



FACULTAD PADRE OSSÓ



Universidad de Oviedo  
*Universidá d'Uviéu*  
*University of Oviedo*

# LA MATERNIDAD EN MUJERES CON DISCAPACIDAD: UNA VISIÓN DESDE TERAPIA OCUPACIONAL

---

Revisión sistemática

Luz Cuadrado Estébanez

TRABAJO FIN DE GRADO

Tutor: Estíbaliz Jiménez Arberas

Mes y año de defensa: 06/2021

**GRADO EN TERAPIA OCUPACIONAL  
UNIVERSIDAD DE OVIEDO**

## ÍNDICE

<i>INTRODUCCIÓN</i> .....	<b>1</b>
<i>MATERIAL Y MÉTODOS</i> .....	<b>10</b>
<i>RESULTADOS</i> .....	<b>12</b>
<i>DISCUSIÓN</i> .....	<b>22</b>
<i>CONCLUSIONES</i> .....	<b>34</b>
<i>BIBLIOGRAFÍA</i> .....	<b>37</b>
<i>ANEXO 1</i> .....	<b>42</b>

## INTRODUCCIÓN

El rol de género es “el conjunto de normas establecidas socialmente para cada sexo”. El rol clásico atribuido a la mujer en la sociedad patriarcal es el de responsable de la reproducción, cuidadora de los hijos y encargada de las labores de la casa, principalmente (Pinochet et al., 2012).

La perspectiva de género es “la utilización para describir las características de hombres y mujeres, que están basadas en factores sociales, mientras que el sexo se refiere a las características que vienen determinadas biológicamente. Las personas nacen con sexo masculino o femenino, pero aprenden a ser niños y niñas que se convierten en hombres y mujeres. Este comportamiento aprendido compone la identidad de género y determina los roles de género” (OMS, 2002, p.5).

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020) explica que, la discapacidad afecta en torno a un 15% de la población mundial, lo que supone que más de mil millones de personas tienen algún tipo de discapacidad. Además, el Centro Legal para Derechos Reproductivos y Políticas Públicas señala que, alrededor de 300 millones de mujeres en el mundo tienen discapacidades mentales o físicas, y que las mujeres representan las tres cuartas partes de las personas con discapacidad en los países de ingresos bajos y medios, donde la salud reproductiva y los derechos de estas mujeres no suelen ser tomados en cuenta (Pinochet et al., 2012).

Según Schalock et al. (2010), las personas con discapacidad se enfrentan a retos importantes en su desarrollo, con frecuencia tienen dificultades para participar en actividades de la vida diaria y son especialmente vulnerables a la explotación por parte de otros.

La salud sexual y reproductiva se define como un “estado general de bienestar físico, mental y social en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos, puntualizando que no implica la mera ausencia de enfermedades y dolencias” (Peláez et al., 2009).

Según la OMS (2010), los derechos sexuales constituyen la aplicación de los derechos humanos existentes a la sexualidad y a la salud sexual. Todas las personas tienen derecho a ejercer un control sobre su sexualidad y su salud sexual y reproductiva, así como, a decidir de forma libre y responsable sobre las mismas, sin coacción, discriminación, ni violencia.

Respecto a la salud sexual de las mujeres, esta se encuentra en situación de desigualdad, estando asentada sobre la base de un sistema dominado por los hombres, cuyo núcleo fundamental es el control sobre la reproducción y la sexualidad de las mujeres, y que limita las posibilidades de que ellas alcancen niveles de bienestar en esos ámbitos, tanto para sí mismas como para su familia, y por tanto, les restringe de autonomía en sus decisiones (Padilla, 2006).

Si las mujeres sin discapacidad deben cumplir con los roles asignados por una sociedad patriarcal, según Funchal (2013), los roles que se les asignan a las mujeres con discapacidad son aún más restrictivos, dando lugar a nuevas discriminaciones y menores oportunidades. De esta manera, existe una tendencia social que considera a las mujeres con discapacidad incapaces de participar en la comunidad, formar una familia, y por tanto, ser madres y cuidar de sus hijos.

De hecho, a lo largo de los años, las mujeres se han relacionado directamente con elementos como la sexualidad y la maternidad, así como, se han visto obligadas a cumplir con determinados cánones de belleza, para ser validadas por la sociedad. Sin embargo, las mujeres con discapacidad, especialmente física, al no cumplir con estos estereotipos, son alejadas de los mismos y rechazadas socialmente. De manera que, mientras estos elementos pueden resultar opresores para las mujeres sin discapacidad, las mujeres con discapacidad reclaman que estos elementos les sean aplicables (Viñuela, 2009).

Cabe definir el concepto de maternidad, el cual según la Real Academia Española (RAE) es el “estado o cualidad de madre”, así como, el término de madre se define como “mujer que tiene una familia a su cuidado”. Sin embargo, la maternidad también puede entenderse como “un proceso de adaptación continua en el que las madres cambian simultáneamente con el crecimiento y desarrollo de sus hijos”. De esta forma, la maternidad no solo se refiere a la gestación y al cuidado de los hijos, sino que se ve influenciada por las responsabilidades socialmente atribuidas a ser mujer, las cuales pueden diferir según las circunstancias de cada una, como en el caso de la discapacidad de la madre (Maceira et al., 2018).

Entonces, Moya (2009), señala la invisibilidad del desarrollo pleno de las mujeres con discapacidad, especialmente en lo que se refiere a la sexualidad y reproducción, debido a la visión de la sociedad que plantea la ausencia de necesidades sexuales de las personas con discapacidad, señalándolas como no aptas para vivir en

pareja y tener descendencia. Además, las familias favorecen la percepción errónea de las mujeres con discapacidad acerca de su sexualidad y afectividad. Frecuentemente, se asume que estas mujeres son personas asexuadas y no se comprende que manifiesten necesidades afectivas, sexuales y/o reproductivas. Igualmente, Esmail et al. (2010), coinciden en que las personas con discapacidad se ven comúnmente como asexuadas debido a una norma social de la sexualidad y lo que se considera natural. Los autores consideran que, la falta de información y educación sobre la sexualidad y la discapacidad es uno de los principales factores que contribuyen al estigma asociado a la discapacidad y la sexualidad.

Es cierto que existe escasez de investigaciones sobre estos temas, lo cual de acuerdo con Cruz (2004), parece estar relacionado con el hecho de que las mujeres con discapacidad no cumplen con los estereotipos de la sociedad aceptables para la reproducción. Esto, junto al estigma y los mitos que aún se conservan sobre la discapacidad, dificulta la plena satisfacción de los deseos y necesidades de estas mujeres.

El término discriminación interseccional se acuña durante la celebración de la Condición Jurídica y Social de la Mujer de las Naciones Unidas (ONU) de 2001, el cual define el conjunto de discriminación por razón de sexo y otras formas de discriminación como raza, minorías y discapacidad. Así pues, según Gomiz (2016), las mujeres con discapacidad constituyen un grupo social muy amplio que suele estar sometido a una doble discriminación o discriminación interseccional fruto de la confluencia de un sumatorio de discriminaciones construidas social y culturalmente a lo largo de los años, que van asociadas a su condición de mujeres y al hecho de tener una discapacidad. En definitiva, como consecuencia de una sociedad patriarcal y machista, las mujeres y niñas con discapacidad se encuentran más expuestas a la violencia de género, a los abusos sexuales y a la explotación.

Conviene destacar que, según la Macroencuesta de Violencia contra la Mujer (2019), en España, el 11% de mujeres de 16 años o más ha sufrido violencia física de alguna pareja, así como, el 40% de mujeres de 16 años o más ha sufrido acoso sexual alguna vez en su vida, lo cual equivale a más de 8 millones de mujeres. Además, el 19% ha sufrido acoso sexual antes de los 15 años. En cuanto a las mujeres con discapacidad, la prevalencia de la violencia en la pareja a lo largo de la vida de estas es mayor que entre las mujeres sin discapacidad. Así, el 20,7% de las mujeres con discapacidad ha

sufrido violencia física o sexual de alguna pareja frente al 13,8% de las mujeres sin discapacidad.

Respecto a la violencia de género en la maternidad, existe una correlación evidente entre la violencia física y la maternidad, siendo el embarazo un factor desencadenante de este tipo de violencia, o un agravante de la misma en mujeres que ya recibían previamente violencia por parte de sus parejas (Gomiz, 2016).

Por otro lado, debido al estigma social mencionado anteriormente, las mujeres con discapacidad se sienten constantemente cuestionadas en su papel de madres, algo que les genera inseguridad y, muchas veces, contribuye a mermar su autoestima. Además, es habitual que se les niegue directamente el derecho a ejercer la maternidad mediante prácticas especialmente lesivas para su dignidad, como son las esterilizaciones forzadas y los abortos coercitivos, pese a las graves consecuencias y desprotección que genera a estas mujeres (Peláez et al., 2009).

La esterilización forzada se refiere a la intervención quirúrgica que termina con la capacidad individual de reproducirse sin el consentimiento o autorización de la persona que se ve sometida a esta práctica, y cuando el acto se realiza sin que exista una amenaza o riesgo serio para la salud o para la vida. Por otro lado, el aborto coercitivo es aquel que se practica a las mujeres con discapacidad que se han quedado embarazadas, y que por motivos familiares, sociales, económicos o de capacidad de crianza de los hijos, los familiares de estas deciden realizarle el aborto sin el consentimiento informado de las mismas (Peláez et al., 2009). En ocasiones, las mujeres aceptan a someterse a estas prácticas, sin embargo, no siempre es así y estas prácticas necesitan de incapacitaciones judiciales para llevarse a cabo, una de las peores expresiones de vulneración de los derechos de estas mujeres. A través de las técnicas mencionadas, la maternidad les es negada a muchas mujeres con discapacidad (Seoane, 2000; Valenzuela, 2017).

También, cabe señalar que las mujeres con discapacidad, especialmente intelectual, son más vulnerables a abusos sexuales, sobretodo, por parte de sus familiares o cuidadores. De esta manera, ciertas técnicas anteriormente mencionadas, pueden ayudar ocultar estos abusos, normalmente por parte de familiares (Valenzuela, 2017). El 29,3% de las mujeres con discapacidad que han sufrido violencia sexual fuera de la pareja refieren haberla sufrido por parte de un familiar, frente al 20,8% de las mujeres sin discapacidad (Macroencuesta de Violencia contra la mujer 2019).

Además, en las mujeres con discapacidad intelectual, se alude insistentemente a la necesidad de un control de prevención del embarazo, siendo esto un debate crítico sobre si esta medida es indispensable para beneficio de la mujer y no una imposición satisfactoria y tranquilizadora de los padres y la sociedad. En concreto, en las mujeres con Síndrome de Down, la presión de no quedarse embarazadas es extremadamente alta, ya que la sociedad espera de ellas que no tengan hijos. Sin embargo, las mujeres con Síndrome de Down pueden anhelar tener hijos tanto como otras mujeres sin esta condición (Narváez et al., 2009).

Así pues, según Cruz (2014), con los avances en la medicina se han construido discursos y posturas que definen el estado deseable para lograr un embarazo y parto con los menores riesgos posibles para la madre y el bebé. Estas expectativas sociales acerca de las condiciones en que es adecuado el embarazo y, por supuesto, quién podría idealmente ser madre, se rigen por factores como la edad, el nivel socioeconómico y la salud física y/o mental que definen si la mujer está en condiciones de cumplir la responsabilidad de ser madre. Otra razón que motiva la negativa a la maternidad es, la visión de la discapacidad de la madre como una tara heredable, transmisible a la descendencia. Por esto, las mujeres con discapacidad forman parte de los grupos identificados como poco aptos para ejercer la maternidad, pues su condición suele conllevar obstáculos y limitaciones que al enfrentarse a condiciones sociales y estructurales que no consideran su existencia, se traducen en signos de debilidad, dependencia, inferioridad y exclusiones a sus derechos sexuales y reproductivos, al considerarlas incapaces de cumplir las expectativas de la sociedad para ejercer el rol de madre.

Por consiguiente, el hecho de que la maternidad y la discapacidad sean vistas como incompatibles, se suele ver reflejado en la falta de opciones para acceder a información al respecto y dificulta su acceso a prácticas sexuales y a la reproducción, por lo que reciben negativas y críticas cuando se atreven a expresar sus deseos y frecuentemente, se les critica por irresponsables (Cruz, 2014).

En la sociedad, que la mujer con discapacidad sea madre o quiera ser madre provoca burlas, dudas y conjeturas, sobre si está capacitada o no para hacerlo, convirtiéndose esta situación en una barrera de aceptación social para estas mujeres. (Peláez et al., 2009). Las madres con discapacidad se sienten vulnerables con respecto a sus derechos maternos, al ser estos derechos cuestionados por la sociedad, basándose en

suposiciones y prejuicios que magnifican la discapacidad. (López, 2008). No solo se trata de prejuicios de la sociedad, sino la influencia de las familias de las propias mujeres con discapacidad, limita el derecho a ser madres de estas. Por todo esto, a las mujeres con discapacidad se les aleja del rol de madre.

Respecto a los factores obstaculizadores de ser madre, estos se pueden dividir en dos. Por un lado, la propia discapacidad, ya que a las críticas a las que se enfrenta cualquier mujer cuando decide ser madre se suman una serie de factores discriminatorios por tener una discapacidad. Por otro lado, los factores económicos y sociales, al encontrarse la discapacidad y la pobreza estrechamente ligadas. Las personas con discapacidad tienen menos posibilidades de acceder a un trabajo remunerado estable, siendo obligadas a depender en muchos casos del dinero de sus familias, lo que dificulta aún más la crianza de los hijos (Pinochet et al., 2013).

En España, a tenor de lo dispuesto en el Real Decreto Legislativo 8/2015 por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social, la maternidad da derecho a una prestación económica en los siguientes supuestos: familias numerosas, familias monoparentales y, en el caso de que la madre tenga una discapacidad, siempre que se cumplan determinados requisitos económicos en cuanto a renta e ingresos y siempre y cuando la discapacidad sea superior al 65%. Así pues, se considera que este último requisito, resulta muy limitante para muchas madres con discapacidad.

Cabe decir que, existen importantes instrumentos de derechos humanos, siendo el principal la Convención de la ONU sobre los Derechos Humanos de las Personas con Discapacidad, que reconocen el derecho de las mujeres con discapacidad a la maternidad. Así como, otros manifiestos que abogan por él, como el Manifiesto de las Mujeres del Foro Europeo de la Discapacidad. También, la Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) señala el derecho de todas las mujeres a recibir información para asegurar su salud y bienestar, orientación sobre planificación familiar y acceso a los servicios de atención médica durante todo su ciclo vital. Pese a todo ello, la realidad es que el verdadero ejercicio y disfrute está todavía lejos de conseguirse, ya que las barreras sociales siguen persistiendo en el derecho a la maternidad de estas mujeres (Peláez, 2009).

Cabe mencionar también, la problemática que se está empezando a visibilizar en torno al parto. A pesar de que, toda mujer tiene derecho a una atención médica digna y

respetuosa, la OMS (2015) recoge que, muchas mujeres sufren un trato irrespetuoso y abusivo durante el parto. Este trato no solo viola los derechos de las mujeres, sino pone en peligro su salud, al complicar el proceso de recuperación de la madre, así como, dificultar el establecimiento del vínculo con el hijo. Es por esto que, desde la declaración de 2015, la OMS pide una mayor labor de investigación y promoción de la salud reproductiva, para que se garantice el cumplimiento de sus derechos.

Por otra parte, desde el punto de vista de la Terapia Ocupacional, el proceso de la maternidad produce un gran cambio en la vida de las mujeres, lo cual desencadena una transformación de sus ocupaciones. El embarazo, el parto y el puerperio conllevan una modificación de la identidad ocupacional, con un cambio de roles implícito, lo cual genera un desequilibrio y una deprivación ocupacional. Todos estos cambios que tienen lugar, conforman el concepto de transición ocupacional propio de la maternidad. El término transición se define como “el paso de un rol o experiencia de vida a otro”. Así, la transición requiere preparación, nuevos conocimientos y tiempo para adaptarse a la situación, y la planificación de esta transición puede incluir el papel del terapeuta ocupacional (AOTA, 2020).

Además, como se ha descrito anteriormente, hay factores que dificultan esta transición ocupacional, como la discapacidad de las madres, el estigma y la discriminación social, los factores económicos, la falta de información y la ausencia de apoyos.

Para concluir, cabe rescatar un testimonio de una mujer con discapacidad la cual manifiesta que “ser madre cuando se tiene discapacidad es una tarea ardua y complicada que pasa por muchos momentos diferentes; algunos de ellos comunes, sin duda, al resto de madres; otros, sin embargo, distintos, muy diferentes. Si en este instante crítico no se cuenta con recursos básicos (alguien que te enseñe, te oriente y te apoye), la experiencia puede ser terrible” (Peláez, 2009, p. 13). En consecuencia de esto, la Terapia Ocupacional puede formar parte de este arduo proceso, dotando a la mujer de los recursos básicos, acompañándola y apoyándola, para facilitar el proceso y garantizar la mayor calidad de vida posible.

Así pues, la disciplina de la Terapia Ocupacional se caracteriza por tener una visión holística que le permite identificar las necesidades individuales de las personas, en este caso de las mujeres con discapacidad cuando son madres, y se puede apoyar en diferentes modelos teóricos que justifican la intervención.

En primer lugar, Kielhofner (1980), mediante el Modelo de la Ocupación Humana (MOHO), define la ocupación humana como “todo comportamiento que es motivado por una necesidad intrínseca y consciente de ser efectivo en el ambiente, con el objetivo de cumplir con una serie de roles individuales, que son formados por una tradición cultural, y aprendidos a través del proceso de socialización”, de manera que la maternidad se puede considerar una ocupación. Según el MOHO, una persona al incorporarse en una ocupación, asume un rol y una identidad ocupacional. Cuando se produce un cambio en las ocupaciones, se transforma la identidad y la competencia ocupacional, lo cual tiene un impacto sobre el desempeño ocupacional y conlleva una reorganización de la participación ocupacional. En este caso, la transición a la maternidad requiere una adaptación ocupacional y la adquisición del rol de madre.

En segundo lugar, el Modelo Canadiense de Desempeño Ocupacional (CMOP) de la Asociación Canadiense de Terapeutas Ocupacionales (1997), considera la capacidad de las personas para participar en sus ocupaciones a lo largo de las etapas y transiciones de la vida, así como, promueve el rendimiento ocupacional a través de una atención centrada en el cliente. El CMOP define el rendimiento ocupacional como “el resultado de la relación entre la persona, el entorno y la ocupación a lo largo de la vida”. Según este modelo, en el transcurso de la vida se desarrollan nuevas ocupaciones, como puede ser la maternidad, y se abandonan antiguas. En este caso, el modelo permite identificar cómo la maternidad afecta al rendimiento ocupacional y, a través de una atención centrada en la mujer, puede optimizar dicho rendimiento.

En tercer lugar, según el Modelo de Desempeño Ocupacional de la Asociación Americana de Terapia Ocupacional (AOTA), la maternidad implica la participación en numerosas ocupaciones. En primer lugar, se parte de una de las actividades de la vida diaria (AVD), como es la actividad sexual, para satisfacer las necesidades reproductivas. También, la crianza de los hijos es una de las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD). Además, según el Marco de trabajo para la práctica de la Terapia Ocupacional: Dominio y Proceso (4ª edición) de la AOTA (2020) se considera la gestión de la salud como otra ocupación, la cual tiene gran importancia durante el proceso del embarazo, debido a los cambios físicos y emocionales que este supone. Y también, las AIVD contemplan las actividades espirituales, una de las cuales puede ser la maternidad, si esta es especialmente significativa para la persona, dándole sentido a su vida.

Teniendo en cuenta todas las ocupaciones que implica la experiencia de la maternidad, y que este puede ser un momento de vulnerabilidad de la mujer, desde Terapia Ocupacional debemos fomentar la autonomía de esta para participar en sus ocupaciones. De esta manera, desde la profesión podemos proporcionar la información y los apoyos necesarios para conseguir una participación ocupacional adecuada, así como, ayudar a las mujeres a desarrollar las competencias requeridas para llevar a cabo el nuevo rol de madre (Acharya, 2014).

Finalmente, cabe mencionar que, acorde con las recomendaciones sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo de la OMS (2017), se recomienda delegar la promoción de comportamientos relacionados con la salud en beneficio de la salud materna y neonatal en un amplio abanico de profesionales sociosanitarios, donde tendría cabida el perfil del terapeuta ocupacional.

Por todo esto, y teniendo en cuenta que el terapeuta ocupacional es el profesional con formación en discapacidad que aborda la participación en las ocupaciones, esta puede ser la figura ideal como nexo de unión entre los servicios de atención a la discapacidad y los servicios de maternidad.

Como resultado de lo descrito anteriormente, el objetivo del presente trabajo es recoger, comparar y analizar las diferentes dificultades, barreras y necesidades que experimentan las mujeres con discapacidad durante el proceso de la maternidad, así como, la relación con su desempeño ocupacional y calidad de vida.

## MATERIAL Y MÉTODOS

El diseño del trabajo es una revisión sistemática, para la cual se realizó una búsqueda bibliográfica entre las fechas 25 de septiembre y 30 de noviembre de 2020.

Las bases de datos en las que se obtuvieron estudios relevantes fueron Pubmed, Google Scholar, ScienceDirect y Scielo, principalmente. Se introdujeron en dichas bases los siguientes descriptores en ciencias de la salud (DeSC): “disability”, “maternity”, “pregnancy” y “woman”. Tras identificar las palabras clave, se añadieron los operadores booleanos “AND” y “NOT”. La combinación de términos que arrojó mejores resultados en los diferentes buscadores fue la siguiente: (maternity AND disability), (woman) AND (disability), ((woman) AND (pregnancy)) AND (disability), ((maternity) AND (disability)) NOT (paternity). No se identificaron documentos de interés o no se obtuvieron resultados en bases propias de Terapia Ocupacional como OTSeeker, OTCats, etc. Pero, sí se consultaron revistas como *American Journal of Occupational Therapy*, *Disability and Health Journal*, entre otras.

Además, la información obtenida en la búsqueda bibliográfica, fue sometida a criterios de inclusión y exclusión, siendo estos los siguientes:

Criterios de inclusión:

- 1- Artículos que traten de los derechos reproductivos de las mujeres con discapacidad.
- 2- Documentos que versen de mujeres con discapacidad que hayan vivido el rol de madre.
- 3- Estudios que incluyan el estigma y la discriminación asociados a la mujer con discapacidad.
- 4- Artículos publicados en los últimos 20 años.

Criterios de exclusión:

1. Estudios cuyo colectivo diana no sean mujeres con discapacidad y/o en situación de vulnerabilidad.
2. Artículos que no mencionen el proceso de embarazo y/o maternidad.
3. Artículos que no estén en castellano y/o inglés.
4. Artículos sin acceso al documento completo de forma gratuita.

Para la selección de los artículos sometidos a la revisión sistemática, se usó la declaración PRISMA versión 2020, a través de la cual se obtuvieron un total de 14 publicaciones que se ajustan a los criterios anteriormente establecidos. También, se empleó la lista de comprobación propia de PRISMA para la verificación de los ítems que componen dicha revisión sistemática (Anexo I).

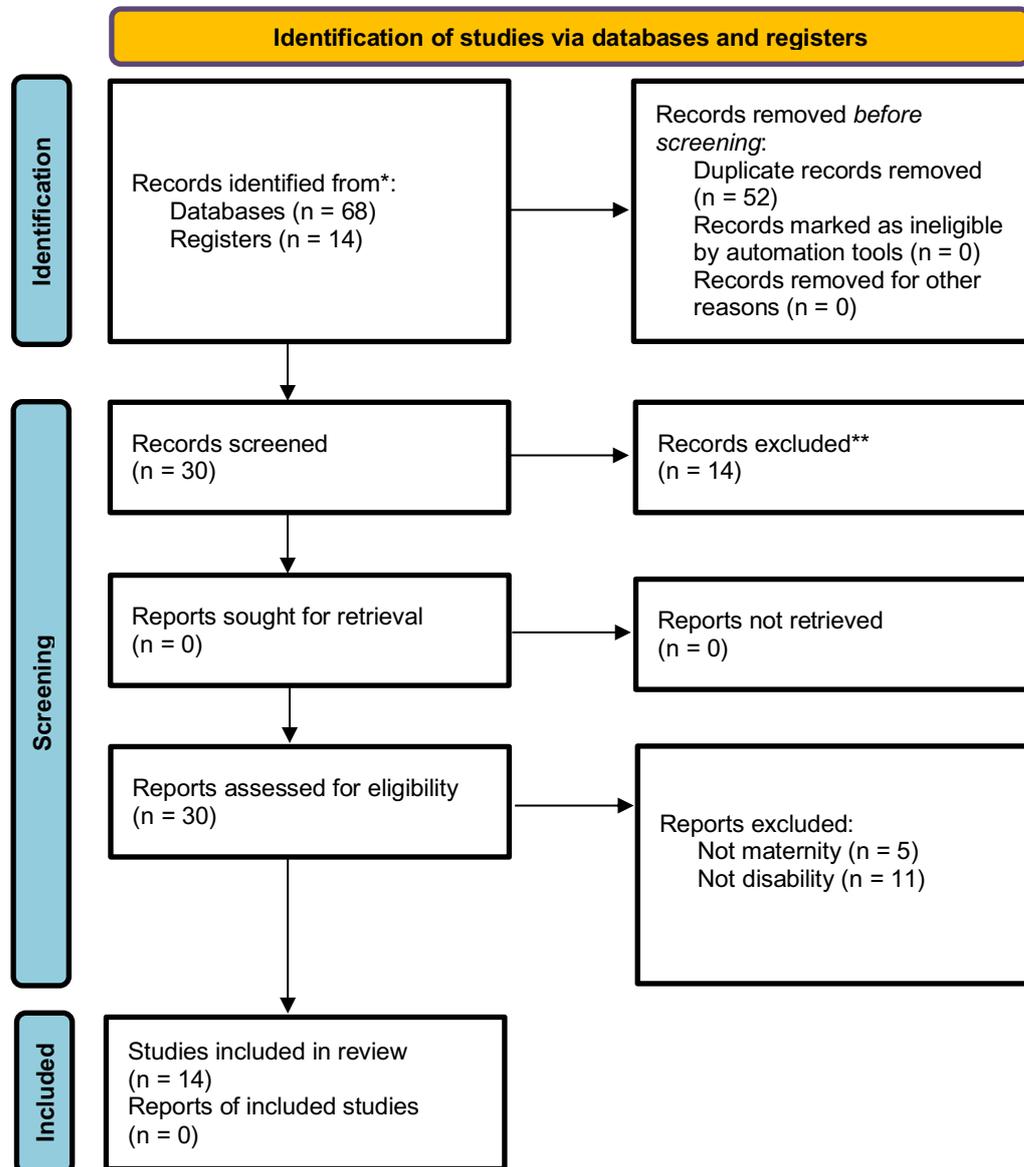


Figura 1. Diagrama de flujo de los estudios incluidos en la revisión sistemática, tomado de *The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews*, por Page, M.J., McKenzie, J.E., Bossuyt, P.M, Boutron, I., Hoffmann, T.C, Mulrow, C.D., et al., 2020 <http://www.prisma-statement.org/>

## RESULTADOS

Tabla 1. Resultados de los artículos seleccionados.

Título	Objetivo	Diseño	Resultados	Conclusiones
Women with disability: the experience of maternity care during pregnancy, labour and birth and the postnatal period (Redshaw et al., 2013).	Realizar un estudio sobre las experiencias de mujeres con diferentes tipos de discapacidad durante la atención prenatal, parto y atención posnatal.	Estudio cualitativo mediante entrevistas estructuradas y análisis comparativo.	La experiencia de las mujeres varió según el tipo de discapacidad. Las mujeres con discapacidad física utilizaron más los servicios prenatales y posnatales, pero tenían menos opciones sobre el parto; las mujeres con discapacidad sensorial tenían más probabilidad de haber conocido al personal antes del parto; las mujeres con discapacidad mental fueron más críticas con la comunicación y el apoyo; y las mujeres con discapacidades múltiples tenían menos probabilidades de reportar una experiencia positiva de la atención de maternidad.	Evidencia de que grupos específicos de mujeres recibieron más atención de manera apropiada. Las áreas a mejorar incluyeron una mejor comunicación en el contexto de la atención individualizada.
Maternity care experiences of women with	Identificar y proporcionar una descripción	Revisión sistemática	Las mujeres experimentan barreras relacionadas con la accesibilidad de las instalaciones, el equipo adaptado, la falta de	Evidencia de que las mujeres con discapacidad física continúan encontrando barreras para acceder a la

physical disabilities: A systematic review (Heideveld-Gerritsen et al., 2021).	general de las experiencias de atención de maternidad por mujeres con discapacidad física y sensorial.		conocimiento y el rechazo del personal de atención médica a sus preocupaciones y la falta de voluntad para ayudar. Por el contrario, el apoyo tiene una influencia positiva en las experiencias de las mujeres.	atención de maternidad relacionadas con entornos de atención inaccesibles, la falta de conocimiento y la actitud del personal de atención médica. Este personal debe estar capacitado para conocer las necesidades especiales de las mujeres y mejorar la práctica clínica.
Barriers to providing maternity care to women with physical disabilities: Perspectives from health care practitioners (Mitra et al., 2017).	Explorar las experiencias y necesidades de los profesionales de la salud al prestar atención perinatal a mujeres con discapacidad física	Estudio cualitativo mediante entrevista semiestructurada	Las barreras informadas se agruparon en cuatro niveles: nivel del médico (p. ej., Falta de voluntad para brindar atención), nivel de práctica clínica (p. ej., equipo accesible como mesas de exploración ajustables), nivel del sistema (p. ej., límites de tiempo, políticas de reembolso) y barreras relacionadas con la falta de evidencia científica (p. ej., falta de datos clínicos específicos de la discapacidad).	Necesidad de pautas de atención de maternidad para mujeres con discapacidad física, y de capacitación y educación sobre las necesidades de atención de maternidad de esta población.

Dignity and respect during pregnancy and childbirth: a survey of the experience of disabled women (Hall et al., 2018).	Explorar las experiencias de dignidad y respeto en el parto de mujeres con discapacidad.	Estudio cualitativo mediante encuesta y análisis comparativo	Más de una cuarta parte de las mujeres sintieron que fueron tratadas de manera menos favorable debido a su discapacidad (27%). Durante todo el embarazo, más de una cuarta parte de las mujeres sintieron que sus derechos se respetaban muy poco; sin embargo, esto fue mayor en el período posnatal (31%). Además, más de la mitad de las mujeres (56%) sintieron que los proveedores de atención de maternidad no tenían la formación adecuada en discapacidad.	Necesidad de examinar más de cerca la atención individualizada. También, evidencia de que se requiere más consideración para mejorar las actitudes del personal de atención de maternidad hacia la discapacidad y los servicios deben adaptarse para proporcionar ajustes razonables acordes a la discapacidad, incluida la mejora de la continuidad del cuidador.
“How did that happen?” Public responses to women with mobility disability during	Examinar las percepciones de las mujeres con discapacidad física significativa sobre cómo reaccionaban	Estudio cualitativo mediante entrevistas semiestructuradas	Las interacciones descritas por las mujeres se clasificaron en seis categorías: (1) curiosas; (2) intrusiva y persistentemente curiosa; (3) hostil, incluida la preocupación de que los contribuyentes terminen apoyando a la madre y al niño; (4) cuestionar la competencia de la mujer como madre potencial; (5) inconsciente, sin reconocer el embarazo o la maternidad	Las mujeres con discapacidad física que están visiblemente embarazadas pueden percibir reacciones de extraños que parecen intrusivas. Planificar con anticipación el manejo de tales encuentros podría reducir el estrés de estas interacciones.

pregnancy (Iezzoni et al., 2015).	los extraños a sus embarazos visibles.		visibles; y (6) positivo. Las mujeres dudaban de que las mujeres visiblemente embarazadas sin discapacidad evoquen las mismas reacciones de los extraños.	
Mothers with physical disability: child care adaptations at home (Wint et al., 2016).	Describir cómo las mujeres con discapacidad física experimentan el cuidado de un recién nacido y cómo adaptan su entorno familiar y sus tareas de cuidado.	Estudio cualitativo mediante entrevistas semiestructuradas	El cuidado nocturno, el baño y el transporte del bebé se identificaron como los mayores desafíos. Las adaptaciones típicas (con y sin consulta de Terapia Ocupacional) incluyeron el porteo para transportar al bebé, adaptaciones de muebles para madres que usan sillas de ruedas y asistencia de los cuidadores.	Las mujeres con discapacidad física pueden ser completamente capaces de cuidar a un bebé y pueden encontrar formas de adaptar su entorno. La investigación adicional puede determinar el papel de la Terapia Ocupacional.
“They must understand we are people”:	Describir y comparar los resultados del	Estudio cualitativo mediante	Aunque el uso de servicios maternos fue alto, la calidad de los servicios fue inadecuada, con informes de barreras lingüísticas y maltrato.	Necesidad de mejorar la atención de maternidad para las mujeres sordas mediante la implementación de

Pregnancy and maternity service use among signing Deaf women in Cape Town (Gichane et al., 2017).	embarazo y el uso del servicio de maternidad de una muestra de mujeres sordas en edad fértil en Ciudad del Cabo con la población del Cabo Occidental de Sudáfrica.	cuestionario	Las mujeres dependían principalmente de la escritura para comunicarse durante las visitas prenatales y el parto. La mayoría de las mujeres informaron problemas de comunicación debido a los servicios de interpretación limitados y algunas informaron haber sufrido maltrato por parte del personal del hospital.	servicios de interpretación y la capacitación de sensibilidad a los proveedores de atención médica.
La sexualidad y la maternidad como factores adicionales de discriminación (y violencia) en las mujeres con discapacidad	Conocer en qué medida la sexualidad y la maternidad son factores de discriminación e incluso violencia, para	Estudio cualitativo mediante entrevistas semiestructuradas	Las formas de ejercer violencia contra las mujeres con discapacidad son: (1) violencia sexual, pues impedir la maternidad lleva asociada acciones que atentan contra la libertad sexual de la mujer; (2) psicológica, al vulnerar su bienestar y autoestima; (3) estructural, al negarle información y conocimiento sobre sus derechos	Necesidad de políticas transversales donde la discapacidad y los derechos de las mujeres, entre ellos el de ejercer la opción de la maternidad, sean contemplados. Se ha de dotar a estas mujeres de recursos que les permitan ser madres, sin mermar su dignidad como persona.

(Gomiz, 2016).	las mujeres con discapacidad.		fundamentales; (4) institucional, al no existir políticas que garanticen que este tipo de actos no se produzcan; y (5) simbólica, fruto de la invisibilización de la realidad de estas mujeres en la sociedad.	
Medicalización en las mujeres embarazadas y parturientas: una aproximación desde Terapia Ocupacional (Rodríguez et al., 2012).	Describir cómo afecta el proceso de medicalización en las mujeres embarazadas y parturientas, introduciendo en el ámbito de prevención y promoción de la salud la intervención de la Terapia Ocupacional.	Estudio cualitativo	El proceso del embarazo está totalmente medicalizado y se espera que las mujeres cumplan con las normas y pautas culturalmente establecidas, sin tener en cuenta los aspectos individuales de cada mujer. Los discursos de estas mujeres transmiten la desconfianza que sienten hacia los profesionales de la salud, la inutilidad que encuentran en la preparación al parto desde atención primaria, la falta de información con la que se enfrentan a su propio parto y el desengaño que sienten aquellas que ya han pasado por un primer parto en una institución hospitalaria	La Terapia Ocupacional puede introducir su intervención en este colectivo desde el ámbito de la prevención y promoción de la salud, entrenando a la mujer durante el embarazo para que afronte el parto como un fenómeno fisiológico y no como una enfermedad, instruyendo a la pareja, y acompañando en la etapa del puerperio sobre el cambio de roles en los progenitores y la estructuración familiar.

<p>“Yo lo parí y él me dio la vida”: estudio de la transición ocupacional vinculada a la maternidad de dos mujeres con trastorno mental (Domínguez et al., 2018).</p>	<p>Identificar y describir las necesidades ocupacionales vivenciadas durante la transición ocupacional vinculada a la maternidad, desde la perspectiva de dos mujeres con trastorno mental.</p>	<p>Estudio cualitativo</p>	<p>Ambas participantes identificaron que se produjo un cambio que modificó directamente sus ocupaciones y la distribución del tiempo empleado en cada una de ellas. Así mismo, este cambio también lo identificaron con la adquisición de nuevas ocupaciones relacionadas con el cuidado materno, muchas de ellas destacadas como significativas por ellas mismas.</p>	<p>Existen barreras y facilitadores en el proceso de transición ocupacional vinculada a la maternidad. Los facilitadores se corresponden con el sentido que el nuevo rol de la maternidad otorga a sus vidas y la oportunidad de transformación que implica, repercutiendo positivamente en el acceso a ocupaciones significativas. Las barreras son la falta de apoyo o de información, y la inestabilidad económica, que dificultan la participación en estas nuevas ocupaciones significativas.</p>
<p>Mitos acerca de la maternidad en mujeres con discapacidad</p>	<p>Explorar los procesos de exclusión que enfrentan las</p>	<p>Estudio cualitativo</p>	<p>Los resultados obtenidos permitieron evidenciar tanto la omisión que hacen del tema las políticas y programas gubernamentales, como algunas posturas, discursos y prácticas</p>	<p>Necesidad de erradicar los prejuicios sociales sobre las mujeres con discapacidad y sus demandas, además de generar espacios de reflexión y</p>

(Cruz, 2014).	mujeres con discapacidad, en especial física, cuando deciden ejercer sus derechos sexuales y reproductivos.		que deben enfrentar las mujeres cuando expresan deseos o solicitan servicios relacionados con su sexualidad y/o reproducción.	capacitación al personal de atención para favorecer un cambio de actitud que les permita reconocer a las mujeres con discapacidad física como personas adultas y sexuadas, con múltiples intereses que no desaparecerán con el simple hecho de ignorarlos.
Mothers with disabilities: in their own voice (Farber, 2000).	Comprender las experiencias de las mujeres con discapacidad en sus ocupaciones maternas y las percepciones de su entorno.	Estudio cualitativo	La calidad de la experiencia de las participantes varió según el grado de similitud o disimilitud con otras madres y la aceptación de estas diferencias. Además, la calidad de la experiencia de la maternidad estuvo estrechamente ligada a su percepción del apoyo de su entorno interpersonal.	Las madres con discapacidades tienden a valorar la importancia de realizar las ocupaciones maternas de acuerdo con una forma común culturalmente percibida, aunque la autoaceptación de sus propias diferencias únicas en el desempeño de estas ocupaciones también facilita la participación materna.
Becoming a mother:	Explorar los cambios en el	Estudio cuantitativo	Los hallazgos indican que las madres primerizas que llevan un estilo de vida previo	Con el nacimiento del primer hijo, las madres establecen nuevos patrones de

<p>occupational change in first time motherhood (Horne et al., 2005).</p>	<p>desempeño ocupacional de las madres primerizas.</p>	<p>mediante el listado de intereses modificado y el listado de roles.</p>	<p>a la maternidad que comprendía un equilibrio entre el cuidado personal, el ocio, la productividad y las ocupaciones de descanso, experimentan un período de interrupción ocupacional antes de adaptarse a la maternidad.</p>	<p>ocupación, a través de los cuales el papel de madre se engloba como parte de su propia identidad. Las ocupaciones emprendidas para desempeñar este papel se convierten en parte de sus rutinas establecidas, y las ocupaciones maternas adquieren un significado intenso.</p>
<p>Maternal role transition: why new mothers need occupational therapists (Slootjes et al., 2016).</p>	<p>Crear evidencia sobre la Terapia Ocupacional en la salud materna, promoviendo a los terapeutas ocupacionales como parte del equipo de atención interdisciplinar</p>	<p>Estudio cualitativo</p>	<p>Los terapeutas ocupacionales pueden brindar atención maternal a mujeres con discapacidad. Pero, todavía son pocos los que brindan atención a mujeres sin discapacidad para abordar el impacto de la maternidad en su desempeño ocupacional. Los terapeutas ocupacionales pueden proporcionar intervenciones para mejorar estos problemas del desempeño ocupacional de las mujeres durante el periodo perinatal.</p>	<p>Aún hay poca evidencia que oriente la práctica de la Terapia Ocupacional dentro de los equipos interdisciplinarios de atención maternal. Se necesita una práctica centrada en la mujer, para promover su salud y bienestar desde la profesión.</p>

Tabla 2. Nivel de evidencia y grados de recomendación de los artículos analizados según SIGN.

Autor	Nivel de evidencia	Grados de recomendación
(Redshaw et al., 2013)	3	D
(Heideveld-Gerritsen et al., 2021)	3	D
(Mitra et al., 2017)	3	D
(Hall et al., 2018)	3	D
(Iezzoni et al., 2015).	3	D
(Wint et al., 2016)	3	D
(Gichane et al., 2017)	3	D
(Gomiz, 2016)	3	D
(Rodríguez et al., 2012).	3	D
(Domínguez et al., 2018)	3	D
(Cruz, 2014)	3	D
(Farber, 2000)	3	D
(Horne et al., 2005)	3	D
(Slootjes et al., 2016)	3	D

## DISCUSIÓN

La mayoría de los artículos sometidos a discusión utilizan la metodología cualitativa, especialmente mediante entrevistas a madres con discapacidad, de manera que, se recogen las experiencias que viven estas mujeres durante el proceso de la maternidad.

Para comenzar a discutir las experiencias que advierten las mujeres con discapacidad, Gomiz (2016) recoge las situaciones a las que se enfrentan estas mujeres para ejercer su derecho a la sexualidad, detectándose varios tipos de violencia. En primer lugar, violencia física y sexual, con acciones que atentan contra la libertad sexual de la mujer, incluyendo intervenciones muy lesivas como los abortos coercitivos o las esterilizaciones forzosas. En segundo lugar, violencia psicológica, ya que la humillación o la estigmatización por su discapacidad vulneran su bienestar y autoestima. En tercer lugar, estructural al negarle información y conocimiento sobre sus derechos fundamentales. En cuarto lugar, institucional, al no existir políticas que garanticen que este tipo de actos no se produzcan. Y en quinto lugar, simbólica, fruto de la invisibilización de la realidad de estas mujeres en la sociedad. La autora menciona también que, existe una correlación evidente entre la violencia física y la maternidad, ya que en el caso de mujeres víctimas de violencia de género, el embarazo es un factor desencadenante de este tipo de violencia, o un agravante de la misma.

Entonces, Gomiz (2016) afirma que, la maternidad supone una variable de discriminación para las mujeres, la cual se agrava aún más para las mujeres con discapacidad. Estas últimas presentan unas tasas de inserción laboral más bajas que otras mujeres, tienen menos relaciones sociales, lo que se traduce en menos apoyos sociales, y pueden requerir de ayuda para realizar las labores del hogar y asumir el cuidado de los hijos, o necesitan más tiempo para desarrollar ciertas tareas. Sabiendo que, la falta de adaptaciones suele contribuir a que estos tiempos sean mayores o que se requiera ayuda de otras personas para realizar las tareas, estas mujeres requieren que se les proporcionen ciertos apoyos para poder llevar a cabo sus actividades de la vida diaria de manera independiente.

En cuanto a las limitaciones sociales, Cruz (2014), explica que, cuando las mujeres con discapacidad manifiestan su deseo de ser madres, la sociedad trata de interferir en esta decisión con comentarios negativos. Por un lado, son las propias

familias de estas mujeres quienes cuestionan que puedan traer al mundo a una criatura y cuidarla como es debido. Por otro lado, el personal sanitario suele incidir en el riesgo que supone el embarazo y el parto para la salud de la madre y del bebé, y que se trata de una irresponsabilidad por parte de la mujer, mermando su autoestima.

De esta manera, para conseguir una buena atención de las mujeres embarazadas con discapacidad, es necesario erradicar los prejuicios sociales, así como, capacitar al personal de atención para reconocer a las mujeres con discapacidad física como personas adultas y sexuadas, y así abordar sus necesidades y demandas (Cruz, 2014).

Iezzoni et al. (2015) recogen las percepciones de la sociedad acerca de los embarazados de las mujeres con discapacidad física. Estas describen estar acostumbradas a recibir comentarios negativos por su discapacidad, pero con el embarazo, estos comentarios aumentan, mayoritariamente con expresiones de asombro sobre cómo ha sucedido el embarazo. Los comentarios recibidos son de diferentes tipos: curiosos, intrusivos, hostiles, cuestiones sobre la capacidad de la mujer como madre, inconscientes, al no reconocer el embarazo, y en último lugar, positivos. Las entrevistadas dudan de que las mujeres embarazadas sin discapacidad evoquen las mismas críticas de extraños. Los autores sugieren que las mujeres embarazadas con discapacidad física deben anticipar las interacciones sociales no deseadas y planificar, en la medida de lo posible, cómo desean responder. Aunque, la responsabilidad no debería recaer en estas mujeres, preparar de antemano cómo quieren manejar estas situaciones intrusivas puede minimizar el estrés.

Como refiere Cruz (2014), el personal sanitario también alberga prejuicios, que deben ir eliminando para proporcionar la atención de mayor calidad posible a las mujeres embarazadas con discapacidad física, y que estas se sientan cómodas durante su seguimiento médico. Esto, junto con el desarrollo de estrategias para aliviar el estrés producido por las situaciones intrusivas, puede beneficiar a las mujeres a participar plenamente en la vida comunitaria y disfrutar de sus embarazos, para que estos supongan experiencias positivas en sus vidas.

Según Hall et al. (2018), las mujeres entrevistadas, en concreto aquellas con discapacidad física, sugieren que el personal de atención de maternidad parece no tener conocimiento sobre la discapacidad y cómo ella puede influir en el embarazo, el parto y la crianza de los hijos. Respecto a las madres con discapacidad visual, estas destacan específicamente la necesidad de que el personal de atención se comunique de manera

adecuada con ellas, sin que se pierda información importante. Por ejemplo, que tengan conocimientos sobre lactancia materna y puedan comunicar dicha información a estas mujeres, ya que la provisión de información sobre lactancia materna para este colectivo ciego es particularmente desafiante.

Por otro lado, Hall et al. (2018), recogen los testimonios de las mujeres acerca de la importancia de la continuidad de los cuidados y el seguimiento con el mismo personal sanitario a lo largo del embarazo. Señalan esto como un factor facilitante para el desarrollo del mismo, ya que sugieren que cuando se involucran nuevos profesionales en el proceso, suponen nuevas dificultades añadidas. Por último, los autores señalan que, si se presentan dificultades en cualquier etapa de la gestación, se debería proporcionar apoyo emocional a la madre y a su pareja.

Según Redshaw et al. (2013), aunque muchas mujeres con discapacidad se convierten en madres y dan a luz a bebés sanos, las mujeres entrevistadas manifiestan dificultades principalmente en la comunicación con el personal sanitario y en concreto, las mujeres con discapacidad física informan de barreras en el acceso a las instalaciones de atención médica. En contraposición, otras mujeres con discapacidad refieren sentirse invisibles en el sistema de salud, ya que sus problemas no son simplemente médicos, sino sociales y políticos, que no se solucionan facilitando accesibilidad física.

Acorde con estos autores, las mujeres con discapacidad en las primeras etapas del embarazo tienen un acceso a la atención médica similar al de las mujeres sin discapacidad, aunque se someten a más controles prenatales y ecografías. En relación con el parto se aprecian diferencias significativas, ya que las mujeres con discapacidad presentan mayor probabilidad de cesárea, y en concreto, las mujeres con discapacidad física, mayor riesgo de parto instrumentado. En cuanto al posparto, las mujeres con discapacidad presentan menor probabilidad de realizar lactancia materna (Redshaw et al., 2013).

Los autores recogen que las mujeres con diferentes tipos de discapacidad coinciden en criticar los aspectos de la atención relacionados con la comunicación y el apoyo. Por tanto, Redshaw et al. (2013) están de acuerdo con los autores mencionados hasta el momento en que las actitudes negativas y el desconocimiento del personal sanitario dificulta una atención perinatal óptima. Teniendo en cuenta que, muchos de los problemas recogidos están relacionados con el acceso a la información y la forma en que los profesionales se comunican con la mujer con discapacidad, realizar

modificaciones en los sistemas comunicativos resultarían en una mejor relación terapéutica, y por tanto, mejor experiencia maternal (Hall et al., 2018).

Heideveld-Gerritsen et al. (2021) también recogen que, las mujeres con discapacidad experimentan dificultades durante el embarazo y el parto, debido a barreras físicas, falta de servicios especializados, barreras para acceder a la información y problemas de comunicación con el personal de atención. De esta forma, las actitudes y comportamientos del personal afectan directamente al bienestar de las mujeres. Además, la falta de atención adecuada por parte del personal sanitario genera insatisfacción con el sistema de salud y puede disminuir la probabilidad de buscar atención de maternidad en futuros embarazos.

Los autores recogen evidencia de que las mujeres con discapacidades físicas y sensoriales experimentan barreras para acceder a las instalaciones de cuidados maternos. Respecto a las mujeres con discapacidad física, informan que ciertas estancias de los entornos hospitalarios no son accesibles y existe una fuerte evidencia de que estas mujeres se sienten deshumanizadas a través de las acciones del personal de atención. En cuanto a las mujeres con discapacidad sensorial, expresan dificultades para orientarse, especialmente si no hay nadie disponible para ayudarlas, así como, creen que el personal de atención no ofrece asistencia a menos que se solicite explícitamente, ya que no parecen reconocer sus necesidades. Las mujeres con discapacidad auditiva informan dificultades para comunicarse con el personal de atención médica a menos que estuvieran acompañadas de una pareja. Y las mujeres con discapacidad visual, informan que el personal médico no sabe cómo demostrar la atención, siendo la comunicación verbal insuficiente para aprender y comunicarse, ya que las mujeres con discapacidad visual experimentan la familiarización principalmente a través de sentidos como el tacto (Heideveld-Gerritsen et al., 2021).

También existe evidencia de que, el personal de atención médica descarta las preocupaciones relacionadas con la situación de discapacidad de estas mujeres, ya que según sus experiencias, el personal sanitario parece pasar por alto las preocupaciones relacionadas con la discapacidad de las mujeres y centrarse en el embarazo y parto. Por ello, los autores coinciden en que, para mejorar las experiencias de cuidado, que en consecuencia pueden mejorar los resultados maternos y neonatales, es necesario eliminar las barreras en el proceso de la maternidad para las mujeres embarazadas con discapacidad (Heideveld-Gerritsen et al., 2021).

En cuanto a las mujeres sordas, Gichane et al. (2017) recogen las experiencias y la calidad de los servicios percibidos por mujeres con discapacidad auditiva. Estas mujeres describieron problemas para comprender al personal sanitario, y por tanto, una mala atención médica, describiendo incluso que se comunicaban con ellas mediante gritos.

Las barreras de comunicación estuvieron también presentes en el parto, donde las mujeres expresaron que no se entendían con el personal y que no podían comunicar el dolor que sentían. Los métodos de comunicación de más a menos utilizados fueron escritura, interpretación por parte de un familiar, lectura de labios e intérprete profesional. Las participantes que recibieron comunicación mediante escritura, explicaron que los médicos les escribían mensajes con terminología que no podían entender. Además, algunas mujeres manifestaron tener una capacidad limitada de lectoescritura. Teniendo en cuenta que, la comunicación es un factor determinante de la calidad de la atención recibida, los autores determinan que, la prestación de servicios de interpretación adecuados a lo largo de todo el proceso de maternidad, es imprescindible para garantizar la calidad de la atención y los derechos humanos de las mujeres sordas (Gichane et al., 2017).

Tras todas las dificultades recogidas desde la visión de las madres con discapacidad, Mitra et al. (2017) recogen las percepciones del personal sanitario sobre sus experiencias y necesidades al prestar atención a mujeres con discapacidad, en concreto, física. Así, describieron varias barreras a nivel médico para brindar una atención de maternidad óptima para mujeres con discapacidad física, incluyendo la falta de capacitación y educación del médico relacionada con la atención de maternidad y las necesidades clínicas específicas de las mujeres con discapacidad física, así como una coordinación inadecuada de la atención entre los diferentes profesionales sanitarios. En resumen, casi todos los participantes describieron una falta de educación y capacitación relacionada con las necesidades de atención de maternidad de las mujeres con discapacidades físicas, y reflejan que esta falta de capacitación les genera incertidumbre y puede conducir a experiencias incómodas para mujeres con discapacidad física.

Además, la falta de datos clínicos basados en la evidencia relacionada con el embarazo en mujeres con discapacidad física es una barrera manifestada por múltiples profesionales de la salud. Estos señalan la ausencia de datos clínicos sólidos y pruebas sobre el embarazo en mujeres con discapacidad física específicas en las que basar las

directrices de su intervención. Por ello, una buena capacitación del personal, así como, la elaboración de guías para la práctica clínica, podría prevenir el sesgo de los profesionales hacia las mujeres embarazadas con discapacidades físicas (Mitra et al., 2017).

En relación con nuestra disciplina, algunos de los artículos sometidos a discusión, aportan una visión de la problemática descrita y sugieren cómo abordarla desde la perspectiva de la Terapia Ocupacional.

Para comenzar, Horne (2005) señala que, el desempeño ocupacional de las madres cambia desde que tienen el primer hijo. Con motivo de la maternidad se establecen nuevos patrones de ocupación a través de los cuales el papel de madre se engloba como parte de su propia identidad y las ocupaciones de la maternidad se convierten en parte de sus rutinas y adquieren un significado intenso. De este modo, la maternidad supone un cambio en el compromiso con las ocupaciones y en la identidad ocupacional.

Antes de ser madres, las mujeres refieren participar en ocupaciones de ocio como salir con amigos o ir al cine, sin embargo, tras la maternidad el ocio y tiempo libre suele ser la ocupación más castigada, ya que aunque todavía se realicen actividades de ocio, estas se limitan al hogar, de manera que las actividades de ocio que excluyen al bebé y ocurren fuera del hogar son menos frecuentes desde que se convierten en madres. También, antes de la maternidad, las mujeres refieren dormir las horas necesarias por la noche, así como, dedicarse tiempo para relajarse, como por ejemplo, tomando un baño. De igual manera, otra ocupación muy afectada según este autor es el descanso y sueño. Las mujeres refieren dedicar mucho tiempo a las nuevas ocupaciones de cuidado del bebé, mientras están cansadas por la falta de sueño (Horne, 2005).

En definitiva, este cambio en el compromiso con las ocupaciones supone un desequilibrio ocupacional, por lo que Horne (2005) destaca la necesidad de un buen balance ocupacional, en concreto, señala la importancia de un descanso y sueño adecuado, así como, de mantener las relaciones sociales para lograr el bienestar de las mujeres.

Según Domínguez et al. (2018), la maternidad cambia los roles, ocupaciones e identidad ocupacional de las mujeres, en el proceso conocido como transición ocupacional. De acuerdo con estos autores, es importante abordar la maternidad desde la

salud mental, ya que actualmente, 1 de cada 4 personas sufrirá un trastorno mental a lo largo de su vida, siendo la depresión una de las causas principales de discapacidad en el mundo, y más frecuente en mujeres que en hombres. Teniendo en cuenta que el embarazo y el puerperio son considerados como etapas de mayor vulnerabilidad para la presentación de este trastorno, la depresión posparto se encuentra a la orden del día en estas mujeres.

Las barreras descritas por las mujeres con trastorno mental son principalmente, el estigma de la sociedad, la falta de apoyo social y la inestabilidad económica que se encuentra estrechamente ligada a las personas con este trastorno. Sin embargo, los autores recogen que, las mujeres con trastorno mental entrevistadas, consideran el nuevo rol de madres como un cambio positivo en su identidad, que les provee de nuevas actividades en su vida diaria y les produce un cambio en su autopercepción que repercute positivamente en su bienestar. Así, señalan que existen elementos que facilitan dicha transición ocupacional, siendo estos una buena preparación para la maternidad, el apoyo social y la continuidad de participación en ocupaciones (Domínguez et al., 2018).

Según Farber (2000), una buena aceptación por parte de las madres de su discapacidad, se considera un factor psicológico beneficioso, así como, positivo en la crianza de los hijos. En ocasiones, las madres luchan contra la frustración, tristeza, culpa o una visión negativa internalizada de sí misma por su discapacidad, al no sentirse como otras madres, sin embargo, se sienten orgullosas al enfrentar los desafíos de la maternidad.

Para ayudar a las madres con discapacidad a maximizar la funcionalidad y la calidad de vida, los terapeutas ocupacionales deben ser conscientes de la variedad de experiencias que tienen las madres y diseñar tratamientos individualizados que maximicen el compromiso ocupacional significativo de las madres. Sin embargo, en las asociaciones de personas con discapacidad, no se suele abordar la maternidad. Por ello, los autores sostienen que la Terapia Ocupacional es necesaria en los servicios sociosanitarios de atención a la maternidad (Domínguez et al., 2018; Farber, 2000).

Farber (2000) también refleja que, el terapeuta ocupacional debe explorar las dificultades que presenta la madre con discapacidad y proveer las adaptaciones necesarias. Y destaca que, en el caso de discapacidad física de la madre, si esta limita mucho las actividades con sus hijos, se deben proponer a la madre otro tipo de

interacciones que pueda realizar con ellos, por ejemplo, beneficiándose de las nuevas tecnologías. También, el terapeuta ocupacional debe ayudar a las madres con discapacidad a aceptar el hecho de que pueden necesitar utilizar diferentes medios para lograr los mismos fines que otras madres sin discapacidad, así como, normalizar el intercambio de roles. Además, se puede educar a la madre y su familia a desarrollar formas mutuamente respetuosas de compartir los roles de paternidad y de otros miembros de la familia, que promueven la autonomía y la participación ocupacional de la madre. Esto puede incluir replantear la aceptación de la ayuda, ya sea mecánica o humana, como una fortaleza, en lugar de una deficiencia. Además, en las discapacidades en las que la fatiga es un problema, ayudar a la mujer a pensar en cambiar las prioridades de las actividades esenciales de la maternidad y enseñar técnicas de manejo de la energía puede ser útil para facilitar su participación en las ocupaciones maternas que considera más significativas.

Respecto a la atención primaria al embarazo, Rodríguez et al. (2012), mencionan el concepto tradicional de paciente que supone para la mujer embarazada adoptar actitudes de aceptación, pasividad y sumisión. Por ello, durante el parto, aunque las mujeres no estén enfermas, asumen todas las características de la condición de paciente, situación en la que pierden parte de sus derechos como personas adultas.

Los autores destacan que, en las mujeres embarazadas y parturientas no se recogen intervenciones de preparación de la madre y su entorno familiar para la llegada del nuevo miembro, que implican cambios importantes de roles, tanto de los progenitores como de otros miembros de la familia, ni tampoco, asesoramiento en los cuidados de la madre desde una perspectiva preventiva, con el fin de evitar situaciones estresantes que puedan desencadenar en problemas psicológicos como la depresión posparto (Rodríguez et al., 2012).

Por otro lado, el estudio que realizan estos autores recoge que, la preparación maternal privada abre nuevas líneas de actuación, entre las que participa, entre otros profesionales, el terapeuta ocupacional. En cuanto al parto, la Terapia Ocupacional puede intervenir desde el ámbito de la prevención y promoción de la salud, entrenando a la mujer durante el embarazo para que afronte el parto como un fenómeno fisiológico y no como una enfermedad, instruyendo a la pareja, y acompañando en la etapa del puerperio sobre el cambio de roles (Rodríguez et al., 2012).

Finalmente, Wint et al. (2016), recogen las barreras que se encuentran las mujeres con discapacidad física y las consiguientes adaptaciones del domicilio que son necesarias durante el periodo posnatal. Así, las principales actividades donde las madres encuentran mayores dificultades son el cuidado y la alimentación del bebé durante la noche, el baño y el transporte del bebé, requiriendo la adquisición de nuevas estrategias para llevarlas a cabo. También, requieren de adaptaciones relacionadas con modificaciones del mobiliario.

En primer lugar, en cuanto al cuidado nocturno, señalan que la mayoría de las mujeres tienen que hacer ajustes en la disposición para dormir. Muchas optan por el colecho, acostando a su hijo con ellas o colocando una cuna adyacente a la cama, para facilitar alimentar o cambiar al bebé durante la noche. En segundo lugar, respecto al baño, muchas mujeres reconocen sentir miedo al bañar a sus hijos por motivos de seguridad, por lo que esta actividad suelen realizarla los padres, abuelas u otros cuidadores. Algunas madres relatan que en ocasiones, para realizar ellas el baño, la mejor opción es bañarse junto con los bebés. En tercer lugar, para el traslado de los bebés, la mayoría de las madres encuentran en el porteo la mejor forma de cargar a sus bebés. Muchas mujeres optan por el porteo como forma fácil y segura de sujetar a los bebés, pero en las mujeres en silla de ruedas es especialmente favorecedor, al requerir tener las manos libres para autopropulsar la silla u operar el joystick de la misma. En último lugar, en cuanto a las adaptaciones del mobiliario, se recoge que las cunas y los cambiadores suelen ser inaccesibles, al ser demasiados altos para madres en silla de ruedas, de manera que la mayoría de mujeres optan por cambiar a su bebé en la cama o en el suelo. Las mujeres manifiestan que sus parejas tienen que adaptar muebles, por ejemplo, creando un espacio debajo del cambiador para introducir la silla de ruedas. También, mencionan las cunas con lados abatibles o la posibilidad de hacer una puerta lateral a la cuna como una buena opción para acceder a coger a su bebé (Wint et al., 2016).

De acuerdo con Wint et al. (2016), las experiencias de las mujeres que reciben servicios de Terapia Ocupacional son positivas, al favorecer su independencia. Así, los autores recomiendan que los terapeutas ocupacionales participen en el desarrollo de productos de apoyo para suplir las necesidades mencionadas de las madres con discapacidad, así como, educación a las familias para incorporar estrategias que faciliten la crianza de sus bebés de manera cómoda para las madres y segura para los bebés.

Respecto al papel de la Terapia Ocupacional, Slootjes et al. (2016), identifican el potencial de los terapeutas ocupacionales para brindar servicios durante el periodo perinatal. Los autores recogen los deseos de las mujeres de empoderamiento para asumir las nuevas responsabilidades y tomar decisiones informadas durante el periodo perinatal. Las mujeres manifiestan la necesidad de una mayor educación sobre los cambios tanto físicos, emocionales como sociales, para mejorar la preparación al periodo posnatal y asumir los roles de la maternidad. Se recoge la necesidad de intervenciones holísticas y centradas en la mujer, considerando y priorizando la salud psicosocial y la calidad de vida de la misma.

Actualmente, en diferentes países los terapeutas ocupacionales brindan atención a mujeres que tienen una discapacidad preexistente durante el período perinatal, así como, si el bebé viene con alguna discapacidad o es prematuro. En cambio, todavía son pocos los terapeutas ocupacionales que brindan atención a mujeres sin discapacidad para abordar el impacto de los síntomas del embarazo y el posparto en su desempeño ocupacional. Los autores tienen en cuenta los desafíos físicos, emocionales y sociales que supone la maternidad y señalan que el empoderamiento de la madre para tomar decisiones informadas y confiar en sí mismas durante todo el proceso pueden prevenir complicaciones como la depresión posparto. Los terapeutas ocupacionales pueden fomentar el empoderamiento de las mujeres y facilitar transiciones ocupacionales exitosas para reducir la tensión por el nuevo rol materno (Slootjes et al., 2016). De hecho, según la AOTA (2020), las transiciones pueden requerir preparación, nuevos conocimientos y tiempo de adaptación, y los terapeutas ocupacionales pueden ayudar a planificar estas transiciones.

En conclusión, es posible la intervención de Terapia Ocupacional en maternidad para mejorar el compromiso con las ocupaciones y facilitar la transición ocupacional, ya que los terapeutas ocupacionales pueden promover la salud y el bienestar ocupacional, garantizando una participación ocupacional positiva y significativa de las madres.

Para abordar este campo desde nuestra disciplina, y teniendo en cuenta que aún no hay mucha evidencia de intervenciones de la misma en maternidad, es imprescindible el apoyo y fundamento en Modelos teóricos de Terapia Ocupacional que justifiquen el papel del terapeuta ocupacional con este colectivo.

Como se mencionó en la introducción del presente trabajo, un Modelo teórico de Terapia Ocupacional que puede guiar la práctica de la disciplina en el campo de la

maternidad es el Modelo de la Ocupación Humana (Kielhofner, 1980). Este modelo defiende que la persona al incorporarse en una actividad u ocupación, asume un rol ocupacional que debe desempeñar y a través del cual se emprende en un proyecto personal. De acuerdo con el MOHO, para lograr un desempeño ocupacional apropiado, se necesita una adaptación ocupacional, que consiste en construir una identidad ocupacional positiva y el logro de la competencia ocupacional con el tiempo. A lo largo de la vida ocupacional suceden múltiples cambios de diferente índole, uno de los cuales puede ser la transición a la maternidad como cambio transformacional, que se caracteriza por una transición ocupacional y la adquisición de un nuevo rol, el de madre. Según este modelo, como terapeutas ocupacionales debemos acompañar a las madres a lo largo de este proceso, para garantizar el logro de la identidad ocupacional, el compromiso con las ocupaciones y el rol de madre.

Teniendo en cuenta la necesidad de una atención centrada en estas mujeres, que las apoye durante el proceso de transición ocupacional relacionado con la maternidad, el segundo modelo que justifica la práctica de la Terapia Ocupacional en maternidad es el Modelo Canadiense de Desempeño Ocupacional (1997). Este modelo considera la capacidad personal para participar y realizar ocupaciones en varios entornos a lo largo de las etapas de la vida y las transiciones, así como, puede identificar de qué manera las ocupaciones maternas afectan al rendimiento ocupacional y a la calidad de vida de las mujeres, promoviendo este rendimiento mediante la atención centrada en ellas.

El último modelo que justifica el papel de la Terapia Ocupacional en maternidad es el Modelo de Desempeño Ocupacional de la AOTA, porque se emplea la terminología del Marco de trabajo para la práctica de la Terapia Ocupacional: Dominio y proceso (4ª edición) de la AOTA (2020), para categorizar las ocupaciones de la maternidad. Este modelo trata de evitar que se produzca una situación de desequilibrio ocupacional con la adquisición del nuevo rol de madre, teniendo en cuenta el entorno y contexto de la misma, para garantizar la participación y el desempeño ocupacional apropiados.

Desde la perspectiva ocupacional, la maternidad se considera una transición ocupacional que incluye la adquisición de una serie de nuevas ocupaciones. Así, la maternidad incluye como elementos principales la actividad reproductiva, siendo esta una actividad de la vida diaria (AVD), y la crianza de los hijos, siendo esta una actividad instrumental de la vida diaria (AIVD). Además, según el Marco de trabajo

para la práctica de la Terapia Ocupacional: Dominio y Proceso (4ª edición) de la AOTA (2020) se considera la gestión de la salud como otra ocupación, la cual tiene gran importancia durante el proceso del embarazo, debido a los cambios físicos y emocionales que este supone, e incluso, el riesgo que puede conllevar. Y, también, se contemplan las actividades espirituales dentro de las AIVD, una de las cuales puede ser la maternidad, si el sueño de la vida de la mujer es formar una familia y le satisface plenamente.

Para finalizar, las limitaciones del presente trabajo son, en primer lugar, que aún existe poca bibliografía sobre las dificultades que presentan las mujeres con discapacidad durante el proceso de maternidad, en segundo lugar, que los artículos sometidos a discusión tienen bajo nivel de evidencia y grados de recomendación, y en tercer lugar, que hay poco bagaje de intervenciones de Terapia Ocupacional en maternidad.

Por ello, hay que seguir realizando estudios que tengan en cuenta las barreras y necesidades de las mujeres con discapacidad cuando son madres, y cómo afectan a su desempeño ocupacional y calidad de vida. Así mismo, se necesitan más investigaciones para examinar las estrategias y adaptaciones más efectivas para facilitar este desempeño ocupacional y garantizar la calidad de vida desde Terapia Ocupacional.

Por consiguiente, es necesario abrir futuras líneas de investigación, para seguir ampliando la información sobre este ámbito, y establecer las bases para una futura guía de intervención de Terapia Ocupacional en maternidad. Pero, hay poca evidencia que oriente la práctica de la Terapia Ocupacional como parte de los equipos multidisciplinares de salud materna, de manera que para una futura intervención en este campo se requiere investigación y promoción del papel del terapeuta ocupacional.

En definitiva, esta revisión sistemática puede ser la base para el desarrollo de una guía clínica, cuyo objetivo sea mejorar la calidad de la atención de maternidad, teniendo en cuenta las necesidades de las mujeres con diferentes tipos de discapacidad, gracias a la visión holística que caracteriza la Terapia Ocupacional.

## CONCLUSIONES

Las mujeres con diferentes tipos de discapacidad durante el proceso de la maternidad, experimentan una serie de dificultades y se enfrentan a barreras que impone la sociedad, lo cual les genera unas necesidades que deben ser abordadas por un equipo multidisciplinar.

Así pues, las barreras que se interponen en la experiencia de estas mujeres son principalmente, dificultades para acceder a la información, críticas por gran parte de la sociedad, problemas de comunicación con el personal sanitario y entornos de atención inaccesibles, así como, falta de apoyos y adaptaciones en su entorno domiciliario. Estas barreras afectan directamente al desempeño ocupacional de las mujeres y se relacionan con un menor disfrute del embarazo y de la crianza de los hijos, repercutiendo negativamente en la calidad de vida. Por ello, se considera necesaria la figura del terapeuta ocupacional dentro del equipo multidisciplinar anteriormente mencionado para abordar las necesidades planteadas por las mujeres con discapacidad durante la maternidad.

En primer lugar, considerando las actitudes negativas de los profesionales de atención hacia las mujeres, que parecen resultado de una escasez de formación en discapacidad, los terapeutas ocupacionales, como profesionales sociosanitarios con formación en la misma, podemos capacitar al personal y mejorar aspectos de la atención de la maternidad para estas mujeres. De hecho, es importante conocer bien la condición de discapacidad de cada mujer, sobretodo si esta es probable que se agrave durante el embarazo. Así pues, la mejora de la atención es posible mediante la sensibilización del personal sobre las barreras y necesidades que presentan estas mujeres, lo cual podría facilitar un mayor empoderamiento de las mismas y contribuir a mejorar los resultados tanto para las madres como para sus bebés, en beneficio de su salud. Es decir, la Terapia Ocupacional tiene, por un lado, un papel divulgativo de las barreras que se encuentran las mujeres con discapacidad, y por otro lado, un papel de formación al resto de profesionales.

En cuanto a la discapacidad física, las mujeres refieren barreras relacionadas con la accesibilidad a los dispositivos de atención. Teniendo en cuenta que estos problemas de accesibilidad generan un aumento de la dependencia funcional de las mujeres en un momento clave de su vida, el terapeuta ocupacional debe tratar de solventar estas

barreras, mediante la adaptación del entorno y la prescripción de productos de apoyo, para evitar que se vulnere la dignidad de la mujer y se merme su independencia.

En relación con el posparto y la crianza de los hijos, las mujeres con discapacidad física pueden encontrar formas de adaptar su entorno y ser completamente capaces de cuidar a sus hijos. Así pues, la Terapia Ocupacional puede acompañarlas en este proceso, modificando el entorno domiciliario y facilitándoles adaptaciones, así como, asesorándoles sobre diferentes estrategias acordes a las necesidades individuales de cada madre, como el porteo para el transporte del bebé o el colecho para el cuidado nocturno.

Respecto a los problemas de comunicación relacionados con el acceso a la información, sobretudo en discapacidad sensorial e intelectual, es necesaria la escucha activa y el respeto de los deseos de la madre, así como, explicar claramente los procedimientos que se van a llevar a cabo y cómo se pueden adaptar a la condición de cada mujer. Además, modificaciones en los sistemas comunicativos resultarían en una mejor relación terapéutica. En concreto, para las mujeres sordas signantes, es necesaria la implementación de servicios de interpretación en todo momento del proceso, tanto en las revisiones gestacionales, parto, etc., que garanticen que estas mujeres reciban toda la información necesaria y no se pierdan nada relevante.

En cuanto a las mujeres con discapacidad intelectual, estas pueden participar en el proceso de la maternidad de forma plena, siempre y cuando se les garantice el acceso a la información y conocimiento para ejercer su derecho a ser madres. Para ello, la Terapia Ocupacional tiene una visión holística que debe velar por el cumplimiento de este derecho, sin mermar su dignidad como persona.

Cabe señalar que, la continuidad en la atención y seguimiento por parte del mismo equipo de profesionales durante el proceso de maternidad, se recoge como un factor facilitante durante este proceso. De esta manera, para abordar la atención de las madres con discapacidad, es necesario un enfoque multidisciplinar, que incluya entre sus profesionales la figura del terapeuta ocupacional, y se garantice un seguimiento del proceso por parte del mismo equipo, mejorando los resultados en la salud materna y de los hijos.

Además, la maternidad desde una perspectiva ocupacional, se compone por una serie de cambios desde el embarazo, pasando por el parto, hasta la crianza de los hijos.

Estos cambios incluyen la adquisición del rol de madre y la introducción de una nueva ocupación, el cuidado de los hijos, lo cual nos permite hablar de transición ocupacional. El papel del terapeuta ocupacional surge por la necesidad de abordar los roles relacionados con la maternidad, puesto que existen necesidades vinculadas a estos roles, así como, facilitar la transición ocupacional.

Finalmente, los terapeutas ocupacionales pueden hacer grandes aportes en la promoción de la salud de las mujeres embarazadas, sobretodo en la preparación para la maternidad entendida como una ocupación. Esta preparación puede asegurar que la madre se enfrente al embarazo, parto y puerperio de manera informada y con los recursos necesarios, lo cual repercute positivamente en su salud física y emocional, desarrollando las habilidades y la confianza necesaria para la futura crianza de los hijos.

Si bien la maternidad es aún un campo por explorar para la Terapia Ocupacional, es en las experiencias vitales de las madres donde la profesión puede hacer importantes aportes, para acompañar a las madres en este proceso fisiológico y fomentar el bienestar de las mismas.

Teniendo en cuenta que el papel de la Terapia Ocupacional es promover la ocupación y la salud a través de ella, el terapeuta ocupacional debe garantizar que la participación en nuevas ocupaciones relacionadas con la maternidad, genere un impacto positivo en estas mujeres, garantizando el equilibrio ocupacional de las ocupaciones maternas con respecto a aquellas que se suelen ver afectadas como el descanso y sueño, el autocuidado y la participación social. De esta forma, se facilita la transición y el desempeño ocupacional, para fomentar la autonomía personal y la calidad de vida de las madres y sus hijos.

## BIBLIOGRAFÍA

- Acharya, V. (2014) Preparing for motherhood: a role for occupational therapy. *World Federation of Occupational Therapists Bulletin*.  
<https://doi.org/10.1179/otb.2014.70.1.005>
- American Occupational Therapy Association. (2020). Occupational practice framework: Domain and process (4<sup>th</sup> ed.). *American Journal of Occupational Therapy*, 74.
- Asociación Canadiense de Terapeutas Ocupacionales. (1997). *Modelo Canadiense de Desempeño Ocupacional (CMOP)*.
- Cruz Pérez, M. P. (2004). Mujeres con discapacidad y su derecho a la sexualidad. *Política y cultura*, (22), 147-160.
- Cruz Pérez, M. P. (2014). Mitos acerca de la maternidad en mujeres con discapacidad. *Perinatología y reproducción humana*, 28(2), 91-96.
- Dehays Pinochet, M. C., Hichins Arismendi, M., y Vidal Castillo, V. (2013). Análisis del significado de las ocupaciones atribuidas a ser mujer y madre para mujeres con discapacidad intelectual en la ciudad de Punta Arenas. Instituto Nacional de Derechos Humanos. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, 12(2).  
<https://doi.org/10.5354/0719-5346.2012.25301>
- Esmail, S., Darry, K., Walter, A., y Knupp, H. (2010). Attitudes and perceptions towards disability and sexuality. *Disability and Rehabilitation*, 32(14), 1148-1155. <https://doi.org/10.3109/09638280903419277>
- Farber, R. S. (2000). Mothers With Disabilities: In Their Own Voice. *American Journal of Occupational Therapy*, 54(3), 260-268. <https://doi.org/10.5014/ajot.54.3.260>

- Díaz Funchal, E. (2013). *El reflejo de la mujer en el espejo de la discapacidad: la conquista de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres con discapacidad*. CERMI. Editorial Cinca, S. A.
- Gichane, M. W., Heap, M., Fontes, M., y London, L. (2017). “They must understand we are people”: Pregnancy and maternity service use among signing Deaf women in Cape Town. *Disability and Health Journal*, 10(3), 434-439.  
<https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2017.03.016>
- Grandón Valenzuela, D. E. (2017). Terapia Ocupacional, discapacidad y género: La interseccionalidad como apertura hacia reflexiones pendientes. *Revista Ocupación Humana*, 17(2), 34-45. <https://doi.org/10.25214/25907816.170>
- Gomiz Pascual, M. P. (2016). La sexualidad y la maternidad como factores adicionales de discriminación (y violencia) en las mujeres con discapacidad. *Revista española de discapacidad*, 4(2), 123-142. <https://doi.org/10.5569/2340-5104.04.02.07>
- Hall, J., Hundley, V., Collins, B., y Ireland, J. (2018). Dignity and respect during pregnancy and childbirth: A survey of the experience of disabled women. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18(1), 328. <https://doi.org/10.1186/s12884-018-1950-7>
- Heideveld-Gerritsen, M., van Vulpen, M., Hollander, M., Oude Maatman, S., Ockhuijsen, H., y van den Hoogen, A. (2021). Maternity care experiences of women with physical disabilities: A systematic review. *Midwifery*, 96, 102938. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2021.102938>
- Horne, J., Corr, S., y Earle, S. (2005). Becoming a Mother: Occupational Change in

First Time Motherhood. *Journal of Occupational Science*, 12(3), 176-183.

<https://doi.org/10.1080/14427591.2005.9686561>

Iezzoni, L. I., Wint, A. J., Smeltzer, S. C., y Ecker, J. L. (2015). "How did that happen?" Public responses to women with mobility disability during pregnancy.

*Disability and Health Journal*, 8(3), 380-387.

<https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2015.02.002>

Kielhofner, G. (1980). *Modelo de la Ocupación Humana (MOHO)*.

Kielhofner, G. (2004). *Terapia Ocupacional. Modelo de Ocupación Humana: teoría y aplicación*. 3ª edición. Editorial Médica Panamericana.

Maceira Domínguez, M., Rivas-Quarneti, N., y García Gonzalo, N. (2018). Yo lo parí y él me dio la vida: Estudio de la transición ocupacional vinculada a la maternidad de dos mujeres con trastorno mental. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 26(2), 271-285.

<https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAO1156>

Mitra, M., Smith, L. D., Smeltzer, S. C., Long-Bellil, L. M., Sammet Moring, N., y

Iezzoni, L. I. (2017). Barriers to providing maternity care to women with physical disabilities: Perspectives from health care practitioners. *Disability and Health Journal*, 10(3), 445-450.

<https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2016.12.021>

Moya Maya, A. (2009). *La sexualidad en mujeres con discapacidad. Perfil de su doble discriminación*. *Feminismo/s* 13, 133-152.

Organización Mundial de la Salud. (2018). *La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo*.

[https://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual\\_health/sh-linkages-rh/es/](https://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/sh-linkages-rh/es/)

Organización Mundial de la Salud. (2020). *Discapacidad y salud*.

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/disability-and-health>

Peláez Narváez, A., Martínez Ríos, B., y Leonhardt Gallego, M. (2009). *Maternidad y discapacidad*. CERMI. Editorial Cinca, S. A.

Ramos Padilla, M. (2006). La salud sexual y la salud reproductiva desde la perspectiva de género. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 23(3).

Real Academia Española. Madre. En *Diccionario de la lengua española*. De

<https://dle.rae.es/madre?m=form>

Real Academia Española. Maternidad. En *Diccionario de la lengua española*. De

<https://dle.rae.es/maternidad?m=form>

Real Decreto Legislativo 8/2015 por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social. Artículo 357.

Redshaw, M., Malouf, R., Gao, H., y Gray, R. (2013). Women with disability: The experience of maternity care during pregnancy, labour and birth and the postnatal period. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 13(1), 174.

<https://doi.org/10.1186/1471-2393-13-174>

Amor Pan, J. R., y Seoane Rodríguez, J. A. (2000). Aspectos éticos y jurídicos de la esterilización de personas con discapacidad psíquica. Colección FEAPS, *Sexualidad y personas con discapacidad psíquica*, 337-342.

Slootjes, H., McKinstry, C., y Kenny, A. (2016). Maternal role transition: Why new mothers need occupational therapists. *Australian Occupational Therapy Journal*, 63(2), 130-133. <https://doi.org/10.1111/1440-1630.12225>

Viñuela Suárez, L. (2009). *Mujeres con discapacidad: un reto para la teoría feminista*.  
Feminismo/s 13, 33-48.

Wint, A. J., Smith, D. L., y Iezzoni, L. I. (2016). Mothers With Physical Disability:  
Child Care Adaptations at Home. *American Journal of Occupational Therapy*,  
70(6), 7006220060p1. <https://doi.org/10.5014/ajot.2016.021477>

World Health Organization. (2017). *Who recommendations on antenatal care for a  
positive pregnancy experience*.  
<https://www.who.int/publications/i/item/9789241549912>

World Health Organization. (2015). *The prevention and elimination of disrespect and  
abuse during facility-based childbirth*.  
[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO\\_RHR\\_14.23\\_eng  
.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_eng.pdf?sequence=1)

## ANEXO 1

Section and Topic	Item #	Checklist item	Location where item is reported
<b>TITLE</b>			
Title	1	Identify the report as a systematic review.	Portada
<b>ABSTRACT</b>			
Abstract	2	See the PRISMA 2020 for Abstracts checklist.	-
<b>INTRODUCTION</b>			
Rationale	3	Describe the rationale for the review in the context of existing knowledge.	Pág. 1-8
Objectives	4	Provide an explicit statement of the objective(s) or question(s) the review addresses.	9
<b>METHODS</b>			
Eligibility criteria	5	Specify the inclusion and exclusion criteria for the review and how studies were grouped for the syntheses.	10
Information sources	6	Specify all databases, registers, websites, organisations, reference lists and other sources searched or consulted to identify studies. Specify the date when each source was last searched or consulted.	10
Search strategy	7	Present the full search strategies for all databases, registers and websites, including any filters and limits used.	10
Selection process	8	Specify the methods used to decide whether a study met the inclusion criteria of the review, including how many reviewers screened each record and each report retrieved, whether they worked independently, and if applicable, details of automation tools used in the process.	10-11
Data collection process	9	Specify the methods used to collect data from reports, including how many reviewers collected data from each report, whether they worked independently, any processes for obtaining or confirming data from study investigators, and if applicable, details of automation tools used in the process.	-
Data items	10a	List and define all outcomes for which data were sought. Specify whether all results that were compatible with each outcome domain in each study were sought (e.g. for all measures, time points, analyses), and if not, the methods used to decide which results to collect.	-
	10b	List and define all other variables for which data were sought (e.g. participant and intervention characteristics, funding sources). Describe any assumptions made about any missing or unclear information.	-
Study risk of bias assessment	11	Specify the methods used to assess risk of bias in the included studies, including details of the tool(s) used, how many reviewers assessed each study and whether they worked independently, and if applicable, details of automation tools used in the process.	-
Effect measures	12	Specify for each outcome the effect measure(s) (e.g. risk ratio, mean difference) used in the synthesis or presentation of results.	-
Synthesis methods	13a	Describe the processes used to decide which studies were eligible for each synthesis (e.g. tabulating the study intervention characteristics and comparing against the planned groups for each synthesis (item #5)).	-

Section and Topic	Item #	Checklist item	Location where item is reported
	13b	Describe any methods required to prepare the data for presentation or synthesis, such as handling of missing summary statistics, or data conversions.	-
	13c	Describe any methods used to tabulate or visually display results of individual studies and syntheses.	-
	13d	Describe any methods used to synthesize results and provide a rationale for the choice(s). If meta-analysis was performed, describe the model(s), method(s) to identify the presence and extent of statistical heterogeneity, and software package(s) used.	-
	13e	Describe any methods used to explore possible causes of heterogeneity among study results (e.g. subgroup analysis, meta-regression).	-
	13f	Describe any sensitivity analyses conducted to assess robustness of the synthesized results.	-
Reporting bias assessment	14	Describe any methods used to assess risk of bias due to missing results in a synthesis (arising from reporting biases).	-
Certainty assessment	15	Describe any methods used to assess certainty (or confidence) in the body of evidence for an outcome.	-
<b>RESULTS</b>			
Study selection	16a	Describe the results of the search and selection process, from the number of records identified in the search to the number of studies included in the review, ideally using a flow diagram.	11
	16b	Cite studies that might appear to meet the inclusion criteria, but which were excluded, and explain why they were excluded.	-
Study characteristics	17	Cite each included study and present its characteristics.	12-20
Risk of bias in studies	18	Present assessments of risk of bias for each included study.	
Results of individual studies	19	For all outcomes, present, for each study: (a) summary statistics for each group (where appropriate) and (b) an effect estimate and its precision (e.g. confidence/credible interval), ideally using structured tables or plots.	-
Results of syntheses	20a	For each synthesis, briefly summarise the characteristics and risk of bias among contributing studies.	-
	20b	Present results of all statistical syntheses conducted. If meta-analysis was done, present for each the summary estimate and its precision (e.g. confidence/credible interval) and measures of statistical heterogeneity. If comparing groups, describe the direction of the effect.	-
	20c	Present results of all investigations of possible causes of heterogeneity among study results.	-
	20d	Present results of all sensitivity analyses conducted to assess the robustness of the synthesized results.	-
Reporting biases	21	Present assessments of risk of bias due to missing results (arising from reporting biases) for each synthesis assessed.	-

Section and Topic	Item #	Checklist item	Location where item is reported
Certainty of evidence	22	Present assessments of certainty (or confidence) in the body of evidence for each outcome assessed.	21
<b>DISCUSSION</b>			
Discussion	23a	Provide a general interpretation of the results in the context of other evidence.	22-33
	23b	Discuss any limitations of the evidence included in the review.	33
	23c	Discuss any limitations of the review processes used.	33
	23d	Discuss implications of the results for practice, policy, and future research.	33
<b>OTHER INFORMATION</b>			
Registration and protocol	24a	Provide registration information for the review, including register name and registration number, or state that the review was not registered.	-
	24b	Indicate where the review protocol can be accessed, or state that a protocol was not prepared.	-
	24c	Describe and explain any amendments to information provided at registration or in the protocol.	-
Support	25	Describe sources of financial or non-financial support for the review, and the role of the funders or sponsors in the review.	-
Competing interests	26	Declare any competing interests of review authors.	-
Availability of data, code and other materials	27	Report which of the following are publicly available and where they can be found: template data collection forms; data extracted from included studies; data used for all analyses; analytic code; any other materials used in the review.	-

Figura 2. Checklist, tomado de *The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews*, por Page, M.J., McKenzie, J.E., Bossuyt, P.M, Boutron, I., Hoffmann, T.C, Mulrow, C.D., et al., 2020 <http://www.prisma-statement.org/>