tolsma, Nolte y Temane, 2018; Lou et al., 2019; Hussein et al., 2018; Mgawadere et al., 2019). A diferencia de lo anterior, se mostró que la comunicación y la escucha activa se caracterizaron por fortalecer el empoderamiento de la mujer, además de catalogarlo como

un evento tranquilizador (Borrelli et al., 2016; Soares et al., 2017; Bringedal y Aune, 2019; Downe et al., 2018; Coates et al., 2019; Giraldo Montoya, 2016; Hosseini Tabaghdehi et al., 2020; Lunda, Minnie y Benadé, 2018; Teixeira et al., 2018; Valdés et al., 2016).

### *Adaptación y pertinencia cultural*

Para la comunicación efectiva, se necesitaron una adaptación y pertinencia cultural adecuada, ya sea desde ámbitos religiosos, culturales o sociales, respetando sus decisiones, miedos y expectativas (Hastings-Tolsma, Nolte, Temane 2018; Afulani, Kirumbi, Lyndon 2017; Deliktas Demirci et al., 2019; Husby, van Duinen, Aune 2019). Un artículo describió las experiencias de mujeres migrantes somalíes, y mostró que las dificultades del lenguaje significaron que muchas veces las mujeres no recibieran información necesaria, llevándolas a sentirse abandonadas, incomprendidas y no obteniendo la ayuda que necesitaban (Kari Glavin, 2016; Fair et al., 2020).

### **Respeto y preservación de la dignidad**

Atención respetuosa, que mantenga la dignidad, privacidad y confidencialidad, asegurando integridad física y trato adecuado, permitiendo la toma de decisiones y a su vez recibiendo apoyo.

### *Protección y/o vulneración de derechos de la mujer*

La literatura seleccionada mostró que la defensa de los derechos de la mujer por parte de los profesionales de salud garantizó la participación y autonomía de esta en la toma de decisiones en el parto (Soares et al., 2017; Afulani, Kirumbi y Lyndon, 2017; Borrelli et al., 2016; Molina et al., 2019).

Por el contrario, la vulneración de derechos se caracterizó por sentimientos de tristeza, ansiedad, angustia, y miedo (Hastings-Tolsma, Nolte y Temane, 2018; Farías y Gómez, 2018; Mukamurigo et al., 2017; Teixeira et al., 2018; Souza y Gualda, 2016; Lunda, Minnie y Benadé, 2018; Hussein et al., 2018; Sabino et al., 2017; Deliktas Demirci et al., 2019).

Se mostró que la mayoría de los estudios informaron que las mujeres eran irrespetadas y maltratadas durante la atención, describiendo abuso físico y verbal durante el parto, generando sentimientos y experiencias de miedo, vergüenza, tristeza, inseguridad, desconfianza, e impotencia, resultando en una inminente experiencia negativa (Hussein et al., 2018; Silva et al., 2018), quedando la protección de los derechos de la mujer a

voluntad de los profesionales de la salud. (Lunda, Minnie y Benadé, 2018; Sabino et al., 2017).

### ***Privacidad***

Los espacios de privacidad se experimentaron como positivos (Hastings-Tolsma, Nolte y Temane, 2018; Soares et al., 2017; Hall et al., 2018; Mgawadere et al., 2019). Las manifestaciones de atención indigna fueron explícitas al referirse a la falta de privacidad y exposición física innecesaria durante los exámenes por parte de los profesionales, o cuando fueron expuestas a otras mujeres, familiares y/o al personal de salud o de limpieza (Afulani, Kirumbi y Lyndon, 2017; Hussein et al., 2018; Deliktas Demirci et al., 2019). La sensación de estar rodeadas de desconocidos fomentó la sensación de inseguridad, miedo y abandono, y que la compañía de sus familiares no podía ser placentera si no tenían privacidad para experimentar cercanía (Coates et al., 2019; Hall et al., 2018; Fair et al., 2020; Husby, van Duinen y Aune, 2019).

### ***Apoyo emocional***

Se conceptualiza como «acompañamiento durante el parto» y se recomienda que el acompañante pueda ser cualquier persona elegida por la mujer para esta tarea.

### ***Acompañamiento y apoyo directo e individual***

El apoyo directo por el personal de salud evitó la manifestación del miedo, caracterizándose como una instancia positiva donde se sintieron cómodas y alentadas, siempre y cuando existiese un vínculo de cercanía con el profesional que las acompañó (Teixeira et al., 2018; Hosseini Tabaghdehi et al., 2020; Hall et al., 2018). Cuando esta conexión se veía interrumpida, las mujeres experimentaron alienación y soledad, contribuyendo a emociones negativas como la angustia (Hall et al., 2018; Lunda, Minnie y Benadé, 2018; Larson et al., 2019; Bohren et al., 2019). Las mujeres experimentaron una rápida caída emocional entre sentimientos de frustración e incapacidad, pero lo más importante y que generó «explosiones de energía» fue el apoyo continuo del profesional a su lado, quienes confiaron en su capacidad de parir y atribuyeron las deficiencias de la atención como falta de personal disponible (Hastings-Tolsma, Nolte y Temane, 2018).

### ***Continuidad de la atención***

La presencia continua del personal de salud que proporcionó apoyo instauró una sensación de seguridad que ayudó a mantener la concentración, especialmente cuando el profesional fue compasivo, cariñoso, dedicado y sociable (Borrelli et al., 2016; Lunda,

Minnie y Benadé, 2018; Lou et al., 2019; Fair et al., 2020; Bringedal y Aune, 2019). Los cambios de personal generaron falta de continuidad a lo cual las mujeres experimentaron agotamiento y frustración (Lou et al., 2019).

## DISCUSIÓN

Se expone la relevancia que tuvo para las mujeres la interacción con los profesionales de salud en sus experiencias de parto. Las experiencias muestran que las mujeres desean ser validadas, acompañadas y contenidas por los profesionales de salud, aun contando con la presencia de sus acompañantes significativos. La compañía y cercanía se experimentó de forma positiva (Hussein et al., 2018; Sigurðardóttir et al., 2019).

El reconocimiento y participación en la toma de decisiones en salud parecen tener una clara imparcialidad de género y estar fuertemente ligados a la jerarquización del poder en las instituciones sanitarias (Robinson et al., 2017). Podrían asociarse a una concepción histórica en que el cuerpo de la mujer realiza solo un «trabajo reproductivo» (Díaz y Reveles, 2022; Bedoya-Ruiz, Agudelo-Suárez y Restrepo-Ochoa, 2020; Sadler et al., 2016), que puede verse por encima la valoración de sus derechos orientados a la protección de la libertad y autonomía, dejando de lado el goce y disfrute de toda instancia respectiva a la salud sexual y reproductiva de esta, es decir, subvalorando el impacto de la experiencia a corto y largo plazo.

Dentro de los aspectos generales, los resultados sugieren que las experiencias de las mujeres fueron variables y estarían comandadas por las características de cada centro asistencial, del personal de salud y del avance en la transición de un modelo biomédico a uno centrado en las necesidades. Uno de los factores de mayor relevancia fue la sobrecarga laboral del personal de salud, que confluyó en un malestar general al momento de la atención. En este sentido, los profesionales de salud son más propensos a desarrollar estrés laboral y agotamiento debidos a los desequilibrios emocionales y físicos que conlleva su trabajo (Kobayashi et al., 2020), exacerbados muchas veces por recursos humanos y físicos limitados y escasos (Suleiman-Martos et al., 2020).

Se ha documentado que los profesionales de salud están expuestos a violencia y discriminación social y jerárquica en sus lugares de trabajo, que muchas veces son ejercidas por otros proveedores de salud de mayor jerarquía, pudiendo desencadenar agotamiento y ansiedad (Kobayashi et al., 2020). Estos factores de malestar acarrearán una disminución de la productividad, peores resultados en la atención y malos tratos,



replicando las conductas violentas (Doherty y O'Brien, 2022) e influyendo en las experiencias. Es por esto por lo que estas conductas deben ser visibilizadas y analizadas desde aspectos estructurales de la violencia, ya que se incorporan a los patrones sociales y se reproducen provocando desigualdades (Suleiman-Martos et al., 2020; Sidhu et al., 2020; Bedoya-Ruiz, Agudelo-Suárez y Restrepo-Ochoa, 2020).

Otro factor fue la percepción sobre los centros asistenciales, que por una parte representaron confianza y seguridad, debido a la disposición de tecnología necesaria ante emergencias (Downe et al., 2018) y, por otra parte, sensaciones de inseguridad, soledad y confusión. Estos sentimientos de inseguridad pudieron verse reflejados por el ajetreado quehacer asistencial, la infraestructura hospitalaria y los protocolos de atención.

El ambiente del parto tiene impacto en las experiencias físicas, psicológicas y en su desarrollo fisiológico (Stark, Remyense y Zwelling, 2016; Lorentzen et al., 2019). Se ha descrito que, en general, en los ambientes hospitalarios, las mujeres interactúan de manera pasiva (Mondy et al., 2016), generando una disminución del poder, decisiones y privacidad. El rol de la confianza puede ser relevada como un ente protector, toda vez que se establezca un vínculo entre la mujer y el profesional.

Estudios reportaron que la calidad, experiencia y seguridad de la atención tienen relación con el empoderamiento profesional, y que este se relacionará en la capacidad de influir y acompañar en la atención, lo que podría eliminar el distanciamiento y miedo. La construcción de un vínculo se basa en las cualidades que debe tener y desarrollar un profesional calificado, que se enlazan con una atención compasiva, que incluye el reconocimiento y la respuesta al sufrimiento de otra persona, convirtiéndolos en emociones, motivaciones y comportamientos (Menage et al., 2020; Landers et al., 2020; Krausé, Minnie y Coetzee, 2020).

Se requieren espacios de decisión en la atención en salud (O'Brien, Butler y Casey, 2021; Shareef et al., 2023), en donde la mujer tome las decisiones sobre su cuerpo fomentando su autonomía, eliminando instancias de atención autoritaria, impersonal y fría, ya que no fomentan la participación, información y decisión (Villarme y Kelly 2020). Esta relación asimétrica se caracteriza por la incapacidad de reconocer a las mujeres como sujetos de derecho con plena facultad en la toma de decisiones (O'Brien, Butler y Casey, 2021; Shareef et al., 2023). Esta discusión es compleja, dado que estos patrones suelen ser reproducciones de las estructuras de poder, manifestaciones de agotamiento del personal, falta de concienciación y despreocupación biopsicosocial de la

mujer. A estas conductas se les puede conocer como violencia estructural, violencia de género y violencia obstétrica.

Como otro punto importante, pareciera que tanto la participación como el empoderamiento están supeditadas a la voluntad de cada profesional (Khosla et al., 2016). Impresiona que los profesionales de salud continúan considerando que la mujer no puede tomar decisiones por sí sola (Villarme y Kelly, 2020).

Las estructuras de dominación y desigualdad rodean ampliamente a la mujer por el género, que se posiciona como un determinante importante que se suma a la rígida jerarquización de la relación profesional-paciente (Sadler et al., 2016). De este modo, los resultados muestran que la mujer le entrega el poder sobre su cuerpo involuntariamente al profesional de salud por ser catalogado como «poseedor» del conocimiento. A los profesionales de salud culturalmente se les ha asignado un estatus privilegiado (Maung et al., 2020), donde muchas veces se ven impuestas perspectivas e ideas, en vez de establecer diálogos facilitadores y comprensivos.

Los estudios seleccionados identificaron que las mujeres experimentaron una separación de su cuerpo cuando no establecieron vínculos sin considerar su integralidad, sentimientos, miedos y expectativas. Se trata de un aspecto común en el discurso biomédico, que evalúa a la mujer en términos de sus capacidades sexuales y reproductivas, y su cuerpo es un instrumento para la obtención de resultados (Sadler et al., 2016).

Por otra parte, fue posible mapear las dimensiones de comunicación efectiva, respeto y preservación de la dignidad y apoyo emocional. Los resultados en todo el estudio fueron congruentes con el Marco de Calidad de la atención OMS para la Salud Materna y Neonatal (Tunçalp et al., 2016). La dimensión de respeto y preservación de la dignidad tuvo un papel como herramienta motivacional en la interacción profesional-mujer. No obstante, se ha descrito que más de un tercio de mujeres sufrieron malos tratos en el parto, siendo más vulnerables a ser violentadas las menos educadas y las más jóvenes (Bohren et al., 2019).

El apoyo emocional, al igual que la comunicación efectiva, es una herramienta en la relación profesional-paciente, que, desde la perspectiva de la mujer, se convierte en una necesidad, y, desde la mirada del profesional se convierte en una estrategia para responder a estas. Así mismo, el apoyo también dependerá de la respuesta a los miedos, expectativas

y requerimientos. La habilidad de los profesionales para consensuar en la atención entre valores y los factores biológicos fue la capacidad de adaptación a las necesidades de la mujer.

Finalmente, la valoración de la experiencia en la relación profesional-paciente tuvo un gran componente social y cultural en el «merecer» una mala experiencia o la aceptación de los malos tratos durante la atención. Este punto tiene relación con la prevalencia de una mala o baja calidad de atención, donde las mujeres son conocedoras de los espacios violentos en el sistema de salud y parecen no esperar una buena calidad de atención ni una buena experiencia durante el parto.

## CONCLUSIONES

Se identificaron una amplia gama de estudios referentes a experiencias en la atención durante el parto, los cuales evidenciaron que las experiencias estarán influenciadas por las expectativas, la relación con los profesionales de salud y la infraestructura en la que se desenvuelve. Las mujeres desean una experiencia de parto positiva que supere sus expectativas y se adapte a sus necesidades. En este sentido, la relación con los proveedores de salud es ampliamente relevante.

Tomando en consideración los resultados, se recomienda considerar los siguientes aspectos para obtener una mejor experiencia en el parto:

1. Que, para un empoderamiento pleno, se debe comprender el parto como un proceso en el cual confluyen diversos determinantes. Por lo que se deben generar políticas públicas y proyectos de ley cuyo enfoque sea erradicar la violencia obstétrica.
2. Sin embargo, a su vez, se requiere desnaturalizar prácticas violentas por parte de los profesionales de la salud por medio de capacitación constante en el Marco de Calidad de la Atención para la Salud Materna y Neonatal de la OMS y a través de las instituciones formadoras, las cuales deben avanzar a un modelo de aprendizaje no jerarquizado, promoviendo a su vez habilidades emocionales y trato compasivo para la prevención del maltrato y violencia obstétrica.
3. Así mismo, las instituciones de salud deben promover la salud ocupacional de sus profesionales, teniendo en cuenta que cuando los trabajadores se desempeñan bajo

condiciones laborales adecuadas, serán más propensos a otorgar una atención de calidad.

4. Se deben evaluar contantemente las experiencias de las mujeres como un indicador de proceso, abordando la relación con el profesional, la infraestructura y el cumplimiento o valoración de las expectativas.

Finalmente, la relación profesional-paciente debe ser objeto de investigación por su rol como factor crucial en la experiencia del parto. Se debe poner de relieve la creciente preocupación por la salud ocupacional de los profesionales de salud, comprendiendo que su reconocimiento permitirá avanzar en la construcción de una mejor experiencia. En consecuencia, los tomadores de decisiones deben asumir el desafío de establecer normativas y protocolos para la evaluación y monitorización de sistemas de salud culturalmente pertinentes, con enfoque de género y determinantes sociales, con la finalidad de resguardar un cuidado e interacción profesional paciente compasivo y confianza.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AFULANI, Patience A.; KIRUMBI, Leah; LYNDON, Audrey. What makes or mars the facility-based childbirth experience: Thematic analysis of women's childbirth experiences in western Kenya. En: *Reproductive Health*. 2017, vol. 14, núm. 1, pp. 1-13.
- BAYES, Sara; FENWICK, Jennifer; HAUCK, Yvonne. «Off everyone's radar»: Australian women's experiences of medically necessary elective caesarean section. En: *Midwifery*. 2012, vol. 28, núm. 6, pp. e900-e909.
- BEDOYA-RUIZ, Libia A.; AGUDELO-SUÁREZ, Andrés A.; RESTREPO-OCHOA, Diego A. Women in pregnancy, delivery, and postpartum: A look from the feminist point of view. En: *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*. 2020, vol. 37, núm. 1, pp. 142-147.
- BOHREN, Meghan A., et al. How women are treated during facility-based childbirth in four countries: a cross-sectional study with labour observations and community-based surveys. En: *The Lancet*. 2019, vol. 394, núm. 10210, pp. 1750-1763.
- BORRELLI, Sara E., et al. The kaleidoscopic midwife : A conceptual metaphor illustrating first-time mothers' perspectives of a good midwife during childbirth . A grounded theory study. En: *Midwifery*. 2016, vol. 39, pp. 103-111.
- BRINGEDAL, Hilde; AUNE, Ingvild. Able to choose? Women's thoughts and experiences regarding informed choices during birth. En: *Midwifery*. 2019, vol. 77, pp. 123-129.
- COATES, Dominiek; HENRY, Amanda. Women's experiences and satisfaction with having a cesarean birth: An integrative review. En: *Birth*. 2019, pp. 1-14.
- COATES, Rose et al. Women's experiences of induction of labour: Qualitative systematic review and thematic synthesis. En: *Midwifery*. 2019, vol. 69, pp. 17-28.
- DAHLBERG, Unn; AUNE, Ingvild. The woman's birth experience — The effect of interpersonal relationships and continuity of care. En: *Midwifery*. 2013, vol. 29, núm. 4, pp. 407-415.
- DELIKTAS DEMIRCI, Ayse et al. «I want a birth without interventions»: Women's childbirth experiences from Turkey. En: *Women and Birth*. 2019, vol. 32, núm. 6, pp. e515-e522.
- DÍAZ, Zayra Yadira Morales; REVELES, Irma Lorena Acosta. Fronteras y horizontes del debate feminista sobre el trabajo reproductivo. En: *Redes. Revista de Estudios Sociales de la Ciencia y la Tecnología*. 2022, vol. 28, núm. 55.
- DOHERTY, Jean; O'BRIEN, Denise. Reducing midwife burnout at organisational level — Midwives need time, space and a positive work-place culture. En: *Women and Birth*. 2022, vol. 35, núm. 6, pp. e563-e572.
- DOWNE, Soo, et al. What matters to women during childbirth: A systematic qualitative review. En: *PLoS ONE*. 2018, vol. 13, núm. 4, pp. 1-17.

- FAIR, Frankie, et al. Migrant women's experiences of pregnancy, childbirth and maternity care in European countries: A systematic review. En: *PLoS ONE*. 2020, vol. 15, núm. 2, pp. 1-26.
- FARÍAS, Carolina; GÓMEZ, Alejandra López. Experiencia de mujeres con cesárea en Uruguay: el derecho a estar acompañada por una persona de su elección y las dificultades en su cumplimiento. En: *Cadernos de Saude Publica*. 2018, vol. 34, núm. 1, pp. 1-11.
- FATIMA, Iram, et al. Dimensions of service quality in healthcare: A systematic review of literature. En: *International Journal for Quality in Health Care*. 2019, vol. 31, núm. 1, pp. 11-29.
- GIRALDO MONTOYA, Dora Isabel. Experiencias de las mujeres durante el trabajo de parto y parto. En: *Avances en Enfermería*. 2016, vol. 33, núm. 2, pp. 271-281.
- HALL, Priscilla J., et al. Keeping it together and falling apart: Women's dynamic experience of birth. *Midwifery*. 2018, vol. 58, pp. 130-136.
- HASTINGS-TOLSMA, Marie; NOLTE, Anna G.W.; TEMANE, Annie. Birth stories from South Africa: Voices unheard. En: *Women and Birth*. 2018, vol. 31, núm. 1, pp. e42-e50.
- HOSSEINI TABAGHDEHI, Monirolsadate, et al. Positive childbirth experience: A qualitative study. En: *Nursing Open*. 2020, vol. 7, pp. 1-6.
- HUSBY, Anne E.; VAN DUINEN, Alex J.; AUNE, Ingvild. Caesarean birth experiences. A qualitative study from Sierra Leone. En: *Sexual and Reproductive Healthcare*. 2019, vol. 21, pp. 87-94.
- HUSSEIN, Suha Abed Almajeed Abdallah, et al. Women's experiences of childbirth in Middle Eastern countries: A narrative review. En: *Midwifery*. 2018, vol. 59, pp. 100-111.
- KARI GLAVIN, Berit. Cultural Diversity in Perinatal Care: Somali New Mothers' Experiences with Health Care in Norway. En: *Health Science Journal*. 2016, pp. 1-9.
- KHOSLA, Rajat, et al. International human rights and the mistreatment of women during childbirth. En: *Health and Human Rights*. 2016, vol. 18, núm. 2, pp. 131-143.
- KOBAYASHI, Yudai, et al. Workplace Violence and Its Effects on Burnout and Secondary Traumatic Stress among Mental Healthcare Nurses in Japan. En: *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2020, vol. 17, núm. 18, pp. 27-47,
- KRAUSÉ, Samantha Salome, MINNIE, Catharina Susanna; COETZEE, Siedine Knobloch. The characteristics of compassionate care during childbirth according to midwives: a qualitative descriptive inquiry. En: *BMC pregnancy and childbirth*. 2020, vol. 20, núm. 1.

- LANDERS, Margaret, et al. Nurses' and midwives' views of the «Leaders for Compassionate Care Program»: A qualitative analysis. En: *Collegian*. 2020, vol. 27, núm. 1, pp. 2-10.
- LARSON, Elysia, et al. When the patient is the expert: Measuring patient experience and satisfaction with care. En: *Bulletin of the World Health Organization*. 2019, vol. 97, núm. 8, pp. 563-569.
- LEDFOURD, Christy J.W., et al. Influence of provider communication on women's delivery expectations and birth experience appraisal: A qualitative study. En: *Family Medicine*. 2016, vol. 48, núm. 7, pp. 523-531.
- LORENTZEN, Iben, et al. Study protocol for a randomised trial evaluating the effect of a «birth environment room» versus a standard labour room on birth outcomes and the birth experience. En: *Contemporary Clinical Trials Communications*. 2019, vol. 14.
- LOU, Stina et al. Women's experiences of post term induction of labor: A systematic review of qualitative studies. En: *Birth*. 2019, vol. 46, núm. 3, pp. 400-410.
- LUNDA, Petronellah; MINNIE, Catharina Susanna; BENADÉ, Petronella. Women's experiences of continuous support during childbirth: A meta-synthesis. En: *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2018, vol. 18, núm. 1, pp. 1-11.
- MANNAVA, P., et al. Attitudes and behaviours of maternal health care providers in interactions with clients: A systematic review. En: *Globalization and Health*. 2015, vol. 11, núm. 1, pp. 1-17.
- MAUNG, Thae Maung, et al.. A qualitative study on acceptability of the mistreatment of women during childbirth in Myanmar. En: *Reproductive health*. 2020, vol. 17, núm. 1.
- MELO, Danúzia da Silva Albuquerque, et al. Woman's Perception on Childbirth Care. En: *Journal of Nursing UFPE On Line*. 2016, vol. 10, núm. 2, pp. 814-820.
- MENAGE, Diane et al. Women's lived experience of compassionate midwifery: Human and professional. En: *Midwifery*. 2020, vol. 85.
- MGAWADERE, Florence, et al. «There is no time for knowing each other»: Quality of care during childbirth in a low resource setting. En: *Midwifery*. 2019, vol. 75, pp. 33-40.
- MOLINA, Rose L. et al. Delivery practices and care experience during implementation of an adapted safe childbirth checklist and respectful care program in Chiapas, Mexico. En: *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 2019, vol. 145, núm. 1, pp. 101-109.
- MONDY, T. et al. How domesticity dictates behaviour in the birth space: Lessons for designing birth environments in institutions wanting to promote a positive experience of birth. En: *Midwifery*. 2016, vol. 43, pp. 37-47.
- MUKAMURIGO, Judith, et al. The meaning of a poor childbirth experience – A qualitative phenomenological study with women in Rwanda. En: *PloS one*. 2017, vol. 12, núm. 12, pp. 1-13.

- O'BRIEN, Denise; BUTLER, Michelle M.; CASEY, Mary. The importance of nurturing trusting relationships to embed shared decision-making during pregnancy and childbirth. En: *Midwifery*. 2021, vol. 98, p. 102987.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Standards for Improving Quality of Maternal and Newborn Care in Health Facilities*. Ginebra: 2016. Disponible en: [www.who.int/publications/i/item/9789241511216](http://www.who.int/publications/i/item/9789241511216)
- ROBINSON, Jennifer L., et al. Interventions to address unequal gender and power relations and improve self-efficacy and empowerment for sexual and reproductive health decision-making for women living with HIV: A systematic review. En: *PLoS ONE*. 2017, vol. 12, núm. 8.
- SABINO, Vanessa Gomes da Rocha Silva, et al. Perception of Puerperae on the Assistance Received during Childbirth. En: *Journal of Nursing UFPE on line*. 2017, vol. 11, núm. 10, pp. 3913-3919.
- SADLER, Michelle, et al. Moving beyond disrespect and abuse: addressing the structural dimensions of obstetric violence. En: *Reproductive Health Matters*. 2016, vol. 24, núm. 47, pp. 47-55.
- SCARTON, Juliane, et al. «It was worth it when I saw his face»: experiences of primiparous women during natural childbirth. En: *Revista gaúcha de enfermagem/EENFUFGRS*. 2015, vol. 36, pp. 143-151.
- SHAREEF, Naaz, et al., 2023. The role of birth plans for shared decision-making around birth choices of pregnant women in maternity care: A scoping review. En: *Women and Birth*. 2023, vol. 36, núm. 4, pp. 327-333.
- SIDHU, Rawel, et al. Prevalence of and factors associated with burnout in midwifery: A scoping review. En: *European journal of midwifery*. 2020, vol. 4.
- SIGURÐARDÓTTIR, Valgerður Lísa et al. Processing birth experiences: A content analysis of women's preferences. En: *Midwifery*. 2019, vol. 69, pp. 29-38.
- SILVA, Rafaela Camila Freitas da, et al., 2018. The satisfaction of the normal delivery : finding oneself. En: *Revista gaúcha de enfermagem / EENFUFGRS*. 2018, vol. 39, p. e20170218.
- SJÖDIN, Marie; RÅDESTAD, Ingela; ZWEDBERG, Sofia. A qualitative study showing women's participation and empowerment in instrumental vaginal births. En: *Women and Birth*. 2018, vol. 31, núm. 3, pp. e185-e189.
- SOARES, Yndiara Kássia da Cunha et al. Satisfaction Of Puerperal Women Attended In A Normal Birth. En: *Journal of Nursing UFPE on line*. 2017, vol. 11, núm. 11, pp. 4563-4573.
- SOUZA, Silvana Regina Rossi Kissula; GUALDA, Dulce Maria Rosa. A experiência da mulher e de seu acompanhante no parto em uma maternidade pública. En: *Texto e Contexto Enfermagem*. 2016, vol. 25, núm. 1, pp. 1-9.



- STARK, Mary Ann; REMYNSE, Marshe; ZWELLING, Elaine. Importance of the Birth Environment to Support Physiologic Birth. En: *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*. 2016, vol. 45, núm. 2, pp. 285-294.
- SULEIMAN-MARTOS, Nora, et al. Prevalence and Predictors of Burnout in Midwives: A Systematic Review and Meta-Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2020, vol. 17, núm. 2, p. 641.
- TEIXEIRA, Selma Villas Boas, et al. Experiences on the childbirth process: antagonism between desire and fear / Vivências no processo de parturição: antagonismo entre o desejo e o medo. En: *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*. 2018, vol. 10, núm. 4, p. 1103.
- TUNÇALP, O., et al. Quality of care for pregnant women and newborns - The WHO vision. En: *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 2016, vol. 123, núm. 1, p. 145.
- VALDÉS, Carla, et al. Satisfacción de la mujer respecto al rol de la matrona/matrón en la atención del parto, en el contexto del modelo de atención personalizada en Chile. En: *Matronas Profesion*. 2016, vol. 17, núm. 2, pp. 62-69.
- VILLARMEA, Stella; KELLY, Brenda. Barriers to establishing shared decision-making in childbirth: Unveiling epistemic stereotypes about women in labour. En: *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. 2020, vol. 26, núm. 2, pp. 515-519.