

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD
CATÓLICA DEL PERÚ**

Facultad de Psicología



Expectativas y experiencias sobre el embarazo y parto de mujeres
atendidas en establecimientos de salud públicos peruanos

Tesis para obtener el título profesional de Licenciada en Psicología

que presenta:

Claudia Balabarca Saavedra

Asesora:

Lupe Jara

Lima, 2024

INFORME DE SIMILITUD


Yo, Lupe Jara Castro, docente de la Facultad de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Perú, asesor(a) de la tesis/el trabajo de investigación titulado: “Expectativas y experiencias sobre el embarazo y parto de mujeres atendidas en establecimientos de salud públicos peruanos”,

del/de la autor(a)/ de los(as) autores(as):

Claudia Balabarca Saavedra

dejo constancia de lo siguiente:

- El mencionado documento tiene un índice de puntuación de similitud de 18%. Así lo consigna el reporte de similitud emitido por el software *Turnitin* el 23/09/2024
- He revisado con detalle dicho reporte y confirmo que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio alguno.
- Las citas a otros autores y sus respectivas referencias cumplen con las pautas académicas.
- Lugar y fecha: Lima, 24 de setiembre del 2024

Apellidos y nombres del asesor / de la asesora: Lupe Jara Castro	
DNI: 09533744	Firma: 
ORCID: https://orcid.org/0000-0002-6841-2891	

Agradecimientos

En primer lugar, quiero agradecer a mis papás por su apoyo incondicional durante todo este proceso. Gracias por nunca dejar de confiar en mí, por más difícil que haya sido la situación. Ellos se convirtieron en una gran fuente de motivación.

En segundo lugar, quiero agradecer a las entrevistadas, por su tiempo y por su ayuda cuando no encontraba más participantes, quienes buscaron y preguntaron a sus conocidas si podían participar.

En tercer lugar, quiero agradecer a Valeria, Joyce y Mayte por todo el apoyo, por haber escuchado una y otra vez mis ansiedades y haberme dado fuerzas para seguir. Además, quiero agradecer a Rodrigo, por confiar en mí en todo momento y brindarme su apoyo cuando sentía que no podía más.

En cuarto lugar, quiero agradecer a Lupe, mi asesora, por ser una gran guía en este proceso. Así también, quiero agradecer a todos los profesores que me ayudaron a llegar a este punto en mi desarrollo profesional, especialmente a Carlos Iberico.

Finalmente, esta tesis es para todas las mujeres que han sido víctimas de la violencia obstétrica. Espero que este estudio sirva para visibilizar y prevenir esta forma de violencia tan naturalizada y normalizada.

Resumen

Expectativas y experiencias sobre el embarazo y parto en mujeres atendidas en establecimientos de salud públicos peruanos

Este estudio busca describir las expectativas y experiencias sobre el embarazo y parto de mujeres atendidas en establecimientos de salud públicos peruanos. Para ello, desde un enfoque cualitativo, se entrevistó a profundidad a diez mujeres cuyo parto sucedió antes del periodo de aislamiento social obligatorio producto de la pandemia por la COVID-19. En el momento de la entrevista, los bebés de las participantes tenían un año de nacidos como máximo. En relación a las expectativas, se encontró que eran sobre el embarazo, lo que la mujer esperaba en esta etapa; sobre el parto, cómo lo imaginaban; sobre el bebé, cómo se iba a ver físicamente; y sobre su maternidad, lo que esperaban que fuera. En tanto la experiencia de embarazo, los hallazgos indican que estuvo principalmente cargada de miedos respecto al proceso de embarazo en sí, al parto y a la maternidad. Sin embargo, también se presentaron emociones positivas, especialmente ante el crecimiento del bebé. Asimismo, dos participantes calificaron como positiva su experiencia de parto, resaltando el apoyo y la buena atención brindada por el personal de salud. Sin embargo, ocho de las participantes detallaron alguna expresión de violencia obstétrica, en particular, la negligencia en la asistencia. Los resultados de esta investigación evidencian que la violencia obstétrica sigue presente e invisibilizada en distintas partes del Perú.

Palabras clave: expectativas, experiencia, embarazo, maternidad, parto, violencia obstétrica

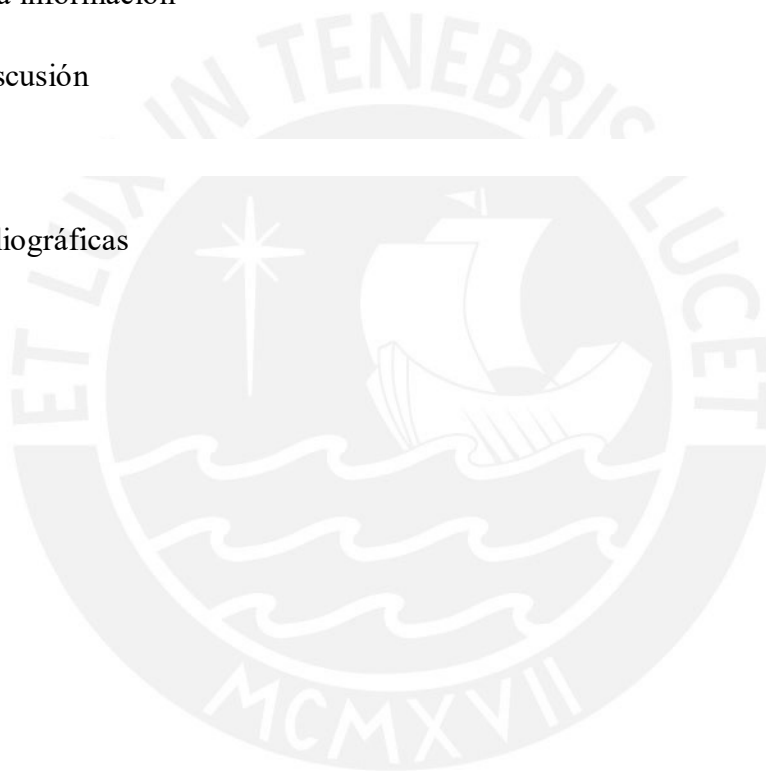
Abstract

The aim of this study is to describe expectations and experiences of pregnancy and labour of women attended in peruvian public health institutions. Thus, the current investigation was made under a qualitative approach and ten participants were interviewed, using semi-structural guidance and sociodemographic files as an information gathering technic. The main inclusion criteria was that the participant had a baby in the last year and it was not in the mandatory social isolation. The principal results evidence that the experience of pregnancy is mainly loaded by fears about the process of pregnancy, labour and maternity. Nevertheless, a lot of joy was present too, specially when they saw their baby growing and developing. In regard to the expectations, these were about pregnancy, labour, baby and maternity and they all were loaded with emotions and memories. Finally, eight of the ten participants were victims of some expression of obstetric violence, being the most common negligence in attendance. On the other hand, two participants mentioned that their experience of labour was excellent, due to the support and attention of the health care staff. The results of this investigation put in evidence that obstetric violence is still present and invisible in different parts of Perú.

Key words: Obstetric violence, maternity, pregnancy, labour, expectations

Tabla de contenidos

Introducción	1
Método	11
Participantes	11
Técnicas de recolección de información	11
Procedimiento	12
Análisis de la información	13
Resultados y Discusión	15
Conclusiones	25
Referencias Bibliográficas	26
Apéndice 1	36
Apéndice 2	37
Apéndice 3	38
Apéndice 4	40



Introducción

La experiencia de embarazo y parto tiene un impacto significativo en la vida de una mujer, ya que es el paso más grande hacia la maternidad (Simkin, 1991). Al respecto, existe la creencia de que el embarazo es únicamente un tiempo de bienestar (Almeida et al., 2012). Esto responde a lo que las mujeres han aprendido a lo largo de sus vidas y a lo transmitido por la sociedad (Saisto, Kaaja, Ylikorkala y Halmesmäki, 2001). No obstante, Uribe et al. (2007) reportan que las mujeres suelen ser violentadas durante la atención del embarazo y parto, generando una violencia obstétrica. Esta violencia se presenta cuando el personal de salud se apropia del cuerpo de la mujer y de sus procesos sexuales y reproductivos; limitando su autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad (Arguedas, 2014; República Bolivariana de Venezuela, 2007; Tamayo, Retrepo, Gil y Gonzales, 2015; Vallana, 2007). La violencia obstétrica puede impactar significativamente en las actitudes de las madres, llevándolas a rechazar a sus bebés y a presentar sentimientos negativos como culpa, ansiedad y síntomas depresivos (Benedek, 1949; Grossman, 1980; Grunebaum, Weiss, Cohler, Harman y Gallant, 1980, Margaret y Downe, 2010). Pese a su importancia, en nuestro contexto se carece de investigaciones sobre este tema (Kim y Geraghty, 2016), por lo que este estudio busca conocer las expectativas y experiencias sobre el embarazo y parto en un grupo de mujeres atendidas en establecimientos públicos.

El embarazo se define como el período que transcurre desde la fecundación hasta el parto, en el cual la mujer experimenta una serie de cambios físicos, hormonales, emocionales, psicológicos, sociales y sexuales (Ninivaggio et al., 2017; Yenieli y Petri, 2014). Este proceso trae consigo la generación de expectativas y dudas en la madre, y aparecen inseguridades respecto a su habilidad para sobrellevar las transformaciones y responder adecuadamente a esta nueva situación (Alsibiani, 2014). Durante este período, la mujer atraviesa un proceso de transición hacia la maternidad, caracterizado por transformaciones en su identidad y roles en la sociedad (Grimalt y Heresi, 2012). Su percepción sobre sí misma necesita reorganizarse y adaptarse a su nuevo rol, el cual se entrelazará con sus roles previos como mujer, pareja y su posición en la estructura familiar (Fonagy et al., 1991; Stern, 1997). Como resultado de esta serie de cambios, pueden surgir emociones agradables, como la alegría; no obstante, al mismo tiempo, pueden aparecer emociones desagradables, tales como la tristeza, el miedo y la ansiedad, que pueden conllevar efectos negativos en la futura madre (Anzaku et al., 2016; Lima et al., 2017; Silva et al., 2017).

En relación a esta etapa, Stern (1997) introdujo el concepto de “constelación maternal”, que alude a la maternidad como el eje organizador de la vida de la mujer, lo que determina nuevas fantasías, miedos, deseos y sensibilidades. Según este autor, la constelación maternal inicia durante el embarazo o incluso antes, y está intrínsecamente vinculada a las expectativas y aspiraciones de la mujer respecto a la maternidad. Este concepto también contempla la representación que la madre tiene de sí misma, es decir, cómo experimenta e interpreta la interacción con su bebé.

La organización psíquica de la madre se reestructura durante el proceso del embarazo, lo que da lugar a nuevas preocupaciones (Stern, 1997). Estas se pueden agrupar en cuatro temas principales: vida y crecimiento, relación primaria, matriz de apoyo, y reorganización de la identidad. El primero aborda el desempeño de la madre en términos de la calidad del cuidado y su capacidad para preservar la vida de su bebé. El segundo se centra en la relación afectiva madre-hijo, incluyendo la formación del vínculo y afecto. El tercer tema resalta la importancia de una red de apoyo que respalde y proteja a la madre. Por último, la reorganización de la identidad es transversal a los demás temas, ya que se refiere a la necesidad de la madre de reorganizar su identidad y transformar sus relaciones preexistentes (Stern, 1997).

Cada uno de los temas mencionados conlleva ideas, deseos, miedos y recuerdos que pueden influenciar en los sentimientos, pensamientos, acciones y otras conductas de la madre. En esta misma línea, Stern (1997) hizo referencia a tres áreas de preocupación en las madres: el discurso de la madre con su propia madre u otros modelos maternos, el discurso consigo misma, y el discurso con su bebé. Estos tres discursos ocupan la mayor parte de la reestructuración mental que las mujeres deben llevar a cabo (Stern, 1997).

Por otro lado, se debe resaltar la importancia de la temprana relación entre la madre y el infante, la cual ayudará a formar las bases del futuro desarrollo social, emocional y afectivo del niño (Ainsworth, 1979). El vínculo va incrementando gradualmente durante el proceso del embarazo, especialmente cuando la madre percibe los primeros movimientos del feto, lo que genera un afecto creciente hacia el hijo por nacer (Leifer, 1977; Lerum y LoBiondo-Wood, 1989). En el último trimestre del embarazo, el feto mantiene patrones de descanso y de actividad; durante esta etapa, la madre empieza a reconocer y responder a estos patrones, lo que genera cierta sincronización y aumenta dicho afecto (Brazelton, 1982, como se cita en Tronick, 1982; Lerum y LoBiondo-Wood, 1989). Sobre este punto, Leifer (1997) señaló que las mujeres que expresan mayor afecto durante el embarazo desarrollan más confianza en su nuevo rol; en consecuencia, muestran una mejor adaptación postparto.

Un concepto estrechamente vinculado con la interacción mencionada es el apego. Este se define como la relación de base segura que se construye a partir de los comportamientos del infante y del cuidador (Waters y Cummings, 2000). El proceso se inicia durante el embarazo, denominado como apego prenatal, el cual se relaciona posteriormente con el apego postnatal, momento en el cual la cuidadora establece una conexión con el recién nacido (Grimalt y Heresi, 2012). Así, el vínculo prenatal se va desarrollando durante el embarazo a partir de las representaciones o imágenes mentales que la madre construye sobre sí misma, su futuro bebé, sus propios padres y su pareja (Ammaniti et al., 1992; Lecannelier et al., 2006). Estas representaciones están relacionadas con la calidad del cuidado, la capacidad de regulación del estrés del bebé y el tipo de apego que se establecerá (Rozenel et al., 2006; Stern, 1997; Thun-Hohenstein et al., 2008). Cabe resaltar que el apego impacta directamente en el desarrollo cognitivo, emocional y social posterior del bebé, lo que se asocia estrechamente con la calidad de la relación entre la madre y su hijo tras el nacimiento (Bowlby, 1995; Dayton et al., 2010).

El siguiente hito en el proceso del embarazo es el parto, el cual impacta significativamente en la vida de una mujer, pues representa el paso más trascendental hacia la maternidad, y genera efectos profundos en los ámbitos físico, mental, emocional y social (Gomes et al., 2011; Simkin, 1991). Durante esta fase, se producen transformaciones en la vida de la mujer y su entorno, motivo por el cual el parto se concibe como el trayecto de un estado a otro, caracterizado por su irreversibilidad (Marin et al., 2009; Medeiros, 2012). Así, el parto constituye la transición hacia un nuevo rol social: el de ser madre (McCallum y Reis, 2006).

Los estudios dedicados al parto han caracterizado este acontecimiento como un viaje interior o emocional (Simonds, 2002). En consecuencia, se recurre comúnmente al uso de metáforas para describir la experiencia del parto, dado que resulta incomparable y difícil de explicar (Olza, 2017). Un intento de explorar estos eventos fue llevado a cabo por Halldorsdottir y Karlsdotti (1996), quienes realizaron un análisis en profundidad de la experiencia de las mujeres durante el parto. En dicho estudio, se identificó una sensación de estar inmersas en un mundo privado, perdiendo la noción del tiempo. Esto podría cumplir una función protectora respecto al entorno exterior, en el que se perciben inseguras, por lo que sienten la necesidad de privacidad y calma. Además, todas las participantes expresaron sentirse muy vulnerables durante el proceso. Una de ellas señaló que toda su energía se enfocó en dar a luz, por lo que no tuvo energía para discutir o quejarse de algo. La investigación también reveló que las mujeres sintieron necesidades específicas, sobre todo, la necesidad de sentir seguridad. Además, ellas deseaban tener control sobre sí mismas y sobre las circunstancias. En última instancia, se concluyó que el trabajo de parto está intrínsecamente vinculado a la

percepción del dolor. En ese sentido, la mujer puede experimentar una sensación de agotamiento al punto de percibir que nunca llegará a su fin; sin embargo, la llegada de un bebé sano logra colmar a la madre de sentimientos positivos.

A partir de lo expuesto, se puede inferir que la experiencia del embarazo y parto ejercen un impacto significativo en la vida de una mujer (Simkin, 1991). No obstante, a pesar de la relevancia de esta etapa, se observa una escasez de investigaciones al respecto (Kim y Geraghty, 2016). Almeida et al. (2012) han sostenido que esto podría deberse a la creencia generalizada de que el embarazo es exclusivamente una época de bienestar. Es común que las mujeres desarrollen expectativas basadas en lo aprendido a lo largo de sus vidas y en las normas expresadas por la sociedad; así, se fortalece la creencia de que el embarazo es una experiencia exclusivamente positiva (Saisto et al., 2001). Sin embargo, estas expectativas no siempre se cumplen (Uribe et al., 2007).

La creación de expectativas sobre eventos significativos de la vida puede servir como preparación mental y física para dicho momento (Martin et al., 2013). Como se mencionó previamente, durante el embarazo, la mujer comienza a elaborar representaciones de cómo será su bebé, si nacerá sano, a quién se parecerá, entre otros aspectos (Lecannelier et al., 2006). Lo mismo ocurre en el parto: las mujeres tienen expectativas específicas y detalladas sobre este evento (Hauck et al., 2007). Estas son complejas y multidimensionales, debido a que abarcan diversos aspectos del parto y la maternidad, y están influidas por la historia de vida de la mujer (Ayers et al., 2006; Beaton y Gupton, 1990). Además, las expectativas sobre el parto pueden ser tanto positivas como negativas, y pueden ser independientes entre sí (Slade et al., 1993).

Diversos estudios han abordado las expectativas de las mujeres sobre el parto. Comúnmente, se describen anhelos de un proceso fluido, con reducido dolor y el nacimiento de un bebé saludable, así como la disponibilidad de diversas redes de apoyo, tanto del personal de salud como de los seres queridos (Camacho y Romero, 2018; Hauck et al., 2007; Martin et al., 2013). En relación al dolor en el parto, un estudio llevado a cabo en Australia y Suecia en 2018 identificó que aquellas mujeres que anticiparon niveles elevados de dolor para ese momento, tendían a tolerarlo menos durante el parto en sí (Saisto et al., 2001). Por otro lado, Mead (1961) comparó diferentes sociedades y concluyó que cada una de ellas tiene preconceptos distintos sobre las funciones procreativas de la mujer, bajo los cuales la mayoría de las mujeres se adapta. Asimismo, observó que, en las sociedades que asocian el embarazo y el parto con náuseas y dolor, la mayoría de las mujeres experimentan estos síntomas, mientras que, en aquellas sociedades con menos tabúes sobre estos procesos, ellos transcurren con mayor facilidad.

Las mujeres anhelan un parto que cumpla o supere sus expectativas personales y socioculturales previas, tales como la seguridad de dar a luz en un entorno clínico y psicológico adecuado, la compañía durante el parto, y la asistencia por parte de personal amable y competente (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2018). Estas expectativas sirven como criterio de evaluación de su experiencia de parto (Tarkka et al., 2000). Además, el grado de cumplimiento de ellas influye en la respuesta y adaptación a la maternidad (Beaton y Gupton, 1990). En efecto, la discrepancia entre las expectativas y la realidad puede provocar sentimientos de ira, confusión, miedo a futuros embarazos, dañar la confianza en la capacidad maternal, y aumentar los riesgos de depresión posparto y trastorno de estrés postraumático (Baker et al., 2005; Martin et al., 2013; Tammentie et al., 2004).

En el año 2018, la OMS emitió una serie de recomendaciones destinadas a proporcionar cuidados durante el parto y garantizar una experiencia positiva. Entre estas, se destaca la consideración de que la mayoría de las mujeres desean experimentar una sensación de control y logro personal durante el parto, lo cual se concreta mediante su participación en la toma de decisiones, incluso en situaciones en las que intervenciones médicas sean necesarias (OMS, 2018). Esta perspectiva se encuentra respaldada por un estudio llevado a cabo por Karlström et al. (2015), quienes informaron que el factor más determinante para la satisfacción de una mujer con el parto es la correspondencia entre este y sus expectativas.

El parto, al ser una experiencia individual, demanda cuidados específicos tanto para la madre como para el bebé. Por ello, es fundamental comprender la situación personal de cada mujer y proporcionar un espacio libre de juicios (Suárez y Plaza, 2018). Así, la vivencia positiva del parto impacta significativamente en diversos aspectos de la vida de las madres, incluyendo el desarrollo de una autoestima saludable, sentimientos positivos hacia el bebé, una adaptación más fluida al rol de madre, una crianza efectiva, la toma de decisiones relacionadas con la salud familiar, y las experiencias futuras de parto (Ekström y Nissen, 2006; Goodman et al., 2004; Oweis y Abushaikha, 2004; Suárez y Plaza, 2018).

En este contexto, la evolución tecnológica ha desempeñado un papel significativo en la reducción de riesgos para la salud y el aumento de la calidad de vida de las personas. Sin embargo, también ha introducido complejidades en un proceso natural como el parto, dada la eliminación, en ocasiones, de la naturalidad de esta experiencia (Arnau, 2012). Aunque esta evolución busca reducir dolores y riesgos para la madre y el feto, ha generado consecuencias negativas en la percepción de la mujer sobre su embarazo, parto y puerperio, lo que la lleva a vivir estas etapas de manera menos positiva (Arnau, 2012).

A pesar de las recomendaciones para un parto positivo, no siempre se logra una experiencia favorable. En muchas ocasiones, las mujeres pueden experimentar eventos negativos asociados al trastorno de estrés postraumático, depresión posparto, disrupción en las relaciones interpersonales, lazo materno-infantil disfuncional, reducción de la lactancia exclusiva, y miedo a futuros embarazos y partos (Ayers et al., 2006; Beck y Watson, 2008; Garthus-Niegel et al., 2013; Pang et al., 2008; Righetti-Veltema et al., 1998; Rubertsson et al., 2003; Wijma et al., 1997). En efecto, cuando una mujer inicia su maternidad con baja autoestima, falta de confianza en sí misma y dudas acerca de sus sentimientos hacia su hijo, no se encuentra en las condiciones óptimas para comprometerse plenamente con el proceso de vinculación, a diferencia de aquellas que comienzan la maternidad con una sensación de confianza validada por la experiencia del parto (Moorhead, 2016).

Adicionalmente, una situación que destaca como potencial generadora de experiencias negativas durante el parto es la violencia obstétrica. Esta se manifiesta cuando el personal de salud ejerce control sobre el cuerpo de la mujer, y sus procesos sexuales y reproductivos. Abarca desde la anticoncepción y las consultas ginecológicas, hasta la atención obstétrica durante el embarazo, parto, puerperio y aborto. Este fenómeno implica la pérdida de autonomía y la capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad (Arguedas, 2014; República Bolivariana de Venezuela, 2007; Tamayo et al., 2015).

Ser víctima de violencia obstétrica durante el embarazo y/o parto puede implicar consecuencias negativas en la identidad de la mujer. Por ejemplo, puede provocar una demora en el desarrollo de actitudes maternas; síntomas depresivos que generan alejamiento del bebé; y rechazo de las madres hacia sus hijos, a quienes llegan a considerar responsables de sus sentimientos negativos (Thomson y Downe, 2010). Esto se traduce en sentimientos de culpa, depresión y ansiedad en la madre. En ese sentido, el personal de salud que atiende a las mujeres en distintos hospitales puede afectar el proceso de embarazo y parto (Uribe et al., 2007). Un estudio realizado por Sjogren (1997) encontró que la ansiedad experimentada por las mujeres durante el parto está relacionada con la falta de confianza en el personal de salud, así como en el temor a la negligencia durante el parto, a la propia muerte o a la muerte del bebé.

Vallana (2018) describió las diferentes formas de violencia comprendidas en la violencia obstétrica: simbólica, institucional, psicológica y física. En primer lugar, la violencia simbólica se caracteriza por la internalización y naturalización de la subordinación y dependencia de las mujeres dentro del sistema de salud. Esto hace referencia a estereotipos, mensajes y valores que perpetúan la dominación de la mujer, la desigualdad y la discriminación (Gardés, 2016). Dicho tipo de violencia contribuye a la naturalización e invisibilización de las

prácticas violentas que experimentan las mujeres. Otra forma es la violencia institucional, que se manifiesta mediante intervenciones médicas protocolares en los establecimientos de salud sin justificación ni consentimiento. Son afectados tanto las mujeres, que son intervenidas sin necesidad y sin autorización (por ejemplo, una episiotomía innecesaria), como el personal de salud, que está obligado a cumplir con protocolos innecesarios. Asimismo, la violencia psicológica incluye un trato deshumanizado, burlón, grosero, discriminatorio y humillante, y se manifiesta cuando se brinda información incomprensible u omiten información necesaria para la madre (Medina, 2009). Por último, la violencia física también está presente en la violencia obstétrica. Se presenta cuando se realizan prácticas médicas invasivas, cesáreas sin consentimiento, tactos vaginales reiterados y realizados por más de una persona, intervenciones innecesarias y dolorosas sin medidas para reducir el dolor, el suministro de medicación no justificado, o cuando no se respetan los tiempos ni las posibilidades del parto natural (Gherardi, 2016; Vallana, 2018).

Existen dos posturas con respecto a la violencia obstétrica, una vista desde la perspectiva de violencia institucional y, la otra, desde la violencia estructural (Camacaro et al., 2015; Da-Silva-Carvalho y Santana-Brito, 2017; Gutiérrez, 2016; Pulido, 2017; Rodríguez y Aguilera, 2017; Sesia, 2017). En cuanto a la primera perspectiva, se argumenta que la violencia obstétrica surge del autoritarismo del personal de salud y los procesos de subordinación experimentados por las mujeres (Camacaro et al., 2015; Da-Silva-Carvalho y Santana-Brito, 2017; Gutiérrez, 2016). Este autoritarismo podría estar vinculado con el prestigio y estatus asociados a la profesión médica, lo que atribuye cierto poder sobre la vida y salud de los cuerpos de las mujeres (Contreras-Tinoco, 2018). Por otro lado, se plantea que la violencia obstétrica es el resultado de condiciones estructurales que involucran a diversos actores, además del personal de salud (Pulido, 2017; Rodríguez y Aguilera, 2017; Sesia, 2017). Sesia (2017) señaló que las condiciones de trabajo del personal de salud, como la saturación de pacientes, la falta de materiales, la mala infraestructura, la escasez de personal médico y el presupuesto insuficiente para la atención de la salud en los establecimientos de salud estatales, impactan su forma de trabajar. Por su parte, Pulido (2017) destacó que el personal de salud está sujeto a regulaciones más amplias, tanto internacionales como nacionales e institucionales, que se convierten en directrices para su labor y actuación profesional.

Actualmente no existen normas que protejan a las gestantes de la violencia obstétrica en el Perú (Defensoría del Pueblo, 2020). Esta ausencia genera una falta de calidad y accesibilidad a la atención médica, así como la persistencia de diversas formas de violencia e inequidad social en la atención obstétrica (Contreras-Tinoco, 2018). A su vez, contribuye con

la invisibilización, naturalización y falta de reconocimiento de la violencia obstétrica por parte de los sistemas de salud, el personal médico y las propias mujeres (Al Adib et al., 2017; Vallana, 2019). Así, las poblaciones más vulnerables, como las adolescentes, las mujeres no casadas, las mujeres de bajo nivel socioeconómico y las mujeres pertenecientes a minorías étnicas enfrentan un mayor riesgo de sufrir violencia obstétrica (OMS, 2014).

Castro y Frías (2016) llevaron a cabo un análisis de los resultados de la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (2016) de México, en la cual participaron alrededor de 8.7 millones de mujeres que habían tenido un hijo o hija en los últimos cinco años. Se encontró que el 24% (2 millones) de las encuestadas había experimentado abuso y violencia durante el parto. De estas, el 11% recibió gritos o regaños por parte del personal de salud, el 10% fue ignorada cuando preguntaron sobre el parto o el bebé, y el 9% fue obligada a mantenerse en una posición incómoda o dolorosa. Además, al 17% de las encuestadas les practicaron procedimientos médicos sin su consentimiento: el 10% de ellas fueron sometidas a una cesárea sin consentimiento, al 9% no se le informó que la cesárea era necesaria, y al 4% se les insertó un anticonceptivo o fueron esterilizadas sin su consentimiento.

Investigaciones adicionales en América han encontrado que más de la mitad de las participantes fueron víctimas de violencia obstétrica (Castro y Savage, 2019; Teran et al., 2013). Estos estudios revelaron la realización de procedimientos médicos sin consentimiento y un trato deshumanizante. Es importante destacar que, en el estudio de Castro y Savage (2019), las participantes mencionaron que esperaban este tipo de trato al acudir a instituciones públicas.

En Perú, en los últimos años, no se han realizado investigaciones significativas sobre la maternidad, y la violencia obstétrica no se considera una forma de violencia en las encuestas nacionales anuales (Gherardi, 2016). Sin embargo, según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) de 2018, el 98% de las mujeres embarazadas fueron atendidas por un profesional de salud calificado, una cifra considerablemente mayor que el 82% registrado en el año 2000 (Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI], 2018). Además, se señala que el 34.5% de los nacimientos fueron por cesárea, un aumento significativo desde el 13% registrado en el año 2000. Esta cifra es alarmante, ya que la OMS (2014) sugiere que la tasa de cesáreas debe estar entre el 5% y el 15%. En relación con las cesáreas, una investigación en Lambayeque encontró que el 2.7% de las muertes maternas fueron causadas por la anestesia utilizada en la cesárea (Bobadilla y León, 2017). Además, en una investigación en Lima en 2017, se descubrió que el 35.5% de las cesáreas fueron injustificadas, con razones que incluyeron programación por parte del personal de salud, solicitudes de las gestantes para un parto sin dolor y la necesidad de entrenamiento de médicos sin experiencia (Flores, 2017).

En 1998, el Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer (CLADEM) llevó a cabo una investigación sobre la violencia contra las mujeres en los servicios públicos de salud en Perú. Este informe evidenció la falta de compromiso del Estado peruano en promover y proteger los derechos humanos de las mujeres. A pesar de las políticas que priorizan la salud reproductiva de las mujeres, se documentaron actos frecuentes de violencia y discriminación en los servicios públicos de salud reproductiva y planificación familiar. Estas prácticas, como la violencia física y psicológica, y el trato coercitivo, humillante y discriminatorio, crean la percepción de que son conductas normales a las que las gestantes deben enfrentarse si no cuentan con los recursos económicos para recibir un trato humanizado o servicios de calidad. Además, las mujeres también son víctimas de abuso sexual, agresión física, sometimiento a dolores innecesarios, y la negación de información o atención oportuna.

La ENDES de 2018 en Perú reveló que el 91% de las mujeres enfrenta obstáculos para acceder a servicios de salud (INEI, 2018). Las principales razones incluyen la falta de medicamentos y personal de salud, la inaccesibilidad geográfica de los servicios médicos y el temor a ir solas. Un informe de Thomson Reuters (2017) clasificó a Lima como la ciudad con más de 10 millones de habitantes con mayor falta de acceso a seguros de salud para mujeres, lo que afecta negativamente la atención de su salud sexual y reproductiva.

Guerrero et al. (2019) junto con PROMSEX y el Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán llevaron a cabo un estudio sobre experiencias de embarazos con malformaciones incompatibles con la vida. El estudio recogió testimonios de diez mujeres peruanas que enfrentaron diversas formas de violencia obstétrica en todo el proceso de atención, desde la confirmación del diagnóstico de malformación fetal hasta el posparto. Ellas experimentaron demoras en el diagnóstico, tratos poco empáticos y descuidados, juicios de valor, falta de información y atención, y negación o retraso en su derecho a acceder a un aborto terapéutico. Estos tratos deshumanizados tuvieron consecuencias significativas en su salud emocional, física y social.

Como se mencionó anteriormente, la violencia obstétrica no ha sido reconocida oficialmente como una forma de violencia en el Perú. Las mujeres jóvenes en situación de pobreza en áreas rurales o urbanas marginadas son consideradas más vulnerables a este fenómeno (CLADEM, 1998). Sin embargo, se destaca que cualquier mujer puede ser víctima de violencia obstétrica (Uribe et al., 2007). Debido a la falta de reconocimiento y visibilidad del tema, hay pocas investigaciones sobre la violencia obstétrica en el país.

Esta investigación se centra en llenar ese vacío teórico y tiene como objetivo principal conocer las experiencias de embarazo y parto de mujeres atendidas en establecimientos de

salud públicos en el Perú. Se ha optado por un enfoque cualitativo, específicamente basado en el marco fenomenológico. Este enfoque permite explorar las experiencias individuales de cada participante en relación con el embarazo y el parto, centrándose en la complejidad subjetiva de dichas vivencias. Además, el enfoque fenomenológico posibilita la comprensión de estas experiencias desde la perspectiva de las mujeres, y permite examinar cómo experimentan su mundo durante este crucial período de sus vidas (Taylor, 2000).



Método

Para la presente investigación se optó por un enfoque cualitativo, debido a que se busca entender, describir y explicar los fenómenos sociales a partir del análisis de la experiencia subjetiva (sentimientos, pensamientos, percepciones, vivencias) de las participantes (Taylor, 2000). Además, permitió entender la profundidad y complejidad del mundo vivencial y experiencial (Hernández et al., 2014) del embarazo y parto en las participantes.

Participantes

Participaron de este estudio diez mujeres que han sido madres en el año 2019 y que han sido atendidas en un establecimiento de salud público peruano. Con respecto a los criterios de exclusión, estos fueron los siguientes: embarazo producto de violación, parto durante aislamiento social obligatorio, diagnóstico de enfermedades del feto durante el embarazo, depresión postparto y que actualmente se encuentren embarazadas. Todas participaron de manera voluntaria; para ello, firmaron un consentimiento informado (Apéndice 1). Las participantes contaron con la libertad de no contestar alguna pregunta o retirarse cuando ellas lo desearan. Con respecto a los aspectos éticos, para conservar el anonimato y confidencialidad, se cambiaron los nombres de todas las participantes. Asimismo, se contó con un protocolo de contención en caso de desborde emocional (Apéndice 2).

Para la convocatoria de las participantes, se realizó una publicación en las redes sociales con el objetivo de aplicar la estrategia de incorporación por cadena o “bola de nieve”, el cual consiste en que los participantes recomienden a otros que cumplan con los requisitos de la investigación (Hernández et al., 2014). Por dicho medio, se compartió un folleto que invitaba a participar en la investigación, y que mencionaba los criterios de inclusión y los objetivos. Después de realizar la convocatoria, se contactó a las primeras participantes por WhatsApp para coordinar la fecha y hora de la entrevista, las cuales fueron realizadas por Zoom. Una vez realizada las primeras entrevistas, se utilizó el método de bola de nieve. El número de las participantes se determinó de acuerdo con el criterio de saturación, que el número de casos se definirá cuando la data obtenida empieza a repetirse o no aporta nuevos contenidos (Hernández et al., 2014).

Las participantes tenían entre 22 y 33 años. De un total de diez entrevistadas, siete de ellas habían pasado por cesárea y tres experimentaron un parto natural. Seis eran madres primerizas y una había tenido una pérdida. Cuatro fueron atendidas en Lima Metropolitana; dos, en Lima Provincia; una, en Cusco; una, en Arequipa; una, en Tacna; y una, en La Merced. A continuación, en la Tabla 1, se describen los datos mencionados.

Tabla 1*Datos sociodemográficos de las participantes*

Número	Edad	Región	Número de hijo	Tipo de parto
P1	25	Arequipa	1	Cesárea
P2	28	Huacho	3	Cesárea
P3	33	Lima	1	Natural
P4	33	Cusco	3	Natural
P5	26	Lima	1	Cesárea
P6	29	Huacho	2	Natural
P7	27	Lima	1	Cesárea
P8	40	Lima	1	Cesárea
P9	22	Tacna	1	Cesárea
P10	28	La Merced	2	Cesárea

Técnicas de recolección de información

Para realizar esta investigación se utilizaron dos técnicas de recolección de información: la entrevista semiestructurada a profundidad y la ficha sociodemográfica.

La entrevista estuvo centrada en el tema del embarazo y parto (Apéndice 3) con tres áreas a profundizar:

- Expectativa de embarazo y parto: esta área buscó saber cómo la mujer imaginaba que iba a ser el proceso del embarazo y el parto, y cómo imaginaba que iba a ser la maternidad.
- Experiencia de embarazo: esta área tuvo como objetivo conocer cómo llevaron el embarazo, los miedos que sintieron, y las emociones positivas y negativas que sintieron.
- Experiencia de parto: esta área buscó conocer toda la experiencia de la mujer al momento del parto, desde que tuvo síntomas hasta que fue dada de alta, profundizando en la atención del personal de salud, y en si esta experiencia cumplió o no con sus expectativas.

La segunda técnica, la ficha sociodemográfica (Apéndice 4), recogió datos como edad, y lugar de residencia, número de hijos y tipo de último parto en el que tuvo a su último hijo.

La guía de entrevista fue sometida a revisión de expertos para lograr que recogiera información pertinente para el estudio. En la corrección de la guía de entrevista, participaron las psicólogas Magaly Dobleaga y Carolina Janto. La primera es doctora en Psicología, coordinadora e investigadora en psicología del desarrollo, y especialista en desarrollo socioemocional del niño en el contexto de las relaciones con sus cuidadores y de su cultura. Ella sugirió dividir la guía de entrevista en tres partes, según el orden de la investigación: expectativas, embarazo y parto. Además, recomendó no formular preguntas tan abstractas. En segundo lugar, Carolina Janto es magíster en Estudios Teóricos de Psicoanálisis, y centra su práctica en salud mental de la primera infancia. Ella, por otro lado, recomendó formular preguntas más abiertas para que las entrevistadas contaran con la oportunidad de estructurar su propia experiencia. Asimismo, mencionó agregar más preguntas para recoger detalles sobre la atención en las instituciones públicas.

Procedimiento

Las entrevistas se realizaron de manera individual por medio de la plataforma virtual Zoom, debido a que el contexto de la pandemia por la COVID-19 imposibilitó realizar las entrevistas de forma presencial. Se solicitó a las participantes que cuenten con un espacio privado y cómodo en el cual no hubiera distractores y se pudiera respetar la confidencialidad. Todas las entrevistas fueron grabadas y transcritas para su análisis.

Para empezar la entrevista, se presentó el consentimiento informado. Una vez aceptado, se procedió con la ficha de datos sociodemográficos, la cual fue completada por ellas. Las entrevistas fueron grabadas en audio, y duraron aproximadamente una hora y media. Fueron transcritas de manera literal para el análisis. Después de la revisión general de todas las entrevistas, se revisaron detalladamente y se establecieron códigos, los cuales fueron organizados en un documento de Excel. El proceso de codificación de la información recolectada se realizó manualmente a partir de un análisis temático deductivo, el cual consiste en realizar las categorizaciones de los temas a partir de la teoría previamente establecida en el marco teórico (Braun y Clarke, 2006).

Una de las limitaciones de esta investigación fue la falta de información sobre la situación de violencia obstétrica en el Perú y en contextos similares. Respecto al procedimiento, la conexión de internet fue limitada durante las entrevistas, ya que en reiteradas ocasiones fallaba y se colgaba la llamada. Asimismo, las participantes contaban con un tiempo muy limitado, por lo que, en algunas ocasiones, tuvieron que estar con sus bebés durante la entrevista.

Análisis de la información

El análisis de la información se realizó por medio de una revisión de las entrevistas, las cuales fueron organizadas en áreas. Se planteó un análisis temático debido a que se identificaron temas con significado relevante para poder responder al objetivo de la investigación, así como relacionados con la teoría e información recolectada (Braun y Clarke, 2006).

Finalmente, respecto a la evaluación de la calidad de esta investigación, se tuvieron en cuenta los criterios de rigor. Estos son los siguientes: objetividad, credibilidad, auditabilidad y transferibilidad (Miles et al., 2014). En primer lugar, la objetividad estuvo presente mediante la grabación y transcripción literal de las entrevistas, la comparación de la información del marco teórico, la revisión constante de fuentes bibliográficas y la identificación de limitaciones de la investigación (Miles et al., 2014; Ortega et al., 2005). En segundo lugar, la credibilidad se logró con la revisión de resultados por parte de la asesora (Miles et al., 2014). En tercer lugar, la consistencia metodológica también se logró por medio de la supervisión de la asesora (Miles et al., 2014). Por último, la transferibilidad se cumplió debido a los procesos de recolección de información, descripción de las participantes y análisis de información (Miles et al., 2014).

Resultados y Discusión

Para comprender y analizar el objeto de estudio, los resultados se han estructurado en tres áreas. En primer lugar, se discuten las expectativas del embarazo, parto, bebé y de la maternidad. En segundo lugar, se presentan las experiencias de embarazo descritas por las entrevistadas, lo que incluye las reacciones ante el embarazo deseado y no deseado, la comunicación de este nuevo estado, la adaptación a este rol y los cambios generados por este proceso. La última área es la experiencia de parto, la cual describe tanto las experiencias positivas como negativas, y los casos de violencia obstétrica. Es importante resaltar que las tres áreas se relacionan entre sí y que la experiencia de maternidad comienza antes del embarazo.

Expectativas

En referencia a las expectativas, a partir de las entrevistas realizadas, se identificaron cuatro aspectos principales: expectativas sobre el embarazo, expectativas sobre el parto, expectativas sobre el bebé y expectativas sobre la maternidad.

En primer lugar, las expectativas sobre el embarazo eran idealizadas. Algunas entrevistadas imaginaron que esta etapa sería sencilla, tranquila y fácil de llevar. Cabe destacar que las que mencionaron esto habían pasado por un embarazo anteriormente, por lo que esperaban que fuera una experiencia similar. Las madres primerizas consideraban que sería una etapa sencilla de llevar.

Con respecto a las expectativas sobre el parto, todas deseaban tener un parto natural. De la misma manera, las que se encontraban en una relación, esperaban vivir esta experiencia junto a su pareja, a pesar de que sabían que en los hospitales no estaba permitido el ingreso de acompañante. Las entrevistadas mencionaron que sabían que la atención en el hospital no era especializada en atención materno-perinatal e, incluso, que el servicio era malo (P4: *“tú vas a un lugar y tratas de que te atiendan y que tu bebé salga bien, o sea no estaba esperando amabilidad, ni detalles, ni nada por el estilo”*; P8: *“yo siempre tenía en mente de que el servicio público era pésimo o podría ser aceptable, pero más que aceptable nunca lo pensé”*).

En la etapa del embarazo, la madre empieza a fantasear sobre cómo será su bebé, a quién se parecerá y si nacerá sano (Amanita et al., 1992). Estas representaciones del bebé hacen referencia a creencias, fantasías, deseos, expectativas, memorias, entre otros, que la madre elabora durante el proceso de gestación (Stern, 1997). En efecto, las madres tenían expectativas específicas y detalladas. En ese sentido, todas las entrevistadas deseaban que sus bebés nazcan

sanos y que se parezcan a ellas. Además, todas querían que tenga un sexo específico. Lecannelier et al. (2006) concibió esto como el “bebé imaginario” que las madres crean. Asimismo, se genera la fantasía de que el bebé se parezca a ellas, ya que representa un aspecto inconsciente del progenitor y facilita los procesos de identificación con el niño (Stern, 1997). Por ejemplo, una de las entrevistadas (P4) mencionó que quería que sea mujer para que se parezca a su mamá, quien había fallecido. Ello se alinea con lo propuesto por Brazelton y Cramer (2018), quienes postularon que la primera fantasía es la del bebé como representante de una figura importante en la historia de la madre. Otra participante comentó que deseaba que su bebé sea mujer para poder peinarla, trenzarla y ponerle vestidos (P2); otra mencionó que quería que sea mujer para que no se parezca a su pareja, a quien no consideraba una persona atractiva. Por otro lado, las participantes que deseaban tener un bebé hombre señalaron que se debía a que ya tenían una hija y querían completar la pareja. Con respecto al parto, dos de las participantes tenían mucho miedo a distintos temas; una de ellas, por una experiencia traumática de un parto anterior (P4), y otra, por miedo a morir en el parto (P10).

Las entrevistadas demostraron expectativas diversas sobre la maternidad. Cinco mencionaron que imaginaban que sería caótica, sacrificada, mientras que dos indicaron que no sería tan complicada. Además, dos de las participantes comentaron que se sentían preocupadas por experiencias pasadas con niños, ya que no se consideraban cariñosas ni buenas con los ellos; por ello, creían que no serían buenas madres. Asimismo, dos participantes evidenciaron una identificación con la figura materna, entendida por ellas como un sacrificio difícil de alcanzar, y comparándose con sus propias madres (P1: “*si no lo hago como ella, lo estoy haciendo mal*”; P5: “*entonces, yo tengo ese miedo, de no poder hacer lo que ella hacía*”).

Experiencia de embarazo

La reacción ante la noticia del embarazo se puede caracterizar en relación a si este fue deseado o no. Cabe resaltar que solo dos de las diez entrevistadas planificaron su embarazo. A pesar de ello, siete participantes declararon haber recibido la noticia de que serían madres de una manera positiva; de hecho, manifestaron que sintieron felicidad. Por otro lado, una de las siete entrevistadas (P1) pensó que no sería una buena madre, y tres de las participantes reaccionaron de manera negativa, comentando que tomaron como una mala noticia saber que estaban embarazadas, con emociones como tristeza, perturbación, miedo y con pensamientos sobre “bebé malo”, que dañaba su vida (P7: “*fue un proceso de aceptación porque yo quería quedarme solo con mi hija mayor, y no fue un embarazo planeado*”).

La comunicación de este nuevo estado fue un momento importante que todas compartieron primero con sus parejas. Ante esta noticia, la mayoría de ellos sintieron alegría; sin embargo, dos de ellos quisieron que no se continúe con el embarazo, lo cual fue un impacto fuerte para las participantes. Las tres entrevistadas que no deseaban continuar con el embarazo cuando recibieron la noticia pasaron por un proceso de adaptación, a pesar de que sus parejas no las apoyaran (P5: *“ya estaba, no había marcha atrás”*; P7: *“es mi responsabilidad, yo tengo que asumirlo, y quererlo porque el adulto tiene que ser responsable del embarazo”*).

Naturalmente, las participantes también relataron que esta nueva etapa trajo cambios en su estilo y proyecto de vida. Por ejemplo, ellas comentaron haber modificado su alimentación hacia una más saludable y fortalecer el cuidado de sus cuerpos; además, empezaron a organizar sus horarios. Los proyectos de vida de las ocho participantes que no habían planificado el embarazo se vieron cambiados, ya que, si bien la mayoría deseaba ser mamá en algún momento de sus vidas, no planeaban serlo en ese momento.

Se conoce que el embarazo es una etapa de muchas emociones contradictorias, caracterizada por los miedos que llegan a sentir las futuras madres. En ese sentido, las participantes mencionaron que sentían miedos respecto a muchos aspectos de esta nueva etapa. Para empezar, les preocupaba el mismo proceso del embarazo. Sentían miedo de que sucediera algo malo que arriesgara la salud de su bebé y de ellas mismas, así como miedo ante cualquier dolor o fastidio, miedo a una nueva experiencia corporal y miedo a estar embarazada después de tiempo. Asimismo, tenían miedos sobre el parto: miedo a no saber si iba a ser parto natural o cesárea, miedo a que suceda algo malo durante el parto, miedo a morir en la cesárea, miedo al posible dolor y miedo a la falta de preparación. Adicionalmente, se presentaban miedos por experiencias pasadas: miedo a que su cuerpo no aguantara otro embarazo, miedo a volver a sentir tanto dolor durante el parto, miedo a volver a tener preeclampsia y miedo a volver a perder a su bebé. Esto se puede entender desde la teoría de la constelación maternal, la cual postula que las madres experimentan nuevas preocupaciones, relacionadas a la vida y al crecimiento (Stern, 1997). Las participantes sentían miedo de no poder llevar el embarazo hasta el nacimiento de sus bebés, y miedos relacionados a su capacidad para cuidar a su hijo o hija.

También, señalaron presentar miedos respecto a la maternidad: miedo a no ser buena mamá y miedo a no poder cumplir el rol materno (P5: *“si no hago cosas por mí, o sea ese miedo, cómo le voy a hacer cosas a la persona que va a venir”*); miedo a no relacionarse afectuosamente con su bebé (P1: *“me estresaba un poco en ese sentido porque también con los niños no he sido muy cariñosa o muy afectuosa”*). Estos miedos se pueden entender desde otra de las preocupaciones de la constelación maternal: la relación primaria. De acuerdo con Stern

(1997), la madre se cuestiona si es que va a poder relacionarse afectivamente con el bebé, y si va a poder amar a su bebé y sentir que su bebé la ama. Asimismo, en este miedo, también se presenta la preocupación maternal primaria, la cual conlleva una serie de cambios en la mujer que le permiten identificarse con su bebé y responder a sus necesidades (Winnicott, 1956).

Las participantes también mencionaron el miedo a no poder mantener económicamente a su bebé (P5: “*me imaginé viviendo en una choza, mi hija pobrecita con ella, pidiendo limosna*”). De esta manera, es importante mencionar que no contar con los recursos para poder satisfacer las necesidades (económicas) de sus hijos se encuentra dentro de las preocupaciones del tema de la vida y crecimiento (Stern, 1997). Además, algunas participantes mencionaron temer no poder organizar su vida, ya que tenían otro bebé después de tiempo. Ello se relaciona con la reorganización de la identidad, ya que la madre debe transformar su propia identidad para facilitar sus nuevas funciones y desplazar el centro de su identidad a su nuevo rol cuidador (Stern, 1997).

A pesar de que es una etapa cargada por miedos, las participantes también mencionaron distintas emociones positivas y gustos que sintieron durante el embarazo. Comentaron que sentían alegría ante cualquier buena noticia del bebé, es decir, al ver las ecografías, al ver los cambios físicos, al sentir sus movimientos. Asimismo, experimentaban mucha alegría cuando las expectativas se volvían realidad, como cuando se enteraban de que el bebé sería hombre o mujer. Además, ellas disfrutaban de los cambios de su cuerpo, como el crecimiento del bebé. Esto se puede interpretar como el vínculo prenatal que estaban construyendo las participantes con sus futuros bebés, pues el apego de una madre con su hijo se comienza a desarrollar durante el embarazo (Waters y Cummings, 2000). Sumado a ello, las redes de soporte cumplieron un rol muy importante en este proceso, ya que las participantes sentían alegría al saber que contaban con el apoyo y protección de su familia, especialmente de sus madres y parejas. En ese sentido, el tema de la matriz de apoyo de la constelación maternal (Stern, 1997) se hace presente, ya que, en este, se enfatiza la importancia de formar un círculo que ayude, sostenga y proteja a la nueva madre.

Por otro lado, las emociones negativas también estuvieron presentes. Las entrevistadas hicieron referencia a cambios de humor repentinos e irritabilidad. En adición, dos de ellas mencionaron haberse sentido tristes por el embarazo, ya que esto significaba un cambio en su proyecto de vida (P7). Una de ellas relató sentir una falta de emoción ante la llegada de un nuevo bebé en comparación con sus otros embarazos (P2). En relación con los disgustos, las participantes se referían principalmente a las experiencias físicas, como las náuseas, vómitos,

hinchazón de pies y estrías, además de no dormir bien y del desgaste físico de los últimos meses.

Experiencia de parto

Las participantes se prepararon para el parto por medio de cursos brindados por el hospital, como psicoprofilaxis y estimulación prenatal. También, buscaron información en internet o preguntando a personas cercanas. Cabe mencionar que los hospitales acatan distintos protocolos en la atención, y el más común es no dejar entrar a un acompañante al parto o cesárea. En algunos establecimientos de salud, como el Instituto Nacional Materno Perinatal, el Hospital Regional de Huacho y el Hospital de Angamos, luego de una cesárea o parto, dejan a la mamá ver al bebé, darle un beso y se lo llevan. En cambio, en el Hospital Essalud de Cusco, en partos naturales, le muestran al bebé y lo ponen en el pecho de mamá rápidamente.

Casi todas las participantes percibieron fallas en la atención brindada por el personal de salud del establecimiento. Todas mencionaron que el hospital las preparó para un parto natural, pero no para una cesárea. Por ello, llegado el momento de la intervención quirúrgica, se sintieron desorientadas. Además, percibieron que la atención era deficiente, indiferente y que recibieron un trato poco empático (P3; P4; P5; P7). Ellas también señalaron una demora en las ecografías y largas horas de espera para la atención; ante ello, se quejaron con el personal, pero recibieron justificaciones y no soluciones (P8: “*Los doctores me decían «así es el sistema de salud»*”). Respecto a la percepción de las instalaciones, mencionaron que el espacio era frío y había poca privacidad; una de ellas mencionó que era cómodo en comparación con otros establecimientos públicos (P1).

Solo dos participantes describieron la atención de hospitales de provincia como excelente; de hecho, valoraron su experiencia de parto como positiva. Ellas resaltaron la rapidez, la buena atención y el apoyo emocional por parte del personal. Al respecto, la OMS (2018) postuló que las mujeres desean tener una sensación de control y logro durante el parto. Por otro lado, se mencionaron experiencias negativas por factores externos al servicio del establecimiento, como la preeclampsia (P2). Asimismo, dos de las participantes sintieron mucho miedo; una de ellas por una experiencia traumática de parto pasada (P4) y otra por miedo a morir en el parto (P10). De la misma manera, al no cumplir sus expectativas sobre quiénes estarían junto con ellas y cómo vivirían la experiencia de parto fue un factor importante al calificarlo. Esto se relaciona con un estudio realizado por Karlström et al. (2015), quienes encontraron que el factor más contribuyente con la satisfacción de una mujer con el parto es que este cumpla con sus expectativas.

Violencia obstétrica

Como se ha mencionado anteriormente, la violencia obstétrica se refiere a las agresiones realizadas por el personal de salud hacia las mujeres durante los distintos procesos de su salud sexual. En ese sentido, se identificaron casos de este tipo de violencia durante la preparación para el parto, durante el parto y el puerperio. Al respecto, lo más notorio fueron los casos de negligencia en la asistencia médica: la participante 8, de procedencia venezolana, contó que no le subieron los niveles de hemoglobina antes de la cesárea, la dejaron en la camilla desnuda y no buscaron cama en el área de recuperación, por lo cual le dio hipotermia:

“Luego, se llevaron a la bebé y me dejaron ahí, y el doctor también se fue. Se quedó una enfermera conversando y diciendo: «El doctor se fue, ¿qué hacemos?» Luego, cuando me llevaron a recuperación, en recuperación, yo pregunté: «¿No había cama?, ¿por qué me hicieron esperar más». «No, sí había; no han venido a preguntar». Me dijo una doctora: «¿Tú crees que porque esta casa es bonita tú te quieres meter?, que esto no es así», y claro, yo sentía como mal, porque ya era como que la hora, y entonces, me tratan mal, pero yo me tenía que quedar callada, porque o sea no estoy en mi país; si yo peleo, me pueden sacar, y yo ahorita de lo que estoy pendiente es de mi bebé, me quedé callada. Pero me vi, me acerqué a La Maternidad y me dice: «Bueno, no te voy a atender» (P7).

Asimismo, la participante 4 evidenció que las técnicas obstetras no acataban las órdenes de los doctores: *“La señora estaba horas. Ya tenía como ocho horas hospitalizada y avanzaba muy lento, y obviamente pues, que te pongan medicamento para que te ayuden a dilatar es mucho mejor, pero las técnicas decían: «No, mire, ella está aguantando bien el dolor»”.*

La negligencia en la asistencia estuvo presente también en el puerperio. La participante 2 se enteró de que las enfermeras no atendían a los bebés prematuros que lloraban, y no la dejaron complementar la alimentación de su bebé con fórmula, ya que ella no producía la suficiente leche. Su bebé lloraba de hambre.

Se evidenciaron también casos de violencia física y psicológica por parte del personal de salud. Al respecto, a la participante 7 le hicieron el tacto vaginal de manera tan brusca que rompieron la membrana amniótica. Esta agresión generó que su bebé tragara líquido amniótico y tuviera problemas de salud, como infecciones, problemas con el cordón umbilical, además de que se necesitó realizar una cesárea. Así mismo, la participante 8 también recibió tratos bruscos cuando regresó al hospital para que le limpien los coágulos que había tenido por la cesárea: (P8: *“Una obstetra me metió la mano en la vagina horrible, me hizo doler y nada...*

me dolió tan feo, fue muy feo, demasiado feo, fue una salvaje”). Con respecto a la violencia psicológica, las participantes recibieron adjetivos calificativos negativos durante el parto (P4: *“Me dijeron mala madre, porque no tenía fuerza, porque pensaban que era porque era yo la que no, no colaboraba con el parto”*). También, recibieron burlas por parte de las obstetras por el dolor de las parturientas (P3: *“Escuché que entre ellas se reían y decían «ay, no entiendo por qué, por qué gritan si cuando tienen sexo con alguien son felices»”*). Asimismo, fueron culpadas por complicaciones en el parto (P4: *“¿Tú no quieres a tu hija?, ¿por qué no, no ayudas con el pujo?”*).

Por otro lado, también se identificaron casos de omisión de la información. Por ejemplo, le negaron información al padre sobre la situación de su bebé y su esposa (P7); mandaron a una participante a comprar medicina sin informarle que le iban a realizar la cesárea en ese momento; y a otra, sin explicación, no le daban a su bebé (P5). Además, se presentaron dos casos de discriminación social: malos tratos por ser extranjera (P7) y burlas por no poder atenderse en un establecimiento privado (P8: *“Esto no es una clínica; la próxima vez junten su plata”*). Finalmente, una participante reportó un caso de uso inadecuado de procedimientos y tecnologías, pues le realizaron una episiotomía innecesaria (P3).

A partir de todos los casos presentados anteriormente, se puede evidenciar que el proceso de parto no es únicamente una cuestión biológica, sino también cultural, en el cual se muestra cómo se organiza la sociedad, sus valores e interacciones (Vigil-de Gracia et al., 2011). En efecto, la presencia de un Estado que se simboliza como masculino permite que la jerarquía se traslade a la cultura y al sistema de salud (Segato et al., 2017). Así, en la atención brindada por el personal de salud, se visibiliza la estructura de poder basada en el género (Bedoya-Ruiz et al., 2020). Si bien los conocimientos clínicos-médicos son manejados tanto por hombres como por mujeres; estos son masculinizados y sobrevalorados, debido a que los servicios de salud no integran la historia en la práctica clínica (Bedoya-Ruiz et al., 2020). En ese sentido, el personal de salud, compuesto tanto por hombres como por mujeres, actúa a partir de su poder y ejerce violencia hacia las mujeres. Ellos y ellas se apropian de los cuerpos de las mujeres, de su capacidad para hablar y toman decisiones sobre sus propios procesos; en otros términos, las asumen un objeto de intervención y no un sujeto de derecho (Bedoya-Ruiz et al., 2020). De esta manera, la mujer termina en una posición en la cual su voz no es escuchada. A esto se le suma la presión social que existe sobre ellas, su vida sexual y su desarrollo como madre. Un ejemplo es la negación de medicamentos para reducir el dolor del parto o las burlas hacia las mujeres que sienten dolor, ya que este se interpreta como un castigo por haber disfrutado de su vida sexual. Al respecto, existe una visión tradicional sobre la mujer y su relación con el placer

sexual, que considera que las mujeres deben *ser castigadas*, mediante un parto doloroso, por haber sentido placer durante el acto sexual (Chiarotti et al., 2003). Por otra parte, una de las presiones sociales más grandes sobre la maternidad es la lactancia exclusiva. En ese sentido, el personal de salud exige y estigmatiza a la mujer que no la da. Así, este acto deja de ser un derecho y se convierte en una obligación impuesta por el establecimiento de salud (Blázquez, 2005).

La violencia obstétrica no solo implica el análisis desde un enfoque de género, sino también desde una visión interseccional (Davis et al., citados en Bedoya-Ruiz et al., 2020), que entiende el género como uno de los factores influyentes en las desigualdades sociales, junto con la etnia, ambos atributos biológicos que sirven como instrumento para determinar desigualdades sociales con respecto a procesos discriminatorios y de injusticia social (Gil, 2011). Otros factores que se intersectan con el género son el sistema económico capitalista y el patriarcado (Ciriza, 2007; Canevari, 2017). En ese sentido, el sistema de salud entiende el parto como un proceso que brinda beneficios económicos (Blázquez, 2005), ya que el costo de una cesárea es más elevado que el de un parto natural. Lo anterior genera consecuencias en las mujeres y, también, en las condiciones laborales del personal de salud, que se ve obligado a atender gran cantidad de pacientes gestantes.

Al respecto, las participantes tuvieron distintas reacciones con carga negativa, como molestia, tristeza, miedo, indignación y resentimiento (P4: *“Me dijeron ‘mala madre’ porque decían que yo no colaboraba y, bueno, ya luego me río, ¿no?, pero, en ese momento, que te digan eso... como que te llenan más de espanto y de susto”*). Dos participantes también comentaron sentirse preocupadas por las otras gestantes que no se defendían ante los tratos del personal (P3; P8). Además, una participante mencionó que se sintió obligada a quedarse callada para ser atendida (P7). Sin embargo, algunas de las participantes justificaron el mal trato del personal sugiriendo que se debía a que se sentían agotadas (P3: *“Pero yo creo que, más que todo, a veces te tratan mal porque están muy agotadas, ¿no? No es que simplemente se lo toman de manera personal”*).

A pesar de la violencia obstétrica que la mayoría de las participantes sufrió, todas tenían ciertos aspectos que valoraban de su parto. Tres de ellas mencionaron que, en algunos momentos, valoraron la atención del establecimiento de salud. Comentaron que no todo el personal de salud las trató mal y que hubo otros profesionales que tuvieron un buen trato (P2; P3; P4; P7). Asimismo, ellas destacaron bastante la importancia de su red de apoyo: las compañeras de cuarto (P3; P7); el apoyo de la familia y pareja (P5; P7); y, principalmente, el apoyo de sus madres (P9: *“La mamá va a ver a su hija”*).

Finalmente, la vida de todas las participantes cambió a partir de su bebé y la maternidad. Ellas refirieron sentirse más alegres (P2); considerar a su bebé como compañero de vida (P3); asumir los cambios en sus prioridades, organización y planificación (P4; P7) como positivos; ser más pacientes (P3); y sentirse más fuertes para seguir adelante (P7). En efecto, desde el fin del embarazo, la madre descubre que su subjetividad, intereses personales y preocupaciones van cambiando, porque se empiezan a orientar a los deseos y necesidades del bebé (Winnicott, 1956).



Conclusiones

La presente investigación tuvo como propósito describir las expectativas y experiencias sobre el embarazo y parto de mujeres atendidas en establecimientos de salud públicos peruanos. Como conclusión, esta investigación se alinea con previas investigaciones que proponen al embarazo como una etapa cargada de miedos en torno a la experiencia corporal, al posible dolor en el parto y al nuevo reto que significa la maternidad en sus vidas. A pesar del miedo, las participantes también experimentaron momentos alegría y satisfacción, especialmente cuando veían y sentían al feto desarrollarse. Esta dualidad de emociones pone en evidencia la complejidad emocional del embarazo, donde el miedo y la alegría coexisten.

Con respecto a las expectativas, estas fueron detalladas y específicas. Las gestantes idealizaban el proceso del embarazo como algo sencillo y manejable. Todas deseaban que su parto fuera natural y que sus bebés nacieran sanos. Además, varias esperaban que su bebé se pareciera a ellas o a alguien importante en sus vidas. Sin embargo, algunas de las participantes expresaron que temían que su vida como madres fuese caótica y que no tuvieran tiempo para ellas mismas. Esta dicotomía entre la idealización del embarazo y las preocupaciones reafirma la importancia de una preparación adecuada y la presencia de una red de soporte durante el proceso del embarazo.

Con respecto a la experiencia de parto, se evidenció que la violencia obstétrica sigue siendo una realidad y, en muchos casos, invisibilizada en distintas partes del Perú. Ocho de las diez participantes reportaron haber sido víctimas de alguna expresión de violencia obstétrica; siendo la más común la negligencia en la asistencia. También, se encontró que el personal de salud a menudo asume un papel prejuicioso sobre la sexualidad y decisiones reproductivas de las mujeres. Los establecimientos de salud no se enfocan en garantizar los derechos ni en promover la calidad en la atención de las mujeres gestantes. Esta situación revela la deficiencia en el sistema de salud, donde el personal no solo no brinda una atención adecuada, sino también perpetúa los prejuicios. Por ello, es crucial que la capacitación que recibe el personal de salud sea incluyente, además de buscar erradicar los comportamientos sexistas, patriarcales y estereotipados, ya que afectan la dignidad de las mujeres y sus derechos.

Estas conclusiones muestran la complejidad de las experiencias y expectativas de las mujeres embarazadas y subrayan la necesidad de una atención más humanizada y especializada en el ámbito materno-perinatal.



Referencias Bibliográficas

- Al Adib, M., Ibáñez, M., Casado, M., y Santos, P. (2017). La violencia obstétrica: un fenómeno vinculado a la violación de los derechos elementales de la mujer. *Medicina Legal de Costa Rica*, 34(1), 104-111. https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S1409-00152017000100104yscript=sci_arttextylng=en
- Almeida, M., Nunes, M., Camey, S., Pinheiro, A., y Schmidt, M. (2012). Mental disorders in a sample of pregnant women receiving primary health care in Southern Brazil. *Cadernos de Saude Publica*, 28(2), 385-394. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012000200017>
- Alsibiani, S. (2015). Effects of pregnancy on sexual function. Findings from a survey of Saudi women. *Saudi Medical Journal*, 36(7), 885-885. <https://smj.org.sa/content/35/5/482>
- Ammaniti, M., Baumgartner, E., Candelori, C., Perucchini, P., Pola, M., Tambelli, R., y Zampino, F. (1992). Representations and narratives during pregnancy. *Infant Mental Health Journal*, 13(2), 167-182. [https://doi.org/10.1002/1097-0355\(199223\)13:2<167::AID-IMHJ2280130207>3.0.CO;2-M](https://doi.org/10.1002/1097-0355(199223)13:2<167::AID-IMHJ2280130207>3.0.CO;2-M)
- Anzaku, S., Ogbe, E., Ogbu, G., Edem, B., y Ngwan, S. (2016). Evaluation of changes in sexual response and factors influencing sexuality during pregnancy among Nigerian women in Jos, Nigeria. *International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology*, 5(10), 3576-82. <https://doi.org/10.18203/2320-1770.ijrcog20163448>
- Arguedas, G. (2014). La violencia obstétrica: propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense. *Cuadernos Intercambio sobre Centroamérica y El Caribe*, 11(1), 145. <https://doi.org/10.15517/c.a.v11i1.14238>
- Arnau, J. (2013). *Estudio exploratorio de la humanización en la atención perinatal de la mujer del área I de salud de la Región de Murcia* [Proyecto de investigación, Universidad de Murcia]. Digitum: Repositorio Institucional de la Universidad de Murcia. <https://digitum.um.es/digitum/handle/10201/37001>
- Ayers, S., Eagle, A., y Waring, H. (2006). The effects of childbirth-related post-traumatic stress disorder on women and their relationships: A qualitative study. *Psychology, Health & Medicine*, 11(4), 389-398. <https://doi.org/10.1080/13548500600708409>
- Baker, S., Choi, P., Henshaw, C., y Tree, J. (2005). 'I felt as though I'd been in jail': Women's experiences of maternity care during labour, delivery and the immediate postpartum. *Feminism y Psychology*, 15(3), 315-342. <https://doi.org/10.1177/0959-353505054718>
- Beaton, J., y Gupton, A. (1990). Childbirth expectations: A qualitative analysis. *Midwifery*, 6(3), 133-139. [https://doi.org/10.1016/S0266-6138\(05\)80170-6](https://doi.org/10.1016/S0266-6138(05)80170-6)

- Beck, C. (1994). Women's temporal experiences during the delivery process: A phenomenological study. *International Journal of Nursing Studies*, 31(3), 245–252. [https://doi.org/10.1016/0020-7489\(94\)90050-7](https://doi.org/10.1016/0020-7489(94)90050-7)
- Beck, C., y Watson, S. (2008). Impact of birth trauma on breast-feeding: A tale of two pathways. *Nursing Research*, 57(4), 228–236. <https://doi.org/10.1097/01.NNR.0000313494.87282.90>
- Bedoya-Ruiz, L., Agudelo-Suárez, A., y Restrepo-Ochoa, D. (2020). Mujeres en embarazo, parto, y posparto: una mirada desde el pensamiento feminista. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 37, 142-147. <https://www.scielo.org/article/rpmesp/2020.v37n1/142-147/>
- Blázquez, M. (2005). Aproximación a la antropología de la reproducción. *Revista de Antropología Iberoamericana*. <http://www.aibr.org/antropologia/42jul/articulos/jul0506.php>
- Bobadilla, L., y León, F. (2017). En torno a las cesáreas en el Perú: ¿solo un problema de cifras? *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 63(4), 659–660. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S2304-51322017000400022yscript=sci_arttextylng=en
- Bowlby, J. (1995). *Una base segura. Aplicaciones clínicas de una teoría de apego*. Editorial Paidós.
- Braun, V., y Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101.
- Camacho, F., y Romero, M. (2018). Expectativas de parto de las gestantes de La Ribera: una aproximación cualitativa. *Enfermería Global*, 17(49), 324-347. <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.16.4.276061>
- Canevari C. (2017). *Las prácticas médicas y la subalternización de las mujeres: Derechos, autonomía y violencia* [Tesis doctoral, Universidad de Buenos Aires]. Repositorio Digital Institucional UBA. http://repositorio.filo.uba.ar/bitstream/handle/filodigital/4340/uba_ffyl_t_2017_se_canevari.
- Da Silva-Carvalho, I., y Santana- Brito, R. (2017). Formas de violência obstétrica vivenciadas por puérperas que tiveram parto normal. *Enfermería Global*, 16(3), 71–97. <https://doi.org/10.6018/eglobal.16.3.250481>

- Defensoría de Pueblo. (2020). Informe de Adjuntía n.º 023-2020-DP/ADM, pp. 27-64. <https://www.defensoria.gob.pe/wp-content/uploads/2020/12/Violencia-obst%C3%A9trica.pdf>.
- Castro, A., y 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, R., & Frías, S. M. (2020). Obstetric violence in Mexico: results from a 2016 national household survey. Violence against women
- Chiarotti, S., García Jurado, M., Aucía, A., y Amihiardi, S. (2003). *Con todo al aire*.
- Ciriza, A. (2007). *Apuntes para una crítica feminista de los atolladeros del género*. https://ri.conicet.gov.ar/bitstream/handle/11336/36614/CONICET_Digital_Nro.ebce4ffa-5a6a-4e47-8064-5314d6f8d3cc_A.pdf?sequence=2&isAllowed=y
- 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 del Perú*. <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>
- Contreras-Tinoco, K. (2018). Violencia obstétrica en mujeres asistidas por aborto espontáneo en Guadalajara, México: expresiones de violencia institucional y autoritarismo médico. *MUSAS. Revista de Investigación en Mujer, Salud y Sociedad*, 3(2), 52-70. <https://doi.org/10.1344/musas2018.vol3.num2.4>
- Dayton, C., Levendosky, A., Davidson, W., y Bogat, G. A. (2010). The child as held in the mind of the mother: The influence of prenatal maternal representations on parenting behaviors. *Infant Mental Health Journal*, 31(2), 220–241. <https://doi.org/10.1002/imhj.20253>
- Ekström, A., y Nissen, E. (2006). A mother's feelings for her infant are strengthened by excellent breastfeeding counseling and continuity of care. *Pediatrics*, 118(2), e309–e314. <https://doi.org/10.1542/peds.2005-2064>
- Flores, A. (2017). *Frecuencia de cesáreas injustificadas en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital de Ventanilla durante el año 2015*. Universidad Ricardo Palma, Facultad de Medicina.
- Fonagy, P., Steele, H., y Steele, M. (1991). Maternal representations of attachment during pregnancy predict the organization of infant-mother attachment at one year of age. *Child Development*, 62(5), 891. <https://doi.org/10.2307/1131141>

- Garthus-Niegel, S., von Soest, T., Vollrath, M. E., y Eberhard-Gran, M. (2013). The impact of subjective birth experiences on post-traumatic stress symptoms: A longitudinal study. *Archives of Women's Mental Health*, 16(1), 1–10. <https://doi.org/10.1007/s00737-012-0301-3>
- Gherardi, N. (2016). *Otras formas de violencia contra las mujeres que reconocer, nombrar y visibilizar*. CEPAL. <http://repositorio.dpe.gob.ec/handle/39000/2155>
- Gil, F. (2011). Estado y procesos políticos: sexualidad e interseccionalidad. *Sexualidades e política na América Latina: histórias, interseções e paradoxos*, 80-99.
- Gomes, V. L. de O., Fonseca, A. D. da, y Roballo, E. de C. (2011). Representações sociais de adolescentes mães acerca do momento do parto. *Escola Anna Nery*, 15(2), 300–305. <https://doi.org/10.1590/S1414-81452011000200012>
- Goodman, P., Mackey, M., y Tavakoli, A. (2004). Factors related to childbirth satisfaction. *Journal of Advanced Nursing*, 46(2), 212–219. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2003.02981.x>
- Grimalt, L., y Heresi, E. (2012). Estilos de apego y representaciones maternas durante el embarazo. *Revista Chilena de Pediatría*, 83(3), 239–246. <https://doi.org/10.4067/S0370-41062012000300005>
- Guerrero, R., Ramírez, S., y Gonzalez, M. (2019). Relatos de mujeres. <https://promsex.org/wp-content/uploads/2019/06/RelatosDeMujeres.pdf>
- Gutiérrez, N. (2012). Violencia obstétrica en madres indígenas: un caso de racismo.
- Halldorsdottir, S., y Karlsdottir, S. (1996). Journeying through labour and delivery: Perceptions of women who have given birth. *Midwifery*, 12(2), 48–61. [https://doi.org/10.1016/S0266-6138\(96\)90002-9](https://doi.org/10.1016/S0266-6138(96)90002-9)
- Hauck, Y., Fenwick, J., Downie, J., y Butt, J. (2007). The influence of childbirth expectations on Western Australian women's perceptions of their birth experience. *Midwifery*, 23(3), 235-247. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2006.02.002>
- Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, M. P. (2014). *Metodología de la investigación*. http://www.prigepp.org/emails/2017/docs/Sem_Esp_Violencias.pdf
- Instituto Nacional de Estadística e Informática (2018). *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar - ENDES 2018*. https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitaes/Est/Lib1656/index1.html

- Karlström, A., Nystedt, A., y Hildingsson, I. (2015). The meaning of a very positive birth experience: Focus groups discussions with women. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 15(1), 251. <https://doi.org/10.1186/s12884-015-0683-0>
- Kim, H., y Geraghty, S. (2016). ‘Yummy Mummies’: exploring sexuality in the antenatal and postnatal period. *The Practising Midwife*, 19(6), 24–6. <https://europepmc.org/article/med/27451488>
- Lecannelier, F., Ascanio, L., Flores, F., y Hoffmann, M. (2011). Apego & Psicopatología: Una Revisión Actualizada Sobre los Modelos Etiológicos Parentales del Apego Desorganizado. *Terapia Psicológica*, 29(1), 107-116. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=78518428012>
- Leifer, M. (1977). Psychological changes accompanying pregnancy and motherhood. *Genetic Psychology Monographs*, 95(1), 55–96. <https://psycnet.apa.org/record/1977-27356-001>
- Lerum, C., y LoBiondo-Wood, G. (1989). The relationship of maternal age, quickening, and physical symptoms of pregnancy to the development of maternal-fetal attachment. *Birth*, 16(1), 13–17. <https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.1989.tb00848.x>
- Lima, M. de O. P., Tsunehiro, M., Bonadio, I., y Murata, M. (2017). Sintomas depressivos na gestação e fatores associados: Estudo longitudinal. *Acta Paulista de Enfermagem*, 30(1), 39–46. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201700007>
- Marin, A. H., Donelli, T. M. S., Lopes, R. D. C. S., y Piccinini, C. A. (2009). Expectativas e sentimentos de mães solteiras sobre a experiência do parto. *Aletheia*, (29), 57-72. <https://www.redalyc.org/pdf/1150/115012533006.pdf>
- Martin, D., Bulmer, S., y Pettker, C. (2013). Childbirth expectations and sources of information among low- and moderate-income nulliparous pregnant women. *The Journal of Perinatal Education*, 22(2), 103–112. <https://doi.org/10.1891/1058-1243.22.2.103>
- McCallum, C., y Reis, A. (2006). Re-significando a dor e superando a solidão: Experiências do parto entre adolescentes de classes populares atendidas em uma maternidade pública de Salvador, Bahia, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(7), 1483–1491. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2006000700012>
- Mead, M. (1961). *Adolescencia y cultura en Samoa*. Editorial Paidós.
- Medina, G. (2009). Violencia obstétrica. *Revista de Derecho y Familia de las Personas*, 4(1), 1-4. https://www.academia.edu/download/48122589/tipos_de_violencia_obstetrica.pdf
- Miles, M., Huberman, A., y Saldaña, J. (2014). *Qualitative data analysis: A methods sourcebook*.

- Moorhead, J. (2016, 03 de septiembre). *Una buena experiencia de parto es más que un bebé que nació vivo*. <https://saludmentalperinatal.es/2016/09/03/una-buena-experiencia-de-parto-es-mas-que-un-bebe-que-nacio-vivo/>
- Morales, D. M., Rodríguez, M. Á. B., Monge, F. J. C., Abellán, M. I. C., Moure, M. A., y Puente, C. P. (2008). Influencia de los factores psicológicos en el embarazo, parto y puerperio. Un estudio longitudinal. *Nure investigación*, 5.
- Müller, M. E. (1996). Prenatal and postnatal attachment: A modest correlation. *Journal of Obstetric, Gynecologic y Neonatal Nursing*, 25(2), 161–166. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.1996.tb02420.x>
- Ninivaggio, C., Rogers, R. G., Leeman, L., Migliaccio, L., Teaf, D., y Qualls, C. (2017). Sexual function changes during pregnancy. *International Urogynecology Journal*, 28(6), 923–929. <https://doi.org/10.1007/s00192-016-3200-8>
- Núñez, J. M. B., Romero, O. E. V., Peredo, J. L., y Ulfe, J. P. (2014). Frecuencia e indicación de cesárea en el Hospital Provincial Docente Belén Lambayeque 2010-2011. *Revista del Cuerpo Médico Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo*, 7(1), 6–12
- Olza, I. (27 de noviembre, 2017). *Viaje en el tiempo al “planeta parto”*. Instituto Europeo de Salud Mental Perinatal. Recuperado de <https://saludmentalperinatal.es/2017/11/27/viaje-en-el-tiempo-al-planeta-parto/>
- Organización Mundial de la Salud (2016). Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea. Programas y proyectos.
- Organización Mundial de la Salud (2014). *Declaración “Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud”*.
- Organización Mundial de la Salud (2018). Recomendaciones de la OMS Para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva. *Editorial Médica Panamericana*.
- Ortega, P., Garrido, A., y Salguero, A. (2005). Expectativas y maneras de vivir la paternidad con niños discapacitados. *Psicología y Salud*, 2, 263-269.
- Oweis, A., y Abushaikha, L. (2004). Jordanian pregnant women’s expectations of their first childbirth experience. *International Journal of Nursing Practice*, 10(6), 264–271. <https://doi.org/10.1111/j.1440-172x.2004.00488.x>
- Pang, M., Leung, T., Lau, T., y Hang Chung, T. (2008). Impact of first childbirth on changes in women’s preference for mode of delivery: Follow-up of a longitudinal observational study. *Birth*, 35(2), 121–128. <https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.2008.00225.x>
- Pearce, J. (2010). Perverse state formation and securitized democracy in Latin America. *Democratization*, 17(2), 286–306. <https://doi.org/10.1080/13510341003588716>

- Pulido, Y. (2017). La comunicación intercultural en la atención de la indígena embarazada en los hospitales civiles de Guadalajara (Doctoral dissertation, Tesis doctoral no publicada. Dirigida por Sarah Corona. Universidad de Guadalajara).
- República Bolivariana de Venezuela. (2007). Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. UNFPA. Recuperado de https://venezuela.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Ley_mujer%20%281%29_0.pdf
- Righetti-Veltima, M., Conne-Perréard, E., Bousquet, A., y Manzano, J. (1998). Risk factors and predictive signs of postpartum depression. *Journal of Affective Disorders*, 49(3), 167–180. [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(97\)00110-9](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(97)00110-9)
- Rozenel V. (2006). Los Modelos Operativos Internos (IWM) dentro de la teoría del apego. *Aperturas Psicoanalíticas*, 23. <https://www.aperturas.org/articulo.php?articulo=404>
- Rubertsson, C., Waldenström, U., y Wickberg, B. (2003). Depressive mood in early pregnancy: Prevalence and women at risk in a national Swedish sample. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 21(2), 113–123. <https://doi.org/10.1080/0264683031000124073>
- Saisto, T., Kaaja, R., Ylikorkala, O., y Halmesmäki, E. (2001). Reduced pain tolerance during and after pregnancy in women suffering from fear of labor. *Pain*, 93(2), 123–127. [https://doi.org/10.1016/S0304-3959\(01\)00302-5](https://doi.org/10.1016/S0304-3959(01)00302-5)
- Segato, R., Gherardi, N. y Hercovich, I. (2017). *Géneros y violencias: revisión y actualización*
- Sesia, P. (2017). Maternidades violentadas, ¿maternidades justiciables?: una primera aproximación a la judicialización de la violación de los derechos en salud materna en México.
- Silva, M., Nogueira, D., Clapis, M., y Leite, E. (2017). Anxiety in pregnancy: Prevalence and associated factors. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*, 51(0). <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2016048003253>
- Simkin, P. (1991). Just another day in a woman's life? Women's long-term perceptions of their first birth experience. *Part i. Birth*, 18(4), 203–210. <https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.1991.tb00103.x>
- Simonds, W. (2002). Watching the clock: Keeping time during pregnancy, birth, and postpartum experiences. *Social Science y Medicine*, 55(4), 559–570. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(01\)00196-4](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(01)00196-4)
- Slade, P., MacPherson, S. A., Hume, A., y Maresh, M. (1993). Expectations, experiences and satisfaction with labour. *British Journal of Clinical Psychology*, 32(4), 469–483. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8260.1993.tb01083.x>

- Stern, D. (1997). *La constelación maternal: un enfoque unificado de la psicoterapia con padres e hijos*. Paidós.
- Suárez, M., y Plaza, F. (2018). Variabilidad en la vivencia del parto y su implicación en los cuidados de enfermería. *Cultura de los Cuidados*, 22(50). <https://doi.org/10.14198/cuid.2018.50.03>
- Tamayo, J., Restrepo, C., Gil, L., y González, A. (2015). *Violencia obstétrica y aborto. Aportes para el debate en Colombia*. Grupo Médico por el Derecho a Decidir.
- Tammentie, T., Paavilainen, E., Astedt-Kurki, P., y Tarkka, M.-T. (2004). Family dynamics of postnatally depressed mothers—Discrepancy between expectations and reality. *Journal of Clinical Nursing*, 13(1), 65–74. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2702.2003.00824.x>
- Tarkka, M.-T., Paunonen, M., y Laippala, P. (2000). Importance of the midwife in the first-time mother's experience of childbirth. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 14(3), 184–190. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2000.tb00582.x>
- Taylor, S. (2000). *Introducción a los métodos cualitativos*.
- Thompson, R. A. (2000). The legacy of early attachments. *Child Development*, 71(1), 145–152. <https://doi.org/10.1111/1467-8624.00128>
- Thomson, G., y Downe, S. (2010). Changing the future to change the past: Women's experiences of a positive birth following a traumatic birth experience. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 28(1), 102–112. <https://doi.org/10.1080/02646830903295000>
- Thun-Hohenstein, L., Wienerroither, C., Schreuer, M., Seim, G., y Wienerroither, H. (2008). Antenatal mental representations about the child and mother–infant interaction at three months post partum. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 17(1), 9–19. <https://doi.org/10.1007/s00787-007-0622-3>
- Tronick, E. (Ed.). (1982). *Social interchange in infancy: Affect, cognition, and communication*. University Park Press.
- Uribe, C., Rivera, M. S., Contreras, A., Bravo, P., y Cornejo, M. (2006). Significado del bienestar materno en la experiencia de parto. *Horizontes de Enfermería*, 18(1), 89-100.
- Vallana, S. (2016). Parirás con dolor, lo embarazoso de la práctica obstétrica: discursos y prácticas que naturalizan la violencia obstétrica en Bogotá. <http://ramwan.net/tesis/97.viviana-vallana.pdf>
- Vallana, S. (2019). “Es rico hacerlos, pero no tenerlos”: análisis de la violencia obstétrica durante la atención del parto en Colombia. *Ciencias de la salud*, (17), 128-144. violencia obstétrica. En: *Utopía y Praxis Latinoamericana*. 2015, vol. 20, núm. 68

- Vigil-de Gracia, P., Savransky, R., Pérez Wuff, J., Delgado Gutiérrez, J., y Nunez Moráis, E. (2011). *Guía Clínica de la Federación Latino Americana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología. Ruptura Prematura de Membranas, 1*. <http://sogiba.org.ar/documentos/GC1RPM.pdf>
- Waters, E., y Cummings, E. M. (2000). A secure base from which to explore close relationships. *Child Development*, 71(1), 164–172. <https://doi.org/10.1111/1467-8624.00130>
- Wijma, K., Söderquist, J., y Wijma, B. (1997). Posttraumatic stress disorder after childbirth: A cross sectional study. *Journal of Anxiety Disorders*, 11(6), 587–597. [https://doi.org/10.1016/S0887-6185\(97\)00041-8](https://doi.org/10.1016/S0887-6185(97)00041-8)
- Yeniél, A. O., y Petri, E. (2014). Pregnancy, childbirth, and sexual function: Perceptions and facts. *International Urogynecology Journal*, 25(1), 5–14. <https://doi.org/10.1007/s00192-013-2118-7>



Apéndice 1

Consentimiento informado

El presente estudio es conducido por Claudia Balabarca, estudiante de la carrera de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Perú. Como parte del curso Seminario de Tesis 1. Esta entrevista tiene como objetivo explorar aspectos de su experiencia de embarazo y parto.

Si usted accede a participar en esta entrevista, se le pedirá responder unas preguntas, lo que le tomará aproximadamente 80 minutos de su tiempo.

Su participación será voluntaria. La información que se recoja será estrictamente confidencial, por lo que su identidad será codificada utilizando su seudónimo. Asimismo, la información brindada no será utilizada para ningún otro propósito fuera de la presente investigación. Al finalizar el proceso de investigación, le brindaremos una devolución general de resultados.

Si tuviera alguna duda durante la entrevista, usted es libre de formular las preguntas que considere pertinentes. Si se sintiera incómoda o incómodo, frente a alguna de las preguntas, puede ponerlo en conocimiento de las personas a cargo de la entrevista y abstenerse de responder. Además, puede elegir finalizar su participación en cualquier momento sin que esto represente algún perjuicio para usted. Cualquier duda u observación adicional sobre su participación puede comunicarse con el docente responsable del proceso, Lupe Jara (lupe.jara@pucp.edu.pe)

Muchas gracias por su participación.

Yo, _____, doy mi consentimiento para participar en esta entrevista y soy consciente de que mi participación es enteramente voluntaria.

He recibido información en forma verbal y he leído la información escrita adjunta. He tenido la oportunidad de discutir y hacer preguntas.

Al firmar este protocolo estoy de acuerdo con que mis datos personales podrían ser usados según lo descrito en la hoja de información que detalla la investigación en la que estoy participando.

Entiendo que puedo finalizar mi participación en el estudio en cualquier momento, sin que esto represente algún perjuicio para mí.

Entiendo que recibiré una copia de este formulario de consentimiento y que puedo pedir información sobre los resultados de esta investigación cuando haya concluido. Para esto y si tengo algunas dudas o deseo información adicional, puedo contactarme con: Lupe Jara (lupe.jara@pucp.edu.pe)

Nombre completo del (de la) participante Firma Fecha

Nombre de la Investigadora responsable Firma Fecha

Apéndice 2

Protocolo de Contención

La presente investigación tiene como objetivo conocer tus experiencias de embarazo y parto; para lo cual se trabajará directamente con las/os participantes de forma voluntaria a través de una entrevista

semiestructurada, la cual contiene preguntas que pueden ser consideradas personales o movilizantes. Por este motivo, y con finalidades éticas, es que se ha planteado el siguiente protocolo de contención, el cual será aplicado durante toda la entrevista y busca servir como soporte en caso ocurra alguna movilización por parte del participante al momento de responder alguna pregunta.

Como elementos básicos se tendrá en cuenta llevar una botella de agua y papel Kleenex en el caso sea necesario; así mismo, cada entrevistador tendrá preparado una técnica de respiración/relajación para que el/la participantes pueda relajarse frente a emociones fuertes, de ser necesario. A continuación, se han presentado dos posibles situaciones que se han tenido en cuenta para la realización del presente protocolo:

1- Ante un grado de ansiedad significativo por parte de la persona

- ❖ Brindarle agua desde el comienzo.
- ❖ Realización de ejercicios de respiración: inhalar y exhalar junto con el entrevistador durante unos minutos hasta que la persona se sienta segura de poder seguir con la entrevista, de lo contrario, puede retirarse.
- ❖ Hacer contacto visual con la persona afectada: ubicarla en el presente y propiciar la sensación de compañía, para que perciba un ambiente seguro y de que hay alguien en quien puede confiar.
- ❖ Durante el ejercicio de respiración, se le pide que preste atención a la entrada y la salida del aire solamente, sin modificar la respiración
- ❖ Si aparecen pensamientos, se le pide que simplemente los observe y regrese con su atención a la respiración.
- ❖ Se le pide que una y otra vez, regrese con su atención a su respiración, sin juzgarse.
- ❖ De nuevo, hasta que se vaya tranquilizando
- ❖ Al final se le pregunta cómo está y si desea continuar o suspender la entrevista.

2- Ante el llanto o quiebre emocional

- ❖ Pausa a la entrevista y brindarle soporte
- ❖ Se le indica que se hará una pausa a la entrevista y al audio de la grabación: “No te preocupes, vamos a parar aquí por un momento y también vamos a parar el audio “
- ❖ Se le ofrece papel tissue y agua: “Si deseas puedo servirte un poco de agua / aquí tienes papel”

- ❖ Ejercicio de relajación: “Vamos a relajarnos por un segundo y a respirar un poco” (se repite el ejercicio del punto 1).
- ❖ Esperar a que el participantes se calme
- ❖ Preguntar cómo sigue y en función a ello proponer continuar con la entrevista: “Se encuentra más tranquila/o?”, si la respuesta es positiva se le pregunta si desea continuar, de lo contrario se brinda la oportunidad a retirarse de la investigación y agradecerle por su tiempo.

Apéndice 3

Guía semi estructurada de entrevista

Embarazo

1. Antes de estar embarazada, ¿cómo te imaginabas el embarazo, parto?
2. Quisiera que me cuentes el proceso de tu embarazo, ¿cómo te enteraste?
Primer embarazo: ¿cómo imaginabas que sería este?
Segundo o más: ¿cómo ha cambiado tu idea de lo que es estar embarazada?
3. ¿Cómo te sentiste cuando supiste que estabas embarazada?
4. ¿Qué fue lo que pensaste?
5. ¿Qué recuerdos te trajo esta noticia?
6. ¿Estaba en tus planes ser mamá?
7. ¿Quién fue la primera persona en saber? ¿Cómo reaccionó?
8. ¿A quién más le contaste? ¿Cómo reaccionó?
9. ¿Por qué fue importante contarle a esa persona, ¿qué significó eso?
10. Se sabe que en este proceso se dan muchas fantasías, ilusiones, ¿qué solías pensar cuando estabas embarazada? ¿De dónde venían esas fantasías?
11. ¿Qué ideas tenías sobre tu bebé?
12. ¿Cómo imaginabas que sería tu vida como madre?
13. ¿Tenías algún miedo? ¿De dónde crees que venían esos temores?
14. ¿Cómo llevabas el embarazo? ¿Cómo llevaste los cambios que este trajo? ¿Respecto a los cambios físicos?
15. ¿Cómo fue el primer trimestre? ¿El segundo? ¿El tercero?
16. ¿Cambió cómo la gente te miraba cuando se notaba el embarazo?
17. ¿Recuerdas la primera vez que tu bebé se movió? ¿Qué sentiste en ese momento?
18. Si tuvieras que describir tu embarazo en una palabra u oración, ¿cuál sería?

Expectativas de parto

1. ¿Pensabas en cómo sería el parto? ¿Qué pensabas?
2. ¿Cómo te sentías con respecto al parto?
3. ¿Estabas nerviosa?
4. ¿Tenías miedo de cómo sería el parto?
5. ¿Qué planes empezaste a hacer sobre el parto?
6. ¿Recibiste alguna instrucción para el parto?
7. ¿El parto fue planificado?
8. ¿Te sentías lista?
9. Me comentaste que tuviste cesárea/parto natural, ¿era lo que tú querías?
10. ¿Cómo imaginabas el rol de tu pareja durante el parto?

Experiencia de parto

1. Profundicemos en ese día y tu experiencia, ¿cómo te diste cuenta de que ya era el momento de ir al hospital? ¿hubieron contracciones o fue citado?
2. Quisiera que recapitulemos tu parto, como una línea de tiempo. ¿Cómo llegaste al hospital?
3. ¿Qué pasó cuando llegaste? ¿A dónde fuiste? ¿Hubo alguien del hospital que te acompañara?
4. Llegaste a la sala de parto, ¿cómo era? ¿qué había? ¿te gustaba? ¿te sentías cómoda?
5. ¿Qué pasó después?
6. ¿Estabas sola o acompañada por algún ser querido?
7. ¿El personal de salud se te acercó? ¿te atendían? ¿te apoyaron durante el proceso?
8. Cuando comenzaste el trabajo de parto, ¿cómo fue?
9. ¿Cuánto tiempo estuviste en trabajo de parto?
10. En un rango de dolor, siendo 1 el mínimo y 10 el máximo, ¿cuánto le pondrías al trabajo de parto?
11. ¿Qué sentiste durante el parto? ¿Cómo lo describirías?
12. ¿Qué sentiste cuando viste a tu bebé?
13. ¿Y cuando se lo llevaron?
14. ¿Cuánto tiempo estuviste sin ver a tu bebé?
15. ¿Consideras que cumplió con tus expectativas?
16. ¿Qué es lo que más valoras de tu parto?
17. ¿Cómo consideras que fue la atención del personal de salud? ¿Hubo algo que te incomodó?

18. ¿Qué tipo de atención recibiste en el hospital?, ¿cómo la valorarías?
19. ¿Quiénes te atendieron, cambiaron?
20. ¿Cómo fue el trato, hubieron diferencias?
21. ¿Con quién sentiste que fuiste mejor atendida?
22. ¿Crees que tu vida cambió desde que eres mamá? ¿Qué cambió?



Apéndice 4**Ficha de datos sociodemográficos**

Ficha N°

Edad:

Estado civil:

Soltera

Casada

Divorciada

Viuda

Conviviente

Nivel educativo:

Primaria incompleta

Primaria completa

Secundaria incompleta

Secundaria completa

Técnico incompleto

Técnico completo

Superior incompleta

Superior completa

Ocupación:

Lugar de residencia:

Número de hijos:

Edades:

¿Su (último) parto fue natural o cesárea?:

Edad de su último hijo/a:

Establecimiento de salud en el que tuvo a su último hijo/a: