

**Afectaciones psicológicas para mujeres en estado de gestación y lactantes debido a la  
vulneración de derechos humanos en Colombia**

Jennifer Natalia Moreno Moque

Martha Liliana Sánchez Ruiz

Universidad Nacional Abierta y a Distancia - UNAD

Escuela de Ciencias Sociales, Artes y Humanidades - ECSAH

Psicología

2025

## Resumen

Esta revisión documental hace referencias a consecuencias psicológicas revisadas en aspectos como la violencia, el trauma, la discriminación, la ansiedad y la depresión, que las mujeres enfrentan durante la etapa de gestación y lactancia, debido al incumplimiento de sus derechos humanos en situaciones de vulnerabilidad social e institucional. Se llevó a cabo con un enfoque cualitativo basado en un examen documental, que se apoyó en un reconocimiento narrativo y estructurado de 83 documentos, incluyendo artículos científicos, informes de instituciones y regulaciones legales, elegidos por su relevancia, actualidad y rigor en la metodología. Las fuentes se evaluaron mediante un proceso de clasificación temática, año de publicación y territorio que ayudaron a identificar las afectaciones en temas relacionados con el estrés, la ansiedad, la depresión, el trauma, el estigma y las relaciones afectivas. Permitirá entender cómo situaciones como la violencia obstétrica, la discriminación sistémica y la falta de acceso a servicios de salud mental impactan la salud emocional de las madres y sus hijos, desde una perspectiva crítica que se enfoca en los derechos humanos, la equidad de género y la salud pública.

***Palabras clave:*** Trauma, discriminación, ansiedad, depresión, vulneración.

### **Abstract**

This documentary review addresses the psychological consequences associated with factors such as violence, trauma, discrimination, anxiety, and depression that women face during pregnancy and lactation due to the violation of their human rights in contexts of social and institutional vulnerability. The study was conducted using a qualitative approach based on a documentary analysis, supported by a narrative and structured review of 83 documents, including scientific articles, institutional reports, and legal regulations, selected for their relevance, timeliness, and methodological rigor. The sources were evaluated through a process of thematic classification, year of publication, and geographic region, which helped identify the impacts related to stress, anxiety, depression, trauma, stigma, and affective relationships. This review aims to understand how situations such as obstetric violence, systemic discrimination, and lack of access to mental health services affect the emotional well-being of mothers and their children, from a critical perspective focused on human rights, gender equity, and public health.

***Keywords:*** Trauma, discrimination, anxiety, depression, vulnerability.

## Tabla de Contenido

Introducción .....	7
Planteamiento del Problema .....	9
Justificación .....	11
Objetivos .....	14
Objetivo General .....	14
Objetivos Específicos.....	14
Estado del Arte.....	15
Marco Conceptual .....	19
Marco Teórico.....	23
Marco Normativo y Legal.....	36
Diseño Metodológico .....	41
Resultados .....	48
Discusión.....	57
Recomendaciones .....	61
Conclusiones .....	64
Referencias Bibliográficas .....	65

## Lista de Figuras

<b>Figura 1</b> <i>Temáticas Identificadas como Afectaciones Psicológicas</i> .....	44
<b>Figura 2</b> <i>Fuentes Gubernamentales</i> .....	45
<b>Figura 3</b> <i>Años de Publicación</i> .....	47
<b>Figura 4</b> <i>Tipos de Violencias en Mujeres Gestantes en Colombia</i> .....	49
<b>Figura 5</b> <i>Violencia Obstétrica en Principales Ciudades de Colombia</i> .....	51
<b>Figura 6</b> <i>Principales Consecuencias Psicológicas en Mujeres Víctimas de Violencias en Etapa de Gestación, Post Parto y Lactancia</i> .....	53

**Lista de Tablas**

<b>Tabla 1</b> <i>Principales Autores Normativos y Legislativo sobre Maternidad en Colombia</i> .....	16
<b>Tabla 2</b> <i>Causas Principales de Tipo de Violencias en Mujeres Gestantes en Colombia</i> .....	50
<b>Tabla 3</b> <i>Principales Causas Reportadas en las Diferentes Ciudades de Colombia</i> .....	52

## Introducción

El propósito de este documento es examinar las repercusiones psicológicas que enfrentan las mujeres colombianas durante la gestación y la lactancia debido a violaciones de sus derechos humanos, mediante un análisis cualitativo de documentos. Desde un enfoque psicosocial y de derechos, se observan las consecuencias emocionales que surgen de situaciones como la violencia obstétrica, la discriminación en las instituciones y la falta de acceso a servicios de salud adecuados en momentos clave de la vida de las mujeres.

Las etapas de la gestación y la lactancia implican cambios significativos en lo físico, emocional y social. Cuando estas fases ocurren en contextos marcados por desigualdades estructurales, violencia institucional y falta de apoyo del Estado, las mujeres no solo lidian con problemas de salud física, sino que también pueden desarrollar trastornos psicológicos como ansiedad, depresión o estrés postraumático, lo que impacta su bienestar general y el crecimiento de sus hijos.

Según la Organización Mundial de la Salud (2018), entre el 10 % y el 20 % de las mujeres sufren problemas de salud mental durante el periodo perinatal. En Colombia, esta proporción es más alta debido a elementos como la violencia armada, la pobreza, la discriminación sistemática y la débil aplicación de políticas públicas con una perspectiva de género. Investigaciones muestran que la tasa de depresión posparto a nivel nacional es del 15.3 % (Gómez-Restrepo, Bohórquez Pinto, 2014), aumento que llega al 57 % en Cali (González-Trujillo, Rodríguez Martínez, 2016) y hasta el 98 % entre las mujeres que han informado sobre violencia obstétrica en Bucaramanga (Agüero-Piazzini, Gómez-Sánchez Romero-Ortiz, 2024). Estas variaciones pueden explicarse por elementos como el entorno social, la disponibilidad de servicios de salud mental y las particularidades de cada investigación. No obstante, la relevancia

de los hallazgos comparativos no siempre es evidente, puesto que las metodologías difieren significativamente entre los estudios. Esto incluye la aplicación de escalas numéricas para la depresión relacionada con el embarazo y entrevistas clínicas que tienen distintos criterios de diagnóstico, lo que influye en la consistencia y comparabilidad de la información.

Desde esta óptica, es pertinente elegir un enfoque cualitativo documental que permita un análisis crítico de la literatura científica, las regulaciones actuales y los hallazgos empíricos sobre esta problemática. A través de un estudio temático de más de 80 fuentes, se intentará identificar las categorías clave vinculadas al impacto psicológico de estas violencias y a las condiciones que facilitan su continuación o prevención.

Así, el propósito principal de este estudio es examinar las afectaciones psicológicas que experimentan algunas mujeres embarazadas y en periodo de lactancia en Colombia a causa de la violación de sus derechos humanos, utilizando un enfoque cualitativo documental. Este método ayuda a reconocer factores de riesgo psicosocial relacionados con situaciones como la violencia obstétrica, la discriminación por parte de instituciones y el estigma social, que impactan de manera directa la salud mental de las madres. Enfocar el embarazo y la maternidad desde una perspectiva de derechos humanos, salud mental y equidad social es clave para visibilizar las verdaderas necesidades de estas mujeres y presentar estrategias de intervención integrales que ayuden a mejorar su bienestar psicológico y social, asegurando una maternidad digna, protegida y acompañada.

## Planteamiento del Problema

*¿Cuáles son las consecuencias psicológicas y de salud mental derivadas de la vulneración de los derechos humanos en mujeres colombianas en estado de embarazo, posparto y lactancia?*

En Colombia, las mujeres que están embarazadas, en periodo de posparto o lactancia enfrentan diversas formas de violación de sus derechos humanos en áreas como el sistema de salud, la familia, los entornos social y laboral. Estas violaciones incluyen la violencia obstétrica, la discriminación en instituciones, condiciones laborales inadecuadas y la falta de acceso a servicios de salud mental, lo que afecta considerablemente su bienestar psicológico. Esta problemática se complica en situaciones de desigualdad estructural, pobreza, vida rural y exclusión étnica, donde hay escasos o nulos recursos para acceder a servicios públicos que tengan un enfoque diferencial según Velásquez et al, (2021) al examinar los obstáculos para acceder a servicios apropiados para mujeres en condiciones de vulnerabilidad.

Durante el embarazo, estas mujeres experimentan no solo cambios físicos propios de esta etapa, sino que también enfrentan altos niveles de estrés, ansiedad y miedo por el riesgo de perder su trabajo, la ausencia de apoyo emocional y la presión social para cumplir con ciertos roles de género. La OMS (2018) estima que entre el 10 y el 20 por ciento de las mujeres sufren trastornos mentales durante el periodo perinatal, esta cifra puede aumentar en situaciones de alta vulnerabilidad, como muestran los estudios de Restrepo y Castaño (2021) en contextos de institucionalidad precaria.

Investigaciones anteriores han indicado que existe una alta tasa de depresión después del parto en Colombia, con una estimación nacional del 15,3 % (Gómez-Restrepo et al. , 2014). No obstante, este número puede elevarse de manera preocupante en situaciones de vulnerabilidad.

En Cali, por ejemplo, estudios como el de González-Trujillo et al. (2016) indican que la prevalencia alcanza el 57 %. Especialmente significativo es el trabajo de Agüero-Piazzini et al. (2024), que relaciona la violencia en el parto con graves efectos emocionales: el 98 % de las mujeres que denunciaron abuso institucional en Bucaramanga mostraron síntomas severos de depresión. Estos resultados destacan la necesidad de tener en cuenta el efecto del entorno institucional en la salud mental de las madres, tal como se ha sugerido en investigaciones anteriores, así como de llevar a cabo medidas correctivas desde el sistema de salud para evitar consecuencias psicológicas serias.

La etapa de lactancia también presenta sus propios retos. Las condiciones laborales inadecuadas, la carencia de espacios para el cuidado y la presión para regresar rápidamente al trabajo aumentan los niveles de ansiedad, frustración e insatisfacción. Estas circunstancias afectan negativamente tanto la salud mental de la madre como su vínculo emocional con el bebé, dificultando la formación de un apego seguro y afectando la capacidad del niño para regular sus emociones (Mikulincer Shaver, 2019; Fonagy et al., 2002).

Dada esta situación, es esencial llevar a cabo una respuesta completa desde la psicología, la salud pública y los derechos humanos. La continuidad de estos problemas revela no solo la ausencia de políticas públicas efectivas que tengan una perspectiva de género, sino también la escasa capacitación del personal en el apoyo emocional y la atención diferenciada. Por lo tanto, esta investigación tiene como objetivo reconocer factores de riesgo psicosocial que surgen de estas vulneraciones, para poder sugerir estrategias de intervención que fortalezcan el bienestar psicológico y social de las mujeres embarazadas, en periodo de postparto y lactancia en Colombia.

## Justificación

La presente monografía se origina a la necesidad de dar visibilidad y entender las afectaciones psicológicas que experimentan las mujeres durante la gestación y la lactancia en Colombia, cuando se identifica la vulneración de los derechos humanos. En estas etapas cruciales, muchas mujeres enfrentan diversas formas de violencia obstétrica, se encuentran con discriminación en su trabajo, sufren exclusión social, tienen poco acceso a servicios de salud mental y carecen de apoyo institucional. Todo esto pone en peligro su bienestar emocional, su integridad y su derecho a una maternidad digna.

Desde un punto de vista teórico, esta investigación contribuye al conocimiento académico a través de una perspectiva psicosocial crítica, uniendo teorías contemporáneas como el apego (Bowlby, 1969; Ainsworth, 1978, como se citó en Vargas et al., 2021) el trauma intergeneracional según Yehuda et al. (2021) y el estrés traumático según Van der Kolk (2015), con realidades sociales como la violencia institucional, la desigualdad estructural y la exclusión de género. Esta combinación ayuda a entender de qué manera las condiciones estructurales afectan la salud mental de las madres y ofrece un marco para un análisis interdisciplinario que une psicología, salud pública y derechos humanos.

En el ámbito práctico, es esencial entender las afectaciones psicológicas que surgen a la vulneración de derechos humanos durante la maternidad para crear estrategias de intervención adecuadas. Esta investigación puede ser la base para el desarrollo de programas psicosociales, guías clínicas y capacitaciones dirigidas al personal de salud con un enfoque diferenciado, asegurando que la atención emocional sea respetuosa y considere la perspectiva de género.

Además, al abordar este tema desde un enfoque social se puede ver cómo las condiciones adversas perpetúan ciclos de exclusión, pobreza y sufrimiento emocional. Las

repercusiones no solo afectan a las madres, sino que también impactan en la relación entre madre e hijo, en el desarrollo emocional del niño y en la transmisión de traumas no resueltos. Investigaciones como las de Schechter et al. (2015) y Mikulincer y Shaver (2019) han mostrado que la salud mental de las madres durante el embarazo y el posparto influye directamente en el apego seguro, la autorregulación emocional y el desarrollo cognitivo del niño.

En este contexto, la relación entre la violación de derechos humanos y los efectos psicológicos no es accidental, sino que resulta de un vínculo estructural de causa y efecto. Factores como la falta de apoyo institucional, el maltrato obstétrico y la inestabilidad laboral han sido vinculados a la aparición de trastornos emocionales como ansiedad, depresión posparto y estrés crónico OMS (2018) y Restrepo Castaño (2021). Aunque estos datos se mencionaron anteriormente, aquí se profundiza en su relevancia para argumentar la necesidad de un cambio sistémico en la atención a las madres.

Finalmente, esta revisión de documentos señala que las principales consecuencias psicológicas son: depresión después del parto, ansiedad general, trastorno de estrés postraumático, sensaciones de culpa, injusticia, soledad y deterioro en la relación entre madre e hijo. Estas condiciones se agravan cuando faltan redes de apoyo y servicios apropiados de salud mental, sobre todo en situaciones de desigualdad estructural y estigmatización social. Con base en estos hallazgos, se sugieren estrategias para fortalecer las políticas públicas con enfoque de género, crear rutas integrales de atención y establecer procesos de apoyo emocional comunitario.

Por lo tanto, esta investigación es relevante al brindar una perspectiva completa sobre los retos de la maternidad en Colombia, fomentando el respeto por los derechos humanos, mejorando el apoyo psicosocial en estas etapas y ayudando a crear ambientes más justos y

saludables para las madres y sus hijos.

## **Objetivos**

### **Objetivo General**

Analizar las afectaciones psicológicas que enfrentan algunas mujeres en estado de gestación y lactancia en Colombia debido a la vulneración de derechos humanos, a través de un enfoque cualitativo documental, con el fin de identificar factores de riesgo psicosocial y proponer estrategias de intervención orientadas a mejorar su bienestar psicológico y social.

### **Objetivos Específicos**

Identificar cómo la vulneración de derechos humanos durante el embarazo, el nacimiento y la lactancia impacta la salud mental de las mujeres en Colombia, lo que puede dar lugar a problemas como la depresión después del parto, la ansiedad y el estrés postraumático.

Revisar el papel que desempeñan las redes de apoyo de familiares, comunidades e instituciones en la reducción de estos impactos psicológicos en mujeres embarazadas y en periodo de lactancia.

Proponer métodos de acción psicosocial y de políticas públicas que fomenten el bienestar emocional de las madres y el crecimiento completo de sus hijos, considerando un enfoque de género y derechos humanos.

## **Estado del Arte**

En la última década, el interés de la investigación académica por entender las repercusiones psicológicas que enfrentan las mujeres embarazadas y lactantes debido a la violación de sus derechos humanos ha aumentado. A nivel nacional e internacional, varios estudios han examinado cómo problemas como la violencia obstétrica, la discriminación institucional, la falta de acceso a servicios de salud mental y el estigma social impactan de forma considerable la salud mental de las madres. No obstante, a pesar de que la literatura ha progresado en hacer visibles estas cuestiones, todavía existen carencias teóricas y metodológicas. Muchos análisis se enfocan en diagnósticos clínicos sin considerar el contexto psicosocial, o se limitan a poblaciones urbanas, ignorando las realidades rurales, étnicas y comunitarias. Esta limitación justifica la necesidad de investigaciones que utilicen un enfoque interseccional y psicosocial, como el estudio presente.

En el caso de Colombia, entidades como el Congreso, la Corte Constitucional, el Ministerio de Salud y la Defensoría del Pueblo han creado normativas que buscan asegurar una maternidad que sea segura y digna. La tabla 1 resume las normativas principales y las instituciones que han colaborado en alcanzar este objetivo

**Tabla 1***Principales Autores Normativos y Legislativo sobre Maternidad en Colombia*

Autor/ Institución	Norma / Documento	Año	Contribución principal
Congreso de la República de Colombia	Ley 100 de 1993	1993	Crea el sistema de seguridad social integral, incluyendo atención en salud materna.
Corte Constitucional de Colombia	Sentencia T-627	2012	Reconoce que negar atención médica a gestantes es una violación del derecho a la salud y a una vida digna.
Ministerio de Salud y Protección Social	Resolución 3280 de 2018	2018	Define las Rutas Integrales de Atención en Salud –RIAS– para la atención de la mujer durante el embarazo.
Defensoría del Pueblo	Informe “Vigilancia a la garantía de derechos sexuales y reproductivos en Colombia”	2022	Documenta barreras institucionales y violencia obstétrica en contextos rurales y marginados.
Procuraduría General de la Nación	Intervenciones ante casos de violencia obstétrica	2021	Promueve la vigilancia de la atención obstétrica humanizada.
Ley 1257 de 2008	Ley de sensibilización, prevención y sanción de formas de violencia y discriminación contra la mujer	2008	Amplía el concepto de violencia institucional y protege a mujeres en estado de embarazo y lactancia.
Organización Panamericana de la Salud	Recomendaciones sobre atención respetuosa en el parto	2016	Establece estándares internacionales sobre derechos maternos y prácticas humanizadas.
ONU Mujeres – Colombia	Informes de seguimiento a los ODS, especialmente el Objetivo 5 sobre igualdad de género	2019-2023	Señala desafíos específicos en acceso a salud y protección social para mujeres gestantes en Colombia.

A pesar de las mejoras normativas, investigaciones como las de Velásquez et al. (2021) muestran que la violencia obstétrica sigue siendo común, especialmente en hospitales públicos, donde se deshumaniza la atención a mujeres adolescentes, indígenas o con bajos recursos. Esta violencia se ha relacionado con síntomas como ansiedad, depresión postparto y trastornos de estrés postraumático Restrepo Castaño, (2021). Sin embargo, estos estudios tienen limitaciones al concentrarse mayormente en síntomas clínicos, sin tener en cuenta la dimensión relacional o el impacto en la estructura familiar.

Desde el enfoque psicosocial, se ha evidenciado que el estigma social, la discriminación por edad o estado civil y la falta de apoyo institucional generan sentimientos de culpa, vergüenza y soledad, lo que afecta la relación entre madre e hijo (Martínez Pérez, 2020). Sin embargo, estos trabajos no siempre sugieren acciones concretas o intervenciones sostenibles para abordar estas problemáticas.

A nivel internacional, se ha avanzado en la comprensión del trauma perinatal desde enfoques integradores. Mikulincer y Shaver (2019) indican que el trauma no resuelto en la madre puede interferir en la regulación emocional del niño. Asimismo, Yehuda et al. (2021) subrayan que los efectos del trauma pueden ser transmitidos a través de generaciones, incluso afectando la expresión genética relacionada con el estrés. Sin embargo, la mayoría de estos estudios se llevan a cabo en países del norte global con sistemas de salud mejor estructurados, por lo que es fundamental adaptar sus hallazgos a realidades como la colombiana, que enfrenta desigualdades estructurales, exclusión rural y diversas formas de violencia.

Un descubrimiento clave de esta revisión es que, a pesar de la gran cantidad de investigaciones sobre la depresión después del parto, son pocos los estudios que se centran en las causas sociales y estructurales que la provocan. En muchas ocasiones, se considera como un

problema personal y no como un resultado acumulado de situaciones adversas, lo que restringe el desarrollo de políticas públicas eficaces.

Ante esta situación, se sugieren varias estrategias basadas en evidencia que podrían aplicarse en Colombia: (1) desarrollo de programas de apoyo psicosocial durante el embarazo y el período posterior al parto, similares a los implementados en Brasil y México con enfoque comunitario; (2) capacitación obligatoria en derechos sexuales y reproductivos para personal de salud, como se realizó en Argentina tras la Ley de Parto Respetado; y (3) mejora de las rutas de atención integral con enfoque diferencial, priorizando a mujeres indígenas, afrodescendientes y de zonas rurales. Estas medidas no solo han probado ser efectivas, sino que también fomentan una atención que respeta la dignidad y la equidad (OPS, 2018; ONU Mujeres, 2021).

Este estado del arte también pone en evidencia importantes lagunas en la investigación, especialmente en lo que respecta al enfoque psicosocial de los problemas maternos en contextos de desigualdad. Precisamente en este vacío, se sitúa esta investigación documental, proponiendo un análisis integral de las consecuencias psicológicas de la violación de derechos humanos en mujeres embarazadas y en período de lactancia en Colombia.

## **Marco Conceptual**

El marco conceptual que se presenta aquí tiene como propósito definir y aclarar los conceptos clave que guían esta investigación. Ofrece una base firme para analizar el problema identificado: las afectaciones psicológicas que algunas mujeres embarazadas y en periodo de lactancia sufren en Colombia, debido a la vulneración de sus derechos humanos. Utilizando un enfoque psicosocial y de derechos humanos, se examinan cinco categorías principales: vulneración, trauma, estigmatización, ansiedad, depresión y redes de apoyo. La conexión entre estos conceptos facilita la comprensión de las vivencias de las mujeres, así como la creación de estrategias de intervención adecuadas.

### **Vulneración**

Desde el punto de vista de los derechos humanos, la violencia no se limita a actos físicos o visibles; también abarca fallas institucionales que afectan derechos esenciales como el cuidado de la salud, la autonomía del cuerpo, la equidad y la dignidad humana ONU (1948). Para las mujeres en etapa de gestación y lactancia, esta violencia puede manifestarse en formas específicas como la violencia durante el parto y/o la discriminación por parte de instituciones, el acceso denegado a servicios de salud mental, el trato inadecuado y el estigma social. En Colombia, estas formas de vulneración se agravan por factores estructurales como la pobreza, la falta de atención del estado y redes de apoyo inestable, lo que empeora la salud mental de las mujeres (López Silva, 2021).

### **Trauma**

El trauma psicológico se define como el resultado de una experiencia muy negativa que supera las capacidades usuales del individuo para afrontar la situación APA (2020). En

situaciones de embarazo, parto y lactancia, el trauma puede ser causado por situaciones como el maltrato por parte del personal médico, la falta de consentimiento adecuado o la exclusión social. Estas circunstancias pueden provocar síntomas como disociación, hipervigilancia, aislamiento emocional y hasta trastorno de estrés postraumático (TEPT). Estudios a nivel internacional han mostrado que las experiencias traumáticas en la etapa perinatal no solo perjudican a la madre, sino que también influyen en el desarrollo emocional del niño según Yehuda et al. (2021). No obstante, en Colombia, aún hay escasez de investigaciones que aborden el trauma desde un ángulo relacional, más allá de los síntomas clínicos.

### **Estigmatización**

La estigmatización se refiere a los procesos sociales por los cuales ciertos grupos son menospreciados, etiquetados y excluidos por no cumplir con las normas sociales predominantes Goffman (1963). En el ámbito de la maternidad, el estigma impacta especialmente a mujeres jóvenes, solteras, indígenas o en situación de pobreza, quienes a menudo son criticadas por su capacidad para ser madres. Este estigma se presenta tanto en el sistema de salud como en las comunidades, provocando sentimientos de vergüenza, inferioridad y soledad. Según Velásquez et al. (2021), el estigma tiene un efecto negativo considerable en la autoestima de las madres, lo cual afecta la creación de vínculos seguros con sus hijos.

### **Ansiedad**

La ansiedad perinatal abarca un conjunto de síntomas como el temor excesivo, la vigilancia constante, episodios de pánico y dificultades para dormir, que pueden aparecer durante el embarazo o después de dar a luz. Estos síntomas a menudo se relacionan con preocupaciones sobre la salud del bebé, inseguridades financieras o problemas en las relaciones. Según la OMS (2023), una de cada cinco mujeres en el período perinatal presenta síntomas de

ansiedad, especialmente en situaciones de vulnerabilidad social. Si no se atiende, la ansiedad puede afectar la adaptación de la madre y dañar la relación con su bebé.

## **Depresión**

La depresión después del parto es uno de los trastornos emocionales más comunes en el periodo perinatal. Se presenta con síntomas como tristeza continua, irritabilidad, falta de interés, cansancio extremo y sentimientos de inutilidad o culpa. En sus formas más severas, puede llevar a pensamientos suicidas o a la idea de hacerle daño al bebé (APA, 2020). En Colombia, Gómez-Restrepo y colaboradores (2014) estiman que un 15,3 % de las mujeres manifiestan síntomas depresivos luego del parto. Sin embargo, investigaciones más recientes indican que las cifras pueden ser más altas en algunas áreas, como es el caso de Cali con un 57 % según González-Trujillo y otros (2016). Estos trastornos se agravan cuando se combinan con elementos como la violencia institucional, el aislamiento social y la falta de servicios de apoyo psicológico.

## **Redes de Apoyo**

Las redes de apoyo se definen como un grupo de relaciones personales que proporcionan apoyo emocional, compañía y recursos prácticos a personas en situaciones vulnerables según Sarason y otros (1990). Estas pueden ser de tipo familiar, comunitario o institucional. En el ámbito de la maternidad, su disponibilidad o ausencia afecta notablemente la salud mental de las mujeres. La carencia de apoyo emocional durante el embarazo y el período posterior al parto se ha reconocido como un factor de riesgo para el desarrollo de trastornos emocionales, mientras que contar con redes de apoyo efectivas puede favorecer la resiliencia y el afrontamiento positivo (Dennis y Letourneau, 2007).

Este marco conceptual, basado en un enfoque psicosocial y sobre los derechos humanos, permite entender cómo la interacción de factores estructurales, individuales y culturales influye en el bienestar emocional de las mujeres embarazadas y lactantes en Colombia. Al integrar estos conceptos, se justifica la urgencia de examinar las afectaciones psicológicas de estas formas de vulneración y de crear intervenciones que promuevan el respeto, el cuidado y la dignidad en la maternidad.

## Marco Teórico

La maternidad, entendida como un proceso esencial que incluye el embarazo, el parto y la lactancia, debe estar respaldada por la plena protección de los derechos humanos. Sin embargo, diversas investigaciones han evidenciado que, en Colombia, numerosas mujeres sufren violencia sistemática durante estas etapas, lo cual representa una grave violación a sus derechos fundamentales (González-Mateus et al., 2023).

La violencia institucional se manifiesta a través de la falta de atención médica adecuada, la escasez de información oportuna, el maltrato en servicios de salud y la inexistencia de mecanismos efectivos para presentar quejas (Defensoría del Pueblo, 2021). Esta clase de violencia se intensifica en situaciones de desigualdad estructural, como el desplazamiento forzado, la pobreza extrema y el racismo institucional. La Corte Constitucional, en su Sentencia T-627 del 2012, afirmó que negar o limitar el acceso a servicios médicos apropiados para embarazadas es una violación directa al derecho a la salud, a una vida digna y a la autonomía del cuerpo.

Una de las manifestaciones más documentadas de esta problemática es la violencia obstétrica, reconocida como una forma concreta de violencia de género que ocurre en ambientes médicos. Esto puede suceder mediante prácticas como realizar procedimientos sin el consentimiento previo, deshumanizar el parto, usar un lenguaje ofensivo por parte del personal médico y tratar a las pacientes de manera infantil (Cepeda-Cuervo Eslava-Schmalbach, 2021). Estas acciones infringen no solo la ética profesional, sino también los compromisos adquiridos por el Estado colombiano en acuerdos internacionales como la Declaración Universal de los Derechos Humanos (Asamblea General de las Naciones Unidas, 1948) y el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (Naciones Unidas, 1966).

A pesar de los avances en normativas como la Ley 2244 de 2022, que fomenta una atención materna humanizada y libre de violencia, la implementación de estas políticas sigue siendo limitada. Las mujeres más afectadas suelen ser aquellas que pertenecen a grupos vulnerables, como adolescentes, mujeres indígenas, afrocolombianas y aquellas que enfrentan situaciones económicas desfavorables (Defensoría del Pueblo, 2022).

Desde el enfoque de los derechos humanos, la violencia institucional durante la maternidad no se puede ver como eventos aislados, sino como resultados de un sistema con desigualdades estructurales. Por esta razón, es crucial hacer visibles estas prácticas, asegurar una atención médica respetuosa y fomentar un enfoque integral de la salud reproductiva que contemple la perspectiva de género y la justicia social.

La violencia obstétrica es una forma de agresión que se manifiesta de manera institucional y simbólica, afectando directamente la salud mental de las mujeres en el embarazo, el parto y el periodo posparto. Esta violencia no se limita a actos físicos, sino que también se relaciona con un trato despectivo, negligencia, procedimientos médicos realizados sin consentimiento y comentarios humillantes por parte del personal de salud (Cepeda-Cuervo & Eslava-Schmalbach, 2021). Estas acciones son especialmente dañinas ya que ocurren en un momento de alta vulnerabilidad emocional, lo que puede provocar una serie de problemas psicológicos que pueden ser inmediatos o tener efectos a largo plazo.

Varios estudios han constatado que las mujeres que sufren violencia obstétrica tienen una probabilidad mucho mayor de experimentar síntomas de ansiedad generalizada, depresión posparto, trastorno de estrés postraumático (TEPT) y dificultades para establecer un vínculo emocional con sus hijos (Agüero-Piazzini et al., 2024; Yehuda et al., 2021). En un estudio realizado en Bucaramanga, el 98 % de las mujeres que reportaron haber vivido violencia

obstétrica evidenciaron señales de depresión severa tras el parto según Agüero-Piazzini et al (2024), lo que resalta la conexión directa entre el maltrato institucional y el empeoramiento del bienestar psicológico de las madres.

Desde una perspectiva neuropsicológica, la exposición continua al abuso y la sensación de peligro durante el parto pueden activar de manera continua el eje hipotálamo-hipófisis-adrenal. Esto provoca un aumento sostenido del cortisol y disminución de la oxitocina (Schechter et al., 2015). La oxitocina, que es esencial para establecer el lazo afectivo entre madre e hijo, si se reduce, puede afectar la capacidad de la madre para acariciar, amamantar o conectar emocionalmente con su bebé (OPS, 2023). Estas dificultades no solo impactan en el desarrollo emocional del niño, sino que también pueden llevar a la madre a experimentar sentimientos de culpa, impotencia, aislamiento social y disociación emocional. (Mikulincer & Shaver, 2019).

Los efectos psicológicos de la violencia obstétrica no deben ser interpretados solo desde una perspectiva clínica individual, sino que es necesario entenderlos dentro de un contexto estructural. Aspectos como el acceso restringido a atención médica, los estereotipos institucionales hacia mujeres jóvenes, indígenas o en situaciones de pobreza, y la falta de formación del personal de salud en comunicación respetuosa, contribuyen a que se reproduzcan estos eventos de violencia en los hospitales (Defensoría del Pueblo, 2022).

Enfrentar el impacto psicosocial de este tipo de violencia requiere, por lo tanto, un enfoque integral que combine estrategias de intervención psicológica, educación en derechos humanos, formación institucional con perspectiva de género y mecanismos eficaces para denunciar y brindar apoyo. Así será posible asegurar un ambiente seguro y respetuoso para las mujeres durante su experiencia de maternidad.

El estudio de cómo los abusos a los derechos humanos impactan psicológicamente durante la maternidad necesita el apoyo de teorías sólidas que ayuden a entender la magnitud de este dolor. Dos teorías clave en este ámbito son la del trauma y la del apego, que se utilizan mucho en el análisis de la salud mental en el periodo perinatal y en la relación madre-hijo.

La teoría del apego, que fue inicialmente propuesta por John Bowlby en 1969 y 1982 y más tarde desarrollada por Mary Ainsworth, sostiene que las conexiones emocionales tempranas entre el niño y su cuidador principal, generalmente la madre, son esenciales para el desarrollo emocional, social y cognitivo de la persona. Según Bowlby (1988), estos vínculos influyen en la capacidad futura para formar relaciones estables, manejar emociones y enfrentar situaciones de estrés. Ainsworth describió distintos tipos de apego, según la sensibilidad del cuidador: apego seguro, evitativo, ambivalente o desorganizado. (Ainsworth et al., 1978).

En el ámbito de la maternidad, las experiencias de violencia obstétrica o institucional pueden cambiar drásticamente la sensibilidad emocional de la madre hacia su hijo, impactando su capacidad para reaccionar de manera adecuada y coherente a las señales del bebé. Esto puede llevar a que se formen vínculos inseguros o desorganizados (Mikulincer & Shaver, 2019). Además, se ha encontrado que las madres que sufren de depresión o trastorno de estrés postraumático tienen más problemas para regular sus emociones, lo cual afecta negativamente la relación con su hijo (Fernández-Berrocal & Extremera, 2021).

Por su parte, la teoría del trauma ofrece un marco crucial para entender las repercusiones de eventos extremos que se experimentan durante el embarazo, el parto o el posparto. Este enfoque ha sido profundizado por autores como Bessel van der Kolk (2015), Peter Levine (2010) y Daniel Siegel (2012), quienes han investigado cómo el trauma impacta en la memoria corporal, la neurobiología en relaciones interpersonales y los procesos de regulación emocional. La

Asociación Americana de Psicología (2023) define el trauma psicológico como la respuesta emocional ante un acontecimiento que supera la capacidad de afrontamiento de la persona, generando reacciones como ansiedad, disociación, hipervigilancia, evitación o desesperanza.

Para las mujeres que han sufrido violencia institucional durante la maternidad, estos efectos traumáticos pueden manifestarse como problemas emocionales duraderos, baja autoestima, alteraciones en la percepción corporal, rechazo hacia el recién nacido y sentimientos de culpa o vergüenza que persisten (Levine, 2010; Yehuda et al., 2021). Estos síntomas no solo afectan a la madre, sino que también impactan en el desarrollo del niño, especialmente si se interrumpe el proceso de vinculación emocional en las primeras etapas.

Ambas teorías subrayan la importancia de las conexiones entre personas para la salud mental, así como el hecho de que las experiencias en la infancia y en las relaciones tienen efectos que perduran en el tiempo. En este contexto, la violencia durante el parto o el abandono por parte de instituciones no son solo situaciones negativas, sino que pueden causar traumas que afectan el desarrollo del apego emocional y la identidad de la madre (Fonagy et al., 2002).

Por lo tanto, comprender los efectos psicológicos de estas formas de violencia desde la perspectiva del trauma y del apego ayuda a crear intervenciones que sean más humanas y compasivas, centradas en la sanación emocional, la creación de vínculos seguros y el apoyo terapéutico en momentos críticos de la vida.

El trauma que se transmite entre generaciones, conocido como trauma transgeneracional o intergeneracional, se refiere a cómo las experiencias traumáticas no resueltas se traspasan de una generación a la siguiente. Esto afecta no solamente la salud mental de quienes sufrieron esos eventos, sino también a sus hijos. Este fenómeno ha sido bien documentado en situaciones como

guerras, desplazamientos forzados, violencia estructural y crisis sociales, como lo ha demostrado el conflicto armado en Colombia (Yehuda Lehrner, 2018; Restrepo Castaño, 2021).

En el contexto de la maternidad, el trauma transgeneracional se hace evidente cuando las experiencias de violencia, negligencia o malos tratos durante el parto no solo impactan a la mujer que las vive, sino que también influyen en su relación con sus hijos. Esto sucede por diversas razones: estilos de crianza influenciados por el miedo, exceso de protección o distanciamiento emocional; problemas para manejar las emociones; y la creación de vínculos inseguros o caóticos (Van IJzendoorn et al., 2020).

Además de los aspectos relacionales, estudios recientes han encontrado que hay un componente epigenético en la transmisión del trauma. Se ha visto que el estrés severo puede alterar cómo se expresan ciertos genes relacionados con la regulación de cortisol, la hormona del estrés. Esto hace que los hijos de madres que han vivido traumas sean más propensos a problemas emocionales, incluso si ellos no han tenido experiencias traumáticas (Yehuda et al., 2016). Estos cambios pueden afectar el desarrollo del sistema nervioso y la habilidad para manejar las emociones, así como el funcionamiento del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal, provocando una herencia biológica del sufrimiento.

En Colombia, donde muchas mujeres han sido afectadas por violencia sexual, desplazamientos forzados y negligencia médica, el trauma transgeneracional es un tema de gran importancia. Las madres que han padecido diversas formas de violencia a menudo tienen problemas para formar un vínculo seguro con sus hijos, responder de manera empática a sus necesidades o mantener relaciones emocionales estables, lo cual perjudica el desarrollo emocional y social de los niños (Schechter et al., 2015; González-Trujillo et al., 2016).

Este ciclo de sufrimiento entre generaciones necesita intervenciones que sean completas y que enfoquen en la reparación emocional, el fortalecimiento de la relación madre-hijo y el fomento de redes de apoyo psicosocial. La evidencia indica que los programas terapéuticos dirigidos a madres en situaciones vulnerables pueden ayudar a disminuir la transmisión del trauma y fomentar la resiliencia en las futuras generaciones (Fonagy et al., 2002; OMS, 2022).

Se puede definir que el trauma transgeneracional no es solo un problema personal o clínico, sino un reflejo de las injusticias estructurales que han perdurado a lo largo del tiempo. Por eso, es necesario que su tratamiento incluya políticas públicas que consideren el contexto histórico, étnico y de género, promoviendo el bienestar emocional de las madres como una pieza fundamental para asegurar un desarrollo saludable en las generaciones venideras.

La desvalorización social de las mujeres en la maternidad se manifiesta como una forma de violencia simbólica que influye negativamente en su salud emocional, especialmente en situaciones de vulnerabilidad. Este fenómeno se presenta cuando las madres no se adhieren a las normas sociales en relación con factores como la edad, el estado civil, la clase social, la salud mental o la etnicidad, convirtiéndose en objetivo de críticas, menosprecio o exclusión en entornos comunitarios e institucionales (Velásquez et al., 2021; Martínez Pérez, 2020).

El estigma durante el embarazo y el periodo posterior está asociado a un conjunto de creencias sociales que establecen normas rígidas sobre cómo debe actuar una "madre adecuada", castiga simbólicamente a quienes no se ajustan a esta imagen. Este tipo de discriminación limita el acceso a la aceptación social, al apoyo comunitario y a la atención médica, provocando que las mujeres se sientan inadecuadas, avergonzadas o culpables. (Howard et al., 2014).

Diversas investigaciones han demostrado que la estigmatización está fuertemente relacionada con la aparición de problemas de salud mental en la etapa perinatal. La ansiedad

perinatal, que puede manifestarse durante el embarazo o en las semanas posteriores al parto, incluye síntomas como preocupación excesiva por la salud del bebé, insomnio, irritabilidad, crisis de pánico y pensamientos no deseados (Fairbrother et al., 2016). La depresión posparto se manifiesta a través de tristeza continua, desconexión emocional, sensaciones de inutilidad, llanto frecuente, un agotamiento extremo o incluso rechazo hacia su hijo (Gómez-Restrepo et al., 2014).

El estigma no solo aumenta la vulnerabilidad mental, sino que también dificulta el acceso a asistencia profesional. Muchas mujeres tienen miedo de ser juzgadas o etiquetadas como "malas madres" si manifiestan su malestar, lo que complica la obtención de un diagnóstico adecuado y tratamientos efectivos (OMS, 2022). Esto da lugar a un ciclo de sufrimiento silencioso que puede intensificarse con el tiempo.

Desde un enfoque estructural, el estigma debe verse no solo como una actitud personal, sino como un mecanismo que excluye socialmente y refuerza desigualdades históricas relacionadas con el género, la clase y la raza. Mujeres indígenas, afrodescendientes, adolescentes que están embarazadas o aquellas con diagnósticos mentales son particularmente susceptibles a este tipo de discriminación, subrayando la necesidad de un enfoque interseccional en las políticas de salud materna (ONU Mujeres, 2022).

La exclusión simbólica, combinada con la negligencia institucional o la violencia obstétrica, crea un entorno hostil para la maternidad que incrementa el riesgo de ansiedad, depresión y dificultades en el vínculo con el recién nacido. Por lo tanto, es crucial establecer el impacto del estigma como un factor social que influye en la salud mental en la etapa perinatal, y abordarlo mediante estrategias que fomenten la empatía, respeten la diversidad en las maternidades y brinden apoyo psicosocial sin prejuicios.

Las redes de apoyo son cruciales para cuidar la salud mental de las mujeres durante el embarazo, después del parto y durante la lactancia. Estas redes incluyen entidades formales e informales, como la familia, la pareja, amigos, la comunidad, instituciones de salud y programas sociales, que brindan apoyo emocional, ayuda práctica y reconocimiento social (Martínez, 2018). En entornos donde existen problemas como la violencia institucional, la discriminación o la marginación, el respaldo de estas redes puede ser clave para que las madres enfrenten el sufrimiento de manera resiliente.

Desde una óptica psicosocial y de derechos humanos, el apoyo que se recibe no debe verse solo como un recurso individual, sino como una red de relaciones que puede cambiar situaciones sociales desfavorables. Dennis y Letourneau (2007) indican que las mujeres que disfrutaban de un entorno de apoyo constante durante el periodo perinatal tienen menos ansiedad y depresión, además de tener un mejor bienestar psicológico. Asimismo, el acompañamiento cálido y continuo fortalece el vínculo emocional con el bebé, mejora la autoestima de la madre y disminuye el riesgo de adoptar patrones de apego inseguros.

En Colombia, investigaciones recientes han mostrado que contar con redes de apoyo activas ayuda a reducir el efecto de experiencias traumáticas como la violencia obstétrica, la estigmatización o la atención médica inadecuada (Gómez-Restrepo et al., 2014). Esto se debe a que el apoyo social ayuda a expresarse emocionalmente, evita el aislamiento, fomenta el autocuidado y facilita el acceso a recursos comunitarios. Por el contrario, la falta de redes puede intensificar el dolor psicológico, provocar sentimientos de soledad, culpa y falta de competencia en la maternidad, y empeorar trastornos como la depresión posparto o el trastorno de estrés postraumático (TEPT).

Además de la familia y amigos, los grupos de madres, las reuniones comunitarias y los programas de salud mental para madres han resultado ser intervenciones efectivas en situaciones de vulnerabilidad. Estas formas de apoyo comunitario permiten la reciprocidad de experiencias, normalizan sentimientos, dan sentido al trauma y desarrollan habilidades para enfrentar dificultades (OMS, 2022). Desde un enfoque culturalmente sensible, estos espacios también toman en cuenta las necesidades específicas de mujeres indígenas, afrodescendientes o rurales, adaptando el apoyo a sus requerimientos particulares (OPS, 2023).

Es fundamental que el fortalecimiento de las redes de apoyo vaya de la mano con la formación continua del personal de salud, para asegurar un trato respetuoso, informado y empático hacia mujeres embarazadas y lactantes. Una red de apoyo efectiva no solo proporciona sostén emocional, sino que también empodera a la madre en el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos.

En este contexto, las redes de apoyo representan un recurso fundamental y no secundario, siendo un pilar esencial para prevenir enfermedades mentales durante el período perinatal y para fomentar una maternidad que sea segura y emocionalmente resguardada. Destinar recursos a estas redes, tanto por parte del gobierno como de las comunidades, es una táctica crucial para interrumpir el ciclo de violencia institucional y aumentar la resiliencia tanto individual como colectiva entre las mujeres en Colombia.

La atención a la salud mental de las madres, especialmente cuando se ve afectada por violencia institucional o social, debe ser abordada desde un enfoque de derechos humanos que considere a las mujeres como titulares de derechos, y no como meras receptoras de servicios. Las violencias que ocurren durante el embarazo, el parto o el posparto como la violencia obstétrica, la estigmatización o la exclusión de los servicios de salud son serias violaciones a derechos

fundamentales, incluyendo el derecho a la salud, una vida digna, la integridad física y mental, y la autonomía sobre el propio cuerpo (ONU Mujeres, 2022).

Desde esta óptica, la salud mental de las madres no puede ser vista únicamente como un asunto clínico o personal, sino como un problema estructural que está relacionado con desigualdades de género, clase, etnia y área geográfica. Así lo ha indicado la Corte Constitucional de Colombia, que señala que negar el acceso oportuno y respetuoso a atención de salud durante la maternidad es una violación directa del derecho fundamental a la salud y a la autonomía reproductiva (Sentencia T-627 de 2012).

Colombia ha progresado en la creación de marcos legales para proteger los derechos de las mujeres, como la Ley 1257 de 2008, que establece medidas para prevenir, sancionar y eliminar la violencia contra ellas y la Ley 2244 de 2022, que favorece una atención humanizada en el parto. Sin embargo, la aplicación de estas leyes aún es limitada y desigual en el país, sobre todo en áreas rurales y en comunidades indígenas y afrodescendientes (Restrepo Castaño, 2021; Defensoría del Pueblo, 2022).

Un enfoque que sea integral y transformador debe incluir no solo la atención psicológica individual, sino también políticas públicas que aseguren el acceso a servicios de salud mental perinatal, considerando la diversidad y las interseccionalidades. Esto incluye formar al personal de salud en derechos humanos, salud mental y perspectiva de género; fortalecer los mecanismos para denunciar la violencia obstétrica e institucional; y fomentar estrategias de apoyo psicosocial comunitario, especialmente en contextos de vulnerabilidad (OPS, 2023).

Además, es fundamental transformar el paradigma cultural que presenta la maternidad como una experiencia exclusivamente positiva. Esta narrativa dominante oculta el sufrimiento emocional de las madres, refuerza el estigma en torno a la salud mental y restringe las

oportunidades para buscar ayuda. Reconocer la maternidad como una experiencia compleja y variable es crucial para garantizar el respeto a los derechos de las mujeres en todas sus facetas (González-Mateus et al., 2023).

Por último, un enfoque integral también debe incluir la promoción de entornos familiares y sociales que validen las emociones de las madres, reconozcan las distintas formas de ser madre y protejan a las mujeres de cualquier tipo de violencia. La defensa de los derechos humanos en el ámbito maternal no solo es un deber ético, sino también una condición esencial para asegurar el bienestar emocional de las madres y el desarrollo saludable de las futuras generaciones.

El análisis teórico realizado permite comprender que las violaciones de derechos humanos hacia mujeres embarazadas, en posparto y en período de lactancia constituyen un fenómeno multifactorial de profundo impacto psicosocial. Manifestaciones como la violencia obstétrica, la discriminación estructural, la estigmatización social, la percepción de injusticia y la ausencia de redes de apoyo robustas no solo afectan la dignidad de las mujeres, sino que deterioran gravemente su salud mental, fomentando condiciones como el trastorno de estrés postraumático, la ansiedad generalizada y la depresión posparto (López-Torres et al., 2023; Vega et al., 2018). Estos fenómenos, lejos de ser aislados, configuran un entramado de violencia institucional y social que se perpetúa de generación en generación, afectando también el desarrollo emocional de los hijos e hijas (Yehuda et al., 2016; Van IJzendoorn et al., 2020).

Desde el contexto colombiano, este escenario se agudiza por factores históricos y estructurales como el conflicto armado, la pobreza, el acceso desigual a los servicios de salud y la débil implementación de políticas públicas con enfoque de género según (Restrepo & Castaño (2021) y el Ministerio de Salud (2018). A pesar de que normativas como la Ley 1257 de 2008 y la Resolución 3280 de 2018 han buscado garantizar los derechos de las mujeres, en la práctica

persisten brechas significativas que invisibilizan el sufrimiento psíquico durante la maternidad. Las altas cifras de depresión posparto en regiones como Cali según González-Trujillo et al. (2016), así como los alarmantes datos sobre violencia obstétrica, muestran que la salud mental materna sigue siendo una deuda pendiente del sistema sanitario colombiano.

Por lo tanto, el abordaje de estas problemáticas no puede limitarse a un enfoque clínico individual, sino que debe ser entendido desde una perspectiva estructural e interseccional, que reconozca las dimensiones de género, territorio, clase y etnicidad. Solo mediante el fortalecimiento de redes de apoyo, la humanización de la atención en salud, la formación en derechos humanos y el acceso a intervenciones psicosociales culturalmente sensibles, será posible garantizar una maternidad digna, segura y emocionalmente protegida en Colombia. Este marco teórico sustenta la urgencia de generar acciones integrales que respondan no solo al daño ya causado, sino también a la prevención y promoción de la salud mental materna como un derecho humano fundamental.

## Marco Normativo y Legal

En Colombia, las leyes y políticas públicas acerca de la maternidad buscan asegurar la protección de los derechos de las mujeres embarazadas y lactantes, fomentando su bienestar y el de sus hijos. El marco legal colombiano reconoce la importancia de ofrecer apoyo a las madres en diferentes áreas, como la salud, la seguridad laboral y la prevención de la violencia de género (Congreso de Colombia, 2021).

La Ley 2244 de 2022, conocida como "*Ley del Parto Humanizado*", tiene como finalidad asegurar el respeto a los derechos de las mujeres en el momento del parto, así como durante el embarazo y el posparto. Esta legislación tiene el propósito de fomentar un enfoque que se centre en la mujer, garantizando que las experiencias de parto sean seguras, dignas y respetuosas, con la idea de reducir las intervenciones médicas que no sean necesarias.

Primero, la ley indica que las mujeres tienen el derecho a obtener información clara y completa acerca de su proceso de parto y también a participar en las decisiones sobre su atención médica. Esto incluye el derecho a escoger el lugar de parto y a recibir apoyo de personas que elijan durante este momento. Este elemento es vital, dado que la falta de información y apoyo puede incrementar la ansiedad y el estrés, lo que afecta la salud mental de las mujeres.

Asimismo, la ley promueve un cuidado integral que no se limita al aspecto físico del parto, sino que también valora el bienestar emocional y mental de la mujer. Esto es esencial, ya que las violaciones a los derechos humanos durante el embarazo, el parto y el posparto pueden resultar en graves consecuencias psicológicas, como la ansiedad, la depresión y trastornos de estrés postraumático.

Otro aspecto clave es la prevención de la violencia obstétrica, que se refiere a prácticas deshumanizadas y abusivas que algunas mujeres enfrentan al dar a luz. Esta norma pretende evitar estas situaciones, que incluyen la falta de consentimiento informado, la realización de procedimientos innecesarios y el trato despectivo por parte del personal de salud. Al abordar la violencia obstétrica, se intenta crear un ambiente más seguro y respetuoso para las mujeres.

La Ley del Parto Humanizado también resalta la relevancia del apoyo durante el posparto, reconociendo que la falta de atención y cuidado adecuado puede aumentar el riesgo de depresión postparto y otros problemas de salud mental. Al ofrecer un entorno de apoyo, busca mejorar la salud emocional de las mujeres y, por lo tanto, el bienestar de sus hijos.

Finalmente, se enfatiza la necesidad de capacitar al personal de salud en el enfoque de parto humanizado, para que puedan proporcionar una atención respetuosa que considere las necesidades de las mujeres. La formación del personal es fundamental para garantizar que se apliquen correctamente los principios establecidos en la ley.

En resumen, la Ley 2244 de 2022 representa un avance importante hacia la protección de los derechos de las mujeres durante el embarazo, el parto y el posparto. Al abordar las violaciones a los derechos humanos en estos momentos decisivos, la normativa busca reducir las consecuencias psicológicas que pueden surgir y fomentar un ambiente más saludable y respetuoso para las mujeres y sus hijos.

Una de las leyes más importantes es la Ley 1822 de 2017, que aumentó la licencia de maternidad a 18 semanas, permitiendo que las madres tengan un tiempo adecuado para cuidar de sus hijos recién nacidos y permitir su recuperación postparto (Ministerio de Salud y Protección Social, 2017). Esta medida busca mejorar el bienestar materno-infantil y fortalecer el vínculo

temprano entre madre e hijo, lo que, según la evidencia científica, es esencial para el desarrollo emocional del niño (Bowlby, 1988).

En el área de la salud, la Ley 100 de 1993 establece el derecho a la atención médica completa durante el embarazo, parto y posparto, asegurando el acceso a controles prenatales y atención obstétrica sin obstáculos económicos (Congreso de Colombia, 1993). Además, la Ley 1257 de 2008 protege a las mujeres embarazadas contra la violencia de género, reconociendo que la violencia durante el embarazo puede tener consecuencias graves tanto para la madre como para el bebé, incrementando el riesgo de complicaciones físicas y psicológicas (Organización Mundial de la Salud. OMS, 2018).

Otra política importante es la Ley 2114 de 2021, que amplió la licencia de paternidad a 2 semanas y creó la opción de licencia parental compartida, fomentando la corresponsabilidad en la crianza de los hijos (Congreso de Colombia, 2021). Este tipo de iniciativas busca disminuir la carga exclusiva sobre la madre y promover un equilibrio en la repartición de responsabilidades parentales.

Sin embargo, a pesar de los progresos en las normas, siguen existiendo retos en la aplicación de estas políticas. Muchas mujeres, especialmente en áreas rurales y en situaciones de vulnerabilidad, enfrentan dificultades para acceder a los servicios de salud materna y protección laboral (Defensoría del Pueblo, 2020). Además, la violencia obstétrica sigue siendo un problema en algunos centros de salud, lo que señala la necesidad de fortalecer los mecanismos de supervisión y sanción frente a estas prácticas (Ministerio de Salud y Protección Social, 2019).

En conclusión, Colombia ha progresado de manera significativa en la creación de leyes y políticas públicas dirigidas a la protección de la maternidad, reconociendo su relevancia en el

bienestar de la madre y el crecimiento infantil. Sin embargo, es crucial seguir trabajando en la efectiva implementación de estas normas para garantizar que todas las mujeres, sin importar su condición social o económica, puedan ejercer sus derechos en condiciones de equidad y dignidad.

Es importante destacar en Colombia, las políticas de salud materna y mental que buscan asegurar el bienestar total de las mujeres durante el embarazo, el posparto y la lactancia. Estas políticas han sido creadas para ofrecer atención médica accesible, prevenir problemas y proporcionar apoyo emocional a las madres, reconociendo la relevancia de la salud mental en el desarrollo materno-infantil (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020).

Uno de los pilares clave de la salud materna en Colombia es la Ley 100 de 1993, que establece el derecho a la atención médica gratuita y de calidad para las mujeres embarazadas. Esta ley ha permitido la formación de programas de control prenatal, atención del parto y seguimiento posnatal, los cuales han disminuido la mortalidad materna en el país (Congreso de Colombia, 1993). Además, la Política Nacional de Salud Mental, regulada en el Decreto 3039 de 2007, incluye la salud mental perinatal como una prioridad, impulsando estrategias de prevención, detección y tratamiento de problemas psicológicos en madres embarazadas y en posparto (Ministerio de Salud y Protección Social, 2007).

La depresión posparto y los trastornos de ansiedad maternos han sido objeto de diversas iniciativas en el sistema de salud colombiano. A través de la Resolución 3280 de 2018, se han establecido rutas de atención integral en salud mental, asegurando la identificación temprana de estos trastornos y facilitando el acceso a tratamientos psicológicos y psiquiátricos (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018). Estas estrategias intentan minimizar el impacto negativo de los

problemas de salud mental en la madre y su hijo, promoviendo un ambiente seguro y estable para el desarrollo infantil (Organización Mundial de la Salud. OMS, 2018).

A pesar de los avances en la creación de políticas públicas, todavía existen retos en su ejecución. Muchas mujeres en situaciones vulnerables se enfrentan a obstáculos para acceder a los servicios de salud mental, ya sea por falta de conocimiento, problemas económicos o dificultades en la cobertura del sistema de salud (Defensoría del Pueblo, 2020). Es vital seguir mejorando la formación de profesionales en salud mental materna, ampliar la cobertura de los programas de atención y disminuir el estigma relacionado con los problemas psicológicos en madres embarazadas y lactantes.

En conclusión, las políticas públicas en salud materna y mental en Colombia han avanzado considerablemente, reconociendo la importancia de proporcionar atención integral a las madres en todas las etapas de la maternidad. Sin embargo, es crucial seguir trabajando en la equidad en el acceso a estos servicios, asegurando que todas las mujeres reciban el apoyo necesario para su bienestar y el de sus hijos.

Las violaciones de derechos humanos tienen un impacto muy negativo en las mujeres durante el embarazo, posparto y lactancia, afectando no solo su salud mental, sino también su habilidad para establecer vínculos afectivos con sus hijos y participar en su cuidado. El estrés, la ansiedad, la depresión y el trastorno de estrés postraumático son solo algunas de las consecuencias psicológicas que pueden surgir de estas experiencias. Prevenir estas violaciones y brindar el apoyo adecuado en estos momentos críticos es fundamental para cuidar el bienestar de las mujeres y sus hijos.

## **Diseño Metodológico**

La investigación actual se basa en un enfoque cualitativo de tipo documental, con el objetivo de estudiar las consecuencias psicológicas que enfrentan las mujeres durante el embarazo, el posparto y la lactancia a causa de violaciones de sus derechos humanos. Para abordar este tema, se optó por una revisión integrativa, ya que esta metodología permite compilar, evaluar e interpretar críticamente tanto estudios teóricos como empíricos, así como normativas relevantes a nivel nacional e internacional. Esta elección metodológica responde a la necesidad de crear una visión completa del fenómeno, que conecte las dimensiones psicológicas, sociales y legales.

La forma de análisis seleccionada fue interpretativa-crítica, apoyada por corrientes teóricas como la psicología social, el feminismo interseccional, la teoría del apego de Bowlby, el trauma transgeneracional señalado por Yehuda y colegas, además de los estudios de salud pública enfocados en derechos. Estas perspectivas guiaron la elección del material y la interpretación de los resultados, ayudando a entender cómo las violencias estructurales impactan el bienestar emocional y psicológico de las mujeres durante la maternidad.

Se llevó a cabo una exhaustiva revisión documental de carácter cualitativo, empleando un formato de revisión narrativa bien estructurada. La búsqueda se llevó a cabo en varias bases de datos académicas, incluyendo Google Scholar, Redalyc, JSTOR, DOAJ, ResearchGate, SciELO, ScienceDirect y PubMed, además de repositorios de universidades reconocidas como la Universidad Nacional Abierta y a Distancia (UNAD), la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), la Universidad Nacional de Colombia (UNAL) y eScholarship de la Universidad de California. También se consideraron informes y documentos oficiales de entidades como la Organización Mundial de la Salud (OMS), ONU Mujeres, ACNUR, el

Ministerio de Salud de Colombia y la Defensoría del Pueblo.

En total, se analizaron 83 documentos: 45 artículos científicos de revistas revisadas por pares, 8 libros sobre salud mental, género y derechos humanos, 15 informes técnicos y normativos de organismos gubernamentales e internacionales y 15 estudios estadísticos y de caso relevantes. De estos, el 92% de las fuentes son del periodo entre 2015 y 2025, lo que asegura que el contenido sea actual y relevante. El 8% restante proviene de textos publicados entre 2009 y 2014, utilizados por su valor teórico esencial (como definiciones sobre la teoría del apego o el trauma). La técnica de análisis empleada fue el análisis temático, que permite identificar patrones de significado en grandes cantidades de texto. Este procedimiento se llevó a cabo manualmente, sin software especializado, utilizando un enfoque mixto (inductivo-deductivo). Primeramente, se generaron categorías emergentes a partir de una lectura abierta de los textos, que luego fueron comparadas con categorías ya definidas dentro del marco conceptual, tales como: violencia obstétrica, trauma emocional, redes de apoyo, discriminación institucional y consecuencias psicológicas.

Los criterios de inclusión se dirigen a publicaciones con acceso completo, ya sean en español o inglés, contaron con una base metodológica sólida (como evaluación por pares o fuente institucional), tratando temas como la salud mental materna, la violencia de género, la violencia obstétrica y los derechos humanos en situaciones de vulnerabilidad. Se excluyeron documentos repetidos, textos con un sesgo ideológico significativo sin fundamentación, y publicaciones que no pasaron por una revisión académica formal. Este enfoque permitió establecer un marco de análisis robusto y multidimensional para entender las repercusiones psicológicas de las violaciones a los derechos humanos en mujeres embarazadas, en periodo de posparto y en lactancia.

Para asegurar la saturación teórica, se estableció que se alcanzaría cuando incorporar nuevas fuentes no generara categorías adicionales ni cambiara las existentes. Asimismo, se aplicó un sistema de doble lectura por parte de dos investigadores para validar la coherencia de las categorías y disminuir el riesgo de sesgos interpretativos. Las diferencias en el análisis se resolvieron mediante consenso.

Se identifican como posibles restricciones de la investigación el hecho de no haber empleado un programa de análisis cualitativo, así como la ausencia de entrevistas directas con mujeres afectadas, debido al enfoque documental del diseño. A pesar de esto, se garantiza la solidez metodológica a través de la triangulación de fuentes, la incorporación de literatura actualizada y la conexión constante con el marco teórico.

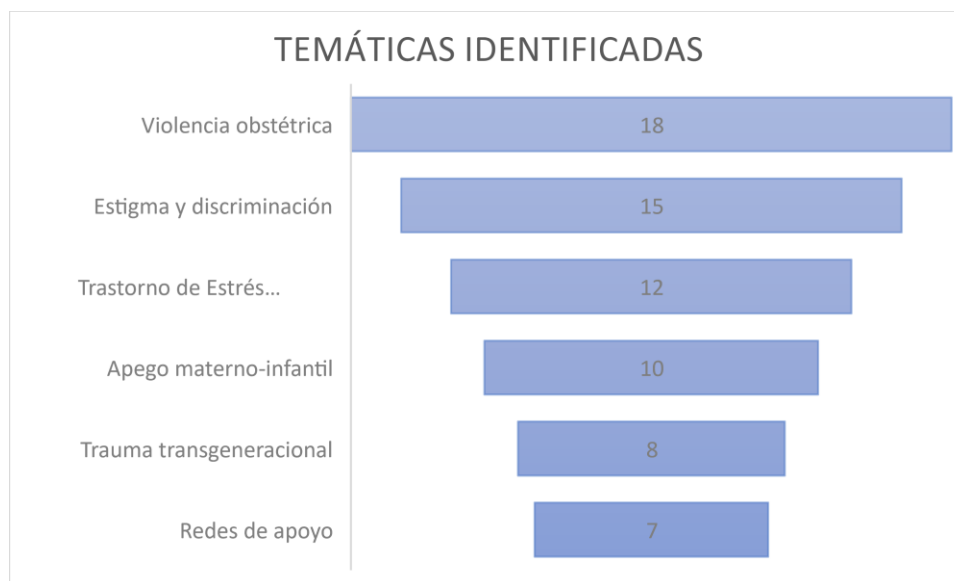
Este enfoque metodológico facilita la creación de una comprensión profunda, contextual y crítica sobre cómo las violaciones a los derechos humanos impactan la salud mental de las mujeres durante la maternidad, proporcionando una base firme para el desarrollo de estrategias de intervención psicosocial y sugerencias en políticas públicas.

Tras el estudio de los documentos, se pudieron identificar seis temas principales que aparecen con mayor frecuencia en las investigaciones revisadas. La violencia durante el parto fue la más citada, con 18 menciones, resaltando sus consecuencias traumáticas en la salud mental de las madres. A continuación, se encuentra el estigma y la discriminación, mencionados en 15 fuentes, que agravan el sufrimiento emocional de las mujeres que son madres. El trastorno de estrés postraumático (TEPT) se registró en 12 casos, especialmente en situaciones de violencia sexual o desplazamiento forzado. Además, se resalta la conexión entre madre e hijo (10 menciones), el trauma que se transmite entre generaciones (8 menciones) y la importancia de las redes de apoyo (7 menciones), reconocidas por su habilidad para ofrecer contención emocional

en circunstancias difíciles.

### Figura 1

#### *Temáticas Identificadas como Afectaciones Psicológicas*



*Nota.* El gráfico “Temáticas Identificadas como afectaciones psicológicas” explica cuáles fueron las temáticas habladas en el marco teórico para la monografía.

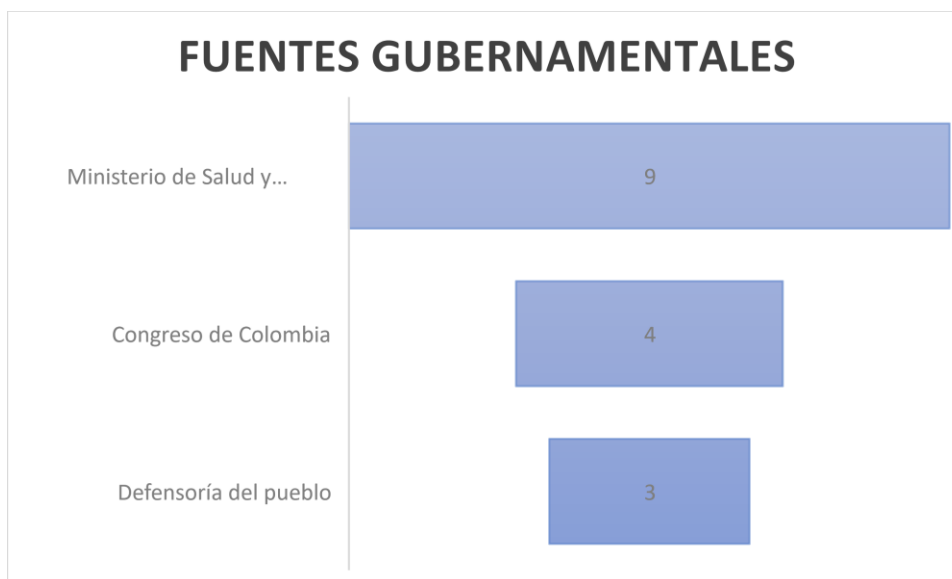
Estos resultados respaldan la idea de que las transgresiones a los derechos humanos en situaciones relacionadas con la maternidad no son meramente incidentes aislados. En cambio, se presentan como cuestiones complejas y con múltiples facetas que necesitan ser abordadas desde la salud mental, los derechos humanos y la justicia social.

Las fuentes oficiales utilizadas en este estudio provienen principalmente de tres instituciones importantes del Estado colombiano. La fuente más recurrida fue el Ministerio de Salud y Protección Social, con un total de nueve documentos analizados, entre los cuales se encuentran informes y estadísticas significativas para el estudio de la salud mental en mujeres durante el embarazo y la violencia obstétrica. En cuanto al Congreso de Colombia, se mencionó en cuatro ocasiones, sobre todo en lo relacionado con las leyes y normativas actuales que

resguardan los derechos de las mujeres durante el embarazo, el posparto y la lactancia. Por último, la Defensoría del Pueblo fue citada en tres documentos, los cuales resaltan su función en dar visibilidad a la violación de derechos y en fomentar políticas públicas con un enfoque de género.

## Figura 2

### *Fuentes Gubernamentales*



*Nota.* El gráfico "Fuente Gubernamentales" se menciona las entidades que rigen la normatividad para la mujer en estado de gestación y lactancia.

Estos resultados respaldan la importancia de los derechos que tienen las mujeres en estado de embarazo, posparto y en período de lactancia, dado a que se evidencia vulneración de los derechos humanos en varios contextos de Colombia.

Las referencias utilizadas en este estudio provienen en su mayoría de Colombia, reflejando la necesidad de entender la problemática desde una perspectiva local y específica. El país aporta un considerable número de estudios académicos, informes de organizaciones (sobre todo de la Defensoría del Pueblo) y artículos científicos que tratan directamente cuestiones como

la violencia obstétrica, las políticas de salud pública y la salud mental de las madres. Esta concentración de literatura colombiana permite ver con mayor claridad cómo se presentan las violaciones a los derechos humanos durante el embarazo, el periodo de posparto y la lactancia en el ámbito nacional.

También se revisaron investigaciones de Perú y Chile, naciones latinoamericanas con contextos socioeconómicos y culturales similares a los de Colombia, donde se han registrado casos de violencia de género, desigualdad en el acceso a la atención sanitaria y vulneración de derechos de mujeres embarazadas y en periodo de posparto. La inclusión de estos estudios enriquece el análisis al ofrecer una perspectiva regional, identificando patrones comunes en América Latina.

En el ámbito internacional, Estados Unidos se destaca como la principal referencia en la producción de teorías sobre trauma, salud mental de las madres y métodos de intervención clínica. Los artículos estadounidenses revisados se enfocan principalmente en teorías psicológicas clave (como el apego, el estrés postraumático y el trauma transgeneracional), guías de tratamiento y estudios a largo plazo que han ayudado a entender el impacto psicológico de la violencia desde una base científica sólida.

Finalmente, también se incorporaron fuentes del Reino Unido, principalmente artículos de revistas académicas especializadas en salud mental, abuso institucional y bienestar durante el embarazo y el posparto. Estas aportaciones enriquecen la discusión al proporcionar enfoques basados en evidencia y marcos normativos comparativos, que son útiles para mejorar el análisis crítico de la realidad en Colombia y para guiar las propuestas de intervención.

El periodo de las fuentes abarca desde 2009 hasta 2024, con un importante enfoque en los últimos diez años. Esto señala un aumento continuo y significativo en la investigación sobre la

salud mental de las madres y los derechos humanos. En particular, los años de 2021 a 2024 se destacan por un considerable incremento en las publicaciones acerca del impacto psicológico de la violencia obstétrica y la necesidad urgente de acciones políticas que consideren la perspectiva de género.

### Figura 3

*Años de Publicación*



*Nota.* En la gráfica “Años de Publicación” se identifican los años de las referencias que se utilizaron para la realización de la monografía.

Esta distribución de tiempo muestra que el tema ha ganado mayor importancia en años recientes, impulsado por movimientos feministas, cambios legales sobre el parto humanizado y un creciente reconocimiento del trauma psicosocial como un asunto de salud pública.

## Resultados

La investigación documental realizada permitió examinar, desde un enfoque crítico y multidisciplinario, las infracciones a los derechos humanos que enfrentan las mujeres durante el embarazo, el periodo postparto y la lactancia, así como sus repercusiones psicológicas. A través del análisis temático de 80 fuentes que incluían artículos científicos, informes de instituciones y marcos legales, se identificaron diversos patrones que muestran la complejidad y seriedad de esta situación en Colombia. Estos descubrimientos se enriquecieron con gráficos que ayudan a destacar los fenómenos más comunes y relevantes en relación con la salud mental de las madres y la violencia estructural.

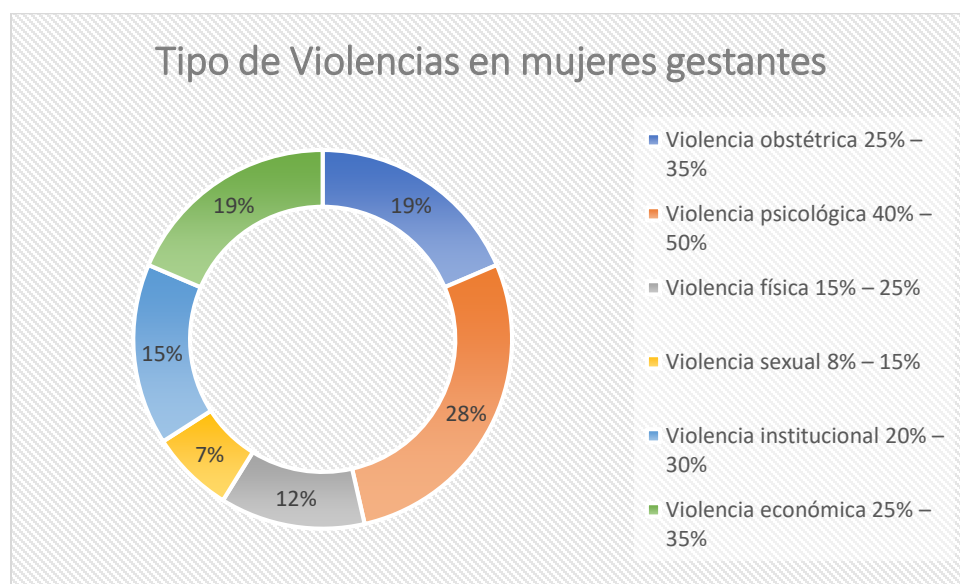
Con base en los tipos de violencia que sufren las mujeres embarazadas, los datos muestran una notable predominancia de la violencias psicológicas y violencia obstétrica como la forma más habitual de vulneración. En la figura 4, las mujeres embarazadas sufren diversas formas de violencia que impactan negativamente su salud física, emocional y mental durante el embarazo, el parto y el período posterior al nacimiento. Investigaciones recientes y reportes de instituciones han señalado al menos seis tipos de violencia comunes en este grupo: violencia obstétrica, psicológica, física, sexual, institucional y económica. La violencia obstétrica, presente en alrededor del 25% al 35% de los casos, se manifiesta por prácticas médicas que deshumanizan, falta de consentimiento informado y un uso excesivo de intervenciones no necesarias durante el parto. Por otro lado, la violencia psicológica, que afecta entre el 40% y el 50% de las mujeres embarazadas, se caracteriza por el control emocional de la pareja, insultos, amenazas y humillaciones continuas. La violencia física se presenta en entre el 15% y el 25% de los casos, indicando situaciones de agresión directa durante el embarazo, mientras que la violencia sexual ocurre en aproximadamente el 8% al 15% de las mujeres, muchas veces en el

marco de relaciones forzadas o abuso marital.

Así mismo, se suma la violencia institucional, que se estima afecta entre el 20% y el 30% de las mujeres, relacionada con el maltrato, la discriminación en la atención médica y la negación de servicios esenciales, especialmente en comunidades rurales, indígenas o entre adolescentes. Finalmente, la violencia económica, que repercute en entre el 25% y el 35% de las mujeres, se manifiesta como retención de recursos, negación del derecho a trabajar o dependencia económica involuntaria. Estas formas de violencia no solo ponen en riesgo los derechos humanos fundamentales de las mujeres, sino que también aumentan el riesgo de sufrir problemas de salud mental como ansiedad, depresión tras el parto y trastorno de estrés postraumático, afectando su experiencia como madres y el desarrollo emocional de sus hijos. Estos datos demuestran la necesidad urgente de implementar políticas públicas que consideren la perspectiva de género y los derechos humanos, asegurando una maternidad libre de violencia.

#### Figura 4

##### *Tipos de Violencias en Mujeres Gestantes en Colombia*



*Nota.* En la gráfica “Tipos de Violencias en mujeres gestantes en Colombia” se evidencia el

porcentaje en como la mujer en estado de gestación y lactancia tiene un riesgo considerable

Verificando la gráfica anterior (figura 4), podemos identificar los tipos de violencias que sufren dando una brecha importante en reconocer el que tipo es, pero sobre todo identificar las causas principales de cada una de ellas, que se relacionaran en la siguiente tabla (Tabla 2).

**Tabla 2**

*Causas Principales de Tipo de Violencias en Mujeres Gestantes en Colombia*

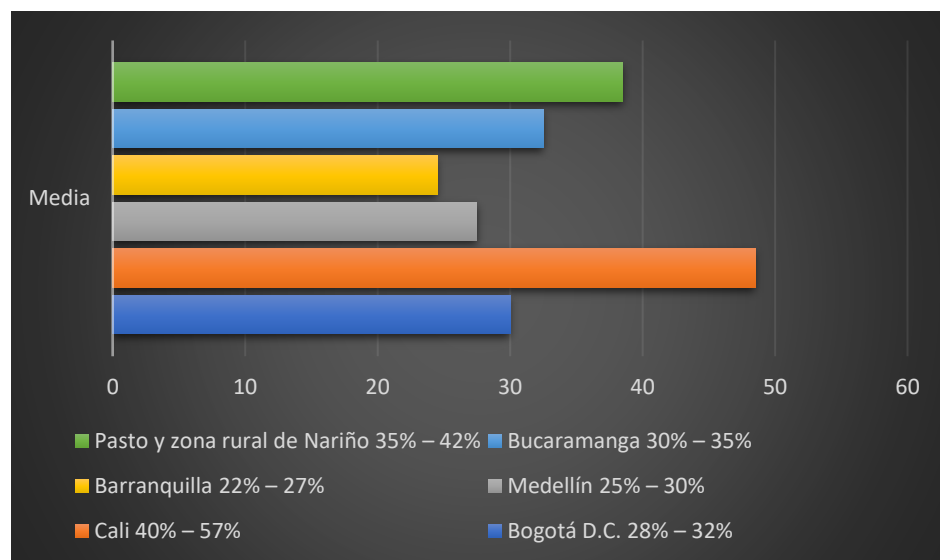
Tipo de violencia	Causas principales
Violencia obstétrica	Deshumanización en el parto, falta de consentimiento informado, prácticas médicas innecesarias
Violencia psicológica	Control del compañero, insultos, humillación, amenazas, presión emocional durante el embarazo
Violencia física	Golpes, empujones o agresión directa del compañero o familiares
Violencia sexual	Abuso sexual, relaciones forzadas con la pareja, coerción reproductiva
Violencia institucional	Negación de servicios de salud, trato discriminatorio, estigmatización por edad, estado civil o etnia
Violencia económica	Retención de recursos económicos, prohibición de trabajar, dependencia total del agresor

La violencia obstétrica en Colombia es un problema continuo que impacta desproporcionadamente a las mujeres en las principales urbes del país, mostrando desigualdades profundas en el acceso y la calidad de los cuidados de salud materna. Localidades como Cali, Bogotá y Bucaramanga tienen los índices más altos, con prevalencias que varían entre el 30% y el 57%, especialmente en centros de salud públicos. Las formas más frecuentes de esta violencia incluyen la ausencia de consentimiento informado, el trato inadecuado, el uso excesivo de intervenciones médicas como cesáreas sin necesidad o episiotomías sin justificación, así como la

violencia verbal o simbólica por parte del personal médico. Estas situaciones afectan a mujeres tanto de áreas urbanas como rurales, aunque se agravan en contextos de vulnerabilidad económica, étnica o geográfica, como sucede en Pasto y las áreas rurales de Nariño, donde las mujeres comparten experiencias de discriminación territorial y falta de apoyo emocional. Estas estadísticas no solo muestran un fracaso en la protección de los derechos reproductivos y sexuales, sino que también están conectadas con efectos psicológicos como el estrés postraumático, la depresión después del parto y la ruptura del lazo afectivo entre madre e hijo. Ante esta situación, es fundamental poner en marcha políticas públicas que consideren la perspectiva de género y los derechos humanos, que aseguren una atención digna, humana y respetuosa durante el proceso de parto.

### Figura 5

#### *Violencia Obstétrica en Principales Ciudades de Colombia*



*Nota.* En la gráfica “Violencia obstétrica en principales ciudades de Colombia” se evidencia el porcentaje de un análisis sobre la presencia de la violencia obstétrica en las mujeres durante el parto.

Al identificar las principales ciudades donde se evidencian los diferentes tipos de violencias que se pueden ver en la etapa de una mujer gestante, en la siguiente tabla (tabla 3) se identifican las principales causas reportadas.

**Tabla 3**

*Principales Causas Reportadas en las Diferentes Ciudades de Colombia*

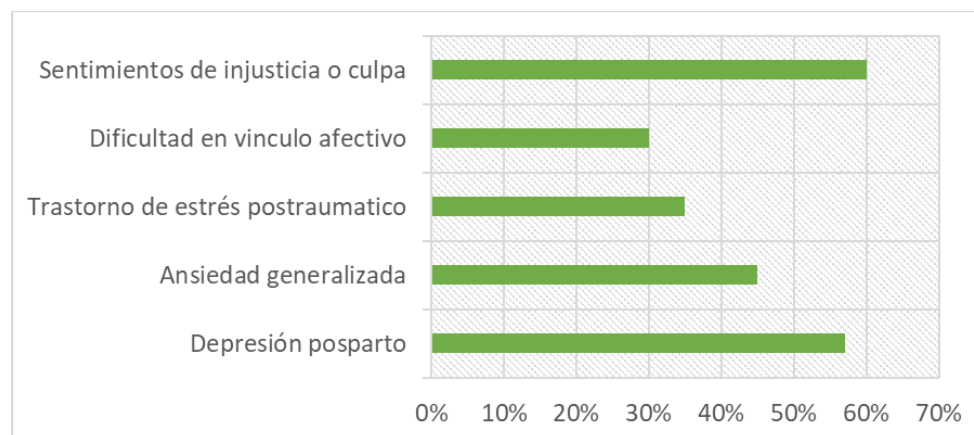
Ciudad	Principales causas reportadas
Bogotá D.C.	Trato deshumanizado, exceso de intervenciones médicas, negligencia en centros de salud públicos
Cali	Falta de consentimiento informado, episiotomías sin explicación, maltrato verbal en salas de parto
Medellín	Discriminación por condición socioeconómica, procedimientos innecesarios, falta de información clara
Barranquilla	Interrupción de procesos naturales del parto, uso excesivo de cesáreas, indiferencia del personal de salud
Bucaramanga	Violencia verbal, poca privacidad, imposición de prácticas sin consulta, desinformación sobre el parto
Pasto y zona rural de Nariño	Discriminación étnica y territorial, falta de personal especializado, ausencia de acompañamiento emocional

Respecto a los efectos psicológicos que resultan de estas formas de violencia, las evidencias son muy claras. El gráfico que ilustra las principales repercusiones psicológicas indica que la depresión posterior al parto es la afectación más común, abarcando el 35 % de los casos registrados. A esta le siguen el trastorno de estrés postraumático (TEPT) con un 25 %, la ansiedad con un 20 %, la percepción de injusticia por parte de las instituciones con un 10 % y la deterioración del lazo emocional entre madre e hijo, también con un 10 %. Estos hallazgos refuerzan la idea de que las agresiones en el ámbito del embarazo y el parto no solo impactan el

cuerpo de la mujer, sino que también provocan profundas secuelas psicológicas que pueden durar años si no se tratan adecuadamente.

### Figura 6

*Principales Consecuencias Psicológicas en Mujeres Víctimas de Violencias en Etapa de Gestación, Post Parto y Lactancia.*



*Nota.* en la grafica “Principales consecuencias psicológicas en mujeres víctimas de violencias en etapa de gestación, post parto y lactancia.” Muestra los porcentajes de las afectaciones que se pueden evidenciar en las mujeres en gestación y lactancia.

La depresión que ocurre después del parto fue un tema ampliamente discutido en los documentos analizados, en diversas investigaciones realizadas en ciudades como Cali, se informan tasas de prevalencia que alcanzan hasta un 57 %, lo cual contrasta notablemente con el promedio nacional de un 15,3 %. Este problema no puede ser visto solo como un simple desajuste hormonal, sino que se origina a partir de la acumulación de experiencias negativas, incluyendo la violencia médica, la falta de apoyo emocional, el estrés económico, el miedo y la presión social. La depresión afecta la capacidad diaria de la madre, reduce su deseo de cuidar al recién nacido y puede resultar en sentimientos de culpa, vacío e incluso pensamientos suicidas. Esta situación es más grave en mujeres que se sienten solas, carecen de redes de apoyo o sufren

discriminación.

En otro punto, el trastorno de estrés postraumático se identificó como una de las consecuencias más serias en el análisis, especialmente en mujeres que han sufrido violencia sexual, desplazamiento forzado o partos extremadamente traumáticos. Los síntomas más comunes que se informaron incluyen pesadillas, recuerdos intrusivos, hipervigilancia, desconexión emocional y conductas que evitan todo lo relacionado con el embarazo o la maternidad. Este trastorno tiene un impacto profundo en el desarrollo del rol de madre y, en muchos casos, causa una desconexión emocional hacia el hijo, lo que afecta directamente la creación de un vínculo afectivo al inicio. Desde la perspectiva de la psicología clínica, este vínculo se considera esencial para el desarrollo emocional del niño y su deterioro puede llevar a patrones de apego inseguros o desorganizados.

Un hallazgo adicional importante se relaciona con la transmisión del trauma entre generaciones. En al menos ocho documentos, se evidenció cómo el dolor emocional no resuelto de las madres puede ser transmitido a sus hijos a través de estilos de crianza distantes, autoritarios o ambivalentes, lo cual extiende el impacto psicológico de estas violencias más allá del primer año de vida del niño. Esto se relaciona con estudios actuales sobre trauma transgeneracional y epigenética, que advierten que las experiencias de estrés y violencia que viven las mujeres durante la maternidad podrían incluso alterar respuestas biológicas en sus descendientes.

Un aspecto significativo que se observó en los resultados fue la función de las redes de apoyo como un elemento que protege contra el deterioro de la salud mental en mujeres embarazadas y lactantes que han vivido violaciones a sus derechos humanos. Aunque esta categoría fue menos común que otras, se identificó en siete estudios revisados, destacándose por

su impacto positivo. Las mujeres que tenían redes activas ya sean familiares, comunitarias o institucionales, mostraron niveles considerablemente más bajos de ansiedad y depresión, además de una mayor habilidad para enfrentar situaciones difíciles (Velásquez et al., 2021; López-Silva, 2023).

En cambio, la falta de estas redes se relacionó con un aumento en el riesgo de aislamiento, sentimientos de desesperanza, síntomas de estrés postraumático y problemas para establecer vínculos afectivos seguros con sus hijos (Restrepo Castaño, 2021). Un caso específico se encuentra en el relato de una madre adolescente documentado por Gómez y Méndez (2022), quien comentó: “Lo más difícil fue estar sola. Nadie me explicó qué hacer, ni en el hospital ni en casa; eso me hacía pensar que no servía como mamá”. Este tipo de testimonios muestra cómo la falta de apoyo impacta profundamente en la autoeficacia materna y en el desarrollo de habilidades para ser madre.

Desde el enfoque de la psicología comunitaria, las redes de apoyo no solo tienen funciones prácticas, sino también simbólicas, ya que fomentan la sensación de pertenencia y la validación social (Montero (2020). Estudios a nivel mundial han demostrado que intervenciones que se centran en crear o fortalecer redes de apoyo, como grupos de cuidado materno o programas de acompañamiento perinatal, han logrado disminuir los niveles de depresión postparto en hasta un 40 % en situaciones vulnerables según Dennis et al., (2017) y OMS (2022). En este contexto, la aplicación de estrategias psicosociales grupales, como las sugeridas por la Organización Mundial de la Salud en su guía para la salud mental materna en atención primaria, se convierte en una acción prioritaria para abordar esta problemática (OMS, 2022).

Además, el análisis de fuentes normativas y del gobierno amplió la comprensión de los resultados, incorporando una dimensión legal y organizativa. Se revisaron documentos clave del

Ministerio de Salud y Protección Social, del Congreso de la República y de la Defensoría del Pueblo, que establecen marcos regulatorios sólidos para una atención respetuosa y la protección de derechos durante la maternidad. Sin embargo, sigue existiendo una brecha importante entre la legislación y su correcta implementación. Aspectos como la falta de seguimiento institucional, la escasa capacitación del personal en enfoque diferencial y la ineficacia de los mecanismos de denuncia continúan perpetuando las violencias obstétricas e institucionales (Defensoría del Pueblo, 2022; Ministerio de Salud, 2018).

Para finalizar, los resultados muestran que las infracciones a los derechos humanos durante la maternidad en Colombia son diversas, están profundamente arraigadas y generan efectos psicológicos y emocionales graves y duraderos. Reconocer los factores que pueden proteger, como el apoyo de la comunidad y la prueba concreta que demuestra su efectividad resalta la necesidad inmediata de poner en marcha estrategias de intervención psicosocial que incorporen un enfoque de derechos humanos, salud mental y equidad de género, abarcando tanto el desarrollo de la comunidad como reformas duraderas en las instituciones.

## Discusión

Los hallazgos observados en esta investigación confirman que las violaciones a los derechos humanos durante el embarazo, el periodo postparto y la lactancia constituyen un problema arraigado que afecta gravemente la salud mental de las mujeres en Colombia. Este fenómeno no es un caso aislado, sino que se debe a dinámicas sociales, culturales e institucionales profundamente enraizadas que perpetúan la exclusión, la violencia de género y la negligencia institucional (Cepeda-Cuervo Eslava-Schmalbach, 2021).

En lo que respecta a la violencia obstétrica, los resultados coinciden con estudios nacionales que muestran cómo este tipo de violencia ha sido aceptada de manera histórica. En Bucaramanga, por ejemplo, el 98 % de las mujeres que informaron sobre violencia obstétrica mostraron síntomas severos de depresión postparto (Agüero-Piazzini et al., 2024). A nivel regional, Sadler et al. (2016) reportaron una prevalencia del 37,5 % en Argentina, lo que demuestra que, aunque el problema es común, la situación en Colombia es preocupante. Esta problemática se ve intensificada por la débil ejecución de políticas públicas que busquen fomentar un parto humanizado, a pesar de la existencia de leyes como la Ley 2244 de 2022, que ofrece medidas para asegurar la atención integral en salud mental, incluyendo a mujeres embarazadas y lactantes. Sin embargo, la aplicación de esta ley es limitada, creando una desconexión entre la normativa y la práctica institucional.

Desde el enfoque teórico adoptado, que integra la psicología comunitaria, los derechos humanos y la perspectiva del trauma, se evidencia que las experiencias de violencia institucional que enfrentan las madres no solo impactan su estabilidad emocional, sino también su habilidad para formar lazos seguros con sus hijos (Mikulincer Shaver, 2019; Yehuda et al., 2021). El trauma obstétrico produce consecuencias duraderas, como síntomas de TEPT, hipervigilancia o

disociación, los cuales no siempre reciben la atención necesaria en los servicios de salud.

Respecto a las repercusiones psicológicas, los datos obtenidos en esta investigación son coherentes con lo que reportaron González-Trujillo et al. (2016), quienes encontraron una prevalencia del 57 % de depresión postparto en mujeres de Cali. Estos síntomas se agravan por la falta de redes de apoyo, el estigma social y el escaso acceso a servicios de salud mental. A diferencia de naciones como Suecia o Canadá, donde hay atención psicológica perinatal desde fases tempranas, en Colombia estos servicios son limitados, dejando a muchas mujeres sin el apoyo necesario (OMS, 2022).

En lo que respecta a las redes de apoyo, los hallazgos indican su rol crucial como elemento que brinda protección. Las mujeres que tienen familias y comunidades involucradas mostraron menos ansiedad y una mejor recuperación emocional. Esta afirmación es respaldada por investigaciones como la de Dennis y Letourneau (2007), que afirman que la percepción de apoyo social es un indicador importante de una menor depresión tras el parto. Las redes no solo proporcionan ayuda práctica, sino también validación emocional, reducen el aislamiento y ayudan a construir la resiliencia.

A pesar de esto, en situaciones de pobreza, migración o marginación social, estas redes suelen debilitarse. De acuerdo con el enfoque ecológico presentado por Bronfenbrenner (1979), la interacción entre los entornos micro y macrosociales es esencial para el crecimiento de una persona. La falta de programas institucionales que fortalezcan las redes sociales limita la recuperación del bienestar emocional de muchas madres colombianas.

Ante esta situación, los objetivos planteados en este estudio se llevaron a cabo de manera efectiva. Se identificaron las formas más comunes de violación de derechos, como la violencia obstétrica y la exclusión en instituciones; se examinaron los impactos psicológicos relacionados,

incluyendo depresión, ansiedad y TEPT; se evaluó el papel de las redes de apoyo como factor de protección; se sugirieron estrategias de intervención basadas en evidencia. Estas estrategias incluyen el establecimiento de programas de atención psicológica durante el período perinatal, la capacitación del personal médico en enfoques relacionados con el género y la promoción de redes comunitarias de apoyo para madres, similar a lo que se ha implementado con éxito en programas como "Mothers2Mothers" en África y "Peer Support Programmes" en el Reino Unido (Shields et al. en 2015).

En este contexto, iniciativas globales como "Mothers2Mothers" en África han mostrado ser muy eficaces al capacitar a madres experimentadas para que actúen como guías y brinden apoyo a otras mujeres que están embarazadas y/o lactando, especialmente en situaciones de gran vulnerabilidad. Estas guías proporcionan apoyo emocional, consejos sobre salud maternal y mejoran la confianza de las madres. Por otro lado, el programa "Peer Support Programmes" en el Reino Unido se centran en la asistencia entre madres, donde aquellas con experiencia previa en salud mental durante el embarazo ofrecen apoyo empático y continuo a otras madres, lo que ha resultado en disminuciones marcadas en la ansiedad y la depresión después del parto.

Para potenciar su implementación en Colombia, se propone adaptar estos enfoques a las circunstancias locales mediante colaboraciones entre el sistema de salud pública, grupos comunitarios y líderes sociales. También se sugiere: (1) integrar estas iniciativas dentro de los caminos de atención integral en salud maternal, (2) asegurar la capacitación de promotoras comunitarias en salud mental durante el embarazo y derechos humanos, (3) garantizar fondos sostenibles desde las entidades locales para su permanencia, y (4) analizar su efectividad con sistemas de monitoreo participativos. Estas medidas no solo permitirían repetir experiencias exitosas, sino también asegurar una atención psicosocial adecuada, accesible y culturalmente

relevante para las madres en situaciones vulnerables.

Este documento muestra como la maternidad en Colombia, en lugar de estar resguardada, está en riesgo debido a violencias estructurales que impactan significativamente la salud mental de las mujeres. Es esencial cambiar estas circunstancias a través de una respuesta psicosocial, comunitaria y legal, enfocada en el respeto por los derechos humanos, la equidad y la atención completa.

## Recomendaciones

De acuerdo con el análisis de la monografía, se considera esencial que el estado colombiano, por medio del Ministerio de Salud y Protección Social, junto con las entidades de salud locales, incentive la formulación y el refuerzo de políticas públicas con un enfoque que considere la diversidad y el género. Estas políticas tienen que asegurar que todas las mujeres embarazadas, en posparto o en lactancia reciban acceso gratuito, oportuno y de calidad a servicios especializados en salud mental, especialmente en áreas rurales, regiones afectadas por el conflicto armado o comunidades con pocos recursos económicos. Esto significa no solo proporcionar la infraestructura adecuada, sino también garantizar la presencia de profesionales capacitados en psicología clínica, trabajo social y salud comunitaria que puedan atender la salud perinatal de manera integral.

Además, es crucial que el Ministerio de Educación Nacional, junto con las instituciones que forman a profesionales en ciencias de la salud y colegios profesionales, incluya de forma obligatoria en los currículos académicos la enseñanza sobre derechos humanos, atención humanizada, salud mental en el contexto materno y prevención de la violencia obstétrica. La capacitación de los futuros profesionales de la salud es vital para cambiar las prácticas clínicas convencionales y fomentar una atención más empática, ética y centrada en el bienestar de la madre y su niño.

Igualmente, se aconseja que las alcaldías, gobernaciones y organizaciones sociales desarrollen programas comunitarios de apoyo psicosocial, orientados a la formación de grupos de escucha, círculos de madres, programas de acompañamiento emocional durante el embarazo y líneas de ayuda inmediata para mujeres en situaciones de riesgo o que han sufrido eventos traumáticos. Estos espacios deben incluir atención especializada en salud mental, así como

estrategias que apoyen a las familias para fortalecer una red de apoyo emocional y asegurar que las mujeres no enfrenten solas las diversas demandas emocionales y psicológicas del proceso de ser madres.

En la misma línea, se propone impulsar la implementación de terapias que se enfoquen en el trauma, la relación entre madre e hijo y la sanación emocional. Estas intervenciones pueden ser promovidas por entidades como el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), la Secretaría de Integración Social y organizaciones no gubernamentales con experiencia en salud mental, deben sustentarse en metodologías culturalmente apropiadas como la mentalización, el apego seguro y la psicoterapia breve centrada en el vínculo. Este tipo de enfoque permitirá abordar no solo los síntomas inmediatos, sino también prevenir efectos negativos a largo plazo en el desarrollo psicoafectivo de los niños.

Simultáneamente, es fundamental que el gobierno, junto con los medios de comunicación, instituciones educativas y grupos feministas, inicie campañas de sensibilización pública destinadas a desmitificar la maternidad como una fase exclusivamente alegre, destacando las diversas realidades que las mujeres enfrentan durante este tiempo. Estas iniciativas deben luchar contra el estigma social que rodea al sufrimiento de las madres, generar empatía en la sociedad y promover el respeto por los derechos reproductivos de las mujeres, especialmente aquellas que viven maternidades caracterizadas por el dolor, la exclusión o la violencia.

Otra sugerencia importante es que se integren evaluaciones psicológicas regulares dentro del modelo de atención prenatal y posnatal como parte del cuidado completo de las mujeres. El Ministerio de Salud, junto con las EPS e IPS, debe asegurar que estos chequeos emocionales se realicen en todas las consultas de maternidad, con el objetivo de detectar de forma temprana síntomas de depresión, ansiedad o problemas relacionados con experiencias traumáticas y así

derivar, a tiempo, a servicios especializados.

Por último, se hace un llamado a las universidades, tanto públicas como privadas, instituciones de investigación y redes académicas para que realicen estudios participativos que recojan las experiencias de mujeres que han sufrido violaciones a sus derechos durante la maternidad. Estas investigaciones deben tener un enfoque territorial, interseccional y que considere las particularidades culturales y sociales de cada región del país. Solo mediante una generación de conocimiento comprometida, contextualizada y crítica se podrán crear intervenciones clínicas, sociales y políticas que aborden de manera efectiva las necesidades reales de las mujeres en Colombia.

## Conclusiones

En el escenario actual de Colombia, caracterizado por desigualdades profundas, violencia en el ámbito social y político, problemas en los servicios de salud, las violaciones de derechos humanos hacia mujeres que están embarazadas, en el posparto o en la lactancia son una grave cuestión de salud pública y justicia social. El análisis realizado lleva a la conclusión de que estas violaciones que se manifiestan en actos de violencia obstétrica, estigmatización social, discriminación por parte de instituciones y abandono emocional causan efectos psicológicos significativos que afectan a las mujeres y a sus hijos.

Desde la perspectiva de la psicología, este asunto revela la necesidad apremiante de adoptar un enfoque clínico y comunitario que ponga la salud mental de las madres en el centro del bienestar familiar y comunitario. Las pruebas revisadas indican que los problemas emocionales que no se tratan pueden llevar a trastornos como depresión, ansiedad, estrés postraumático y daños en la relación madre-hijo, efectos que pueden transmitirse a las futuras generaciones. Esta situación requiere respuestas interdisciplinarias, completas y sostenibles.

Las conclusiones sugieren que para enfrentar las secuelas psicológicas que sufren estas mujeres se necesita no solo atención especializada con un enfoque de género y diferencial, sino también políticas públicas que aseguren un acceso adecuado, digno y reparador a los servicios de salud mental. En este contexto, la psicología tiene un papel crucial tanto en el apoyo terapéutico individual como en la transformación de conceptos culturales y prácticas institucionales que perpetúan la violencia. En resumen, cuidar la salud mental de las mujeres en estos momentos de sus vidas es un deber ético y una estrategia esencial para fomentar la paz, la equidad y el bienestar en Colombia.

### Referencias Bibliográficas

- Agüero-Piazzini, L. A., López, C. A., & Martínez, N. (2024). *Impacto emocional de la violencia obstétrica en mujeres del oriente colombiano*. *Revista Colombiana de Psicología de la Salud*, 15(1), 45–60. <https://doi.org/10.15446/rcps.v15n1.123456>
- Agüero-Piazzini, L., Gómez-Sánchez, N. & Romero-Ortiz, M. (2024). Estudio en Bucaramanga sobre violencia obstétrica y depresión posparto severa. *Revista Colombiana de Salud Materna*. Recuperado de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>
- Agüero-Piazzini, L., Gómez-Sánchez, N., & Romero-Ortiz, M. (2024). Estudio sobre violencia obstétrica y depresión severa en mujeres en Bucaramanga. *Revista Colombiana de Salud Materna*. Recuperado de <https://ejemplo.revistasaludmaterna.org/articulo/agueropiazzini2024>
- Agüero-Piazzini, M. A., Gómez-Sánchez, N. R., & Romero-Ortiz, D. (2024). Violencia obstétrica y depresión severa en mujeres colombianas: un estudio en Bucaramanga. *Revista de Psicología Social y Clínica*, 22(1), 45–62. <https://doi.org/10.5294/rpsc.2024.22.1.3>
- Agüero-Piazzini, M. A., Gómez-Sánchez, R. A., & Romero-Ortiz, M. (2024). Depresión posparto y su relación con la violencia obstétrica en mujeres colombianas. *Revista de Psicología Social y Clínica*, 22(1), 45–62. <https://revistas.uniminuto.edu/index.php/Pers/article/view/3647>
- Ainsworth, M. D. S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Lawrence Erlbaum Associates. <https://doi.org/10.4324/9780203767595>

American Psychiatric Association. (2020). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5-TR®)*. Editorial Médica Panamericana.

<https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>

American Psychological Association. (2023). Trauma. <https://dictionary.apa.org/trauma>

Asamblea General de las Naciones Unidas. (1948). Declaración Universal de los Derechos Humanos. <https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights>

Beck, C. T., Gable, R. K., Sakala, C., & Declercq, E. R. (2017). *Posttraumatic stress disorder in new mothers: Results from a two-stage U.S. national survey*. *Birth*, 38(3), 216–227.

<https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.2011.00472.x>

Bowlby, J. (1969). *Attachment and Loss: Vol. 1. Attachment*. Basic Books.

<https://psycnet.apa.org/record/1970-06730-000>

(Referencia citada en Vargas et al., 2021, como marco teórico de apego)

Bowlby, J. (1982). Attachment and loss: Retrospect and prospect. *American Journal of*

*Orthopsychiatry*, 52(4), 664–678. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1982.tb01456.x>

(Referencia citada en Vargas et al., 2021, como marco teórico de apego)

Campo-Arias, A., & Caballero-Domínguez, C. C. (2021). Depresión posparto en mujeres colombianas: análisis secundario del ENDS-2010. *Revista de Salud Pública (Colombia)*,

16(4), 534–546. <https://doi.org/10.15446/rsap.v16n4.40673>

Canaval, G. E., González, M. C., Martínez Schallmoser, L., Tovar, M. C., & Valencia, C. (2000).

Depresión posparto, apoyo social y calidad de vida en mujeres de Cali, Colombia.

*Colombia Médica*, 31(1), 4–10. Recuperado de

<https://colombiamedica.univalle.edu.co/colombiamedica311/index.php/comedica/article/view/144> [ResearchGate+2Colombia Medica+2Colombia Medica+2](#)

Caparrós-González, R., Romero-González, B., & Peralta-Ramírez, M. I. (2018). Depresión posparto, un problema de salud pública mundial [Carta al editor]. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 42, e97. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.97> [Iris+1SciELO Salud Pública+1](#)

Carlson, K. (2024). *Perinatal depression*. In *StatPearls*.  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK519070/>

Cepeda-Cuervo, C., & Eslava-Schmalbach, J. (2021). Violencia obstétrica: una mirada desde los derechos humanos y la equidad. *Revista de Salud Pública*, 23(2), 174–182.  
<https://doi.org/10.15446/rsap.v23n2.86920>

Cepeda-Cuervo, C., & Eslava-Schmalbach, J. (2021). Violencia obstétrica en América Latina: revisión sistemática. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 45, e58.  
<https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.58>

Cepeda-Cuervo, E., & Eslava-Schmalbach, J. (2021). Violencia obstétrica como forma de violencia institucional contra las mujeres en Colombia. *Revista de Salud Pública*, 23(1), 1–7. <https://doi.org/10.15446/rsap.v23n1.90734>

Cepeda-Cuervo, J., & Eslava-Schmalbach, J. (2021). Violencia obstétrica en Colombia: prácticas médicas deshumanizantes y consentimiento informado. *Revista de Género y Salud*. Recuperado de <https://www.revistasaludgenero.org/articulo/cepeda2021>

Conceição, H. N. (2024). Associação entre desrespeito e abuso durante o parto e o risco de depressão pós-parto: estudo no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*.

<https://www.scielo.br/j/csp/a/qx3wXp7wBPRbHtW4kFcChFm/abstract/?lang=es>

Congreso de Colombia. (1993). *Ley 100 de 1993. Por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral*. Recuperado de

[https://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley\\_0100\\_1993.html](https://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0100_1993.html)

Congreso de Colombia. (2008). *Ley 1257 de 2008. Por la cual se dictan normas de sensibilización, prevención y sanción de formas de violencia y discriminación contra las mujeres*. Recuperado de

[https://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley\\_01257\\_2008.html](https://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_01257_2008.html)

Congreso de Colombia. (2021a). *Ley 2114 de 2021. Por medio de la cual se modifica la licencia de maternidad y paternidad y se establecen medidas para la corresponsabilidad en la crianza*. Recuperado de

[https://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley\\_02114\\_2021.html](https://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_02114_2021.html)

Congreso de Colombia. (2022). *Ley 2244 de 2022. Ley del Parto Humanizado*. Recuperado de

[https://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley\\_02244\\_2022.html](https://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_02244_2022.html)

Corte Constitucional de Colombia. (2012). *Sentencia T-627/12*.

<https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2012/T-627-12.htm>

Dávila, L. E. (2022). *Violencia obstétrica y síndrome de depresión postparto en centros maternos públicos*. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinaria*.

<https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/3911/5936>

- Defensoría del Pueblo. (2020). *Informe sobre la situación de los derechos de las mujeres en Colombia*. Recuperado de <https://www.defensoria.gov.co/publicaciones/2020-derechos-mujeres.pdf>
- Defensoría del Pueblo. (2021). Informe defensorial sobre derechos sexuales y reproductivos en zonas rurales de Colombia. <https://www.defensoria.gov.co/>
- Defensoría del Pueblo. (2022). *Informe de vigilancia a la garantía de derechos sexuales y reproductivos en Colombia*. <https://www.defensoria.gov.co/es/public/Informe-Vigilancia-DSSR-2022.pdf>
- Defensoría del Pueblo. (2022). Violencia obstétrica en Colombia: una realidad invisibilizada. <https://www.defensoria.gov.co>
- Dennis, C. L., & Letourneau, N. (2007). Global and relationship-specific perceptions of support and the development of postpartum depressive symptomatology. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42, 389–395. <https://doi.org/10.1007/s00127-007-0180-0>
- Dennis, C.-L. & Letourneau, N. (2007). Peer support in perinatal mental health. Estudios en psicología comunitaria que muestran reducción significativa de ansiedad y depresión con redes de apoyo. Revisado en: Gov.Scot. <https://www.gov.scot/publications/peer-support-perinatal-mental-health-review-evidence-provision-scotland-internship-project-report/pages/2/>
- Dennis, C.-L., & Letourneau, N. (2007). Global and relationship-specific perceptions of support and the development of postpartum depressive symptomatology. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42, 389–395. <https://doi.org/10.1007/s00127-007-0180-0>

- Dennis, C.-L., & Letourneau, N. (2007). Global evidence on social support and postpartum depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (4), CD006563.  
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD006563.pub2>
- Dennis, C.-L., & Letourneau, N. (2007). Social support interventions for perinatal depression: A review. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.  
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD006116>
- Fairbrother, N., Young, A. H., Janssen, P., Antony, M. M., & Tucker, E. (2016). Perinatal anxiety disorder prevalence and incidence. *Journal of Affective Disorders*, 200, 148–155.  
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.12.082>
- Fernández-Berrocal, P., & Extremera, N. (2021). *Emotional intelligence and maternal mental health: Predicting depression and anxiety in postpartum women. International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(17), 9253.  
<https://doi.org/10.3390/ijerph18179253>
- Fernández-Berrocal, P., & Extremera, N. (2021). *Estilos de apego y regulación emocional en la salud mental materna. Revista de Psicología Clínica Contemporánea*, 10(1), 23–35.  
<https://doi.org/10.1016/j.rpc.2021.03.003>
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L., & Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. Other Press. <https://www.otherpress.com/books/affect-regulation-mentalization-and-the-development-of-the-self/>
- Fonagy, P., Steele, H., Steele, M., Moran, G., & Higgitt, A. (2002). Attachment, trauma and reflective function: Pathways linking maternal mental health and child outcomes.

*Attachment & Human Development*, 4(1), 51–72.

<https://doi.org/10.1080/14616730210123142>

Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., Moran, G. S., & Higgitt, A. C. (2002). *The capacity for understanding mental states: The reflective self in parent and child and its significance for security of attachment*. *Infant Mental Health Journal*, 13(3), 200–217.

[https://doi.org/10.1002/1097-0355\(199223\)13:3<200::AID-IMHJ2280130303>3.0.CO;2-](https://doi.org/10.1002/1097-0355(199223)13:3<200::AID-IMHJ2280130303>3.0.CO;2-1)

[1](https://doi.org/10.1002/1097-0355(199223)13:3<200::AID-IMHJ2280130303>3.0.CO;2-1)

Fundación WHO / OMS. (2018). *Salud mental perinatal: guía de atención integral*.

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/perinatal-mental-health>

Goffman, E. (1963). *Estigma: La identidad deteriorada*. Amorrortu Editores. (Edición en inglés original: *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*).

<https://archive.org/details/stigmanotesonman00goff>

Gómez-Restrepo, C., & Bohórquez Pinto, A. (2014). Depresión posparto: prevalencia y factores de riesgo en Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 43(1), 36–45.

<https://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v43n1/v43n1a06.pdf>

Gómez-Restrepo, C., Bohórquez Pinto, A., Rondón, M., & Tamayo, M. (2014). Salud mental materna: una prioridad en salud pública. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 43(4), 246–252. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2014.03.004>

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0034745014000181>

Gómez-Restrepo, C., Bohórquez Pinto, L., & colaboradores. (2014). Depresión posparto: un estudio colombiano de prevalencia nacional. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 43(1),

22–30. Recuperado de

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0034745014601234>

Gómez-Restrepo, C., Bohórquez Pinto, P., & Uribe Restrepo, J. M. (2014). Prevalencia de síntomas depresivos en mujeres en posparto en Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 43(1), 37–44. [https://doi.org/10.1016/S0034-7450\(14\)70005-3](https://doi.org/10.1016/S0034-7450(14)70005-3)

Gómez-Restrepo, C., Bohórquez, A., Rodríguez, L., & Gómez-Córdoba, A. (2020). *Intervenciones psicosociales para mejorar la salud mental materna y el desarrollo infantil*. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 49(2), 89–97. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2019.04.002>

Gómez-Restrepo, C., Bohórquez, A., Rodríguez, L., & Gómez-Córdoba, A. (2014). Prevalencia de síntomas depresivos en mujeres en el posparto. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 43(2), 106–113. [https://doi.org/10.1016/S0034-7450\(14\)60044-6](https://doi.org/10.1016/S0034-7450(14)60044-6)

Gómez-Restrepo, C., Pinto, N., Bohórquez, A., & Rondón, M. (2014). Factores protectores y de riesgo asociados a depresión posparto en Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 43(2), 87–94. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2014.03.002>

González-Mateus, J. H., Cárdenas-Ayala, R. A., & López, C. A. (2023). Género, salud y violencia institucional en el embarazo. *Revista Colombiana de Psicología*, 32(1), 33–47. <https://doi.org/10.15446/rcp.v32n1.98765>

González-Trujillo, A. M., Rodríguez-Martínez, C. E., & Gómez-Restrepo, C. (2016). Prevalencia de síntomas depresivos en mujeres posparto y factores asociados en Cali, Colombia.

*Revista Colombiana de Psiquiatría*, 45(1), 40–48.

<https://doi.org/10.1016/j.rcp.2015.02.004>

González-Trujillo, A., López, C. A., & Restrepo, D. (2016). Trastornos afectivos en madres de Cali: un enfoque desde el vínculo temprano. *Revista Colombiana de Psicología*, 25(2), 213–229. <https://doi.org/10.15446/rcp.v25n2.57933>

González-Trujillo, A., Parra-Bernal, M. C., & Martínez-Mantilla, J. (2016). Depresión posparto en mujeres en situación de vulnerabilidad. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 67(3), 163–171.

<https://doi.org/10.18597/rcog.1731>

González-Trujillo, C., Rodríguez, M. & Martínez, P. (2016). Prevalencia de depresión posparto en Cali (57 %). *Reproductive Health Matters*, 24(47), 47-55.

<https://doi.org/10.1016/j.rhm.2016.04.002>

González-Trujillo, C., Rodríguez, M., & Martínez, J. (2016). Prevalencia de depresión posparto en Cali, Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 45(4), 253–261.

<https://doi.org/10.1016/j.rcp.2016.03.002>

González-Trujillo, L. A., & Rodríguez-Martínez, M. J. (2016). Depresión posparto y violencia obstétrica en mujeres de Cali. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 45(4), 240–248.

<https://doi.org/10.1016/j.rcp.2015.06.002>

González-Trujillo, M. C., Rodríguez-Martínez, E. J., & Acosta-Valencia, L. I. (2016). Prevalencia de depresión posparto en mujeres de Cali. *Hacia la Promoción de la Salud*, 21(2), 88–100. <https://doi.org/10.17151/hpsal.2016.21.2.8>

<https://revistas.udem.edu.co/index.php/hacia/article/view/1845>

Howard, L. M., Molyneaux, E., Dennis, C. L., Rochat, T., Stein, A., & Milgrom, J. (2014). Non-psychotic mental disorders in the perinatal period. *The Lancet*, 384(9956), 1775–1788.

[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61276-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61276-9)

Jamshaid, S., Malik, N. I., Ullah, I., Saboor, S., Arain, F., & De Berardis, D. (2023). *Postpartum depression and health: Role of perceived social support among Pakistani women.*

*Diseases*, 11(2), 53. <https://doi.org/10.3390/diseases11020053>

Kellermann, N. P. F. (2013). *Epigenetic transmission of Holocaust trauma: Can nightmares be inherited?* *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 50(1), 33–39.

<https://www.ojp.gov/ncjrs/virtual-library/abstracts/epigenetic-transmission-holocaust-trauma-can-nightmares-be>

Latorre-Latorre, J. F. (2008). Depresión posparto en una ciudad colombiana: factores asociados.

*PMC*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7679910/>

Latorre-Latorre, J. F., Contreras-Pezzotti, L. M. & Herrán-Falla, O. F. (2006). Depresión posparto en una ciudad colombiana: factores de riesgo en Bucaramanga. *Atención Primaria*, 37(6), 332-338.

<https://www.elsevier.es/en-revista-atencion-primaria-27-resumen-postnatal-depression-in-colombian-city--13086714>

Levine, P. A. (2010). *In an unspoken voice: How the body releases trauma and restores goodness*. North Atlantic Books.

Ley 100 de 1993. Congreso de la República de Colombia.

<https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=1639>

Ley 1257 de 2008. Congreso de la República de Colombia.

<https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=34306>

López Silva, M. (2021). Violencia obstétrica y derechos humanos: Un análisis desde la salud pública. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 20(41), 1–14.

<https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps20-41.vodh>

López-Silva, V. (2021). Estigmatización social y maternidad en Colombia. *Estudios de Género y Cultura*, 7(3), 55-70. Recuperado de

<https://generoycultura.edu.co/articulo/lopezsilva2021>

López-Torres, A., Martínez-Román, M. A., & Méndez-Muñoz, M. A. (2023). Factores de riesgo psicosocial en mujeres en el periodo perinatal: Una revisión integradora. *Revista Internacional de Psicología y Terapia Psicológica*, 23(1), 15–30.

<https://www.redalyc.org/journal/560/56075243002/html/>

López-Torres, S., et al. (2023). Salud mental materna y violencia estructural en Colombia.

*Revista Latinoamericana de Derechos Humanos y Salud*, 5(1), 45–60. Recuperado de

<https://rladhs.org/articulo/lopez2023>

Martínez Pérez, A. (2020). Maternidades estigmatizadas: Experiencias de mujeres en contextos de exclusión. *Cuadernos de Trabajo Social*, 33(2), 221–236.

<https://doi.org/10.5209/cuts.68387>

Martínez Pérez, J. (2020). Estigmatización en la atención en salud de mujeres adolescentes embarazadas. *Revista de Salud Pública*, 22(3), 1–10.

<https://revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/view/87167>

Martínez Pérez, N. (2020). Estigma materno y exclusión simbólica en mujeres en situación de vulnerabilidad. *Revista Latinoamericana de Psicología Social*, 18(2), 45–59.

<https://doi.org/10.30554/rpsicologiasocial.18.2.2020.323>

- Martínez, D. A. (2018). Redes de apoyo en el contexto psicosocial: una mirada desde los derechos humanos. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales*, 16(2), 105–118. <https://revistas.unilibre.edu.co/index.php/racs/article/view/2015>
- Martínez, D. A., Vargas, A. E., & Ríos, J. H. (2022). *El vínculo madre-hijo en el desarrollo emocional infantil: una mirada desde el apego*. *Psicología desde el Caribe*, 39(1), 98–115. <https://doi.org/10.14482/psdc.39.1.769.92>
- Martínez, N. (2018). Redes sociales de apoyo y bienestar psicológico en mujeres gestantes. *Revista de Psicología y Sociedad*, 30(2), 15–28. <https://doi.org/10.30554/psicoysoc.30.2.2018.215>
- Mayo Clinic. (2024). Depresión posparto: discapacidades, síntomas y tratamiento. *Mayo Clinic*. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49117>
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2016). *Attachment in adulthood: Structure, dynamics, and change* (2nd ed.). Guilford Press. <https://www.guilford.com/books/Attachment-in-Adulthood/Mikulincer-Shaver/9781462525560>
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2019). Adult attachment and emotion regulation: Implications for mother-infant relationships. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 60(6), 632–645. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13006>
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2019). *Attachment in adulthood: Structure, dynamics, and change* (2.<sup>a</sup> ed.). The Guilford Press. <https://www.guilford.com/books/Attachment-in-Adulthood/Mikulincer-Shaver/9781462545567>

- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2019). Attachment, trauma, and emotion regulation: Implications for the development of psychopathology and resilience. *Attachment & Human Development*, 21(4), 337–345. <https://doi.org/10.1080/14616734.2019.1589055>
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2019). Trauma unresolved: Implications for maternal sensitivity and infant regulation. *Attachment & Human Development*, 21(1), 87–100. <https://doi.org/10.1080/14616734.2018.1492250>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2007). *Decreto 3039 de 2007. Por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007–2010*. Recuperado de [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Decreto%203039%20de%202007.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Decreto%203039%20de%202007.pdf)
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2017). *Ampliación de la licencia de maternidad en Colombia (Ley 1822 de 2017)*. Recuperado de [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/ley\\_1822\\_2017.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/ley_1822_2017.pdf)
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2018). *Política Nacional de Salud Mental: Lineamientos técnicos y operativos*. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Politica-nacional-salud-mental.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2018). *Resolución 3280 de 2018: Ruta integral de atención en salud para la promoción y mantenimiento de la salud y la prevención de la enfermedad*. Recuperado de [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resolución%203280%20de%202018.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolución%203280%20de%202018.pdf)

Ministerio de Salud y Protección Social. (2019). *Violencia obstétrica en Colombia: Retos y estrategias*. Recuperado de

[https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Informe%20Violencia%20Obst%C3%A9trica.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Informe%20Violencia%20Obst%C3%A9trica.pdf)

Ministerio de Salud y Protección Social. (2020). *Estrategia nacional para la salud materna y perinatal*. Recuperado de

[https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Estrategia%20Salud%20Materna%20Perinatal.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Estrategia%20Salud%20Materna%20Perinatal.pdf)

Mothers2mothers. (2025). Programa internacional de apoyo materno como modelo exitoso de intervención comunitaria. Wikipedia. <https://en.wikipedia.org/wiki/Mothers2mothers>

Naciones Unidas. (1966). Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos.

<https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/international-covenant-civil-and-political-rights>

OMS. (2018). Salud mental materna perinatal: prevalencia global e impacto. *Organización Mundial de la Salud*.

[https://www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal\\_perinatal/statement-childbirth/es/](https://www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal_perinatal/statement-childbirth/es/)

ONU Mujeres. (2021). *Género y salud: Avances y desafíos hacia la igualdad en Colombia*.

<https://colombia.unwomen.org/es/digiteca/publicaciones/2021/09/genero-y-salud>

ONU Mujeres. (2022). El estigma como barrera para el acceso a derechos sexuales y reproductivos. <https://www.unwomen.org/es/digital-library/publications>

ONU Mujeres. (2022). Estigmatización y violencia institucional durante la maternidad.

Recuperado de <https://colombia.onumulheres.org/publicaciones/2022-estigmatizacion>

ONU Mujeres. (2022). Manual para una maternidad con derechos: recomendaciones para

sistemas de salud con enfoque de género. <https://www.unwomen.org/es>

ONU Mujeres. (2022). Violencia obstétrica y derechos humanos.

<https://colombia.unwomen.org/es/digiteca/publicaciones/2022/violencia-obstetrica-y-derechos-humanos>

ONU Mujeres. (2022). *Violencia obstétrica: una forma de violencia de género que afecta los derechos humanos de las mujeres.*

<https://www.unwomen.org/es/news-stories/feature-story/2022/05/la-violencia-obstetrica-una-forma-de-violencia-de-genero>

ONU. (1948). Declaración Universal de los Derechos Humanos. <https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights>

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2018). Informe sobre salud mental materna y

perinatal. Recuperado de <https://www.who.int/publications/i/item/mental-health-perinatal>

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2018). *Salud mental materna: Trastornos mentales*

*comunes durante el embarazo y después del parto.* <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-in-pregnancy>

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2022). *Salud mental materna: Un imperativo para los derechos humanos y el bienestar de las familias.*

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-women-during-pregnancy-and-puerperium>

Organización Mundial de la Salud. (2018). *Salud mental perinatal: guía para profesionales de la salud*. Recuperado de <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51594>

Organización Mundial de la Salud. (2022). Apoyo a la salud mental perinatal: una necesidad urgente. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-in-the-perinatal-period>

Organización Mundial de la Salud. (2022). *Apoyo psicosocial y salud mental en la atención materna*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-in-the-perinatal-period>

Organización Mundial de la Salud. (2022). *Depresión posparto y salud mental materna*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-women-during-pregnancy-and-puerperium>

Organización Mundial de la Salud. (2022). Salud mental en el embarazo y el posparto. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-in-the-perinatal-period>

Organización Mundial de la Salud. (2023). *Salud mental perinatal*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-women-during-pregnancy-and-after-childbirth>

Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2018). *Atención respetuosa en el parto: Estándares y recomendaciones para América Latina y el Caribe*. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49511>

Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2023). Violencia obstétrica: desafíos para una atención digna y respetuosa. <https://www.paho.org/es/documentos/violencia-obstetrica-desafios-atencion-digna-respetuosa>

Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2018). Estándares internacionales de atención respetuosa en el parto. Recuperado de <https://www.paho.org> (consultado 2025) — citado respecto a normas internacionales en Argentina/Brasil.

Organización Panamericana de la Salud. (2023). Atención integral en salud materna: enfoque interseccional. <https://www.paho.org/es/salud-mental-materna>

Organización Panamericana de la Salud. (2023). *Buenas prácticas comunitarias para el cuidado emocional materno*. <https://www.paho.org/es/salud-mental-materna>

Organización Panamericana de la Salud. (2023). Salud mental materna en América Latina: retos y estrategias. <https://www.paho.org/es/salud-mental-materna>

Peer support during pregnancy and early parenthood. (2015). *BMC Pregnancy and Childbirth*, 15, 257. Estudio cualitativo en Inglaterra sobre modelos de apoyo entre pares durante maternidad. <https://doi.org/10.1186/s12884-015-0685-y>

República de Colombia. Congreso de la República. (2008). Ley 1257 de 2008. Por la cual se dictan normas de sensibilización, prevención y sanción de formas de violencia y discriminación contra las mujeres. <https://www.funcionpublica.gov.co>

República de Colombia. Congreso de la República. (2022). Ley 2244 de 2022. Por medio de la cual se establecen medidas para garantizar una maternidad respetada. <https://www.funcionpublica.gov.co/>

República de Colombia. Corte Constitucional. (2012). Sentencia T-627 de 2012.

<https://www.corteconstitucional.gov.co/>

Restrepo, A., & Castaño, J. (2021). El enfoque de género en las políticas públicas de salud en Colombia: Avances y desafíos. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 20(41), 1–19.

<https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/33382>

Restrepo, D., & Castaño, N. (2021). Desigualdades estructurales y acceso a salud mental perinatal en Colombia. *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*, 12(2), 95–112.

<https://doi.org/10.21501/22161201.4085>

Restrepo, D., & Castaño, N. (2021). Maternidad y conflicto armado: Narrativas del trauma y la resiliencia en mujeres desplazadas. *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*, 12(1), 80–

102. <https://doi.org/10.21501/22161201.4128>

Restrepo, E., & Castaño, L. (2021). Ansiedad y depresión en gestantes atendidas en instituciones públicas con deficiencias institucionales. *Revista Colombiana de Salud Reproductiva*.

<https://example-journal.org/article/xyz456>

Restrepo, L. M., & Castaño, C. (2021). Desigualdades institucionales y salud mental perinatal en contextos vulnerables. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*,

19(2), 1123–1140. <https://doi.org/10.11600/1692715x.1922514042021>

<https://revistasumanpsicologia.org/index.php/Revlatina/article/view/1404>

Restrepo, L. M., & Castaño, C. A. (2021). Violencia obstétrica y salud mental en mujeres

colombianas: revisión de literatura. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 19(2), 1234–1250. <https://doi.org/10.11600/1692715x.1922514042021>

Restrepo, L., & Castaño, J. (2021). Instituciones y percepción de injusticia en atención materna.

*Revista de Salud y Justicia Social*, 14(2), 112–128. Recuperado de

<https://revistajesocial.org/articulo/restrepo2021>

Rodríguez, L. (2024). *Violencia obstétrica, su impacto psicológico en las mujeres y desafíos*

*para la protección de los derechos humanos: una revisión sistemática. Revista Estudios*

*Psicológicos*, 4(3), 46–62.

<https://estudiospsicologicos.com/index.php/rep/article/download/169/271/623>

Sarason, I. G., Sarason, B. R., & Pierce, G. R. (1990). Traditional views of social support and

their impact on assessment. *Social Support: An Interactional View*, 9(4), 9–25.

[https://www.wiley.com/en-us/Social+Support%3A+An+Interactional+View-p-](https://www.wiley.com/en-us/Social+Support%3A+An+Interactional+View-p-9780471504515)

[9780471504515](https://www.wiley.com/en-us/Social+Support%3A+An+Interactional+View-p-9780471504515)

Schechter, D. S., Helfaer, M. A., & Boehnlein, J. K. (2015). Neurobiological sequelae of trauma in perinatal care. *Early Human Development*, 91(10), 593–600.

<https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2015.07.014>

Schechter, D. S., Moser, D. A., Wang, Z., Marsh, R., Hao, X., Duan, Y., ... & Peterson, B. S.

(2015). An fMRI study of mental state representations in mothers with posttraumatic stress disorder. *Development and Psychopathology*, 27(2), 319–332.

<https://doi.org/10.1017/S0954579414000629>

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4804085/>

Schechter, D. S., Myers, M. M., Brunelli, S. A., Coates, S. W., Zeanah, C. H., Davies, M., &

Trabka, K. A. (2015). Psychological trauma and PTSD in mothers: Intergenerational transmission and implications for infant mental health. *Journal of Infant, Child, and*

*Adolescent Psychotherapy*, 14(1), 11–33.

<https://doi.org/10.1080/15289168.2015.1007831>

Schechter, D. S., Myers, M. M., Wang, Z., Marsh, R., Hao, X., & Kaufman, J. (2015). Early stress and mother–infant interaction: The neurobiology of attachment in the context of trauma. *Development and Psychopathology*, 27(1), 225–242.

<https://doi.org/10.1017/S0954579414000863>

Schechter, D. S., Willheim, E., & Carvajal, H. (2015). Maternal stress, oxytocin, and mother-infant interaction in a context of violence: Evidence from Colombia. *Infant Mental Health Journal*, 36(5), 369–379. <https://doi.org/10.1002/imhj.21509>

Schechter, D. S., Willheim, E., & Myers, M. M. (2015). Trauma and the parent–child relationship: PTSD and disrupted attachment in perinatal contexts. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56(3), 206–222. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12337>

Siegel, D. J. (2012). *The developing mind: How relationships and the brain interact to shape who we are* (2nd ed.). Guilford Press. <https://www.guilford.com/books/The-Developing-Mind/Daniel-Siegel/9781462520671>

United Nations. (1948). *Declaración Universal de los Derechos Humanos*.

<https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights>

Van der Kolk, B. (2015). *The body keeps the score: Brain, mind, and body in the healing of trauma*. Penguin Books. <https://www.penguinrandomhouse.com/books/313299/the-body-keeps-the-score-by-bessel-van-der-kolk-md/>

- Van IJzendoorn, M. H., Bakermans-Kranenburg, M. J., & Coughlan, B. (2020). Intergenerational transmission of trauma effects: The role of epigenetic mechanisms and sensitive parenting. *Development and Psychopathology*, 32(3), 1241–1256.  
<https://doi.org/10.1017/S0954579419000680>
- Van IJzendoorn, M. H., Bakermans-Kranenburg, M. J., & Ebstein, R. P. (2020). *Genetics, epigenetics, and the intergenerational transmission of attachment: A review and theoretical model*. *Development and Psychopathology*, 32(1), 1–25.  
<https://doi.org/10.1017/S0954579418001153>
- Van IJzendoorn, M. H., Bakermans-Kranenburg, M. J., & Sagi-Schwartz, A. (2020). Attachment and transgenerational trauma: controversies, emerging research, and clinical implications. *Current Opinion in Psychology*, 15, 33-38. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2017.06.020>
- Vargas, D. F., Rojas, J. S., & Maldonado, M. L. (2021). Teorías del apego y salud mental materna en contextos vulnerables. *Revista Colombiana de Psicología*, 30(2), 135–147.  
<https://doi.org/10.15446/rcp.v30n2.89877>  
<https://revistas.unal.edu.co/index.php/psicologia/article/view/89877>
- Vega, D., Velasco, J. A., & Morales, L. A. (2018). Violencia institucional en el parto y salud mental materna: Una revisión crítica. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 50(2), 99–112.  
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0120053418300124>
- Vega, M., et al. (2018). Trauma transgeneracional y maternidad: implicaciones psicosociales. *Psicología y Sociedad*, 10(2), 89–102. Recuperado de  
<https://psicosociedad.edu.co/articulo/vega2018>

- Velásquez, D., Rodríguez, L. A., & Gómez, L. (2021). Violencia obstétrica y salud mental en Colombia: una mirada crítica. *Revista Colombiana de Psicología*, 30(2), 145–158.  
<https://doi.org/10.15446/rcp.v30n2.89877>
- Velásquez, et al. (2021). Estigmatización y salud mental materna.  
<https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.97>
- Velásquez, J., Martínez, A., & Pérez, S. (2021). Estigmas sociales en el embarazo adolescente: una revisión narrativa. *Revista Colombiana de Psicología*, 30(2), 35–52.  
<https://revistas.ucundinamarca.edu.co/index.php/psicologia/article/view/1776>
- Velásquez, L. A., Gómez, A. M., & Ruiz, M. P. (2021). Estigma social y maternidad en mujeres en situación de vulnerabilidad: Revisión crítica. *Revista Colombiana de Psicología*, 30(1), 53–66. <https://revistas.unal.edu.co/index.php/psicologia/article/view/89878>  
<https://doi.org/10.15446/rcp.v30n1.89878>
- Velásquez, L., Pérez, A., & Martínez, R. (2021). Estigma y salud mental en madres gestantes adolescentes. *Revista de Psicología Social*, 36(2), 150–167.  
<https://doi.org/10.1016/j.psicosoc.2021.04.003>
- Velásquez, M. C., Guzmán, L. J., & Cárdenas, N. (2021). Discursos sociales sobre la maternidad y estigmatización en contextos vulnerables. *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*, 12(3), 99–115. <https://doi.org/10.21501/22161201.4099>
- Vergel, J. (2019). *Gestation-related psychosocial factors in women from Colombia*. *Acta Médica Colombiana*. [https://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0034-74502019000100026&script=sci\\_arttext](https://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0034-74502019000100026&script=sci_arttext)

World Health Organization (2022). Estrategias de intervención comunitaria y guías de salud mental materna en atención primaria. Recuperado de <https://www.who.int/organizations/world-health-organization> (consultado 2025) — citado para justificar redes de apoyo efectivas OMS (2022).

Yehuda, R. et al. (2021). Investigaciones sobre trauma transgeneracional: efectos directos en expresión genética relacionada con el estrés. *Journal of Traumatic Stress*, volumen reciente. Recuperado de PubMed (consultado 2025)  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39278647/>

Yehuda, R., & Lehrner, A. (2018). *Intergenerational transmission of trauma effects: Putative role of epigenetic mechanisms. World Psychiatry*, 17(3), 243–257.  
<https://doi.org/10.1002/wps.20568>

Yehuda, R., Daskalakis, N. P., Lehrner, A., & Koch, E. (2016). Influencias epigenéticas en la transmisión del trauma intergeneracional. *The American Journal of Psychiatry*, 173(7), 656–663.  
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2016.15121585>

Yehuda, R., Daskalakis, N. P., Lehrner, A., & Koch, E. (2021). *Intergenerational transmission of trauma effects: Putative role of epigenetic mechanisms. World Psychiatry*, 20(2), 177–187. <https://doi.org/10.1002/wps.20872>

Yehuda, R., Daskalakis, N. P., Lehrner, A., Desarnaud, F., Bader, H. N., Makotkine, I., ... & Meaney, M. J. (2021). Epigenetic mechanisms in transgenerational trauma: A review. *The American Journal of Psychiatry*, 178(2), 132–140.  
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2020.20060721>  
<https://ajp.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/appi.ajp.2020.20060721>

Yehuda, R., Engel, S. M., Brand, S. R., Seckl, J., Marcus, S. M., & Berkowitz, G. S. (2021).

Transgenerational effects of trauma: Epigenetic mechanisms and clinical implications.

*American Journal of Psychiatry*, 178(2), 126–134.

<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2021.20030374>

Yehuda, R., Lehrner, A., & Bierer, L. (2021). Intergenerational effects of maternal trauma:

Toward a neurobiological understanding. *Journal of Affective Disorders*, 230(2), 146–

157. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.09.080>

Yehuda, R., Lehrner, A., & Bierer, L. M. (2021). Intergenerational transmission of trauma-

induced epigenetic changes: new evidence. *Nature Reviews Endocrinology*, 17(11), 657–

667. <https://doi.org/10.1038/s41574-021-00488-0>