

PONTIFICIA UNIVERSIDAD  
CATÓLICA DEL PERÚ

FACULTAD DE PSICOLOGÍA



Creencias sobre una violencia (in)visible: Experiencias de violencia  
obstétrica en mujeres usuarias de hospitales de Lima Metropolitana

Tesis para obtener el título profesional de Licenciada en Psicología que presenta:

*Camila Noemí Loli Meza*

Asesora:

*PhD. María Angélica Pease Dreibelbis*

Lima, 2024

## Informe de Similitud

Yo, María Angélica Pease Dreibelbis, docente de la Facultad Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Perú, asesor(a) de la Tesis titulada Creencias sobre una violencia (in)visible: Experiencias de violencia obstétrica en mujeres usuarias de hospitales de Lima Metropolitana, de la autora Camila Noemi Loli Meza, dejo constancia de lo siguiente:

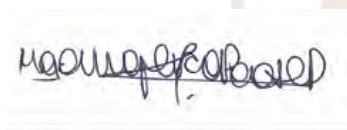
- El mencionado documento tiene un índice de puntuación de similitud de 10%. Así lo consigna el reporte del software Turnitin el 27/11/ 2024.
- He revisado con detalle dicho reporte, así como la Tesis, y no se advierten indicios de plagio.
- Las citas a otros autores y sus respectivas referencias cumplen con las pautas académicas.

Lugar y fecha: Lima, 27 de noviembre del 2024

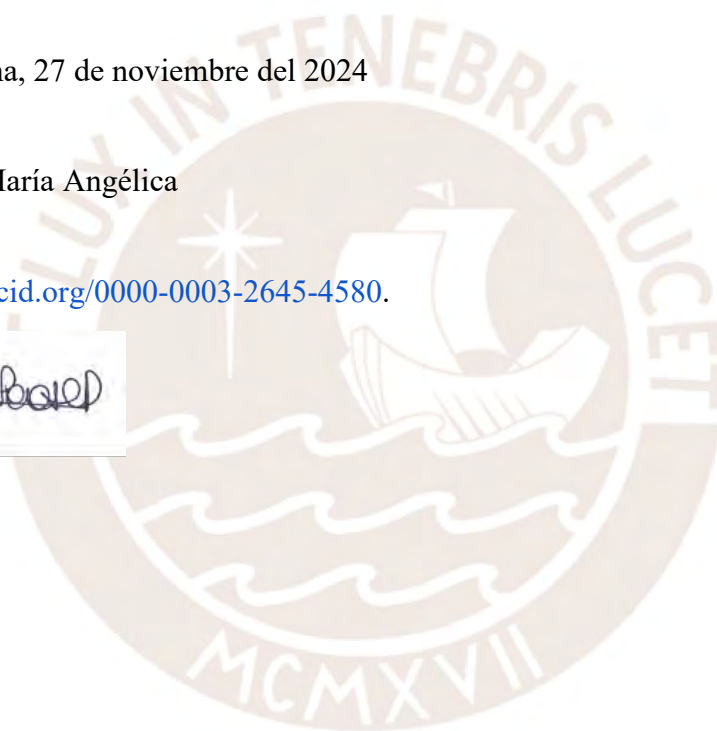
Pease Dreibelbis María Angélica

DNI 07879967

ORCID . <https://orcid.org/0000-0003-2645-4580>.



Handwritten signature of María Angélica Pease Dreibelbis.



## Resumen

La violencia obstétrica (V.O) es un fenómeno reconocido como obstaculizador al derecho a acceder a una salud sexual y reproductiva digna; ello por su perjudicial impacto en el bienestar de las mujeres durante el proceso del embarazo, parto y post parto (OMS, 2014). Buscando visibilizar esta problemática en el contexto peruano, la presente investigación tuvo como objetivo explorar las creencias sobre la experiencia de violencia obstétrica durante el proceso de parto de usuarias de hospitales públicos de Lima Metropolitana. Para ello, se llevó a cabo un estudio cualitativo exploratorio. Se halló creencias sobre la construcción del paciente desde un rol de pasividad y desconocimiento; en cambio, la figura del personal médico fue reconocida por su rol desestabilizador y de apoyo autoritario. Al presentarse V.O en el parto, las participantes manifestaron un rotundo rechazo a este tipo de atención, sin embargo, simultáneamente, se identificó que es una experiencia que puede ser naturalizada al minimizarse manifestaciones indirectas del fenómeno. Se instrumentalizó estas acciones al considerarlas como facilitadoras en el éxito del parto en pacientes no colaborativas. Asimismo, se identificó creencias de haber sido representadas desde la inferioridad, despersonalización y obediencia. Ante experiencias de V.O, se presentaron afrontamientos desde la pasividad, evitación y resistencia. Se calificó la situación vivida como inevitable pero perjudicial e injusta para las mujeres que se atienden en servicios de salud pública. Durante el diálogo, se manifestó un proceso de resignificación a partir de la búsqueda de visibilizar y prevenir la ocurrencia de violencia obstétrica.

**Palabras clave:** Creencias, Violencia Obstétrica, Naturalización

## **Abstract**

Obstetric violence (OV) is a phenomenon recognized as an obstacle to the right to access to appropriate sexual and reproductive healthcare; this due to its negative impact on the well-being of women during the process of pregnancy, childbirth and postpartum (WHO, 2014). In order to highlight this issue in the Peruvian context, this study aimed to explore the beliefs about the experience of obstetric violence during the delivery process of women in public hospitals in Metropolitan Lima. For this purpose, exploratory qualitative research was carried out, results show that beliefs about the figure of the patient were constructed from a role of passivity and ignorance, on the other hand, the figure of the health care providers was recognized for its destabilizing and authoritarian support. Although the presence of violence in childbirth was rejected by the participants, this study found that indirect manifestations of violence were naturalized and instrumentalized by minimizing these expressions and considering them useful to facilitate childbirth in non-cooperative patients. Likewise, the results show that women believe that they were represented from narratives of inferiority, depersonalization and obedience. In the face of V.O experiences, coping mechanisms from positions of passivity, avoidance and resistance were identified. This type of mistreatment was classified as inevitable but harmful and unfair for female users of public health services. Lastly, a process of resignification of the experience of maternal health care was manifested from the search to raise awareness and prevent the occurrence of this problem.

**Key words:** Beliefs, Obstetric Violence, Childbirth Mistreatment, Naturalization, Psychology

## **Agradecimientos**

A cada una de las mujeres que participaron en esta investigación. Infinitas gracias por su apoyo, apertura y confianza. También creo que incluso con un pequeño grano de arena se inician los cambios.

A mi madre, por los abrazos, las risas y animarme a siempre soñar y perseverar.

A mi asesora Nani, por ser una fuente invaluable de apoyo durante este proceso. Gracias por tu voz, guía y calma.



## Tabla de Contenidos

<b>Introducción</b>	1
<b>Método</b>	14
Participantes	14
Técnicas de recolección de información	15
Procedimiento	18
Análisis de Información	19
<b>Resultados y Discusión</b>	20
Creencias sobre el propio rol como pacientes y la forma que fueron representadas por el personal médico	20
Representación de la paciente desde la mirada del personal médico y creencias sobre el propio rol como usuarias	31
Representación de la experiencia de violencia obstétrica	35
<b>Conclusiones</b>	46
<b>Referencias</b>	50
<b>Apéndices</b>	
Apéndice A: Consentimiento Informado	53
Apéndice B: Ficha demográfica	54
Apéndice C: Guía de entrevista	59
Apéndice D: Protocolo de Contención	60

## Introducción

Toda persona tiene el derecho a acceder a una salud sexual y reproductiva respetuosa, digna y de calidad (Organización Mundial de la Salud [OMS], 1946); ello implica que los individuos sean capaces de alcanzar un estado de bienestar físico, psicológico y social, en el plano sexual y en el proceso reproductivo y, a su vez, involucra la garantía de acceder a una educación y a servicios de salud sexual y reproductiva de calidad, asegurando libertad sobre el propio cuerpo y reproducción sin coacciones ni violencia (Caballero, 2017; OMS, 1946; Organización de las Naciones Unidas [ONU], 1995). En ese sentido, debe asegurarse el más alto nivel de cuidados y respeto en los procesos de embarazo, parto y atención materna, y el derecho de las mujeres a no ser violentadas ni discriminadas (OMS, 2014).

No obstante, el trabajo de organizaciones ha permitido reconocer la existencia de barreras individuales e institucionales que impiden que se alcance una adecuada atención en los servicios de atención ginecológica y obstétrica (Sadler et al., 2011). El creciente estudio sobre las implicancias sociales de excesivas intervenciones médicas durante el parto, y la visibilización de prácticas irrespetuosas y de abuso hacia las mujeres en espacios de salud, ha originado debates entorno a la definición, manifestación y medición de la violencia contra la mujer que acontece durante la atención del embarazo, parto y postparto en centros de salud (Sadler et al., 2016; Šimonović, 2019). En esta línea, se planteó la necesidad de visibilizar la existencia de este fenómeno como un problema global que representa una violación de los derechos humanos y reproductivos de las mujeres (Freedman & Kruk, 2014; Jewkes & Penn-Kekana, 2015).

De esta forma, la OMS (2014) emitió una histórica declaración reconociendo la existencia de un maltrato o trato irrespetuoso y ofensivo durante el parto que debía ser identificado como un problema de salud pública. Enfatizó en la necesidad de realizar cambios en el modelo de atención médica e instó a los sistemas de salud a erradicar dicho maltrato que atenta contra el bienestar integral de las mujeres y sus hijos, perjudica la credibilidad y la confianza en los sistemas de salud, desalienta el uso de los servicios gineco-obstétricos, etc. Asimismo, hizo un llamado al diálogo, investigación y la acción de los Estados para crear políticas vinculadas a la atención materna respetuosa (OMS, 2014).

En el 2019, Naciones Unidas referenció estas acciones y prácticas como un tipo de violencia. Se planteó que estos tratos, en conjunto con intervenciones no consentidas, responden a un fenómeno denominado violencia obstétrica, que se encuentra de manera sistemática y generalizada en los servicios de salud. Se propuso un enfoque basado en la perspectiva de derechos humanos y violencia contra la mujer en los servicios de salud

reproductiva y propone al consentimiento informado como un elemento vital que previene esta problemática (Šimonović, 2019).

Aunque la existencia de prácticas violentas en las dinámicas entre el personal de servicios de salud y las mujeres usuarias han sido reiteradamente reconocidas, e incluso clasificadas como “trato irrespetuoso, maltrato o abuso” o “violencia obstétrica” por organizaciones gubernamentales y no gubernamentales (Šimonović, 2019; OMS, 2014; Tobasía-Hege et al., 2019), se desconoce con exactitud la magnitud de este fenómeno a nivel internacional (OMS, 2014). Para lograr incidir en esta problemática, se han propuesto modelos para categorizar y operacionalizar factores característicos del maltrato en la atención del parto (Savage & Castro, 2017). Bowser y Hill (2010) fueron los primeros en definir siete categorías para agrupar situaciones que hacen referencia a “la falta de respeto y abuso” durante la atención del parto: abuso físico, atención no consentida, falta de confidencialidad durante la atención, atención no digna, discriminación basada en atributos específicos, abandono o negación de atención y detención en centros de salud.

En respuesta, Freedman et al. (2014), complejizaron la definición al plantear que se generaba un vacío al no incluir factores de nivel individual, estructural y de políticas públicas que componen la problemática. Recalaron que es necesario analizar las características del comportamiento del personal que brinda atención, además de factores como las condiciones de la infraestructura del espacio/institución de atención, etc. Por ello, propusieron un modelo que definió la falta de respeto y el abuso en el parto como aquellas interacciones o condiciones que se vivencian como humillantes e indignas o, que el colectivo o comunidad mediante consenso social puede reconocer de la misma forma (Freedman et al., 2014). Diversos estudios mencionan que este modelo da espacio a explicar la normalización de formas de maltrato y las contradicciones entre las definiciones de maltrato brindadas por los investigadores y las reportadas por el personal y usuarias de atención en salud (Freedman et al., 2014; Freedman & Kruk, 2014; Savage & Castro, 2017).

En cuanto a la prevalencia, las investigaciones revelan un gran número de mujeres afectadas alrededor del mundo por maltrato en la atención institucional del parto (D'Oliveira et al., 2002; Freedman et al., 2014; Savage & Castro, 2017). En un estudio transversal en países de África y Asia, encontraron que más de un tercio de las usuarias de atención pública de la investigación experimentaron maltrato. Hallaron que, a menor edad y nivel educativo, mayor vulnerabilidad a experimentar este tipo de violencia, lo que sugiere desigualdades en el trato durante el parto (Bohren et al., 2019). Cifras similares se reportaron en una revisión sistemática en América Latina, un tercio de mujeres evidencian haber sufrido alguna forma

de maltrato durante su atención (Tobasía-Hege et al., 2019). Por su parte, en USA, el 17.3% de más de 2000 usuarias de servicios de salud materno, experimentaron uno o más tipos de maltrato como: pérdida de autonomía, regañones, etc. Se sugiere que este trato es más frecuente en grupos étnicos excluidos cuando el parto se produce en hospitales (sector público) y en usuarias con dificultades sociales, económicas y de salud (Vedam et al., 2019).

Por el lado del impacto individual, esta violencia es un factor que repercute en el desarrollo psicológico y social de las afectadas. Investigaciones alrededor del mundo asocian a la V.O como un factor de riesgo que incrementa la probabilidad de experimentar trastorno por estrés postraumático (PTSD) y depresión posparto (PPD) (Leite et al., 2020; Perrotte et al., 2020; Silveira et al., 2019). Emociones de culpa, angustia, rabia y pérdida de propia confianza respecto a su “desempeño” durante la atención obstétrica también han sido reportadas entre las víctimas; variables como la pérdida de control del propio cuerpo, una atención coerciva y el tipo de parto recibido son mencionados como factores críticos en relación a la probabilidad del desarrollo de sintomatología más compleja (Defensoría del Pueblo, 2020; Perrotte et al., 2020; Silva-Fernandez et al., 2023).

A nivel social, se reporta un impacto en la percepción de confianza y la disposición al uso de servicios de salud reproductivos y obstétricos alrededor del mundo (Bohren et al., 2019; Defensoría del Pueblo, 2020; Sadler et al., 2011). Estudios evidencian que al presentarse la V.O durante la etapa prenatal, el uso de centros de atención institucionales, la agencia activa y comunicación sobre dudas relacionadas al embarazo de parte de las usuarias se vería desalentada, lo cual afecta el monitoreo del bienestar de neonato y la madre durante el parto y posparto (Murray de Lopez, 2018; Perrotte et al., 2020; Sadler et al., 2011; Vedam et al., 2019). A su vez, la V.O influye en la perpetuación de roles de género, mandatos culturales y estereotipos sobre figura de las mujeres y su labor reproductiva, lo cual impactaría en el nivel de participación que logran tener las usuarias de servicios médicos en su propio proceso de gestación, parto y posparto (Defensoría del Pueblo, 2020; Perrotte et al., 2020; Sadler et al., 2016).

En este contexto, en la región el término de violencia obstétrica surgió como alternativa para conceptualizar la variedad de formas de maltrato y abuso, tanto directas como simbólicas, que pueden ser identificadas como un tipo de violencia estructural e interpersonal relacionada a inequidades sociales y de género (Jewkes & Penn-Kekana, 2015; Sadler et al., 2016). Se especifica que este tipo de violencia puede ser entendida como una violencia institucional en salud (Belli, 2013; Gherardi, 2016; Magnone Alemán, 2011) y, asimismo, es identificada como un fenómeno en el que las desigualdades que parten del ejercicio

asimétrico de poderes en los espacios de salud se interseccionan (Briceño et al., 2018; Defensora del Pueblo, 2020; Glombovsky, 2017).

La existencia de un paradigma biomédico que concibe a las mujeres durante el parto como objetos a intervenir, en vez de sujetos de derechos; y jerarquiza el saber médico como hegemónico de los discursos, influye en la creación de estructuras de poder que impactan en las interacciones en los establecimientos de salud (Belli, 2013; Gherardi, 2016; Sadler et al., 2016). De esta forma, tanto la relación institución/médico-paciente como el género configuran dinámicas en las cuales el conocimiento y el lenguaje actúan como herramientas para situar a la mujer en una posición de desconocimiento y vulneración (Briceño et al., 2018; Defensora del Pueblo, 2020; Fuente Marti, 2018). Es por ello que Sadler et al. (2016) explican que conceptualizar este fenómeno en términos de violencia obstétrica brinda la posibilidad de analizar las dimensiones estructurales de la violencia dentro de su diversidad de manifestaciones.

En la actualidad, las investigaciones del tema se caracterizan por tener un enfoque exploratorio, es decir, se centran en analizar la incidencia, las narrativas y experiencias de los actores implicados en este tipo de violencia. Los estudios desde el discurso y percepciones de las afectadas han facilitado la comprensión de las bases sobre las cuales se manifiesta el maltrato, así, progresivamente se han reconocido elementos, tanto estructurales como individuales, que impulsan la problemática (Savage & Castro, 2017)

En cuanto a la naturalización, se plantea que existe un contraste entre la definición de violencia obstétrica y las percepciones de mujeres sobre una atención abusiva, esto se relacionaría con las dificultades para reconocer este fenómeno como una forma de violencia dado el desconocimiento sobre derechos en el parto y, por la existencia de normas sociales y creencias que afectan la interpretaciones de los hechos (Castro & Erviti, 2015; Freedman et al., 2014; Freedman & Kruk, 2014; Savage & Castro, 2017).

En esa línea, Castro y Savage (2019), en su estudio dentro de instituciones de salud públicas en República Dominicana, evidenciaron que el hecho que las mujeres no identificaran formas de violencia obstétrica como maltrato se vincula a que concebían estas experiencias como inevitables y/o normales en el espacio de maternidad y, además, porque planteaban que una calidad de atención dependía de aspectos como puntualidad y efectividad de la prestación del servicio, en lugar de factores como el consentimiento o el comportamiento médico personal.

Siguiendo con la complejidad que supone reconocer este tipo de violencia para las usuarias y el personal de salud, en una investigación cualitativa mexicana, Murray de Lopez

(2018) reportó que la naturalización de la violencia obstétrica podría ocasionarse debido al rol que tienen las ideas locales y creencias sobre lo que uno debe soportar para convertirse en una "buena madre". Estos elementos influyen en la forma en que los profesionales, la comunidad y las usuarias tratan e interpretan los actos de violencia obstétrica. De la misma forma, Rangel-Flores y Martínez-Ledezma (2017) que estudiaron la ausencia de percepción de violencia en mujeres indígenas de México reportaron casos que, aunque habían atravesado por procesos de medicalización excesiva o negligencias, no identificaron la experiencia de estos como violencia o maltrato ya que consideraban que eran hechos enmarcados en la relación médico-paciente. Los autores plantearon que dichas situaciones se presentaban por la falta de información de las mujeres sobre las buenas prácticas y procedimientos en los espacios médicos.

En el caso del Perú, el país no ha sido ajeno a esta problemática. En un detallado informe realizado por el Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de las Mujeres (CLADEM, 1998) sobre la violencia contra las mujeres en los servicios públicos de salud reproductiva y planificación familiar, se presentaron los primeros casos documentados de violencia obstétrica. Se evidenció diversas manifestaciones de violencia física y psicológica (coerción, negligencia, negatoria de información, discriminación, etc); entre los reportes, destaca la manera que las agresiones verbales, que incluyen descalificativos y reproches, fueron reportadas como prácticas recurrentes y naturalizadas que, según las mujeres, debían afrontar por no contar con los medios económicos para acceder a un servicio de "calidad" (CLADEM, 1998).

Por su lado, la Defensoría del Pueblo (2020) en su informe de Adjuntía N°023-2020-DP/ADM sobre violencia obstétrica en el Perú reconoce el desfavorable impacto de este tipo de violencia en las instituciones de salud y recalca la necesidad de considerar la capacitación al personal de atención en perspectiva de género, derechos sexuales y reproductivos e interculturalidad. Aunque existe un avance en la creación de normativas y el reconocimiento del rol de las instituciones médicas en cuestionar esta práctica, la brecha por cerrar es significativa. En la actualidad el país carece de procedimientos claros de prevención/denuncia/sanción respecto a la presencia de violencia obstétrica, asimismo, persiste la presencia una visión prejuiciosa sobre el rol de las mujeres en relación a sus procesos reproductivos y propio cuerpo. (Defensoría del Pueblo, 2020; Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, 2016, 2019, 2020; Ministerio de Salud, 2022).

Por parte de organizaciones no gubernamentales, también se ha realizado una labor vital en el proceso de visibilizar casos y evidencias de las deficiencias del sistema de salud

peruano en cuanto a la atención a las mujeres y neonatos. En un estudio realizado en alianza entre el Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán y el Centro de la Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos (PROMSEX) se abordó evidencia de atenciones deficientes en cuanto a la información brindada para la toma de decisiones de las usuarias durante su proceso de gestación y parto, el no proveer información completa, precisa y oportuna, se dificulta alcanzar un consentimiento informado real de las mujeres (Guerrero et al., 2019).

Asimismo, un paso importante a nivel jurídico fue el apoyo recibido de parte de estas organizaciones para facilitar que el caso de Eulogia Guzmán llegue a la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, esto ha reflejado y difundido la realidad peruana en cuanto a esta problemática (CIDH, 2014). El caso de Eulogia es vital ya que resalta la urgencia de asumir un enfoque de interculturalidad en la atención obstétrica, su proceso de gestación, parto y posparto implicó una atención negligente, forzosa y deshumanizante, donde se negaron prácticas culturales e hicieron omiso a sus solicitudes; estas manifestaciones de violencia obstétrica finalmente impactaron significativamente en el desarrollo y bienestar de ella y su hijo (CIDH, 2014; Promsex, 2022).

Por más que se destacan avances y hallazgos, el tema continúa poco investigado en el país. Solo en los últimos años se ha evidenciado un aumento en la producción de literatura relacionada. Una parte significativa de los estudios se centran en resaltar la prevalencia de esta problemática, como el realizado por Montesinos-Segura et al (2018) que mediante un estudio transversal con 1528 participantes de 14 hospitales de 9 ciudades del país encontró que el 97.4% experimentaron al menos uno de los siete tipos de violencia obstétrica categorizadas por Bowser y Hill (2010). Otro enfoque visibiliza los factores que influyen en incrementar o disminuir la vulnerabilidad de experimentar violencia obstétrica en usuarias de ámbitos de salud, es así que Sanchez (2024) en una muestra de 278 mujeres del distrito de Comas en Lima halló una significativa relación ( $p < 0.001$ ) entre el nivel de conocimiento que tienen las usuarias sobre sus derechos reproductivos y la experiencia de violencia obstétrica. El estudio plantea como factor preventivo la comprensión de los derechos, ya que así sería posible las usuarias podrían desempeñar su agencia y brindar consentimiento desde una posición consciente a su salud reproductiva.

Aunque existe una incipiente investigación sobre el complejo fenómeno de la violencia obstétrica, son pocos los estudios que han tenido una aproximación desde el concepto de las creencias. Resulta conveniente entender la problemática desde este constructo cognoscitivo ya que, al explorar e identificar el conjunto de creencias que surgen en las narraciones de las

mujeres que han sido atendidas en espacios de salud pública obstétrica, surge la posibilidad de profundizar en las explicaciones e interpretaciones que las mujeres realizan sobre su experiencia de violencia durante el parto. Al constituir la creencia una guía de interpretación y sentido de la realidad, influye en las justificaciones y decisiones que los individuos realizan (Borg, 2001). Así, este constructo puede ser usado como medio para comprender cómo se moldea y da sentido a las experiencias y acciones propias y de los demás, lo que facilita el análisis de aspectos como la naturalización de tratos irrespetuosos o abusivos.

A pesar de su aporte en el desarrollo de diversos campos de investigación, la definición de la creencia, como constructo que facilita el análisis del comportamiento social de los individuos, se encuentra en un estado difuso de conceptualización al ser objeto de debate (Alexander & Dochy, 1995). Aun así, existe un consenso sobre los aspectos generales de esta estructura mental, que permiten reconocer el rol determinante de este elemento en el desarrollo y desenvolvimiento de los individuos en el contexto sociocultural que se encuentran. Primeramente, todo individuo cuenta con “creencias”, es decir, con estructuras cognitivas formuladas a partir de la experiencia emocional, que posibilitan que los sujetos afronten y den sentido de manera adaptativa al mundo mediante la creación de representaciones mentales estables sobre uno mismo, los otros y el mundo social (Borg, 2001; Morales et al., 1994).

Esta estructura termina siendo un conjunto fragmentado e inconexo, profundamente arraigado en la experiencia individual, pero con el transcurso del tiempo, se transforman en redes organizadas que impactan en una variedad de procesos cognoscitivos (Pajares, 1992). Al consistir en evaluaciones o juicios personales, las creencias implican un compromiso afectivo del individuo en torno a ellas, lo que afecta en el comportamiento al ser determinantes en la disposición a conductas (Borg, 2001). Así, influyen en la manera en que se percibe, interpreta y recuerda acontecimientos, por lo que se las considera “teorías” sobre el mundo social y no social (Myers, 2000). De esta forma, al brindar un marco referencial de interpretación y sentido a la realidad, las creencias repercuten en las justificaciones, decisiones y comportamientos individuales al constituir guías de la realidad en la que se desenvuelve la persona (Diez, 2017; Borg, 2001).

Llinares (1991) argumenta que las creencias forman parte del conocimiento subjetivo que generan los individuos para darle sentido a las decisiones y acciones realizadas. Se alejan de la racionalidad al basarse en las experiencias, sentimientos y ausencias de información del objeto o situación de creencia. Thompson (1992) explica que las evaluaciones, emociones, memorias de experiencias vividas y supuestos que conforman las creencias, no admiten

cuestionamientos externos al tratarse de un tipo conocimiento que es considerado como cierto para el sujeto. Por ello, al sostenerse de estos elementos, tienen la cualidad de ser consistentes y difíciles de alterar (Moreno & Azcárate, 2003).

Es así que estas nociones no necesariamente corresponden a verdades objetivas ni responden a principios de la lógica, ya que, a pesar de la ausencia de conocimiento “verificado”, las creencias son concebidas como “convicciones” o presunciones existenciales para los sujetos (Bunge, 2009). Al tener como característica distintiva el basarse en evaluaciones, se alejan del conocimiento objetivo (Pajares, 1992). Es importante destacar esta particularidad debido a que, aunque las creencias y el conocimiento comparten la función de brindar al sujeto mapas de interpretación de la realidad, su principal distinción se centra en la naturaleza de su contenido. Mientras que el conocimiento se basa en data empírica almacenada en la memoria semántica; la creencia es expresión de sentimientos e información que es valorada como verdadera (Diez, 2017). Pajares (1992) aclara que ambas construcciones se encuentran entrelazadas, pero la naturaleza afectiva, evaluativa y episódica de las creencias filtra las interpretaciones de la realidad. Entonces, aunque sean expresión de experiencias emocionales y pensamiento mágico, las creencias se mantienen y asumen como incuestionables, lo que lleva a que sean resistentes a las evidencias o datos que las contradigan (Nespor, 1987; Rokeach, 1968 como se citó en Pajares, 1992). Ello hace posible la existencia simultánea de creencias contradictorias, tanto lo falso como verdadero persisten y perduran en el espacio mental del individuo (Callejo & Vila, 2003).

Por su parte, Ortega y Gasset (1968) expresan que las creencias son ideas adquiridas de manera inconsciente que actúan de manera latente al influir en las justificaciones sobre lo que se hace y piensa. Especifican que estas conllevan a tener una “disposición” para actuar de determinada manera al originar expectativas sobre el mundo que moldean las relaciones que se establece el sujeto con los otros y consigo mismo. Al plantear que existe un aspecto “adquirido”, se resalta el rol del contexto sociocultural en la constitución de las creencias. Ello evidencia que, a pesar del carácter subjetivo de la creencia, su formación se ve atravesada por el determinado contexto en el que se desenvuelve (Villoro, 1989).

En esa línea, Van Fleet (1979, como se citó en Pajares, 1992) señala que las creencias se desarrollan por un proceso de enculturación y construcción social. La transmisión cultural involucra procesos de aprendizaje accidental que los sujetos experimentan a lo largo del desarrollo a través de los elementos culturales presentes en su entorno. Aquellas creencias incorporadas en base a experiencias tempranas instauran inferencias sobre el mundo, el sí mismo y los otros, que tienden a perpetuarse a lo largo del tiempo y sesgan la forma en que se

procesa e interpreta la información. Así, estas estructuras influyen en el procesamiento de la información al filtrar y reestructurar el pensamiento, la necesidad del individuo de ser cognitivamente consistente lleva a que se aleje lo disonante, por lo que se rechaza toda creencia contraria a lo creído.

En cuanto a la estructura de las creencias, Rokeach (1968) sostuvo que su organización responde a redes o sistemas de creencias, en los cuales se identifican creencias de carácter más central y periférico; la cohesión y fuerza de estas se genera de las conexiones funcionales con otras creencias o estructuras, respecto a estas últimas, se propone como subestructuras de la creencia, a las actitudes y los valores. El componente más afectivo se relacionaría con la actitud, mientras que los valores se vincularían con funciones evaluativas, comparativas y de juicio de las creencias. Al ser una red de ideas y afectaciones interconectadas, el estudio de las creencias plantea que es un error entender a esta construcción como individuales y aisladas ya que, responden a un sistema más amplio que funciona en términos de interconexión (Jackson, 2002). En vez de explicarlas desde conjuntos de subsistemas independientes, conceptualizarlas en su contexto permite comprender los hallazgos de manera más precisa. En ese sentido, de reconocerse creencias contradictorias a otras, analizarlas desde una estructura macro permiten dar sentido, significancia y claridad a las inconsistencias que puedan presentarse al estudiarlas (Pajares, 1992).

En lo referente a la investigación desde este constructo, dada su naturaleza y estructura, Pajares (1992) recalca que el estudio de las creencias requiere que se realicen inferencias de los estados subyacentes de los individuos. Dependiendo de las circunstancias, estas pueden no querer o lograr ser expresadas, lo que causa que no sea posible su observación y medición directa. Es necesario que las investigaciones desde este enfoque infieran las creencias a partir de las expresiones verbales, las predisposiciones a la acción y los comportamientos de los individuos. Asimismo, el autor plantea que esta inferencia debe considerar la congruencia entre las declaraciones de los individuos, la intencionalidad de actuar de determinada manera y el comportamiento esperado de la creencia en cuestión. En ese sentido, cuál sea el método de recolección y de medición seleccionado (cuestionarios, autoinformes, etc.), recomienda que se realicen observaciones, “respuestas a dilemas” o entrevistas complementarias para especificar y contrastar las inferencias que reporta el instrumento. De esta forma, las creencias no serán solo identificadas de las respuestas brindadas sino también del comportamiento observado.

Llegado a este punto, es necesario explicar la utilidad de este enfoque por encima de otras aproximaciones para el estudio de un fenómeno como el de la violencia obstétrica. Al ser las

creencias un elemento constitutivo de conceptos de gran relevancia en la explicación del comportamiento humano, han sido estudiadas y vinculadas a diversas teorías psicológicas y sociales (Myers, 2000). Dependiendo de la perspectiva, las características de las creencias pueden presentar variaciones. En ese sentido, la distinción de la creencia con otros constructos puede resultar difusa; por este motivo, diferenciar la creencia de constructos como las concepciones, representaciones sociales y actitudes, que comparten la función de orientadores en la realidad social y no social, resulta fundamental para determinar su aporte específico en esta investigación.

A pesar que existan autores que utilizan los términos de creencias y concepciones de manera intercambiable, parte de ellos afirman necesario diferenciarlas al tratarse de niveles distintos de conocimiento (Bohorquez, 2014). Mientras que las creencias tienen como base componentes afectivos y evaluativos, las concepciones suponen un proceso de estructuración, de racionalización y organización de conceptos de origen cognitivo (Montes et al., 2014). Es precisamente su característica de resaltar lo cognitivo-organizativo sobre lo afectivo la que nos lleva a distanciarnos de este concepto.

Por su parte, las creencias y las representaciones sociales comparten la función de guía ante situaciones que acontecen en la realidad, sin embargo, la primera una estructura que se encuentra “dentro” de la otra, al ser la representación social una unidad de análisis superior (Parales-Quenza & Vizcaíno-Gutiérrez, 2010). Una de sus principales características es su construcción colectiva, en la que intervienen procesos de interacción cultural, contextual y de comunicación social, estas representaciones se encuentran conformadas por sistemas de valores, creencias, ideas y prácticas, que ordenan el plano social y facilitan la comunicación en un grupo al disminuir las ambigüedades las características y situaciones del entorno (Moscovici, 1961, 1988, 2000). Aunque este concepto es esencial para entender aspectos representacionales involucrados en la violencia obstétrica, el hecho que todavía no se encuentre en el “sentido común” o discurso social, ya que recién está siendo reconocida como un fenómeno, dificulta su análisis. Asimismo, al tratarse de un tipo de pensamiento social, nos aleja de los aspectos más individuales y vivenciales a los que se busca aproximar en esta investigación (Farr, 1983; Jodelet, 1984).

En el caso de la actitud, esta es una predisposición afectiva y valorativa adquirida, favorable o desfavorable hacia un objeto, situación o persona que influye en las cogniciones, respuestas afectivas y conducta del individuo, y logra ser inferida de la consistencia de respuestas brindadas por un sujeto (Allport, 1935; Villoro, 1989; Wyer & Albarracín, 2004; Zanna & Rempel, 1988). La diferencia principal con la creencia sería en que la primera

cuenta con una mayor carga afectiva-valorativa, mientras que la segunda hace referencia a la convicción de verdad (Allport, 1935); sin embargo, es insuficiente tal diferenciación, ya que las actitudes, al ser inferidas de respuestas del sujeto, que suponen en sí mismas certezas del sujeto sobre sus acciones, llevaron a identificar lo fuertemente interrelacionados que se encuentran ambos conceptos (Villoro, 1989).

De esta forma, se desarrollaron diversas posturas sobre la relación de las creencias y las actitudes. Entre ellas, los planteamientos de Fishbein (1966) y Fishbein y Ajzen (1975) establecieron esencial reconocer que ambos constructos se influyen mutuamente, uno no se explica excluyendo al otro y es necesario comprenderlos en relación. En esa línea, especificaron que la creencia sobre un objeto presupone y determina una actitud hacia el objeto, pero no son en sí mismos una actitud. Por ello, al relacionar ambas estructuras cognoscitivas, se identifica a la creencia como un elemento constitutivo de la actitud, aunque ambas comparten una dimensión cognitiva, la actitud se restringe principalmente a aspectos afectivos (Myers, 2000). Para efectos de esta investigación, se seguirá los planteamientos de esta postura y se referirá a las creencias y actitudes como constructos relacionados y mutuamente influyentes.

Lo previamente mencionado expone que las creencias tienen una particular aproximación a la problemática central de este estudio. La posibilidad de explorar aquellas creencias, que movilizan, guían y filtran las interpretaciones que realiza el individuo sobre los acontecimientos del entorno, resulta vital. De esta forma, para lograr comprender de manera más profunda las experiencias de atención de mujeres en espacios de salud pública obstétrica, las creencias se reconocen como unidad cognoscitiva de gran valor.

El papel mediador y determinante de las creencias para comprender el comportamiento social de los sujetos, convirtió a esta estructura en un elemento valioso para el campo del estudio psicológico (Pajares, 1992). Es así que las creencias son usadas para el análisis de las actitudes y percepciones erróneas sobre problemáticas sociales, entre las que se encuentra la violencia contra la mujer. La necesidad de indagar sobre las características de este fenómeno y los factores que influyen en su mantenimiento ha causado que se considere este enfoque como útil para el análisis (Aiquipa & Canción, 2020; Ferrer-Pérez et al., 2019).

Sobre la investigación desde este enfoque, Ramírez (2013) encontró, mediante la presentación de “una creencia” relacionada a la violencia de género en grupos focales de estudiantes, que la estructura activó una serie de expectativas, cuestionamientos, sentires y convenciones sociales que constituyen las creencias vinculadas al fenómeno, se resaltó el rol central de esta estructura mental en la reproducción, cuestionamiento o transformación de la

violencia de género y violencia simbólica por su implicancia en la conceptualización que se construye del ejercicio de poder, la dominancia, desigualdad, etc.

A su vez, Ferrer-Pérez et al. (2019) planteó que las actitudes en torno a la violencia contra la mujer en la pareja derivan de creencias tradicionales y normas sociales. Halló una menor aceptación de creencias promotoras este tipo de violencia entre personas con un conocimiento previo sobre de la violencia contra las mujeres. En la misma línea, Aiquipa y Canción (2020), en su estudio sobre procesos psicológicos que influyen en la decisión de una mujer para continuar o terminar una relación de pareja violenta, identificaron que el manteamiento de un sistema de creencias irracionales sobre el amor, sí mismas y la violencia influye en la decisión de continuar una relación violenta. El no contar con un modelo de comparación y contrastación de estas creencias termina minimizando, reforzando y normalizando las ideas distorsionadas vinculadas al maltrato.

En el Perú, existen pocas, pero significativas iniciativas que estudian las creencias en función a su influencia en la población de mujeres en proceso de gestación y parto. Desde una perspectiva intercultural, Alvarez et al. (2016) realizó un estudio cualitativo etnográfico en la región de Puno con mujeres quechuas y aimaras con el objetivo de analizar e interpretar el significado cultural de las creencias y costumbres en la etapa del postparto. A través de entrevistas a profundidad, se encontró que, a partir de un conjunto de creencias sobre elementos que son culturalmente determinados como peligrosos, las mujeres toman decisiones sobre su propio cuidado. Entre estas creencias se encontraban ideas sobre el frío y calor o al entierro de la placenta como elementos fundamentales para el cuidado postnatal. Se reconoció que la forma particular de cuidado de las participantes parte de creencias que, a través del tiempo, han sido formuladas por experiencias de aprendizaje en el entorno familiar cuyas tradiciones fueron transmitidas a las mujeres.

Así, se denota que, en el Perú, a pesar de la relevancia del tema, las investigaciones sobre creencias relacionadas a la atención en espacios obstétricos son mínimas, y en función a la violencia obstétrica, existe un vacío que necesita ser atendido. La mayoría de investigaciones sobre la violencia obstétrica se han enfocado en reportar la violencia sufrida por las mujeres en los espacios de salud pública, lo cual ha brindado la oportunidad de otorgar voz a aquellas mujeres que se han visto afectadas por este tipo de maltrato y ha permitido conocer sobre las características y orígenes de este fenómeno. Sin embargo, este estudio parte de la idea que la investigación en este campo debe usar esta información y profundizar en el análisis de esta problemática en aspectos como las interpretaciones, justificaciones o la naturalización que los estudios, reconocen en las mujeres. Por ello, se plantea la elaboración de una investigación

cuantitativa cuyo objetivo general sea explorar las creencias sobre la experiencia de violencia obstétrica de mujeres usuarias del servicio de salud público de la ciudad de Lima. Como objetivos específicos, se busca analizar las creencias de las usuarias del servicio de salud obstétrica sobre el rol de la paciente, el espacio y personal médico (doctores, enfermeras, etc.); explicar las creencias de las usuarias sobre su rol como pacientes y la forma que consideran que fueron caracterizadas/representadas por el personal médico y; describir la representación de la situación de violencia obstétrica experimentada por las usuarias del servicio de salud obstétrico.



## Método

Partiendo de su carácter exploratorio, esta investigación optó por un abordaje cualitativo para acercarse a las creencias de mujeres usuarias que han pasado por una experiencia de violencia obstétrica (V.O) en su proceso de parto. En ese sentido, la aproximación al tema fue realizada desde una mirada realista al buscar indagar y comprender la forma en que se identificó la situación concreta de parto para las participantes (Creswell, 2013; Willig, 2013).

Mediante un diseño y análisis temático, que implica analizar la data recolectada en búsqueda de patrones de sentido y significado comunes (Braun & Clarke, 2006; Pistrang & Barker, 2012), se indagó en las creencias y representaciones que se ven involucrados en la vivencia de violencia experimentada por las participantes.

### Participantes

El grupo de participantes estuvo conformado por 9 mujeres peruanas cuyas edades oscilaron entre los 24 y 59 años. Ocho de ellas residentes actuales en Lima, a excepción de una que se encuentra residiendo en el extranjero. Todas recibieron atención en el proceso de parto en un hospital público de la ciudad de Lima.

**Tabla 1**

*Características sociodemográficas de las participantes*

Participantes	Edad	Actual distrito/país de Residencia	Ocupación	Estado Civil	Grado de Instrucción	Nº de hijos	Año y edad en la que se produjo la situación de VO
P1	31	Ate	Ama de Casa	Soltera	Secundaria Completa	2	2008 (19 años)
P2	59	San Miguel	Secretaria	Separada	Técnico General	3	1992 (31 años)
P3	38	SMP	Inspectora de Seguridad	Soltera	Secundaria Completa	3	2000 (18 años) 2015 (33 años)
P4	39	SMP	Ama de Casa	Soltera	Secundaria Completa	3	2004 (23 años) 2015 (33 años)

P5	53	Pueblo Libre	Profesora	Casada	Superior Completa	2	1997 (30 años)
P6	52	Noruega	Estudiante	Casada	Superior Completa	2	1994 (26 años)
P7	24	Santa Anita	Administradora	Conviviente	Secundaria Completa	1	2014 (17 años)
P8	30	Pueblo Libre	Estudiante	Soltera	Superior en Curso	1	2018 (28 años)
P9	27	San Miguel	Periodista	Soltera	Superior Incompleto	1	2010 (17 años)

Como criterios de inclusión para participar en este estudio, se estableció el haber experimentado una situación de violencia durante el proceso de parto y, haber sido usuarias en un hospital público de Lima durante su atención obstétrica. Se evitó incluir como participantes a menores de edad, y a usuarias que hayan dado a luz durante el contexto de COVID-19 ya que la investigación podría acentuar los niveles de vulnerabilidad que afrontó esta población en el contexto de pandemia. La conformación del grupo de estudio se realizó a través de convocatoria abierta difundida con la cual se identificó mujeres que cumplieran con los criterios de inclusión, posteriormente se continuó con una técnica de muestreo intencional en cadena y con el criterio de saturación de categorías se determinó el número de participantes (Creswell, 2013; Hernández et al., 2014; Martínez-Salgado, 2012.). En ese sentido, se finalizó el trabajo de campo y detuvo las entrevistas cuando se reconoció que los módulos de análisis estaban saturados, en otras palabras, cuando dejó de emerger nueva data relevantes para el análisis (Strauss & Corbin, 2002; Flick, 2009).

La naturaleza de la problemática a estudiar llevó a considerar y ejecutar la investigación teniendo en cuenta una serie de consideraciones y principios éticos. Los principios de Beneficencia y no Maleficencia, y Responsabilidad fueron vitales para guiar el estudio y generar acciones constantes para priorizar el bienestar e integridad de las participantes y, disminuir cualquier riesgo/daño para las mismas (American Psychological Association, 2017). En ese sentido, desde el primer contacto, la construcción de los instrumentos, protocolos, aplicación de los mismos y posterior cierre, se buscó evitar acciones que pudieran revictimizar o invalidar la experiencia de las participantes.

De la misma forma, la reflexividad, como posicionamiento de la investigadora a lo largo del estudio, fue clave ya que permitió generar una conciencia sobre sesgos y pensamientos previos vinculados al tema para así evitar un impacto en el análisis. Asimismo, pesar que el estudio tenía objetivos y un plan de trabajo inicial, se buscó priorizar la comprensión de las

participantes más allá de su rol como proveedoras de información, fue necesario anteponer una mirada de estas mujeres como agentes e individuos con necesidades y tiempos particulares para el procesamiento de sus narraciones, por lo cual se tomaron decisiones y flexibilidades para adaptar la aproximación a

En la misma línea, por el lado de la confidencialidad, las participantes que conformaron este estudio fueron exclusivamente las mujeres que firmaron el consentimiento informado (ver Apéndice A) de la presente investigación. En este se indicó el objetivo del estudio, el carácter voluntario de su participación, la confidencialidad de su identidad y el uso netamente académico de la data recolectada. Asimismo, se requirió de su autorización para realizar grabaciones de audio de las entrevistas realizadas, con la finalidad de analizar a detalle la información brindada. Adicionalmente, debido al posible carácter movilizante de la entrevista, se elaboró un Protocolo de Contención y Derivación (ver Apéndice B) que tuvo como objetivo establecer pautas para guiar a la investigadora, en caso de que una participante requiera de contención emocional. Este incluyó información de centros de salud que brindan acompañamiento terapéutico gratuito para la atención de las participantes.

### **Técnicas de recojo de la información**

La investigación usó dos instrumentos para el recojo de información, una ficha de datos sociodemográficos (ver Apéndice C) y una guía de entrevista semiestructurada (ver Apéndice D). La ficha recolectó datos personales para obtener características claves de las participantes, tales como edad, estado civil, grado de instrucción, números de hijos, lugar y período de la situación de violencia obstétrica, ciudad y distrito de residencia. La herramienta de la entrevista semiestructurada aproximó a los significados, sentires y vivencias que surgen de las narraciones y experiencias que las participantes compartieron con la investigadora (Troncoso-Pantoja & Amaya-Placencia, 2017). Además, debido a la flexibilidad de su diseño, fue útil contar con una guía o serie de preguntas que fueron reformuladas a partir de las respuestas recibidas (Pistrang & Barker, 2012; Willig, 2013).

La guía de preguntas fue construida a partir de los objetivos del estudio y de la revisión bibliográfica realizada sobre violencia obstétrica. Para lograr identificar las creencias, se consideró la naturaleza y estructura de este constructo (Pajares, 1992) y, de este modo, la elaboración de la guía incluyó la presencia de “casos” que permitieron identificar y contrastar lo “declarado”, la intencionalidad y el comportamiento esperado del participante. El primer caso aludió a las creencias sobre el rol de las usuarias durante el parto; para ello, se planteó como ejemplo la figura de una paciente con una participación pasiva y otra con una activa. El segundo caso exploró las creencias respecto a la violencia que se puede reflejar en el ejercicio

del rol médico, así se realizó un contraste entre manifestaciones directas e indirectas de la VO (ver Tabla 2).

## **Tabla 2**

### *Los casos presentados en las entrevistas*

#### Caso 1

Karina y Lucero son dos mujeres que pronto van a dar a luz; al pensar sobre el rol que van a tomar (qué van a decir y actuar) durante su parto, ambas tienen diferentes opiniones. Mientras que Karina considera que las pacientes deben mantenerse en silencio y aceptar sin cuestionar las decisiones que toma el personal de salud ya que “son ellos quienes saben qué es lo mejor para el bebé”; Lucero cree que, además de pensar en el bienestar de su bebé, a ella se le debe informar sobre los procedimientos que se llevarán a cabo en ella y preguntar por su opinión sobre las decisiones que se tomarán en el proceso del parto.

#### Caso 2

Roberto y Luis son médicos obstétricos, ambos asisten partos de mujeres en un hospital de Lima. Luis cree que es importante entender que él, como médico, es el experto en la sala de operación. Para hacer su labor de manera eficaz es necesario que las pacientes sigan sus indicaciones sin preguntas o cuestionar ya que así se podrá hacer la operación más rápida. Cuando sucede que no se sigue sus indicaciones o se presentan quejas que dificultan su trabajo, considera que es mejor ignorarlas por momentos hasta que se calmen o por último reprocharlas. Por su parte, Roberto considera que las mujeres a las que atiende durante sus partos deben ser colaborativas para que todo salga bien, no hay por qué estar gritando o quejando cuando en realidad fueron ellas “las que abrieron las piernas y se metieron en la situación”. Ante problemas, cree que puede usar gritos o la fuerza con las mujeres para garantizar que la operación sea exitosa.

Se realizó una validación de la guía a juicio de 5 expertos para garantizar la claridad, coherencia y pertinencia de las preguntas usadas al recolectar la data necesaria durante las entrevistas. Posteriormente validado el instrumento, se generó una entrevista piloto que permitió reformular y/o eliminar preguntas y secciones redundantes; lo cual afinó la eficiencia de la herramienta. El cumplimiento de esta secuencia de procesos permitió cumplir con el criterio de sistematicidad en esta investigación. La sistematicidad se basó en mantener un procedimiento consistente y justificado ante los cambios realizados. De esta manera, los lectores pueden evaluar lo adecuado del proceso planteado e identificar los pasos requeridos para seguir el mismo proceso de ser requerido (Meyrick, 2006).

## **Procedimiento**

El proceso inició con la elaboración de la guía de entrevista que fue enviada para revisión de jueces expertos relacionados a temas de género, violencia obstétrica y creencias. A partir de la devolución se realizaron cambios de estructura y contenido, el orden de preguntas fue

reestructurado para facilitar una aproximación progresiva y validante en las entrevistas, se eliminó una pregunta al valorarse como posiblemente revictimizante. Con la guía lista, se realizó el contacto con posibles participantes con el inicio de una red de contactos mediante bola de nieve y una convocatoria digital por redes que invitaba a mujeres que participar en el estudio a partir de la pregunta: ¿Considera que durante su proceso de parto hubo algún procedimiento y/o actitud por parte del personal de salud (médicos, enfermeras, etc.) que la atendió que le causó malestar y/o pareció inadecuada?

El trabajo de campo del estudio se realizó a finales del 2020, la coyuntura y los requerimientos de salubridad por la COVID-19 generaron que las coordinaciones y las entrevistas se dieran de manera virtual por el contexto de distanciamiento social. Para ello, se tomaron consideraciones vinculadas a la aproximación con las participantes y medidas sobre el espacio y uso de los aparatos tecnológicos empleados en el estudio. Se inició el contacto mediante coordinaciones en correo y WhatsApp, en estas se recalcó los objetivos de la investigación, y el carácter académico, voluntario y confidencial de estudio. Asimismo, se resaltó que durante todo el proceso de participación se priorizaría el bienestar de las participantes y buscaría generar un espacio libre de juicios y respetuoso a las vivencias presentadas en las entrevistas. Una vez confirmado su interés en participar, se coordinó la reunión virtual, se leyó y explicó el consentimiento informado y solo se inició con las grabaciones una vez se obtuvo el consentimiento oral, posteriormente se procedió a mandar el correo con el documento para su firma. Finalizado el proceso de estudio, se recalcó que las grabaciones serían usadas para fines puramente académicos.

Para evidenciar que la investigación respondió al principio de integridad, se mantuvieron como referentes una serie de criterios de rigor. En cuanto a la transparencia, la investigadora consideró el hecho de ser estudiante y mujer como una variable importante de consideración ya que pudo impactar en las expectativas que se formaron en torno a la recolección y análisis de la data recogida; por ese motivo, se buscó mantener una postura reflexiva que no sesgue los análisis realizados. Sobre el criterio de credibilidad, que busca verificar mediante diferentes fuentes o las mismas participantes las conclusiones realizadas en el estudio, se tuvo en cuenta acciones como la presencia de continuos resúmenes integradores durante las entrevistas para verificar si la información que estaba siendo brindada por las participantes estaba siendo claramente comprendida (Pistrang & Barker, 2012).

### **Análisis de la información**

La codificación de la información recolectada durante el trabajo de campo consideró

los ejes planteados en concordancia con los objetivos específicos, así se identificaron códigos pertinentes y representativos con la data revisada. Partiendo de la elaboración de un libro de códigos, se adecuaron los ejes inicialmente planteados con temas que surgieron durante el análisis con el fin de responder al objetivo de la investigación. Buscando asegurar la validez de los resultados, se cumplió con el criterio de rigor de credibilidad mediante el uso de una triangulación de múltiples fuentes (Creswell & Poth, 2018) bajo la cual se discutió y contrastó los ejes, códigos y resultados encontrados con la literatura sobre el tema y con otros investigadores como la asesora de esta tesis.



## Resultados y Discusión

Los resultados obtenidos se agruparon en tres ejes que fueron identificados a través del análisis temático. El primer eje presenta las creencias identificadas sobre la figura del paciente, el personal médico (médicos, enfermería, técnicos, etc.) e institución médica. El segundo se aproxima a las creencias sobre el propio rol como pacientes y la forma que fueron representadas por el personal médico y, finalmente, el último eje profundiza en la representación de la experiencia de violencia obstétrica (VO).

### Figura 1

Primer eje 1.1: Creencias de las participantes sobre la figura de las pacientes



### Creencias sobre la figura del paciente, el personal médico e institución médica

En esta primera sección se encontró los siguientes subtemas: 1) creencias sobre la figura paciente como ser vulnerable, emocional y merecedora de información y respeto. 2) creencias vinculadas a la definición de la colaboración, 3) creencias relacionadas a los posibles roles de las pacientes, y 4) creencias sobre las fuentes de construcción de dichos roles y factores que podrían influir en posicionarse en determinado rol. La Figura 1 permite resumir lo encontrado en las entrevistas respecto a esta primera sección.

Se logró identificar tres creencias no excluyentes relacionadas con lo que define ser pacientes durante el proceso del parto para las participantes. La paciente como *ser vulnerable y manejable* surge del reconocimiento hacia el proceso de gestación y parto como una etapa de dolor y pérdida del propio cuerpo. Se considera que lo inmovilizante del dolor del parto y la prioridad del éxito del nacimiento, afecta la capacidad de agencia de las usuarias y permite que el personal médico sea quien guíe el proceso.

[...] hay mucha presión de dolor, eso no te deja en ese momento... tal vez exigir o simplemente pedir algo, estás muy, muy vulnerable [...] lleva a que tú no digas nada, simplemente te guíes por lo que hacen contigo, tú perdiste ahí el control de tu cuerpo, porque en realidad lo toma el control el bebe que quiere venir, el personal y tú quedas relegada (P4, 39 años, secundaria completa, ama de casa, San Martín de Porres).

Por su parte, la paciente como *ser emocional e impulsivo* se concibe en base a la característica hormonal y sensible que se adjudica como propia de la gestación en mujeres. Se describe esperable que ocurran cambios de ánimos bruscos que puedan dificultar el proceso de atención, en ese sentido, respuestas como el llanto o reaccionar confrontando decisiones que no te parece adecuado por parte del personal de salud es esperable. La tercera definición, de manera transversal y predominante, sostiene que las *pacientes deben ser merecedoras de información y buen trato durante el parto*. Se recalca que, aunque las usuarias no cuentan con conocimiento médico sobre los procedimientos, es necesario que se brinde información, un espacio de diálogo y asegure un trato respetuoso que posibilite comprender el proceso que se esté llevando a cabo. Esto da cuenta que, si bien las pacientes pueden ser identificadas desde alguna de las anteriores creencias, ello no debe influir en el acceso a un trato informativo y digno. Así, ellas reclaman: “nosotras no somos como un animal para que nos traten como quieran. Somos personas, por lo tanto, merecemos un respeto y debemos preguntar lo que van hacer” (P7, 24 años, secundaria completa, administradora, Santa Anita).

En la misma línea, la construcción de la figura de la paciente se vincula con *creencias sobre la forma en que se define una colaboración durante el proceso del parto*. La colaboración de la usuaria del servicio de salud es posible tanto desde una postura “pasiva” como “activa”. En ambos casos, en las narrativas de las participantes se identifica que un elemento esencial que aparenta predisponer la forma en que las usuarias colaboran es la cantidad y calidad de información sobre su proceso de atención. De acuerdo al nivel de información y la forma en que es compartida por el personal médico, se favorece o dificulta comprender las razones que llevan a tomar determinadas decisiones y/o procedimientos y ello, tendría consecuencias en la manera que se manifiesta o no una colaboración desde la agencia y el consentimiento.

al momento de pedir información, uno conoce sus derechos, uno sabe qué cosa decide para sí, entonces, evitan esas cosas (gritos, comentarios coactivos, etc), lo que sucede... ha sido en base a tus decisiones, a lo que tú estás conforme con recibir, con aceptar, no en base a lo que otros te imponen (P9, 27 años, superior incompleta, periodista, San Miguel).

En ese sentido, una *colaboración desde la pasividad* se genera desde el desconocimiento del proceso, posicionándose receptivamente a los procedimientos e indicaciones, omitiendo lo que piensa y siente sobre la atención; esto con la finalidad de facilitar y agilizar el trabajo del personal y así evitar tratos. Se describe: “la que no dice nada y simplemente se deja guiar nada más por el personal que está ahí, sin cuestionar o tal vez relegar lo que ella en este momento pueda sentir o quiera en ese instante” (P4, 39 años, secundaria completa, ama de casa, San Martín de Porres).

Otras participantes se distancian de una colaboración desde el cumplimiento de directrices y plantean una *colaboración desde una participación activa*. Esta es construida mutuamente y un elemento clave es que las usuarias comprendan qué procedimientos y acciones se encuentran implicados en el parto. Así, una paciente colaborativa activa es aquella que, una vez informada sobre los procedimientos planeados y su estado, comprende y participa activamente dialogando, decidiendo y consintiendo sobre su proceso en conjunto con el personal de salud: “una colaboración consciente, una participativa, que no es lo mismo que seguir órdenes sin saber el por qué” (P8, 30 años, superior en curso, estudiante, Pueblo Libre). En la línea de una colaboración activa, la participante P4 comentó que es necesario *cuestionar la forma en que se entiende la colaboración*, ya que afirma que esta es mayormente construida unilateralmente, desde lo que el médico y personal espera de la paciente.

Te dicen 'colabore, mamita, colabore, mamita', ¿qué es colaborar?, ¿no decir nada?, ¿no quejarse?, ¿pujar lo más rápido, que tu hijo salga rápido?, ¿qué es colaborar? ¿qué es lo que esconde su palabra colaborar? ¿ayudarles en su trabajo a ellos? pero no es lo que realmente nuestro cuerpo nos pide en realidad, porque hay un proceso distinto para cada una (P4, 39 años, secundaria completa, ama de casa, San Martín de Porres).

Vinculado con las formas de colaboración, se identificaron diversas *creencias sobre los roles que pueden asumir las pacientes durante su atención*. Las participantes mencionaron como prevalente la existencia de un *rol pasivo entre las pacientes*. Esta postura consiste en que la usuaria relegue su propia opinión, deseos y acepte la atención del proceso siguiendo las directrices del personal de salud; así la colaboración se realiza desde el temor, el silencio y la aceptación de cualquier trato e indicación que se presente. Se explica que: “todas ahí tenían una posición como la de Karina (personaje de los casos con una postura sumisa durante la atención) no solo con los doctores sino también con técnicas y enfermeras, si había incluso temas de maltrato e indiferencia, no había ninguna queja al respecto” (P8, 30 años, superior en curso, estudiante, Pueblo Libre).

A pesar de identificar la predominancia del rol pasivo entre las usuarias, un grupo de ellas sostuvo la posibilidad de desenvolverse desde un *rol activo*, donde se concibe a la paciente como capaz de solicitar y mantenerse informada, realizar consultas y brindar su opinión sobre el proceso, para estar preparada para las situaciones que puedan presentarse. Ante este tipo de pacientes, una parte de las participantes plantea que el personal de salud considera que “Esperan que seamos como un muñeco de experimento que lo abren y ya, pero no debería ser así [...] Deberíamos decidir, nosotras mismas, sobre lo que puede pasar, lo que podemos permitir” (P7, 24 años, secundaria completa, administradora, Santa Anita).

En relación a este rol, otras usuarias plantean un *rol activo moderado*, que es entendido como una postura “ni tajante ni pasiva”, donde se busca que se mantenga una direccionalidad del personal durante el proceso, pero se requiere ser informada y consultada cuando se presenten situaciones inusuales y procedimientos en el proceso de parto. Se comenta que los roles anteriormente mencionados deben confluir para lograr alcanzar una postura que integre la voz y respeto de los derechos de las mujeres con la responsabilidad de colaborar con los procedimientos realizados por el personal de salud durante el proceso del parto.

Asimismo, se menciona otros posibles roles que se presentan desde la no colaboración de las participantes, así se reconoce a *pacientes negligentes y obstaculizadoras*, siendo las primeras pacientes calificadas como irresponsables, dificultando el trabajo del personal de salud, priorizando creencias religiosas sobre su propia salud o de sus hijos y arriesgando sus vidas. Las segundas son pacientes que generan ambientes tensos, buscando agilizar los procesos y que tienen dificultad para aceptar cambios en el proceso de atención (cambio de procedimiento, médico, etc.). Son descritas: “ignoran totalmente los comentarios, sugerencias o órdenes médicas para su salud, pensando que no van a pasar nada, prácticamente despreciando los conocimientos de la ciencia de la salud” (P8, 30 años, superior en curso, estudiante, Pueblo Libre).

Analizando las narrativas de las participantes, se identifica que la forma en que se construye la idea de colaboración, agencia y el posicionamiento del rol que puede tener una usuaria estaría mediada por contenidos individuales y la percepción de las demandas que se reconocieron de los agentes de la institución médica. Considerando el funcionamiento de las creencias como estructuras que generan representaciones mentales a manera de adaptación al entorno, se puede plantear que este elemento podría haber influido en mayor y menor medida en la experiencia como usuarias que tuvieron las participantes durante su proceso de parto (Borg, 2001; Morales et al., 1994).

Así, estas creencias posibilitaron el afrontamiento al contexto repercutiendo en la aceptación de dinámicas de interacción con el personal médico donde se experimentó mayoritariamente el ser paciente desde la pasividad y la limitación de la propia capacidad de agencia. La predominancia del ejercicio de un rol pasivo entre las participantes cobra sentido al resaltar como factor crítico el no haber contado con una guía ni recibido información clara y detallada sobre los procedimientos implicados en la atención durante el parto. La incertidumbre sobre lo que sucedería y la hostilidad identificada en el contexto de atención pudo obstaculizar el ejercicio de toma de decisiones y consentimiento de las usuarias. Esta dinámica identificada es coherente con lo mencionado por Guerrero et al., 2019, quienes remarcan que para se alcance una participación informada, autónoma y consciente entre las usuarias, un factor imprescindible es que el personal de salud se oriente a brindar información completa y oportuna.

A pesar del peso que puede tener el factor individual en la construcción de estas dinámicas, al profundizar en las entrevistas y el sentido que le dieron las participantes a la forma que se generan los roles en las usuarias, se reconocieron *fuentes de construcción sociales de los posibles roles de las usuarias y un conjunto de factores contextuales que podrían influir a posicionarse* desde determinado rol. La *familia* actúa como un agente de construcción central al ser una estructura social que brinda información sobre lo que las mujeres van a encontrar y enfrentar durante su experiencia del parto. En base a un proceso de transmisión intergeneracional, las abuelas, madres, tías se vuelven referentes principales para la construcción de las ideas en torno al suceso del parto. En ese sentido, las experiencias compartidas por la familia, que contienen mandatos culturales, aproximan y configuran a las mujeres a los roles que las gestantes tendrán en su parto. Mientras que para algunas participantes esta información es fuente de guía que permite reconocer la singularidad de cada proceso y llegar con una mayor comprensión sobre los procedimientos y cuidados. Para otras, la información recibida es fuente de temor, que refuerza el miedo, el dolor y normaliza la posibilidad de sufrir de malos tratos por parte del personal de salud a causa del ejercicio de la sexualidad. Es así que ello influye a que se generen posiciones desde un rol pasivo, esto se manifiesta en las siguientes citas:

[...] la mamá, la tía, tú escuchas, porque esto se va hablando, mientras tu embarazo va progresando, va llegando el día, pero nadie te dice realmente cómo tú deberías tener una postura, cómo realmente debería ser, solamente escuchas malas experiencias y prácticamente te guían a eso, que tú tienes que ser guiada, así es como agachas por el personal, ya sea el médico, ya sea las enfermeras y al final a la hora que tú llegas, en

realidad, lo que tú digas o lo que tú quieras no es considerado [...] si eres una mamá primeriza [...] tú estás en una incertidumbre que quieres saber qué puede pasar (P4, 39 años, secundaria completa, ama de casa, San Martín de Porres).

Lo determinante de la familia en la predisposición y desenvolvimiento de las usuarias se comprende al recordar el papel decisivo de los procesos de socialización y aprendizaje en la formación de las creencias e interpretación de lo vivido (Pajares, 1992). Como lo mencionado por Alvarez et al (2016) y Murray de Lopez (2018), al uno encontrarse frente a situaciones adversas que requieren adaptación, es posible que se hayan activado y usado como referencia aprendizajes previos basados en mandatos culturales y/o costumbres transmitidas intergeneracionalmente. Es así que la generación de creencias originarias de un entorno/sociedad que normaliza el vivir violencia habría repercutido en que las participantes asuman posturas sumisas frente a atenciones enmarcadas en la violencia obstétrica.

La aparente dificultad del personal médico para incentivar atenciones informativas que alienten una colaboración activa, y la naturalización de las usuarias dinámicas sumisas frente a violencias influyen en el ejercicio del derecho al goce de una atención digna y respetuosa dentro instituciones médicas. Esto estaría vinculado con lo que la literatura menciona como barreras individuales que, en conjunto con las estructurales, dificultan el ejercicio del derecho a recibir una atención respetuosa y activa en el proceso de parto (Freedman et al., 2014; Sadler et al., 2011; OMS, 2014).

Por el lado de *los factores contextuales que influyen en el posicionamiento frente al proceso de atención en el parto*, las participantes reconocen como determinantes la condición de primeriza, el nivel educativo, socioeconómico y no contar con apoyo social. El primero al ser vinculado con una incertidumbre y desorientación originada por no contar con experiencia previa ni información sobre el proceso, lo que conlleva, explican las participantes, a tener un rol más pasivo ante las indicaciones y trato que se recibe del personal, es así que se describe que “no es lo mismo ser madre de dos, tres, cuatro, que ser la primera, ni sabes qué te va a pasar [...] una realmente no sabe cómo reaccionar. Y peor si los médicos no te van ayudar, olvídate, terminas aterrada” (P5, 53 años, superior completa, profesora, Pueblo Libre).

El nivel *socioeconómico* es vinculado con la capacidad de acceso a información especializada y a servicios privados a los que se atribuye una mejor atención, lo cual posibilita una postura colaborativa activa, en ese sentido, se afirma que “No es una clínica donde tú si pagas y donde tú puedes exigir un derecho [...] no tratan bien a las pacientes, ni al familiar. Creen que uno va y nos están haciendo un favor al atendernos” (P2, 59 años,

superior completa, secretaria, San Miguel). La *educación* es reconocida como un elemento que brinda la oportunidad de entablar diálogos, pedidos, estar informada, saber sobre sus derechos y los procedimientos que se presentarán. Se plantea que: “influye mucho el nivel de educación [...] mientras más informada está, más sabe a qué atenerse y qué esperar, y qué solicitar, cuál es su derecho [...] Mientras uno más informado esté, sabe que... cómo comportarse y qué esperar” (P2, 59 años, superior completa, secretaria, San Miguel). Por último, se denota que, al no contar con una *red de apoyo* que respalde a la usuaria durante la atención, se tolera y acepta tratos inadecuados hacia ellas.

[...] si había incluso temas de maltrato e indiferencia, no había ninguna queja al respecto, [...] eran chicas muy jóvenes o madres solteras [...] no tenía a nadie más en quien apoyarse y creo que eso hacía que toleraban más cierto tipo de lo que a mí me parecía abusos (P8, 30 años, superior en curso, estudiante, Pueblo Libre).

La literatura sobre violencia obstétrica respalda la influencia de los factores resaltados por las participantes, este fenómeno requiere ser analizado no como hechos situacionales que podrían presentarse durante la atención, sino que denotaría la necesidad de contextualizar y visibilizar la intersección de desigualdades como un factor que acentúa la vulnerabilidad de las mujeres de sufrir de este tipo de atención (Bohren et al., 2019; Castro et al., 2015; Sanchez, 2024; Vedam et al., 2019). Según lo comentado por las participantes, el nivel educativo y la condición de ser primeriza a temprana edad serían factores de riesgo a violencia obstétrica a considerar entre las usuarias.

Este eje también buscó explorar en las *responsabilidades y derechos* que las pacientes identifican que tienen en el espacio médico durante el parto. Entre los principales derechos que se atribuye a las usuarias es el de recibir un trato digno y humanizado (respetuoso y empático), el derecho a ser informadas, consultadas y escuchadas durante la atención y, el derecho a tener una atención de salud de calidad, esto no se limita a la profesionalidad de los proveedores de salud sino también a la infraestructura donde se realiza la atención.

Derecho a ser escuchada, a opinar con ellos, hay doctores que no te escuchan, no te toman atención cuando tú te expresas. Te ningunean, [...] darnos el lugar que merecemos (P7, 24 años, secundaria completa, administradora, Santa Anita).

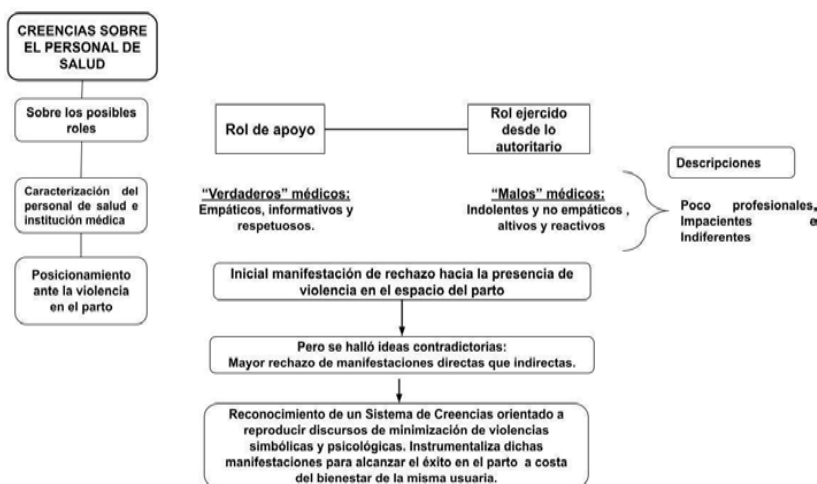
Por el lado de las responsabilidades, un grupo de participantes acota como pertinente que las usuarias previamente cumplan con los controles y cuidados propios de la gestación de manera rigurosa y, asimismo, se informen con anterioridad sobre los procedimientos médicos y derechos que tiene una paciente durante el proceso de parto, ello con la finalidad de ejercer un rol activo para asegurar su propio bienestar. Durante el parto, se

menciona tener una postura receptiva y calmada ante las sugerencias y cambios en el proceso y, participar en las decisiones que se toman durante el proceso.

En el caso de las creencias en torno al personal de salud, se encontró: 1) creencias sobre los posibles roles que asume el personal 2) creencias relacionadas a la caracterización y trato del personal de salud e institución médica y 3) creencias sobre posicionamientos ante situaciones de violencia durante el parto.

## Figura 2

Primer eje 1.2: Creencias de las participantes sobre el personal de salud



Por el lado de las creencias que se construyen en torno a la figura médica, se halló *dos posibles formas de ejercicio del rol del personal*. Se sostiene que la manera en que se presentan y desenvuelven los proveedores de salud durante la atención llega a tener un impacto en las usuarias durante su parto. Es así que se identifica la existencia de *un rol desde el apoyo y un rol desde el apoyo autoritario*. En el caso de los proveedores de salud que se ubican desde *rol de apoyo*, estos son representados como “verdaderos” doctores que, al tener prácticas empáticas, respetuosas e informativas, conllevan a que las pacientes sientan seguridad y mayor tranquilidad durante el parto. Se reconoce como clave la capacidad de escuchar y diálogo que deben tener estos agentes.

En cambio, un *rol ejercido de manera autoritaria* es identificado como uno desde el cual los agentes brindan una atención agresiva, indolente, que juzga y reprocha, lo que desconcierta, asusta o molesta a la usuaria.

[...] las mismas enfermeras dicen ‘Ahí está pues’. Cuando una a veces está con dolores o de repente está imposibilitada, porque justo en ese momento uno tiene la contracción y en ese momento y te dicen ‘apúrate, súbete’ o ‘ahí está, pues, tanto que querías tener tu

hijo, ahí está'. No, no sé, son cosas que te descuadran en el momento, te fastidian (P1, 31 años, secundaria completa, ama de casa, Ate).

Dentro de las *creencias relacionadas a la caracterización del personal de salud e institución médica*. Las participantes atribuyen una serie de características al personal de salud que permiten reconocer como predominante el desenvolvimiento de estos desde un rol desestabilizador. Aunque se reconoce una coexistencia entre “verdaderos” y “malos” médicos, se resalta una mayor prevalencia de aquellos que son *indolentes y no empáticos* al existir una tendencia a ignorar los pedidos de ayuda u opiniones de las pacientes y usar un diálogo hostil que contiene gritos y reproches. Además, se percibe a los médicos y al resto del personal como *altivos* al tener una postura desde la superioridad del conocimiento médico con el que cuentan, a partir de ello, las participantes acotan que se crea una dinámica en la cual el personal de salud es incuestionable. En ese sentido, las usuarias mencionan que ante pacientes que presentan objeciones o comentarios, el personal es *reactivo* mediante agresiones que pueden ser directas o indirectas hacia las usuarias.

[...] casos que la enfermera llegaba y gritaba '¿quién te mandó a tener hijos?, ¿quién te mandó pues a abrir las piernas?' creo que eso no tiene nada que ver, tu función es esta, es ayudar y apoyar a la mamá durante su labor de parto, pero no es estar reprochándole (P3, 38 años, secundaria completa, inspectora de seguridad, San Martín de Porres).

En concordancia con estas creencias sobre el personal, se halló *descripciones del trato del personal de salud* en las cuales se manifestó percibir un trato *poco profesional y empático*, donde la impaciencia e indiferencia respecto el estado de las usuarias fue prevalente. Se mencionó que los agentes recriminan y culpabilizan manifestaciones de dolor de las mujeres al considerar que ellas mismas fueron responsables por ejercer una vida sexual activa. Asimismo, en el caso de dos participantes, se ejemplificó casos en los cuales, el personal médico habría priorizado cuestiones personales (contestar una llamada de un familiar, comentar temas no laborales entre colegas) mientras ocurría la atención a las mujeres. En la misma línea, se plantea que el personal no consideró las sensaciones y emociones que ellas podrían estar manifestando en el momento y priorizaron agilizar los procesos médicos a costa de las solicitudes de apoyo ante el dolor de las usuarias.

[...] decía '¿podrían ponerme más? (anestesia)', fui ignorada, sí, cuando no me entendían el dolor que sentía cuando me cortaban y cosían [...] me decían: calmate, callate, te vas a llenar de gases, hinchar más... (P7, 24 años, secundaria completa, administradora, Santa Anita).

Respecto al contexto, para las participantes se establece como determinante considerar en el análisis que el establecimiento donde se recibió la atención es un institución médica pública, es decir, tiene como una de sus principales características ser estatal y gratuita para todo aquel que busque ser atendido. Se describió a esta institución como un espacio con atención y servicios deficientes, inseguro y ‘frío’, asimismo, las usuarias plantearon que los hospitales, al brindar una atención gratuita que, de otra forma las participantes no podrían haber tenido acceso, no hubo lugar para reclamos o exigencias ante los tratos que recibieron. En ese sentido, el acceso a servicios públicos o privados, es considerado como determinante respecto al nivel de la calidad de atención y derechos que se experimentará.

Como no es una clínica donde tú sí pagas y donde tú puedes exigir un derecho, los médicos abusan de eso, abusan de la posición en desventaja frente a ellos, porque (silencio) al final él es el dueño del quirófano, ya cuando pagas por el servicio, me tienes que tratar bien y los médicos te tratan excelente (P5, 53 años, superior completa, profesora, Pueblo Libre).

El reconocimiento de una posible desigualdad en la atención obstétrica en instituciones de salud privadas y públicas y, la presencia de un ambiente / agentes médicos que estuvieron guiados por una visión estereotipada de la mujer, que juzga el ejercicio sexual y minimizaría la voz y agencia de las usuarias sobre su propio proceso de parto, puede analizarse desde las dimensiones estructurales que interseccionan en el fenómeno de la violencia obstétrica (Freedman et al., 2014; Sadler et al., 2016). Ya que la violencia obstétrica intersecciona con factores sociales, culturales y socioeconómicos sus manifestaciones pueden presentarse simultáneamente a nivel interpersonal y de macrosistemas (Briceño et al., 2018; Castro y Savage, 2019; Bohren et al., 2019; Murray de Lopez, 2018; Tobasía-Hege et al., 2019; Vedam et al., 2019).

Asimismo al ser entendida como una expresión de violencia de género, tiene la capacidad de actuar de manera tanto directa como simbólica, generando dinámicas de poder y dominancia entre las mujeres y personal de salud, lo que repercute en la naturalización de una atención inadecuada. Esto surge como una problemática que complejiza el lograr un pleno goce del derecho a la salud y a un trato digno, aun cuando una retribución económica esté o no presente en la atención (Jewkes y Penn-Kekana, 2015; Sadler et al., 2016). Así, se reforzaría hallazgos en la literatura previa sobre la necesidad de implementación de un enfoque de género e interseccionalidad en el sistema de salud del país (CLADEM, 1998; Defensoría del Pueblo, 2020).

Por el lado del *posicionamiento ante la violencia en el parto*, los casos propuestos en la entrevista permitieron reconocer diferencias entre las participantes sobre las creencias en torno al posicionamiento ante la violencia ejercida por el personal. Inicialmente se manifestó un rotundo *rechazo a la presencia de violencia en el espacio del parto*, las entrevistadas sustentaron como grave que este tipo de acciones existan en un espacio de atención de salud, más aún cuando las usuarias se encuentran en un estado de vulnerabilidad manifiesta, mencionan “Ginecólogos, obstetras, enfermeras [...] sabiendo lo que es tener un hijo, [...] traten de esa manera tan inhumana. [...] te traten sin respeto o te traten de la manera que ellos les parece mejor (P9, 27 años, superior incompleta, periodista, San Miguel).

A pesar de ello, al ahondar en las elaboraciones alrededor del ejercicio de violencia, se identificó posicionamientos contradictorios sobre estos tratos, pero que van en concordancia con lo que se configuraba como violencia para cada participante. De esta forma, se reconoció un *sistema de creencias orientado a la naturalización de la violencia*, que reproduce discursos de minimización de violencias de tipo psicológicas y simbólicas e instrumentalizan dichas manifestaciones a costa del mismo bienestar de la usuaria.

Así, las participantes manifestaron rechazar actos de violencia de tipo directa como abuso verbal y físico pero minimizaron manifestaciones relacionadas a la invisibilización o anulación de la agencia del otro. Esto se explica al reconocer las diferencias entre lo que se concibe como violencia para cada participante y, estaría relacionada a creencias de normalización de mecanismos o acciones que pueden ser usadas por los doctores como recursos para lograr que, por ejemplo, una paciente sea colaborativa y el proceso de parto sea exitoso.

Creo que en ciertos casos a veces funciona (usar gritos, reproches, ignorar etc), o sea, no en su totalidad, pero a veces a las pacientes que tienden a ser un poco especiales, quizás a veces puede funcionar. No es lo correcto, quizás no. Pero a veces sí.[...] a veces hay personas que necesitan quizás un trato distinto para que los haga reaccionar. [...] Recurrir ya en últimos casos a ese trato con pacientes específicos (P1, 31 años, secundaria completa, ama de casa, Ate).

Hay pacientes que sí necesitan que te reprochen [...] o sea para que se siga el proceso, pero no llegar a faltar el respeto, me refiero que no te vayas más allá, pero hay mujeres que a veces te llevan a eso, a esa postura porque vienen, tal vez, muy excitadas (P5, 53 años, superior completa, profesora, Pueblo Libre).

Siguiendo lo planteado por los avances en literatura especializada, para analizar este resultado es necesario alejarse de un análisis desde las particularidades de la atención y más

bien reconocer la estructura histórica, sociocultural y contextual de donde surgen manifestaciones de este tipo de violencia. Los establecimientos de salud, podrían estar replicando dinámicas sociales con estereotipos y mandatos culturales entorno a figura de las mujeres, ello habría dado lugar a la presencia de socializaciones previas que naturalizaron la asimetría en cuanto a las relaciones de poder, conocimiento y trato entre la institución y/o personal médico y las pacientes (Belli, 2013; Briceño Morales et al., 2018; Defensora del Pueblo, 2020; Gherardi, 2016; Sadler et al., 2016).

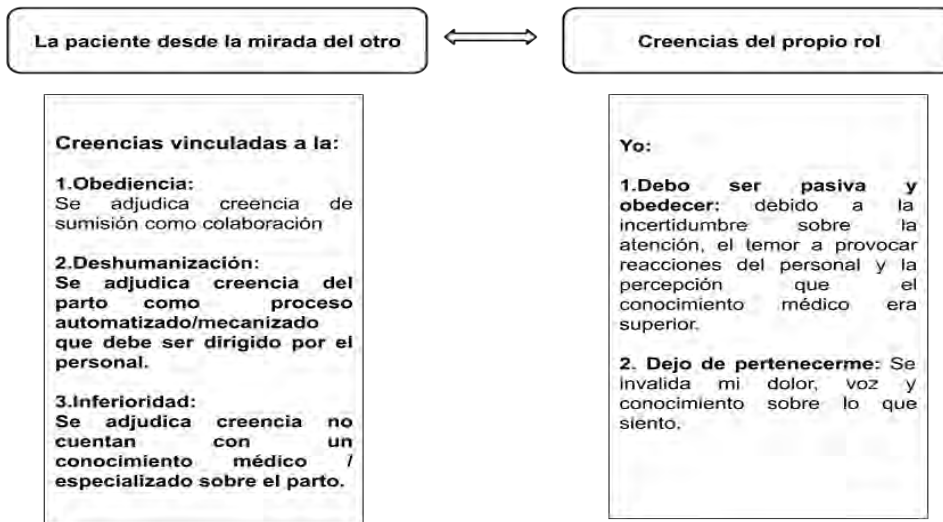
Asimismo, se comprende este hallazgo al recordar que las creencias no responden a principios de la lógica y funcionan como redes en las cuales es posible la existencia simultánea de ideas contradictorias (Callejo & Vila, 2003; Pajares, 1992). Al analizar la dinámica de este sistema de creencias, se puede hipotetizar la activación de una creencia nuclear normalizadora producto de una posible socialización, que reflejaría tener un mayor peso en la interpretación de hechos de violencia, ello va en concordancia con la forma en que actúan las redes de creencias, al contener elementos centrales y periféricos (Rokeach, 1968). Por su parte, este resultado mantiene lo postulado por diferentes investigaciones que plantean que la naturalización es un factor clave que complejiza el estudio de este fenómeno. La presencia de este aspecto se encuentra vinculado con la forma en la que se concibe e interpreta un acto violento (Bohren et al., 2015; Castro & Erviti, 2015; Freedman et al., 2014; Freedman & Kruk, 2014; Murray de Lopez, 2018; Savage & Castro, 2017).

### **Representación de la paciente desde la mirada del personal médico y creencias sobre el propio rol como usuarias**

El segundo eje buscó identificar la forma que las participantes consideran que fueron representadas desde la mirada del personal médico en el evento del parto y cómo ello influyó en la construcción de la visión que ellas tuvieron sobre su propio rol en el proceso. Se encontró: 1) creencias vinculadas a la obediencia, inferioridad y objetivación / deshumanización de las pacientes desde lo que se asume de la mirada del otro, 2) creencias sobre su propio rol, y 3) factores que se asumen como influyentes en la representación desde la mirada del otro.

### **Figura 3**

*Segundo eje: Creencias desde la mirada del otro y la propia mirada*



Al indagar en *la representación del rol de la usuaria desde la mirada del otro*, se reconoce en las narrativas de las usuarias que estas vivenciaron ser representadas desde creencias vinculadas a la *obediencia, objetivación/deshumanización y inferioridad*, lo que a su vez, impactó en el posicionamiento que tomaron durante su proceso de parto.

Se interpretó que el personal médico fue un agente que las posicionó desde concepciones que se basaban en la idea de que la obligación central de una paciente era ser obediente y sumisa para así lograr colaborar “adecuadamente” durante el proceso del parto. Identificaron que, desde la mirada de un otro, que “sabe más y tiene mayor autoridad”, la gestante debe limitarse a ser manipulada en silencio y sin resistencias ya que así no obstaculizará el proceso del parto.

Los doctores piensan que las pacientes deben seguir todas sus indicaciones [...] sin explicar nada quieren que una siga absolutamente todo lo que ellos dicen, que haya una, incluso diría ‘una sumisión total’. Creo que ellos confunden un poco la sumisión con la colaboración que es distinta (P8, 30 años, superior en curso, estudiante, Pueblo Libre).

La creencia de obediencia se sustenta en la idea que las mujeres, al momento del parto, pierden su condición de humanas y son reducidas a ser un canal, ser objetos que se encuentran en un proceso automatizado/mecanizado que debe ser dirigido por el personal. Es así como se da sentido a que exista un otro que ignore sus emociones, dolor y se centra puramente en el proceso físico de atención.

Cada mujer tiene la capacidad de lidiar con el dolor de diferentes formas, entonces no puede ser como automatizado, como si fuéramos unas cosas que se crean de un patrón, como en máquinas [...] cada persona es diferente emocionalmente, psicológicamente [...] ¿parece que ellos se olvidaron de eso? [...] nosotras no es que solamente pujamos y sale el

niño y ya, y ya, ya está, no sucede así [...] siento que lo que se espera que todo sea mecanizado, uno, dos, tres, uno, dos, tres... (P4, 39 años, secundaria completa, ama de casa, San Martín de Porres).

En concordancia con la creencia de paciente como objeto, se sustenta que las usuarias asumieron que fueron concebidas como *seres inferiores e ignorantes* que, a diferencia del personal, no cuentan con un conocimiento médico / especializado sobre el parto, por ello, su voz, opinión y comprensión del proceso que se lleva a cabo es valorado como innecesario. Estas creencias que se asumen del otro son parcialmente rechazadas por las participantes, al haber un grupo de ellas que afirma que, aunque no cuentan con una misma capacidad de decisión ni conocimiento que los médicos, al tratarse de su cuerpo, debe haber un mejor trato hacia ellas. No obstante, reconocen que durante su proceso de atención en el parto, identificaron esta mirada desde el personal y asumieron roles que se vieron influidos por lo que se esperaba de ellas.

Como se mencionó en el eje anterior, esta representación de las usuarias por agentes de atención de salud, viene siendo vinculada a la violencia obstétrica ya que tendría como uno de sus posibles factores de ocurrencia, la disparidad en la relación de poder y jerarquía que se construye en la dinámica institución / médico - paciente (Defensora del Pueblo, 2020; Gherardi, 2016; Sadler et al., 2016). Considerando el contexto social y cultural del país, con instituciones con escasa preparación en enfoques de género y derechos reproductivos; la dinámica entre médicos - usuarios podría verse inmersa en nociones estereotipadas y sexistas sobre las usuarias, así se facilitaría la formación de una mirada médica que plantearía la supuesta inferioridad de conocimiento de las usuarias y se cuestionaría su capacidad para tomar decisiones sobre su propio cuerpo durante su proceso de atención en el parto (Briceño et al., 2018; Defensoría del Pueblo, 2020; Fuente Marti, 2018).

Preguntaba, pero ellos se iban, no respondían [...] tengo entendido en esas rondas, ahí uno puede consultar, qué está ocurriendo [...] Y algunos no respondían, algunos utilizaban ciertos términos y yo estaba en la luna, por así decirlo. Decía 'Disculpe doctor, qué significa' y a veces hasta vergüenza daba, pedir qué significaba (...) te lo decían con el término que ellos utilizaban y otros te lo simplificaban. Pero no todos eran así. Otros te dejaban con la palabra en la boca (P1, 31 años, secundaria completa, ama de casa, Ate).

Por el lado de la propia visión de su rol en el proceso del parto, se reconoció que un grupo mayoritario de participantes consideraron que debían tener un rol pasivo durante el evento. Ello es explicado por el miedo e incertidumbre que se vinculó al proceso, la desinformación

sobre la atención, el temor a provocar reacciones del personal por plantear quejas u opiniones y, la percepción que el conocimiento médico era superior y debía ser obedecido. Asimismo, la creencia del dejar de pertenecerse a sí mismas surgió como predominante y se construyó a partir del reconocimiento de la existencia de un otro que, ignorando y/o recriminando, invalidaba el dolor, la voz y conocimiento sobre lo que sentían y sabían sobre sí mismas durante el proceso del parto. A esto se vincula una sensación de pérdida del propio cuerpo al negarse la toma de decisiones y diálogo durante el proceso. Se menciona “Solo fue en diálogo entre el doctor y el interno. Nosotras estábamos en las camas, no sé cuántas mujeres éramos, pero no existíamos” (P8, 30 años, superior en curso, estudiante, Pueblo Libre).

Partiendo de las creencias que las participantes construyeron en base a lo que asumieron desde la mirada de los otros, se plantean factores que, a su vez, influyeron en que se origine esta representación predominante del propio rol de la paciente y se genere una mayor tolerancia a la presencia de sucesos de violencia por parte del personal. Un grupo de participantes sostiene que el *factor económico* es clave ya que, desde la mirada del personal, una mujer que asiste a un centro de atención público, entra a un ambiente donde pierde derechos y capacidad de reclamo por la condición gratuita de la atención. Acompañado de ello, la *validación de los pares médicos* ante este tipo de hechos y pensamientos, la concepción de malas prácticas como efectivas para posicionar a las usuarias desde un rol pasivo y la *búsqueda de un buen “resultado”* en el proceso terminan siendo factores que influyen en la perpetuación de este tipo de representación de las usuarias entre el personal y en ellas mismas. Adicionalmente, el agotamiento, estrés y la rutina son mencionados por otro grupo de participantes al ser evaluados como elementos propios del trabajo médico. Se considera que enfrentarse a situaciones críticas y realizar procedimientos de manera reiterada provoca una desensibilización en el personal que causa que estos individuos, más que centrarse en el bienestar y calidad de atención que se brinda a las usuarias, se enfoquen en los resultados, en la agilización del proceso de dar a luz, lo cual se vinculan con una menor tolerancia a pacientes que no clasifican como colaborativas.

Teniendo en cuenta lo mencionado en este acápite, respecto a la representación que se identifica del papel de pacientes desde lo que se asume de la mirada del otro y la propia visión sobre el rol, se reconoce que la visión del sí mismas, sus opiniones, acciones u omisiones dentro de este espacio, aparentan haber sido mediadas por agentes externos e internos. Estos impactan mutuamente en la configuración de creencias que influyeron en la manera de interpretar y proceder de las participantes durante el proceso del parto. Así, se plantea que las usuarias limitaron su propia agencia a partir de la representación asumida de

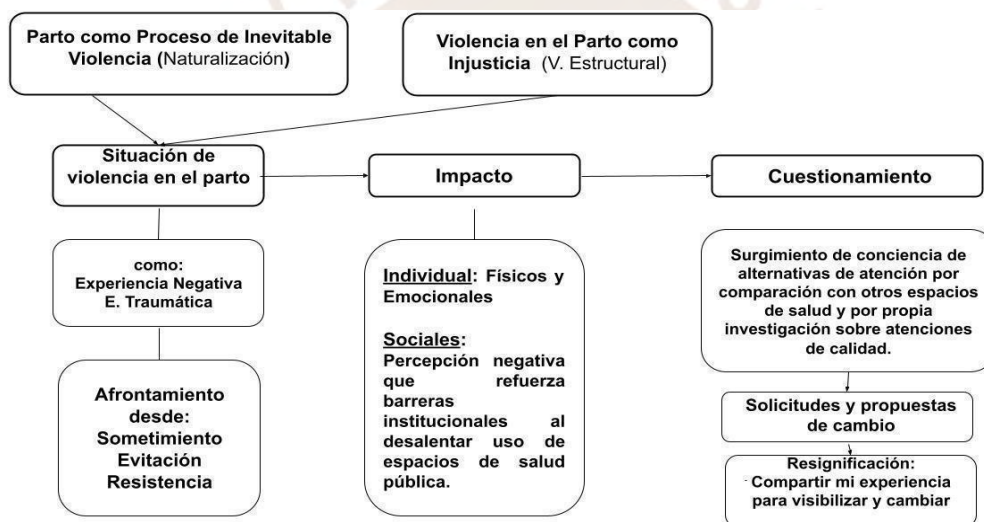
un otro que las construye desde la inferioridad y la obediencia. Esta dinámica de mutua interacción que repercute en el proceder de las mujeres, tiene sentido al ser las creencias constructos que, si bien se forman a partir de la individualidad, su creación se ve atravesada por el contexto en el cual se desenvuelve la persona (Borg, 2001; Villoro, 1989).

### Representación de la experiencia de violencia obstétrica

Por último, el tercer eje exploró las representaciones de la situación de VO experimentada por las participantes. En primer lugar, se reconoció: 1) valoraciones y sentimientos sobre la atención, 2) diferentes niveles de reconocimiento de la experiencia de violencia obstétrica, 3) estilos de afrontamiento ante el trato recibido, 4) impacto individual y social de la experiencia de VO, 5) creencias sobre violencia en el parto como suceso inevitable y como una injusticia, 6) el proceso de cuestionamiento, 7) solicitudes y propuestas de cambio en torno a la atención del servicio y, 8) la oportunidad de darle sentido a lo adverso.

#### Figura 4

*Tercer eje: Creencias y representaciones de la experiencia de la violencia obstétrica*



Las participantes compartieron *la valoración de la atención durante el proceso obstétrico* como experiencia negativa debido a la percepción de sentirse juzgadas, tanto por el ejercicio de su vida sexual como por el número de sus hijos y, por una deshumanización reconocida a partir de los tratos no consentidos y bruscos experimentados. Esta experiencia incluso llegó a categorizarse como traumática para dos participantes, al considerar que tuvo un efecto potenciador en la sensación de vulnerabilidad de las mujeres y la reducción de la agencia de las mismas.

Me sentí mal, pésimo y fue en mi último embarazo [...] me hicieron sentir mal porque, primero, vieron el tema de la economía, '¿por qué tienes más hijos?', de repente no tienes ni

cómo mantenerlos', no sé si tenga que ver, pero el tema que prácticamente te pongan una hoja en tus manos [hoja de consentimiento], tu cara y te digan tienes que firmar para poder proceder es feo, horrible (P3, 38 años, secundaria completa, inspectora de seguridad, San Martín de Porres).

Estas valoraciones fueron acompañadas del reporte de emociones como *miedo*, *vergüenza*, *culpa* y *enojo* experimentadas durante el proceso del parto. El *miedo* aparece de manera transversal a lo largo de la atención, se originó en base a la incertidumbre que producía en las mujeres el evento y se mantenía a lo largo del proceso al no encontrar un espacio de guía o contención dentro de los centros de salud. Esta emoción se acentuaba ante la presencia de miembros del personal de atención que atendían usando gritos y reproches en otras pacientes, lo que causa un constante temor de sufrir el mismo trato.

Gritaban a una mujer [...] 'usted no es primeriza, para qué abre las piernas entonces', eso me afectó terriblemente [...] yo estoy aquí sola, no conozco a nadie, era mi primera vez, estaba sumamente asustada y que me vayan a tratar así si es que grito (P6, 52 años, superior completa, estudiante, Noruega).

Al analizar las narraciones de las mujeres sobre los tratos recibidos y las valoraciones que tuvieron de los mismos, se identificó *diferentes niveles de reconocimiento de la propia experiencia de violencia obstétrica*. De las nueve participantes, ocho afirmaron considerar que sufrieron de violencia en su atención obstétrica, destaca el hecho que para todas, esta experiencia se produjo cuando eran primigestas, es decir, cuando se encontraban en su primera gestación y parto. Se argumenta que la comprensión de dicho hecho fue progresiva y estuvo relacionada con la percepción de la pérdida del dominio del propio cuerpo sin haber un consentimiento ni cuidado en el trato de por medio.

Las participantes dan sentido a que se haya dado dicha experiencia durante su condición de primeriza, adjudicando su edad y limitado acceso a información sobre cuál era su rol o cuáles eran sus derechos como pacientes. Este resultado va en línea con lo que se argumenta en la literatura sobre violencia obstétrica, existen evidencias de una mayor frecuencia de estos tratos entre las usuarias de menor edad y grado educativo, este mayor grado de vulnerabilidad también se vería potenciada en espacios de atención maternos públicos, como hospitales (Bohren et al, 2019; Vedan et al., 2019).

Entre los hechos considerados como violencia para las usuarias, se encontraron manifestaciones de violencia simbólica e indirecta como: no brindar explicaciones del proceso a las pacientes, no respetar la privacidad de las mujeres, dejar esperando sin justificación a la paciente, previo o durante la atención, hacer caso omiso a pedidos de ayuda

o explicación, ser testigo de situaciones de violencia hacia otras pacientes, etc. Entre los ejemplos de violencia directa estuvieron: tratos no consentidos y bruscos, abuso verbal, físico y negligencia médica.

No me dejaron ejercer ni mi libertad. Ósea, mi poder decidir por mí (...) Del aspecto de la violencia, el que pueda haber sufrido y que no necesariamente fue la violencia física, sino una más psicológica, por decirlo (P9, 27 años, superior incompleta, periodista, San Miguel).

Por su parte, la participante P7, si bien hizo referencia a diversas manifestaciones de violencia obstétrica en sus narraciones, planteó no haber sentido que experimentó violencia. Esto demuestra que, aunque se presentaron situaciones que ella considera inadecuadas, considera que logró establecer límites que hicieron que no clasificara su experiencia como violenta.

En realidad, no lo sentí de esa manera porque siempre he tratado de poner un límite, de que no pasen sobre mi persona, porque como te explico, eso lo he sentido siempre desde familia, de que todos somos iguales, a pesar que uno tiene carrera, pero siempre se debe tratar con respeto (P7, 24 años, secundaria completa, administradora, Santa Anita).

Lo encontrado se vinculó con la identificación de diferentes *formas de afrontamiento* que usaron las participantes ante la situación de violencia experimentada. A partir de las demandas del entorno, se hizo uso de estrategias para adaptarse al tipo de atención que se recibía, mientras que una parte de las usuarias usaron el afrontamiento que les permitió atenuar una atención hostil, otras fueron posicionándose de manera simultánea en diversos de tipos de afrontamiento para responder al contexto en el que se encontraban. Pudo reconocerse tres estrategias de afrontamientos principales, desde la obediencia, la evitación y la resistencia. En el caso de las participantes que asumieron un *afrontamiento desde la obediencia*, este surgió por el temor a sufrir o seguir sufriendo de tratos violentos, evitar hacer enojar al personal y, por el deseo que el parto sea rápido. Desde esta postura las mujeres se posicionaron desde el silencio, evitando expresar sus emociones y sometándose a los tratos y procesos empleados por el personal.

Incluso recuerdo que la licenciada que me atendió se estaba quedando dormida mientras me ponía la vía. Entonces fue bastante incómodo, pero yo trataba de ignorar esas cosas, no decía. Me reventaron la vena y yo seguía ignorando esas cosas y era como que bueno, suele suceder (P9, 27 años, superior incompleta, periodista, San Miguel).

Por su parte, otro grupo de participantes, además de usar un afrontamiento desde la obediencia, también plantearon usar un *afrontamiento evitativo*. Con la finalidad evitar

confrontaciones y protegerse de acentuar su estado de vulnerabilidad frente a maltratos de personal, las mujeres optaron por “facilitar” la labor de dichos individuos no emitiendo pedidos y asumiendo cuidados como la limpieza y movilidad de ellas mismas.

He tratado de llamarlos lo menos posible, no darles mayor trabajo para que de repente...porque a veces cuando una está ‘señorita, disculpe, señorita, disculpe’ y es porque hay pacientes que pueden tener dudas, el malestar, con esas pacientes pues siento que se agarraban más, osea como que su trato ya empieza a cambiar. Entonces he tratado de dar el menor trabajo posible [...] trataba de valerme por mis propios medios con los cuidados [...] para evitar esos tratos, esos inconvenientes (P1, 31 años, secundaria completa, ama de casa, Ate).

Sin embargo, se reconoció que un par de mujeres hicieron uso de *resistencias* ante situaciones donde se identificó malestar o un trato inadecuado. Hubo usuarias que presentaron esfuerzos confrontativos que implican enfrentar y actuar en el ambiente de atención. En ese sentido, un grupo de participantes respondieron deteniendo su colaboración en el proceso y exigiendo un cambio del personal ante dichas situaciones.

Tuve que pedir, que exigir que venga el doctor si no no ayudaba [...] yo no quito el mérito de la obstetra, pero como ya me había tratado mal, no me sentía segura. Yo llamé al doctor, al jefe de la sala. Él tuvo que venir, tuvo que atender (P5, 53 años, superior completa, profesora, Pueblo Libre).

En la misma línea, en el caso de la participante 3, al no encontrar recepción de su pedido de que se detuviera un procedimiento cuyo efecto de la anestesia no atenuaba el dolor, respondió haciendo uso de arañazos.

El doctor se quejó porque yo lo arañé, pero yo hablé con la doctora que vino y le dije ‘pero ¿por qué no paró entonces?, es cierto que yo tengo 19 años, no soy totalmente adulta, pero ¿por qué no paró?’ a mí me estaba doliendo, es como si sintiera, cuando te cortan sientes como si te están quemando, si él hubiese parado y se hubiera percatado del error, su brazo no estuviera así, una cosa contrae a la otra y fue mi manera de reaccionar al dolor, fue por el dolor que yo reaccioné así (P3, 38 años, secundaria completa, inspectora de seguridad, San Martín de Porres).

Vinculado a esto, se halló que en gran medida la *posturas y roles de las mujeres en sus posteriores partos fue configurada* por la vivencia del parto y los esfuerzos de afrontamiento realizados. En un grupo mayoritario, se reconoce que el tipo de afrontamiento elegido durante el primer parto se mantuvo y fue usado para prevenir la presencia de conflictos.

Yo tomé esa postura de no digo nada, mejor acato porque si no me va a ir peor, es lo que después de la primera experiencia me dejó, asumí eso, ahora miro hacia atrás y digo '¿cómo pude haber hecho eso?', uno asume y ya qué te queda (P4, 39 años, secundaria completa, ama de casa, San Martín de Porres).

Estas formas de afrontamiento, que implican posicionamientos desde la sumisión y evitación con la finalidad de evitar confrontaciones con el personal, van en concordancia con otros hallazgos en la literatura alrededor de esta problemática. En estos se identifican que, por un lado, estas tácticas serían las mismas usadas en el día a día para lidiar con violencia cotidianas y, por otra parte, se plantea que la aceptación de la dinámica social establecida dentro del espacio médico se originaría para resguardarse del entorno amenazante en el que identifican encontrarse las mujeres (McMahon et al., 2014; Murray de Lopez, 2018).

Respecto al *impacto de la situación de violencia obstétrica experimentada*, las participantes plantearon *consecuencias individuales y consecuencias sociales* del trato recibido. A *nivel personal*, se identificó que a partir de la atención durante el proceso se originaron efectos físicos y emocionales en las participantes. Un grupo de usuarias explicaron que, la atención violenta durante procesos como la sutura de las heridas de cesárea, produjo malestares corporales prolongados posteriores a la operación que afectaron el desenvolvimiento del día a día de las mujeres.

[...] 'señora, si usted no ayuda se le muere la criatura acá', ya estaba yo hasta sin fuerzas, pero el tema es que después de eso quedé tan mal, me cortaron mal, me cosieron horrible, no pude caminar tres meses (P6, 52 años, superior completa, estudiante, Noruega).

En el *plano emocional*, las participantes reportaron haber vivenciado el proceso del parto como un suceso traumático, del cual se generó sentimientos de malestar y culpabilidad y, un temor a la posibilidad de volver a tener un embarazo. En base a comentarios que recriminaban y reprochaban a las usuarias por manifestar su dolor o disconformidad con la atención, un grupo de las mujeres entrevistadas plantearon sentirse responsables del suceso de violencia, adjudicando la ocurrencia del hecho al no haber sido suficientemente fuertes y tampoco haber ido informadas de sus derechos en este espacio.

'Es normal, tú querías hijo, ahí está tu hijo. Esto es lo que trae tener un hijo'. Eso me dejó una secuela [...] cada vez que pienso en tener un hijo, me pongo en la idea de que va a ser traumatizante en algún momento (P9, 27 años, superior incompleta, periodista, San Miguel).

Desde el *plano social*, se destaca la manera en que los sucesos reportados tuvieron un impacto en la mirada de las usuarias sobre la práctica e institución médica pública. A pesar de experimentar su atención como negligente y/o no respetuosa, las usuarias explicaron que la alternativa de presentar una denuncia o queja no resultaba viable. Ello debido a la percepción de que no existían canales de denuncia, así como a reconocer un ambiente de desconfianza e impunidad en el espacio de atención.

Por qué en el momento en el que yo le comenté a la doctora, por qué no quiso realizar un informe de lo que pasó, también escuchar mi queja, [...] es más, me dijo 'eso es normal' y con mi segundo y tercer parto me di cuenta que no, no es normal, no es normal que sientas que te están cortando, el dolor, [...] no es normal que sin esperar o ver que es lo que está fallando te sigan cortando (P3, 38 años, secundaria completa, inspectora de seguridad, San Martín de Porres).

Esto influyó a que las usuarias refuerzan una percepción negativa del personal y la institución médica al vincular estas figuras con sentimientos de temor y desconfianza. Así, el temor a que miembros del personal cometan maltrato hacia las pacientes y/o se dieran situaciones de negligencia sin algún tipo de sanción, causó que un grupo de pacientes reconsiderara y fuera desalentado del uso de espacios de atención obstétrica públicos: “el hospital, personal médico y el servicio de las enfermeras no me dieron ganas de recomendar a nadie [...] el día que salí de ese hospital ya no quise saber nada, busqué por mi cuenta, ser asistida por médicos privados” (P2, 59 años, superior completa, secretaria, San Miguel).

Otro de los hallazgos en este eje fue el planteamiento de un grupo de participantes que permitieron reconocer un vínculo entre la representación de la experiencia de violencia obstétrica con dos creencias: 1) *el parto como proceso de inevitable violencia* y 2) *violencia en el parto como injusticia*. En el caso de la primera, al reflexionar sobre su propia vivencia, las participantes plantearon no haber actuado frente a los sucesos violentos que se manifestaron durante su propio proceso por considerarlos como algo propio y rutinario en un espacio de atención pública. Es así que el encontrarse en un espacio de atención gratuita y con la presencia de un personal que invalida y silencia, llevó a que se considere la violencia durante el parto como un hecho que no podía ser reclamado dentro de la institución. De esta forma, concibe a la VO como un suceso sistemático, generalizado y que afecta inevitablemente a toda usuaria que accede a un servicio público.

Este planteamiento va en línea con las implicaciones socioeconómicas y sociales que estarían conectadas con esta problemática, el nivel socioeconómico, educativo y el género interseccionarían repercutiendo en la naturalización y aceptación de manifestaciones de

violencia obstétrica, posiblemente agudizándose en instituciones de salud público (Briceño et al., 2018; Castro y Savage, 2019; Bohren et al., 2019; Murray de Lopez, 2018; Tobasía-Hege et al., 2019; Vedam et al., 2019). Este ejercicio estaría volviéndose una obstáculo al ejercicio del derecho a servicios de salud sexual y reproductiva de calidad y, dañaría la confianza de la población en el sistemas de salud pública (OMS, 2014; Sadler et al., 2011; Sadler et al., 2016; Šimonović, 2019).

En los hospitales nacionales [...] te hacen sentir que si quieres bien y si no quieres aguántate, tú eres el que tiene la necesidad y a veces las muchas carencias que hay hacen que la gente tenga que aceptar a veces situaciones que no son correctas [...] es la necesidad a veces (P6, 52 años, superior completa, estudiante, Noruega).

No obstante, se presentó en las narraciones otra creencia complementaria del suceso. La *violencia en el parto como injusticia* surge de la conciencia de las participantes de tener mayor edad, contar con mayor conocimiento y haber logrado acceder a otro tipo de atención obstétrica. Se valora como injusto la existencia de un trato que afecta bienestar, integridad y derechos de las mujeres. Además de ocasionar consecuencias físicas y emocionales, se resalta un efecto negativo en la calidad del nacimiento de los neonatos en la sociedad. En ese sentido, se argumenta que esta injusticia no sólo es impulsada por el personal médico que brinda este tipo de servicio, sino que, se extrapola la situación y, se plantea una responsabilidad institucional del Estado al no asegurar el acceso a una atención integral y de calidad para todas las madres y bebés por igual. Esta injusticia se agudiza al recalcarse que este abandono se realiza principalmente hacia aquellas mujeres con menores recursos.

Empecé a leer, como te dije, empecé a investigar, entonces ya estaba un poco más madura y me di cuenta que no es correcto, no deberían pasar por esto las mamás, ningún ser humano, sea hombre, mujer o niño, no debería pasar por esto (P3, 38 años, secundaria completa, inspectora de seguridad, San Martín de Porres).

Tú estás sola, trayendo este nuevo ser, incluso donde siento que a veces ni se involucra el Estado, porque pues, de mala manera es recibido este ser, por el médico... todos lo recibimos de mala manera a este ser nuevo, a este mundo, a esta sociedad (P4, 39 años, secundaria completa, ama de casa, San Martín de Porres).

### **La toma de conciencia**

Aunque se encontró que mayoritariamente las usuarias se adaptaron y afrontaron su experiencia de atención del parto desde la pasividad/evitación y reportaron creencias que naturalizaron la VO, se identificó un crecimiento a partir de esta experiencia al generarse una conciencia sobre la posibilidad de poder recibir otro tipo de atención, lo que impulsó un

*cuestionamiento a los tratos experimentados*. El acceso a otros espacios de atención obstétrica, no necesariamente privados, permitieron a un grupo de participantes comparar y cuestionar la atención que reciben las gestantes.

Yo ahora me veo y digo 'no debí callarme, yo debí haber hecho esto' o de repente debí haber buscado otras opciones ...es que lo que pasa es que uno no conceptualiza y cree que en ese hospital es lo mismo que en otro y el otro [...] por eso que también para mí fue algo increíble la última experiencia de parto...para mí fue (expresión de exclamación) otro mundo (P4, 39 años, secundaria completa, ama de casa, San Martín de Porres).

Asimismo, por motivación propia, un grupo de participantes buscaron entender el suceso vivido recurriendo a sus pares, otros médicos y a investigaciones, lo que llevó a que estas mujeres que inicialmente se posicionaron desde un rol pasivo durante su atención, tomaran mayor conciencia sobre lo sucedido, conocieran sobre sus derechos como pacientes y exigieran otro tipo de atención al asistir a espacios de atención médica. El mayor acceso a información sobre atenciones respetuosas y horizontales fue reforzando la construcción de esta creencia y posicionamientos alternativos. Este hallazgo reforzaría lo planteado por Sanchez (2024) que sostiene que de acuerdo al nivel de conocimiento de las usuarias sobre sus derechos reproductivos, este puede actuar como un factor preventivo a la experiencia de violencia obstétrica.

Por el lado de las creencias, esta toma de conciencia, que podría haberse vinculada con el surgimiento de una mirada de la violencia en el parto como injusticia y los cuestionamientos por el trato recibido, tendría sentido al recordar la estructura de esta estructura mental. El que esta nueva conciencia pueda convivir simultáneamente con un sistema de creencias que naturaliza violencias simbólicas contra usuarias de servicios de salud, puede percibirse como una aparente discrepancia en un sistema de creencias. Sin embargo, ello cobra sentido al recordar la naturaleza de estos sistemas, que posibilitan una mutua existencia entre creencias opuestas ya que en sus estructuras pueden convivir contenidos contradictorios, ilógicos (Pajares, 1992). Es así que, es posible que las participantes sigan manteniendo creencias normalizadoras de la violencia, pero, a su vez, se encuentren cuestionando estas mismas ideas gracias al rol transformador que tiene el acceso a información sobre planteamientos que previamente no habían atravesado por un proceso de evaluación y contraste.

Entonces, aunque inicialmente contradictorio, la mutua existencia de creencias opuestas daría cuenta de una posibilidad de modificación y cuestionamiento de creencias normalizadoras de violencia. Es importante identificar que factores como el acceder a modelos de contrastación o comparación respecto a la forma de atención y, la adquisición de

nueva información sobre derechos de salud reproductiva e implicancias de un trato respetuoso y digno, habrían facilitado que las participantes, en mayor y menor medida, construyan y consoliden estas creencias cuestionadoras. El papel de estos dos factores va en línea con lo planteado por Aiquipa y Canción (2020) y Sanchez (2024) que enfatizan en lo valioso del acceso a espacios, modelos e información que prevengan su ocurrencia y fomenten una confrontación con la naturalización de expresiones de violencia.

Partiendo de la percepción de que estos tratos son generalizados y sistemáticos, todas las participantes manifestaron que era necesario realizar cambios con respecto al estado actual de las instituciones médicas públicas. Por ello, en esta sección se abordan las *solicitudes de cambio y propuestas para mejorar el servicio*. Se identificó en primer lugar, solicitudes relacionadas al trato profesional; y, en segundo lugar, la búsqueda de una reforma integral del sistema de salud. En el caso del trato, se planteó como importante que los profesionales de salud realicen cambios para brindar una atención respetuosa, empática, informativa y de calidad. Para lograr ello, se propuso como alternativa la creación de programas de monitoreo de la calidad del trato y capacitaciones para los médicos.

En el caso de la institución y su reforma, las participantes manifestaron como necesario que se presenten medidas que garanticen una atención de calidad; por ello sugirieron, visibilizar la existencia de este tipo de problemática que es prevalente en el sistema de salud peruano; acompañado al reconocimiento de la existencia de violencia obstétrica, se recalcó la necesidad de difundir los derechos y mecanismos de protección del paciente ante este tipo de situaciones. Plantearon que durante el periodo en que fueron impactadas por este tipo de trato, no tenían conocimiento sobre canales y mecanismos de denuncia ante una vulneración de sus derechos en la atención. En ese sentido, se sugirió la creación de talleres informativos para la preparación de las usuarias en cuanto a sus derechos, medidas de protección, y preparación para el parto, se añadió como elemental la creación de espacios de acompañamiento psicopedagógico para las mismas. Adicionalmente, un grupo de participantes mencionaron como necesario que se apoye en la sobrecarga laboral y agotamiento del personal médico, ya que se considera que ello influye en su rendimiento y calidad de atención.

[...] director o la directora... no sé exactamente quién estaba a cargo en ese momento. Yo pienso que a veces desconocen muchas cosas que pasan, ¿no? Por qué de repente hay pacientes que no presentan un reclamo de repente y por temor, o vergüenza o porque a veces el mismo personal lo cubre. Pienso eso, a veces desconocen que pasa con las mamás, las cabezas desconocen y de repente, mientras que no haya queja, no hay nada.

Todo está bien y todo. No ocurre nada. De repente, se enteran cuando de repente ya ocurren cosas mayores (P1, 31 años, secundaria completa, ama de casa, Ate).

A pesar de lo adverso de las experiencias relatadas, las participantes encontraron un recurso importante en la *resignificación de su experiencia*. Al reflexionar sobre lo vivido y su papel en la presente investigación, varias de las mujeres manifestaron considerar valioso el poder compartir su experiencia al plantear que de esta forma pueden aportar en la visibilización y prevención de este tipo de violencia. El deseo de que menos mujeres afronten esta violencia fue identificado como una de las motivaciones principales de su participación.

Yo me he prestado a participar de esta situación con la esperanza de que esto pueda ser un granito que puede ayudar a que, de repente en un futuro, las circunstancias para todas aquellas personas que no cuentan con las posibilidades de acceder a mejores servicios tengan un trato justo y que los profesionales tomen conciencia de su rol. Esa es la motivación que tengo yo para estar aquí (P6, 52 años, superior completa, estudiante, Noruega).

Es importante resaltar la valoración realizada de un grupo de participantes respecto al diálogo compartido con la investigadora. Se manifestó sentir como un acto catártico el encontrar un espacio para hablar sobre lo vivido ya que se considera que no existen espacios, tanto institucionales como individuales, donde se puedan expresar libremente sobre las experiencias relatadas.

[...] que de cierta forma se quiera ver este lado me parece muy valioso, muy, muy valioso, no había escuchado... mira cuánto tiempo ha pasado para que yo pueda hacer la catarsis, porque yo decía '¿dónde puedo ir?' porque parecía que la experiencia quedaba contigo y no había ... 'eso era, ese era el patrón y eso será'. Te quedas con 'eso es, eso hubo, es y será siempre' [...] algo se quiere cambiar y se va a cambiar (P4, 39 años, secundaria completa, ama de casa, San Martín de Porres).

Esto último, podría dar cuenta de un proceso incipiente de asimilación y resignificación de la experiencia de violencia obstétrica. Ello, además del cambio vinculado al desarrollo de una capacidad de reflexividad y cuestionamiento frente a la adversidad experimentada, puede relacionarse con un proceso de transformación cualitativa que la literatura califica como crecimiento postraumático (CPT) (Tedeschi & Calhoun, 2004). El CPT hace referencia al crecimiento del individuo posterior al enfrentamiento de períodos altamente desafiantes, se vincula con cambios en tres áreas bases: la mirada de sí mismo, las relaciones con los otros y la espiritualidad o visión de la vida (Volgin & Bates, 2016).

Algunas variables claves para el desarrollo del CPT son 1) el alcanzar una comprensión cognitiva y afectiva a través de acompañamientos que faciliten la producción de narrativas sobre el evento experimentado, 2) visibilizar los propios recursos y posibilidades de cambio y 3) contar con un marco relacional significativo que brinde soporte social (Chan et al., 2016; Henson et al., 2021; Jayawickreme et al., 2021; Tedeschi & Calhoun, 2004). En el caso de las participantes, plantearon que el recorrer nuevamente su atención, sostenidas por un otro, generó una sensación de ganancia por darle voz a una experiencia que se había quedado solo con ellas, y también por la oportunidad de aportar en la reivindicación y visibilizar de la violencia obstétrica en el país.

En ese sentido, para facilitar y potenciar este proceso se plantea como esencial generar espacios de sororidad, seguros y reflexivos, que faciliten la desnaturalización de esta violencia y guíen a darle sentido a lo vivido. Acompañado de un entorno que valide y sostenga los significados que emerjan, se podría brindar la oportunidad de hacer frente a lo experimentado y sanar (Chan et al., 2016).



## Conclusiones

Este estudio surgió en base al reconocimiento de la necesidad de complejizar el análisis de la prevalencia de la violencia obstétrica. Estudios sobre el tema reconocen que esta manifestación responde a una interseccionalidad de factores sociales, culturales, históricos y económicos. A pesar de ello, es notable la ausencia de literatura que profundice en la forma que este tipo de violencia se origina y mantiene prevalente en contextos de salud pública y privada. En ese sentido, se planteó que una mirada que considerase el papel de la cognición social en la manifestación de V.O, podía significar un aporte que permita visibilizar causas que podrían estar siendo ignoradas en el estudio de este fenómeno. Es así que este estudio se direccionó a explorar en la forma en que las creencias tenían un impacto en la experiencia de violencia obstétrica de usuarias de servicios de salud públicos de Lima Metropolitana.

Teniendo en cuenta los resultados presentados en el acápite anterior, se visibiliza factores vinculados con el origen y mantenimiento de V.O, siendo los principales: 1) la existencia de sistemas de creencias que normalizan y mantienen manifestaciones de maltrato, y 2) la escasa sensibilización e información del personal médico sobre procesos respetuosos de los derechos a la salud sexual y reproductiva de las mujeres.

El primer punto evidenció que, en base a las creencias elaboradas sobre las figuras del paciente - personal médico y, a su vez, la forma que se percibieron construidas por los otros, las participantes de esta investigación se posicionaron en determinados roles para poder priorizar el éxito de sus intervenciones obstétricas. Ello influyó en la percepción que se tuvo sobre la vivencia de la violencia ya que promovió, en mayor o menor medida, a que se generen sistemas de creencias que validan diversas formas de violencia.

Respecto a los sistemas de creencias con los que llegaron las participantes al espacio médico, agentes socioculturales como la familia resaltaron al tener un rol de transmisores de mensajes contradictorios y cargados de temor que influenciaron en vincular las figuras del paciente - personal médico desde posiciones de pasividad y autoridad. Ello, reforzado con el percibirse construidas desde la obediencia y desigualdad de poderes y, asimismo, al reconocer un espacio médico con actitudes y expresiones humillantes/ sexistas y con escasa información durante la atención del proceso de parto, promovió a que las participantes concluyan que deberían aceptar y sobrellevar este tipo de tratos para poder salvaguardar su propio bienestar y el éxito en el parto. Así, se plantea que se formaron sistemas de creencias que naturalizaron el uso de manifestaciones indirectas de violencia.

A pesar que las usuarias sostienen como injusto que las mujeres se vean expuestas a un ambiente de maltrato y rechazo a las manifestaciones directas de violencia, resulta

fundamental reconocer cómo la normalización de los aspectos más indirectos promueve la prevalencia de esta problemática. No solo el personal incentivaría la sumisión en la atención, sino que las mujeres entienden que así podrán afrontar y/o prevenir estar expuestas a gritos, humillaciones y, sobre todo, lograrán el nacimiento exitoso de sus bebés. La instrumentalización del silencio para adaptarse a la situación es transmitida a sus pares, reforzados por prejuicios y creencias sobre el proceso del parto, y se crea un ciclo que normaliza la violencia, disminuye la agencia y autonomía corporal de las mujeres en espacios que deberían garantizar sus derechos sexuales y reproductivos.

No obstante, el surgimiento de creencias cuestionadoras brinda un panorama de cambio en esta problemática social. El acceso a espacios de contraste e información sobre atenciones respetuosas a los derechos reproductivos y, asumirse como mujeres de mayor edad y experiencia plantea la posibilidad de modificar las creencias naturalizadas de violencia. Al reflexionar sobre formas de contrarrestar la prevalencia de este tipo de violencia de género, resulta útil resaltar las expectativas y experiencias de atención positivas que identificaron una parte de las participantes durante su proceso de atención. Destaca la necesidad de resaltar el consentimiento informado y el acceso a información sobre el derecho de servicios de salud sexual y reproductiva de calidad, como factores que podrían ser claves para mitigar la prevalencia de la violencia obstétrica en los sistemas de salud peruanos.

El consentimiento de las usuarias es un aspecto que toma especial importancia al analizar esta problemática. Al recordar que la violencia obstétrica es un fenómeno que surge en el espacio médico, donde el desequilibrio de poderes puede fundamentar la relación entre el personal de salud y las usuarias, el consentimiento se presenta como una herramienta para que las mujeres logren posicionarse como agentes más activos en su atención. En ese sentido, puede señalarse como clave que el personal ejercite una comunicación interpersonal informativa, respetuosa y que priorice la voluntariedad de la usuaria durante la atención.

En la misma línea, el conocimiento de las usuarias sobre lo que *sucedirá* y sus derechos como pacientes, es un complemento necesario al consentimiento. Es necesario que las mujeres sepan de manera clara y concisa qué procesos serán ejecutados en ellas, y asimismo, cuáles son sus derechos y mecanismos de protección con los que cuentan en el espacio médico durante el proceso del parto. La presencia de ambos elementos plantea un escenario beneficioso para que las mujeres puedan identificar y clasificar con mayor facilidad qué actos se alejan de procedimientos respetuosos a sus derechos. De asegurarse que reciban información sobre sus derechos, responsabilidad y deberes como usuarias de servicios de

salud sexual y reproductiva, surge la posibilidad que levanten su voz y exijan, con mayor respaldo, que se cumpla su derecho a ser atendidas desde la calidad y dignidad.

Otro aspecto que puede promover la disminución de la prevalencia de la V.O es generar espacios que sensibilicen la metodología de atención que brinda el personal de los centros de salud peruanos. Los hallazgos de esta investigación reflejan una diversidad de manifestaciones de violencia obstétrica, tanto implícitas como explícitas. Estas evidencian la necesidad de cuestionar la práctica médica actual e incluir en la atención médica enfoques que tomen en cuenta aspectos como el género, interculturalidad, interseccionalidad y el respeto de los derechos sexuales y reproductivos. Ello es coherente con las recomendaciones que sostienen las discusiones actuales sobre el tema; cada vez se acentúa más la necesidad de generar espacios de cuestionamiento y desarrollo de habilidades blandas que complementen las habilidades técnicas del personal de salud. En ese sentido, para alcanzar una comprensión más integral del fenómeno y sus mecanismos de prevalencia es esencial generar estudios del tema con el equipo médico y personal de atención que componen las instituciones de salud.

De manera complementaria, es esencial crear mecanismos de monitoreo y sanción ante la presencia de manifestaciones de violencia obstétrica en espacios de salud. A pesar que la V.O es un fenómeno que ha sido nombrado en normativas del país y es cada vez más discutido en diferentes organizaciones civiles, existe una ausencia de regulación y seguimiento sobre lineamientos concretos que condenen la presencia de estos actos. Las declaraciones de las participantes de este estudio plantean que la falta de claridad, información sobre canales de denuncia y la percepción de impunidad del personal médico fueron los principales factores que desalentaron que presentaran alguna queja. Es importante medir a qué nivel esto es compartido entre las usuarias de servicios de salud sexual y reproductiva para impulsar a la toma de medidas que, por un lado, subsanen los daños ocasionados a las mujeres afectadas y, a su vez, permitan que no siga incrementando los niveles de desconfianza y desaliento del uso de servicios de salud pública en el país.

Se considera que la contribución específica de estos hallazgos se relaciona con lograr profundizar la comprensión del fenómeno en el país. No solo se sustenta el reconocimiento de las creencias como factor que apoyan la prevalencia de este fenómeno, sino que también puede ser herramientas que contribuyan a un posible cambio y trabajo en la desnaturalización de la violencia. En relación a lo encontrado sobre el proceso de resignificación de la vivencia, se recomienda a futuras investigaciones seguir profundizando en el estudio del proceso de crecimiento post traumático en esta población. La posibilidad de sanar a partir del trabajo en la desnaturalización en base a la resignificación de la vivencia, acompañada por un otro que

brinde soporte libre de juicios, puede dar lugar a formas de intervenir en esta problemática desde la psicología. En la misma línea, se considera necesario que futuras investigaciones adopten el más alto grado de cuidados y principios éticos en el abordaje de estas problemáticas, recalcando el cuidado a la no victimización y no instrumentalización de las mujeres que han vivenciado este fenómeno.

Al reflexionar sobre las medidas de reparación institucional y estatal, se propone considerar la necesidad de generar espacios de elaboración para mujeres afectadas por violencias, donde se reconozcan y nombren violencias que existen y, en particular, se visibilice la rol y efecto de la violencia obstétrica en los centros de salud peruanos. Asimismo, los hallazgos nos dan evidencias de la necesidad de crear políticas públicas que consideren la existencia de este tipo de problemáticas; debe investigarse la incidencia e impacto de la V.O en el país para generar medidas preventivas sostenibles, pertinentes y eficaces.

En cuanto a las limitaciones, al centrarse esta investigación en la violencia obstétrica, un constructo todavía poco estudiado, los hallazgos presentados deben ser interpretados como aproximaciones iniciales que requieren continuar siendo ratificadas en futuras investigaciones. Por el lado del contexto en que se realizó este estudio, la pandemia limitó generar un acercamiento con la población del personal de salud. Será necesario incluir la mirada de los agentes representantes de las instituciones de salud para alcanzar una comprensión más completa de este fenómeno. En cuanto al trabajo con las participantes, se identificó una duda inicial respecto al compartir con un otro sus narraciones. El generar rapport y una clara comprensión sobre las bases académicas y voluntariedad del estudio fue clave. A pesar que la comunicación virtual limitó la forma en que se establecieron estos elementos, fue notorio su influencia en la predisposición a participar del estudio una vez se establecieron estas bases.

Por el lado técnico, el no contar con una red estable, aparatos tecnológicos o con la disponibilidad del tiempo requerido para las entrevistas limitaron la participación de mujeres que inicialmente se encontraron interesadas en el estudio. Asimismo, establecer lazos de confianza y cercanía, claves por la naturaleza de la investigación, también se vieron influenciados por las limitaciones propias de una comunicación digital.

## Referencias

- Alvarez, N. S., La Valle, A. K., & Serruto, V. Y. (2016). Estudio de creencias y costumbres de las madres durante el proceso de post parto de las zonas quechua y aymara [Manuscrito no publicado]. *Revista Investigaciones Altoandinas*, 17(1), 103-108.
- American Psychological Association. (1992). Ethical principles of psychologists and code of conduct. *American psychologist*, 47(12), 1597-1611.  
<https://doi.org/10.1037/0003-066X.47.12.1597>
- Alexander, P. A., & Dochy, F. J. (1995). Conceptions of knowledge and beliefs: A comparison across varying cultural and educational communities. *American Educational Research Journal*, 32(2), 413-442.  
<https://doi.org/10.3102/00028312032002413>
- Aiquipa J. J., & Canción, N. M. (2020). Mujeres supervivientes de violencia de pareja: factores y procesos psicológicos implicados en la decisión de permanecer o abandonar la relación. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 38(1), 189-202.  
<http://dx.doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/apl/a.7139>
- Bohren, M. A., Vogel, J. P., Hunter, E. C., Lutsiv, O., Makh, S. K., Souza, J. P., Aguiar, C., Coneglian, F. S., Araújo-Diniz, A. L., Tuncalp, O., Javadi, D., Oladapo, O. T., Khosia, R., Hindin, M. J., & Gulmezoglu, A. M. (2015). The mistreatment of women during childbirth in health facilities globally: a mixed-methods systematic review. *PLoS medicine*, 12(6), 1-32. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001847>
- Braun, V., & Clarke, V. (2012). Thematic analysis. En H. Cooper, P. M. Camic, D. L. Long, A. T. Panter, D. Rindskopf, & K. J. Sher (Eds.), *APA handbook of research methods in psychology, Vol. 2: Research designs: Quantitative, qualitative, neuropsychological, and biological*, (pp. 57-71). American Psychological Association.  
<https://doi.org/10.1037/13620-004>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Bowser, D., & Hill K. (2010). *Exploring Evidence for Disrespect and Abuse in Facility-Based Childbirth: Report of a Landscape Analysis*. University Research Co., LLC.  
[https://cdn2.sph.harvard.edu/wp-content/uploads/sites/32/2014/05/Exploring-Evidence-RMC\\_Bowser\\_rep\\_2010.pdf](https://cdn2.sph.harvard.edu/wp-content/uploads/sites/32/2014/05/Exploring-Evidence-RMC_Bowser_rep_2010.pdf)
- Borg, M. (2001). Teachers' beliefs. *ELT journal*, 55(2), 186-188.  
<https://doi.org/10.1093/elt/55.2.186>

- Bunge, M. (2009). *Semántica II. Interpretación y verdad (Vol.II)*. Gedisa.
- Bohórquez, L. (12, 13 y 14 de noviembre del 2014). *Las creencias vs. las concepciones de los profesores de matemáticas y sus cambios* [Presentación de artículo]. Congreso Iberoamericano de Ciencia, Tecnología, Innovación y Educación, Buenos Aires, Argentina.  
[https://www.researchgate.net/publication/281117742\\_Las\\_creencias\\_vs\\_las\\_concepciones\\_de\\_los\\_profesores\\_de\\_matematicas\\_y\\_sus\\_cambios](https://www.researchgate.net/publication/281117742_Las_creencias_vs_las_concepciones_de_los_profesores_de_matematicas_y_sus_cambios)
- Belli, L. (2013). La violencia obstétrica: otra forma de violación de los derechos humanos. *Revista Redbioética/UNESCO*, 1(7), 25-34.  
<https://ri.conicet.gov.ar/bitstream/handle/11336/12868/Art2-BelliR7.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
- Briceño, X., Enciso, L. V., & Yepes, C. E. (2018). Neither medicine nor health care staff members are violent by nature: Obstetric violence from an interactionist perspective. *Qualitative health research*, 28(8), 1308-1319.  
<https://doi.org/10.1177/1049732318763351>
- Caballero, E. (2017). *Población, Salud Sexual y Reproductiva y Desarrollo Sostenible en América Latina y el Caribe*. Fondo de Población de las Naciones Unidas.  
<https://lac.unfpa.org/es/publicaciones/población-salud-sexual-y-reproductiva-y-desarrollo-sostenible-en-américa-latina-y-el>
- Chan, K. J., Young, M. Y., & Sharif, N. (2016). Well-being after trauma: A review of posttraumatic growth among refugees. *Canadian Psychology / Psychologie canadienne*, 57(4), 291–299. <https://doi.org/10.1037/cap0000065>
- Creswell, J. (2013). *Qualitative inquiry and research design. Choosing among five approaches* (3rd ed.). SAGE Publications.  
[https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/7973605/mod\\_resource/content/1/Creswell\\_-\\_John-W-Qualitative-Inquiry-and-Research-Design\\_-\\_Choosing-Among-Five-Approaches-SAGE-Public.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/7973605/mod_resource/content/1/Creswell_-_John-W-Qualitative-Inquiry-and-Research-Design_-_Choosing-Among-Five-Approaches-SAGE-Public.pdf)
- Creswell, J. W., & Poth, C. N. (2018). *Qualitative inquiry & research design: Choosing among five approaches* (4th ed.). SAGE Publications.  
[https://pubhtml5.com/enuk/cykh/Creswell\\_and\\_Poth%2C\\_2018%2C\\_Qualitative\\_Inquiry\\_4th/](https://pubhtml5.com/enuk/cykh/Creswell_and_Poth%2C_2018%2C_Qualitative_Inquiry_4th/)
- Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer (CLADEM,1998). *Silencio y Complicidad. Violencia Contra las Mujeres en los Servicios Públicos de Salud en el Perú*. Centro Legal para Derechos Reproductivos y

Políticas Públicas.

<http://www.mysu.org.uy/wp-content/uploads/2016/07/Silencio-y-Complicidad-Violencia-contra-la-Mujer-en-los-servicios-de-salud-en-el-Peru.pdf>

Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) (2014). *Informe No. 34/14, Petición 1334-09. Admisibilidad. Elogía y su hijo Sergio. Perú*. 4 de abril de 2014.

<http://www.oas.org/es/cidh/decisiones/2014/PEAD1334-09ES.pdf>

Castrillo, B. (2016). Dime quién lo define y te diré si es violento. Reflexiones sobre la violencia obstétrica. *Sexualidad, Salud y Sociedad - Revista Latinoamericana*, (24), 43-68. <https://doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2016.24.03.a>

Castro, A., & Savage, V. (2019). Obstetric violence as reproductive governance in the Dominican Republic. *Medical anthropology*, 38(2), 123-136.

<https://doi.org/10.1080/01459740.2018.1512984>

Castro, A., Savage, V., & Kaufman, H. (2015). Assessing equitable care for Indigenous and Afrodescendant women in Latin America. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 38(2), 96–109. <https://scielosp.org/pdf/rpsp/2015.v38n2/96-109/en>

Castro R., & Erviti, J. (2015). *Sociología de la práctica médica autoritaria. Violencia obstétrica, anticoncepción forzada y derechos reproductivos*. Universidad Nacional Autónoma de México.

[http://biblioteca.clacso.edu.ar/Mexico/crim-unam/20170511032438/pdf\\_1464.pdf](http://biblioteca.clacso.edu.ar/Mexico/crim-unam/20170511032438/pdf_1464.pdf)

Callejo, M., & Vila, A. (2003). Origen y formación de creencias sobre la resolución de problemas. Estudio de un grupo de alumnos que comienzan la educación secundaria. *Boletín de la Asociación Matemática Venezolana*, 10(2), 173-194.

<https://www.emis.de/journals/BAMV/conten/vol10/mcallejo+vila.pdf>

Defensoría del Pueblo. (2020). *Violencia obstétrica en el Perú. Adjuntía para los derechos de la mujer*.

<https://www.defensoria.gob.pe/wp-content/uploads/2020/12/Violencia-obstetrica.pdf>

Díez, A. (2017). Más sobre la interpretación (II): ideas y creencias. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 37(131), 127-143.

[https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0211-57352017000100008](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0211-57352017000100008)

Di Giacomo, P., Cavallo, A., Bagnasco, A., Sartini, M., & Sasso, L. (2017). Violence against women: knowledge, attitudes and beliefs of nurses and midwives. *Journal of Clinical Nursing*, 26(15–16), 1-10. <https://doi.org/10.1111/jocn.13625>

- D'Oliveira, A. F. P. L., Diniz, S. G., & Schraiber, L. B. (2002). Violence against women in health-care institutions: an emerging problem. *The Lancet*, 359(9318), 1681-1685. doi:10.1016/S0140-6736(02)08592-6
- Ferrer-Pérez, V. A., Bosch-Fiol, E., Sánchez-Prada, A., & Delgado-Álvarez, C. (2019). Beliefs and attitudes about intimate partner violence against women in Spain. *Psicothema*, 31(1), 38–45. <https://doi.org/10.7334/psicothema2018.206>
- Freedman, L. P. & Kruk, M. E. (2014). Disrespect and abuse of women in childbirth: challenging the global quality and accountability agendas. *The Lancet*, 384(9948), 42–44. doi:10.1016/S0140-6736(14)60859-X
- Freedman, L. P., Ramsey, K., Abuya, T., Bellows, B., Ndwiga, C., Warren, C. E., Kujawski, S., Moyo, W., Kruk, M. E., & Mbaruku, G. (2014). Defining disrespect and abuse of women in childbirth: A Research, policy and rights agenda. *Bulletin of the World Health Organization*, 92(12), 915–917. doi:10.2471/blt.14.137869
- Fuente, P. D. L (2018). *La Violencia Obstétrica*. [Tesis fin de grado, Universidad Autónoma de Madrid]. <http://hdl.handle.net/10486/684858>
- Farr, R. (1993) The theory of social representations: whence and whither? *Papers on Social Representations*, 2(3), 130-138. [https://eprints.lse.ac.uk/24967/1/The\\_theory\\_of\\_social\\_representations\\_%28LSERO%29.pdf](https://eprints.lse.ac.uk/24967/1/The_theory_of_social_representations_%28LSERO%29.pdf)
- Fishbein, M., & Ajzen, I. (1975). *Belief, Attitude, Intention, and Behavior: An Introduction to Theory and Research*. Addison-Wesley.
- Fishbein, M. (1966). The relationships between beliefs, attitudes and behavior. En S. Feldman (Ed.), *Cognitive consistency, motivational antecedents and behavioral consequents* (pp. 199-223). New York: Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-1-4832-2828-0.50012-X>
- Gherardi, N. (2016). *Otras formas de violencia contra las mujeres que reconocer, nombrar y visibilizar*. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/40754>
- Glombovsky, A. (2018). Salud, jóvenes y violencia obstétrica: representaciones sociales en torno del rol de la mujer al momento de parir. *Actas de Periodismo y Comunicación*, 4(1). <https://perio.unlp.edu.ar/ojs/index.php/actas/article/view/4772>
- Guerrero, R., Ramirez, S., & González, M. (2019). Relatos de mujeres. Experiencias de embarazos con malformaciones incompatibles con la vida. *Promsex, Ed.* <https://promsex.org/wp-content/uploads/2019/06/RelatosDeMujeres.pdf>

- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, M. P. (2014). *Metodología de la Investigación* (6ta ed.). McGraw-Hill Interamericana.  
<https://www.esup.edu.pe/wp-content/uploads/2020/12/2.%20Hernandez,%20Fernandez%20y%20Baptista-Methodolog%C3%ADa%20Investigacion%20Cientifica%206ta%20ed.pdf>
- Henson, C., Truchot, D., & Canevello, A. (2021). What promotes post traumatic growth? A systematic review. *European Journal of Trauma & Dissociation*, 5(4), 100195.  
<https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2020.100195>
- Jodelet, D. (1984). La representación social: fenómeno, concepto y teoría. En S. Moscovici (Ed.), *Psicología social II: Pensamiento y vida social* (pp. 469-494). Paidós.  
[https://www.researchgate.net/publication/327013694\\_La\\_representacion\\_social\\_fenomeno\\_concepto\\_y\\_teor%C3%ADa](https://www.researchgate.net/publication/327013694_La_representacion_social_fenomeno_concepto_y_teor%C3%ADa)
- Jackson, P. (2002). *Práctica de la enseñanza*. Amorrortu.
- Jewkes R, & Penn-Kekana, L. (2015). Mistreatment of Women in Childbirth: Time for Action on This Important Dimension of Violence against Women. *PLoS Medicine*, 12(6), 1-4. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.1001849>
- Jayawickreme, E., Infurna, F.J., Alajak, K., Blackie, L., Chopik, W.J., Chung, J.M., Dorfman, A., Fleeson, W., Forgeard M. J. C., Frazier, P., Furr, R.M., Grossmann, I., Heller, A.S., Laceulle, O.M., Lucas, R.E., Luhmann, M., Luong, G., Meijer, L., McLean, K.C., Park, C.L., Roepke, A.M., Al Sawaf, Z., Tennen, H., White, R.M.B., Zonneveld, R. (2021). Post-traumatic growth as positive personality change: Challenges, opportunities, and recommendations. *Journal of personality*, 89(1), 145-165. <https://doi.org/10.1111/jopy.12591>
- Llinares, S. (1991). *La formación de profesores de matemáticas*. GID-Universidad de Sevilla.
- Le Bon, G. (1914). *La vida de las verdades*. Aguilar.
- McMahon, S. A., George, A. S., Chebet, J. J., Mosha, I. H., Mpembeni, R. N., & Winch, P. J. (2014). Experiences of and responses to disrespectful maternity care and abuse during childbirth; a qualitative study with women and men in Morogoro Region, Tanzania. *BMC pregnancy and childbirth*, 14(268). <https://doi.org/10.1186/1471-2393-14-268>
- Moscovici, S (1961) *La psychanalyse, son image et son public*. PUF.
- Moscovici, S. (1988). Notes towards a description of social representation. *European Journal of Social Psychology*, 18(3), 211–250. <https://doi.org/10.1002/ejsp.2420180303>
- Moscovici, S. (2000). *Social representations: Explorations in Social Psychology*. Polity Press.

- Montesinos-Segura, R., Urrunaga-Pastor, D., Mendoza-Chuctaya, G., Taype-Rondan, A., Helguero-Santin, L. M., Martínez-Ninanqui, F. W., Centeno, D. L., Jiménez-Meza, Y., Taminche-Canayo, R. C., Paucar-Tito, L., & Villamonte-Calanche, W. (2018). Disrespect and abuse during childbirth in fourteen hospitals in nine cities of Peru. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 140(2), 184-190. <https://doi.org/10.1002/ijgo.12353>
- Murray de Lopez, J. (2018). When the scars begin to heal: narratives of obstetric violence in Chiapas, Mexico, *International Journal of Health Governance*, 23(1), 60-69. <https://doi.org/10.1108/IJHG-05-2017-0022>
- Meyrick J. (2006). What is good qualitative research? A first step towards a comprehensive approach to judging rigour/quality. *Journal of health psychology*, 11(5), 799–808. <https://doi.org/10.1177/1359105306066643>
- Martínez-Salgado, C. (2012). El muestreo en investigación cualitativa. Principios básicos y algunas controversias. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17 (3), 613-619. <https://www.scielo.br/j/csc/a/VgFnXGmqhGHNMBsv4h76tyg/?format=pdf&lang=es>
- Medina, A., & Mayca, J. (2006). Creencias y costumbres relacionadas con el embarazo, parto y puerperio en comunidades nativas awajun y wampis. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 23(1), 22-32. [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=s1726-46342006000100004&script=sci\\_artext](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=s1726-46342006000100004&script=sci_artext)
- Magnone, N. (13-14 de septiembre del 2011). *Derechos sexuales y reproductivos en tensión: intervencionismo y violencia obstétrica* [Presentación de artículo]. X Jornadas de Investigación de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de la República, Montevideo, Uruguay. <https://ciane.net/biblio/public/2691.pdf>
- Myers, D. (2000). *Psicología Social*. McGraw Hill.
- Morales, J., Moya, M., Reboloso, E., Fernández, J., Huici, C., Marques, J., Páez, D., Pérez, J.A., Tumer, J., & Morales, F. (1994). *Psicología Social*. McGraw-Hill.
- Moreno, M. M., & Azcárate, C. (2003). Concepciones y creencias de los profesores universitarios de matemáticas acerca de la enseñanza de las ecuaciones diferenciales. *Enseñanza de las Ciencias: Revista de investigación y experiencias didácticas*, 21(2), 265-280. <https://www.raco.cat/index.php/Ensenanza/article/view/21935>
- Montes, M., Flores-Medrano, E., Carmona, E., Huitrado, J. L. & Flores, P. (2014). Reflexiones sobre la naturaleza del conocimiento, las creencias y las concepciones. En J.Carrillo, N. Climent, L.C. Contreras, M.A. Montes, D. Escudero, E. Flores

- Medrano (Eds.), *Un marco teórico para el conocimiento especializado del profesor de matemáticas* (pp. 9-22). Universidad de Huelva Publicaciones.  
[https://www.researchgate.net/publication/267392675\\_Un\\_marco\\_teorico\\_para\\_el\\_Conocimiento\\_especializado\\_del\\_Profesor\\_de\\_Matematicas](https://www.researchgate.net/publication/267392675_Un_marco_teorico_para_el_Conocimiento_especializado_del_Profesor_de_Matematicas)
- Ortega & Gasset, J. (1968). *Ideas y creencias*. Espasa-Calpe.
- Organización de las Naciones Unidas (1995). *Informe de la Conferencia Internacional sobre la población y el desarrollo: El Cairo, 5 a 13 de septiembre de 1994*.  
[https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/icpd\\_spa.pdf](https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/icpd_spa.pdf)
- Organización Panamericana de la Salud (1998). La salud reproductiva: Parte integrante del desarrollo humano. *Revista Panamericana de la Salud Pública*, 4(3), 211-217.  
<https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/1998.v4n3/o15/es>
- Organización Mundial de la Salud (2014). *Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud*.  
[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134590/1/WHO\\_RHR\\_14.23\\_spa.pdf?ua=1&ua=1.6](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134590/1/WHO_RHR_14.23_spa.pdf?ua=1&ua=1.6)
- Pistrang, N., & Barker, C. (2012). Varieties of qualitative research: A pragmatic approach to selecting methods. En H. Cooper (Ed.), *APA handbook of research methods in psychology. Volume 2: Research designs: Quantitative, qualitative, neuropsychological, and biological* (pp. 5-18). American Psychological Association.  
<https://doi.org/10.1037/13620-001>
- Perrotte, V., Chaudhary, A. & Goodman, A. (2020) “At Least Your Baby Is Healthy” Obstetric Violence or Disrespect and Abuse in Childbirth Occurrence Worldwide: A Literature Review. *Open Journal of Obstetrics and Gynecology*, 10, 1544-1562.  
[10.4236/ojog.2020.10110139](https://doi.org/10.4236/ojog.2020.10110139).
- Parales-Quenza, C. J., & Vizcaíno-Gutiérrez, M. (2010). Las relaciones entre actitudes y representaciones sociales: elementos para una integración conceptual. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 39(2), 351-361.  
<https://www.redalyc.org/pdf/805/80539210.pdf>
- Pajares, M. (1992). Teacher' beliefs and educational research: Cleaning up a messy construct. *Review of Educational Research*, 62(3). 307-332.  
<https://doi.org/10.3102/00346543062003307>
- PROMSEX (2022). *Caso Eulogia Guzmán y su hijo Sergio vs. Perú: Violación de la autonomía reproductiva de las mujeres campesinas e indígenas*. Centro de Derechos

Reproductivos.

<https://reproductiverights.org/wp-content/uploads/2022/09/Eulogia-vs-peru.pdf>

Ramírez, J. C. (2013). Traer cortita a la mujer: Una creencia sobre las relaciones de género en jóvenes de Guadalajara. *Relaciones. Estudios de historia y sociedad*, 34(133), 15-40.

<https://doi.org/10.24901/rehs.v34i133.471>

Rangel-Flores, Y. Y., & Martínez-Ledezma, A. G. M. (2017). Ausencia de percepción de violencia obstétrica en mujeres indígenas del centro norte de México. *Revista Conamed*, 22(4), 166-169. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6436674>

Rokeach, M. (1968). *Beliefs, attitudes, and values: A theory of organization and change*. Jossey-Bass.

Sadler, M., Obach, A., Luengo, X., & Biggs, M. (2011). *Estudio barreras de acceso a los servicios de salud para la prevención del embarazo adolescente en Chile*. Ministerio de Salud de Chile.

[https://www.researchgate.net/publication/281101099\\_Estudio\\_Barreras\\_de\\_Acceso\\_a\\_los\\_Servicios\\_de\\_Salud\\_para\\_la\\_Prevenccion\\_del\\_Embarazo\\_Adolescente\\_en\\_Chile](https://www.researchgate.net/publication/281101099_Estudio_Barreras_de_Acceso_a_los_Servicios_de_Salud_para_la_Prevenccion_del_Embarazo_Adolescente_en_Chile)

Sadler, M., Santos, M. J., Ruiz-Berdún, D., Rojas, G. L., Skoko, E., Gillen, P., & Clausen, J. A. (2016). Moving beyond disrespect and abuse: addressing the structural dimensions of obstetric violence. *Reproductive health matters*, 24(47), 47-55.

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

Savage, V., & Castro, A. (2017). Measuring mistreatment of women during childbirth: a review of terminology and methodological approaches. *Reproductive health*, 14(138).

<https://doi.org/10.1186/s12978-017-0403-5>

Silva-Fernandez, C. S., de la Calle, M., Arribas, S. M., Garrosa, E., & Ramiro-Cortijo, D. (2023). Factors associated with obstetric violence implicated in the development of postpartum depression and post-traumatic stress disorder: a systematic review.

*Nursing reports*, 13(4), 1553-1576. <https://doi.org/10.3390/nursrep13040130>

Silveira, M. F., Mesenburg, M. A., Bertoldi, A. D., De Mola, C. L., Bassani, D. G., Domingues, M. R., A. Stein & Coll, C. V. (2019). The association between disrespect and abuse of women during childbirth and postpartum depression: Findings from the 2015 Pelotas birth cohort study. *Journal of affective disorders*, 256, 441-447.

<https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.06.016>

Šimonović, D. (2019). *Enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva, con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica*. Asamblea General de las Naciones

Unidas.

[https://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/recursos/documents/a\\_74\\_137-es.pdf](https://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/recursos/documents/a_74_137-es.pdf)

Sánchez Rojas, Marycruz Gianella (2024) *Conocimientos sobre Derechos reproductivos y percepción sobre violencia obstétrica en púerperas del Hospital Nacional Sergio E Bernales* [Tesis de Pregrado, Universidad Nacional Mayor de San Marcos].

Repositorio Institucional <https://hdl.handle.net/20.500.12672/21925>

Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2004). Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry*, 15(1), 1-18.

<https://www.jstor.org/stable/20447194>

Troncoso-Pantoja, C., & Amaya-Placencia, A. (2017). Entrevista: guía práctica para la recolección de datos cualitativos en investigación de salud. *Revista de la Facultad de Medicina*, 65(2), 329-332. <https://doi.org/10.15446/revfacmed.v65n2.60235>

Tobasía-Hege, C., Pinart, M., Madeira, S., Guedes, A., Reveiz, L., Valdez-Santiago, R., Pileggi, V., Arenas-Monreal, L., Rojas-Carmona, A., Piña Pozas, M., Ponce de León, R. G., & Souza, J. P. (2019). Irrespeto y maltrato durante el parto y el aborto en América Latina: revisión sistemática y metaanálisis. *Revista Panamericana de Salud Pública*, (43), 1-14. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2019.36>

Thompson, A. (1992). Teachers' beliefs and conceptions: a synthesis of the research. En D. A. Grouws (Ed.), *International Handbook of Research on Mathematics Teaching and Learn* (pp. 127 - 146). McMillan.

Vedam, S., Stoll, K., Taiwo, T. K., Rubashkin, N., Cheyney, M., Strauss, N., McLemore, M., Cadena, M., Nethery, E., Rushton, E., Schummers, L., & Declercq, E. (2019). The Giving Voice to Mothers study: inequity and mistreatment during pregnancy and childbirth in the United States. *Reproductive Health*, 16(77).

<https://doi.org/10.1186/s12978-019-0729-2>

Volgin, R. & Bates, G. (2016). Attachment and Social Support as Predictors of Posttraumatic Stress and Posttraumatic Growth. *Traumatology*, 22(3), 184 – 191.

<https://doi.org/10.1037/trm0000083>

Villoro, L. (1989). *Creer, saber, conocer*. Siglo XXI.

Willig, C. (2013). *Introducing qualitative research in psychology*. McGraw Hill Education.

Wyer, R. S., Jr., & Albarracín, D. (2005). Belief Formation, Organization, and Change: Cognitive and Motivational Influences. En D. Albarracín, B. T. Johnson & M. P.

Zanna (Eds.), *The handbook of attitudes* (pp. 273-322). Lawrence Erlbaum Associates Publishers.

Zanna, M.P., & Rempel, J.K. (1988). Attitudes: A new look at an old concept. En D. Bar-Tal & A.W. Kruglanski (Eds.), *The social psychology of knowledge* (pp. 315-334). Cambridge University Press.



## Apéndices

### Apéndice A

#### Consentimiento Informado Oral

Hola, mi nombre es Camila Loli, soy estudiante de la Facultad de Psicología en la Pontificia Universidad Católica del Perú y actualmente me encuentro realizando mi tesis para obtener el grado de bachiller asesorada por la docente María Angélica Pease. Este estudio tiene como objetivo explorar las creencias sobre la experiencia de parto de usuarias de hospitales públicos de Lima, específicamente en casos de disconformidad o molestia por la atención recibida de parte del personal de salud.

Su participación en este estudio implica realizar una entrevista individual la cual tendrá una duración de aproximadamente 1 hora a 1 hora y 30min. La participación en este diálogo es totalmente voluntaria por lo que puede abstenerse de responder las preguntas que desee o retirarse de la entrevista en cualquier momento sin perjuicio alguno. Toda la información recolectada tendrá carácter confidencial, por ello, se modificarán los datos personales y contextuales para garantizar el anonimato de la entrevista. Se solicita su permiso para que la entrevista sea grabada en audio para que posteriormente pueda ser transcrita y analizada en detalle por la investigadora. Al finalizar este proceso, el audio será destruido. Adicionalmente, se realizará una devolución de los resultados obtenidos a las participantes.

Se recalca que la información brindada será utilizada sólo para fines académicos, es decir, en ámbitos de aprendizaje y de divulgación científica. Si tiene alguna duda sobre esta investigación, puede realizar preguntas en cualquier momento durante su participación. Para información adicional, existe la opción de comunicarse con la estudiante que se encuentra realizando la tesis [a20160626@pucp.edu.pe](mailto:a20160626@pucp.edu.pe) o con la asesora de ella, a su correo electrónico: [mapease@pucp.edu.pe](mailto:mapease@pucp.edu.pe)

Confirmación:

Luego de haber sido informada sobre el objetivo y las implicancias de mi participación en el estudio dirigido por la estudiante Camila Noemí Loli Meza, yo \_\_\_\_\_ (NOMBRE COMPLETO DE LA PARTICIPANTE), siendo \_\_\_\_\_ (FECHA), \_\_\_\_\_ (ACEPTO / NO ACEPTO) participar en este estudio.

## Apéndice B

### Ficha Sociodemográfica

Ficha Sociodemográfica					
1. Seudónimo					
2. Edad					
3. Lugar de origen					
4. Distrito de residencia					
5. Lengua Materna	Castellano <input type="checkbox"/>	Quechua <input type="checkbox"/>	Aimara <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>	
6. Nivel de escolaridad	Ninguna <input type="checkbox"/>	Primaria <input type="checkbox"/>	Secundaria <input type="checkbox"/>	Superior <input type="checkbox"/>	
7. Ocupación					
8. Estado civil	Soltera <input type="checkbox"/>	Conviviente <input type="checkbox"/>	Casada <input type="checkbox"/>	Separada <input type="checkbox"/>	Viuda <input type="checkbox"/>
9. Religión					
10. Número de hijos					
11. Tipo de atención recibida					
12. Lugar de atención					
13. Periodo desde situación de violencia obstétrica					

## Apéndice C

## Guía de Entrevista

### Caso 1

Karina y Lucero son dos mujeres que pronto van a dar a luz; al pensar sobre el rol que van a tomar (qué van a decir y actuar) durante su parto, ambas tienen diferentes opiniones. Mientras que Karina considera que las pacientes deben mantenerse en silencio y aceptar sin cuestionar las decisiones que toma el personal de salud ya que son ellos quienes saben qué es lo mejor para el bebé, Lucero cree que, además de pensar en el bienestar de su bebé, a ella se le debe informar sobre los procedimientos que se llevarán a cabo en ella y preguntar por su opinión sobre las decisiones que se tomarán en el proceso del parto.

### Preguntas

1. ¿Qué opina de la postura de la gestante Karina? ¿Y qué opina de la postura de la gestante Lucero?
2. ¿De dónde cree que Karina y Lucero pueden haber sacado esas ideas? ¿Quién o quiénes cree que pueden haber influido a que las mujeres gestantes del caso tengan dichas creencias del rol de una paciente durante su parto?
  - a. “¿Por qué cree que X es el/la que ha influido en las ideas de Karina/Lucero?”
3. ¿Cuál de las dos posiciones refleja más tu propia forma de pensar? ¿La de Karina y Lucero? ¿Por qué?
4. ¿Crees que puede haber otras maneras posibles de que las pacientes se comporten durante el parto? De no ser posible, ¿por qué cree ello? De sí serlo, ¿Cuáles se te ocurren?
  - a. ¿Cómo se comporta esta/estás paciente? ¿Qué harían? ¿Qué es lo que no harían? ¿Qué dirían? ¿Qué es lo que no dirían?
5. ¿Cuál de las posturas cree que es más frecuente entre las pacientes?
  - a. ¿Cuáles cree que // Por qué cree que esta sea la postura más frecuente entre las pacientes?
6. ¿Qué derechos considera que tienen las pacientes durante el proceso de parto?
  - a. ¿Por qué considera que estos son los derechos que tienen las pacientes en este momento?
7. ¿Qué responsabilidades considera que tienen las pacientes durante el proceso de parto?
8. ¿Cómo describiría a una paciente “colaborativa” en su parto?
  - a. ¿Qué diferenciaría a una paciente colaborativa de una no colaborativa en su parto?
9. ¿Cómo sería la interacción entre una mujer que cumple el rol como paciente colaborativa y el personal de salud (médico) que la atiende?

### Caso 2

Roberto y Luis son médicos obstétricos, ambos asisten partos de mujeres en un hospital de Lima. Luis cree que es importante entender que él, como médico, es el experto en la sala de operación. Para hacer su labor de manera eficaz es necesario que las pacientes sigan sus indicaciones sin preguntas o cuestionar ya que así se podrá hacer la operación más rápida. Cuando sucede que no se sigue sus indicaciones o se presentan quejas que dificultan su trabajo, considera que es mejor ignorarlas por momentos hasta que se calmen o por último reprocharlas. Por su parte, Roberto considera que las mujeres a las que atiende durante sus

partos deben ser colaborativas para que todo salga bien, no hay por qué estar gritando o quejando cuando en realidad fueron ellas las que abrieron las piernas y se metieron en la situación. Ante problemas, cree que puede usar gritos o la fuerza con las mujeres para garantizar que la operación sea exitosa.

### **Preguntas**

10. ¿Qué opina de la postura de Luis? ¿y qué opina respecto a que el médico Luis pueda reprochar o ignorar a sus pacientes cuando estás no sigan sus indicaciones durante el proceso de parto?
11. ¿Qué opina de la postura de Roberto? ¿Qué opina respecto a que el médico Roberto recrimine, grite o use la fuerza con las pacientes que no son colaborativas durante el proceso de parto?
12. ¿Cuál de las dos posiciones refleja más tu propia forma de pensar? ¿Cuál es el motivo por el cual te encuentras más de acuerdo con esta posición?
13. ¿Cuál postura cree que es más frecuente entre los médicos durante el proceso de parto? ¿Qué es lo que la lleva a considerar que esa es la postura / acción más frecuente?
14. Además de estas dos posturas, ¿podríamos hablar de otras maneras de tratar o brindar atención durante el proceso del parto? De así serlo, ¿Cuáles serían estas alternativas? ¿Por qué cree eso?
15. ¿Alguna de las posturas de los doctores se puede relacionar con la violencia?
16. ¿Cómo así no lo es?
17. (Si la respuesta es una sola) ¿Qué hace que esta postura sea violenta y la otra no?
18. (Si la respuesta es “ambas”) ¿Qué hace que ambas posturas sean violentas?
19. Según su punto de vista, ¿qué responsabilidades debe cumplir un médico durante el proceso de parto?
20. Según su punto de vista, ¿qué responsabilidades debe cumplir el resto de personal de salud (asistentes, enfermeros) durante el proceso de parto?
21. ¿Qué experiencias pueden haber influido en que tenga estas ideas relacionadas a los médicos/personal médico?
22. ¿Quién/quienes cree que pudo influir a que tenga dicha idea del rol de los médicos/personal médico?

### **Explicar las creencias de las usuarias sobre su rol como pacientes y la forma que consideran que fueron caracterizadas/representadas por el personal médico**

23. Sigamos con el caso, imaginemos que vemos el rol de la paciente desde los lentes del personal de salud. ¿Cómo cree que los médicos piensan sobre las pacientes durante el parto? ¿Qué cree que asumen los médicos sobre el rol de las pacientes?"
24. ¿A qué se debe que el médico piensa así sobre el rol de la paciente en su parto?
25. ¿Considera que el médico piensa que .... ?
  - a. las usuarias deben ser obedientes a las indicaciones realizadas por ellos?
  - b. las usuarias deben aceptar los procedimientos que se realicen sin cuestionarlos?
  - c. de ser necesario las usuarias deben ser ignoradas, reprochadas o por último, hacerse uso de la fuerza cuando no son colaborativas?

26. Por otro lado, en relación con la atención que usted recibió, ¿cuál considera que fue su rol como paciente en su proceso de parto?
27. Ahora en relación a la atención que usted vivió, ¿Cómo se describiría como paciente en su proceso de parto?
28. ¿Cómo describiría el ambiente en el cual se dio su proceso de parto?
29. ¿Cómo describirías el “clima” en el cual se dio su proceso de parto?
  - a. ¿Te resultó cálido? ¿seguro? ¿cómo así?
  - b. ¿Consideras que este clima dentro del espacio de parto influyó en lo que usted hizo o expreso durante su proceso de parto? ¿De qué manera?
30. ¿Cómo describiría el trato de los enfermeras o enfermeros (o demás personal implicado) que la atendieron durante su proceso de parto?
  - a. ¿Cómo evalúa esto? ¿Qué es lo que hicieron?
  - b. ¿Cómo describirías su trato? ¿Qué es lo que hicieron y lo que no hicieron? (en términos del rol)
31. ¿Cómo describiría al médico que la atendió durante el proceso de parto?
32. Respecto al médico que la atendió, ¿Cómo cree que este consideraba que usted debía actuar en su rol de paciente?

¿Cómo así cree que el personal de salud (el médico) pensó así sobre su rol como paciente en su parto? ¿De dónde puede haber sacado dicha información?

**Descripción de la representación de la situación de violencia obstétrica experimentada por las usuarias del servicio de salud obstétrico**

33. Respecto a la atención que recibió, ¿Cómo imaginaba que iba a ser el servicio obstétrico antes de atenderse en este?
34. ¿Cómo sintió que la institución o el hospital la acompañó durante el proceso de parto?
35. ¿Por qué esperaba que la atención fuera así?
36. ¿Podría describir cómo se desarrolló su proceso de parto?
37. En ese sentido, ¿De qué forma valorarías la atención?
38. ¿Qué podría decir en cuanto a la actitud y el trato de los profesionales de salud durante el parto?
  - a. ¿Cómo se sintió ante ello?
39. Tomando en cuenta su respuesta anterior, ¿cree que experimentó una situación de violencia durante su atención en el parto? ¿Bajo qué motivo?” Repregunta: ¿Cómo fue construyendo esta idea?

**Manifestaciones específicas**

40. Durante este acontecimiento, ¿se presentaron gritos, reproches o amenazas hacia usted?
  - a. ¿Cómo te sentiste? ¿En qué momento del proceso se dieron?
41. ¿Hubo algún momento en el que se sintió humillada por el personal médico?
  - a. ¿Cuál fue ese momento? ¿Cómo se sintió?
42. ¿Se le informó sobre los procedimientos que se iban a llevar a cabo y se pidió consentimiento / permiso sobre ellos?
  - a. ¿Cuáles fueron estos procedimientos? ¿De qué manera se desarrollaron?
43. ¿Se hizo caso omiso a su opinión sobre la realización de algún procedimiento?

- a. ¿Por qué crees que ocurrió esto? ¿En qué momentos del proceso no se consideró tu opinión?
- 44. ¿Se usó algún tipo de fuerza física para restringirle el movimiento?:
  - a. ¿Por qué crees que ocurrió esto? ¿En qué momentos del proceso se usó este tipo de contención física?
- 45. ¿En algún momento considera que fue discriminada durante la atención?
  - a. ¿Cómo se produjo la discriminación?
- 46. ¿Considera que alguna queja o petición suya fue ignorada o se cometió una situación de negligencia durante su proceso de parto?
- 47. ¿Durante la atención que le brindaron se presentaron situaciones como la carencia de medicamentos, instrumentos médicos o falta de camas?
  - a. ¿En qué momento se presentó esta situación? ¿Cómo te sentiste ante ello?



### **Protocolo de contención y derivación**

Teniendo en cuenta que el tema de esta investigación puede tener un carácter movilizante, se ha buscado preservar el cuidado ético y asegurar el bienestar de las participantes mediante la construcción de un protocolo de contención, con pasos y/o procedimientos que serán aplicados en momentos que sea necesario brindar soporte emocional.

Asimismo, ante la presencia de reacciones más intensas, se aplicarán técnicas sencillas de relajación mediante la respiración. Adicionalmente, de solicitarse soporte terapéutico especializado, se contará con un listado de contactos de centros psicológicos gratuitos a los que puedan acceder las participantes. A continuación, se precisan distintas medidas frente a posibles situaciones críticas que se han tenido en cuenta para la realización del presente protocolo:

#### ***Ante la movilización por parte de la participante***

- Se parará la entrevista priorizando el bienestar de la entrevistada y buscará establecer un espacio propicio para la expresión y contención emocional mediante la validación de reacciones que puedan surgir en la entrevista, usando un tono calmado y seguro se puede presentar la siguiente consigna *“es válido sentir angustia y malestar ante una experiencia que fue difícil para uno, aunque pueda haber pasado el tiempo, nuestro cuerpo reacciona al recuerdo y es valioso darnos un momento para procesar lo que estamos sintiendo sin juzgarnos. ¿Qué te parece si paramos la entrevista y nos centramos en lo que sientes y necesitas en este instante?”*
- Una vez disminuida la intensidad de la manifestación emocional, se le aclara a la participante que el estudio busca priorizar su bienestar, por lo cual si así lo desea se puede finalizar la entrevista. De ser así, se le agradece su participación y brinda la posibilidad de enviar los contactos de atención terapéutica gratuita con los que se cuenta.
- De manifestar querer continuar con el estudio, se le recuerda que el espacio entre la entrevistadora y entrevistada es libre de juicios y, a su vez, se recalca que la investigadora se encuentra interesada en conocer y comprender sus experiencia y creencias, más no hacer juicios sobre ellas.

#### **Si es una movilización más significativa:**

- Se procederá a realizar ejercicios de respiración y relajación muscular con la participante: inhalar y exhalar lentamente junto con la entrevistadora durante al menos 5 minutos, centrando la respiración en la entrada y la salida del aire solamente, sin modificar la respiración.

### Apéndice E: Figuras de Resultados

Figura 1: Creencias sobre las pacientes

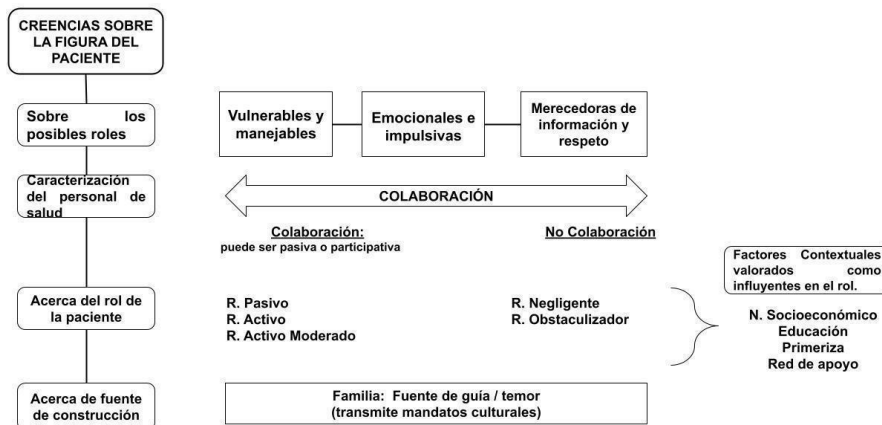


Figura 2: Creencias sobre el personal de salud

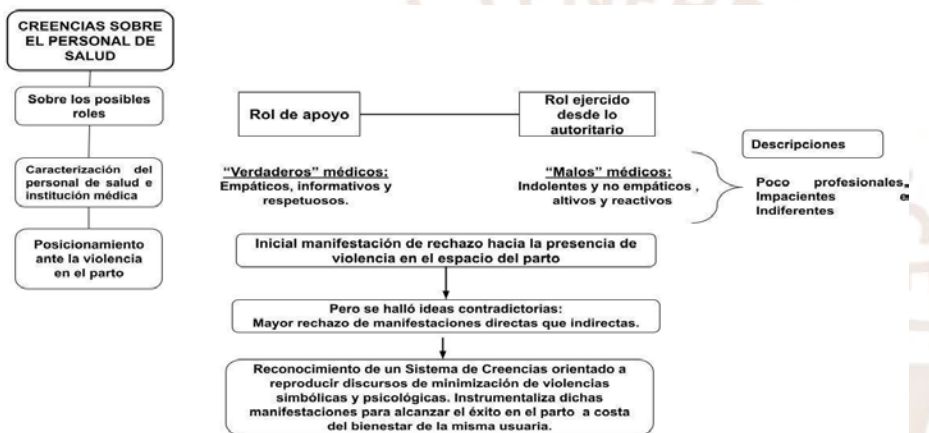
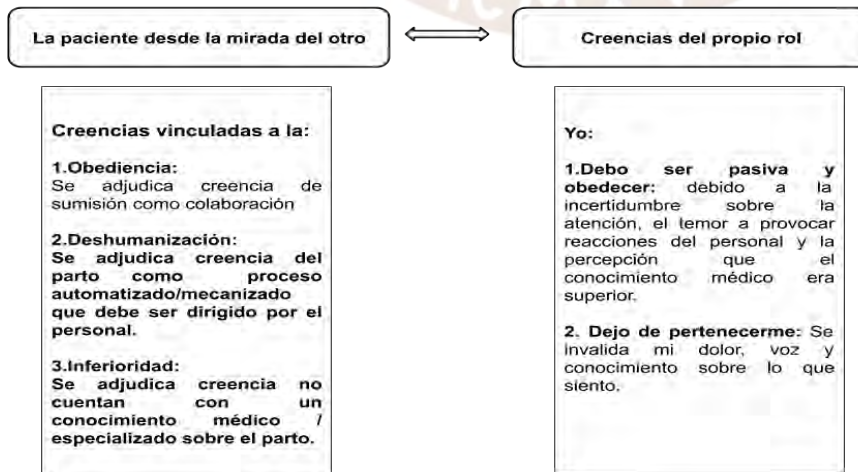


Figura 3

Segundo eje: Creencias desde la mirada del otro y la propia mirada



## Figura 4

*Tercer eje: Creencias y representaciones de la experiencia de la violencia obstétrica*

