

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL PERÚ

FACULTAD DE PSICOLOGÍA



**“EXPERIENCIAS SUBJETIVAS SOBRE LA VIOLENCIA
OBSTÉTRICA EN MUJERES ATENDIDAS EN CENTROS DE SALUD DE LIMA
METROPOLITANA”**

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

CLAUDIA KARINA NEYRA TEJADA

ASESORA:

PRISCILLA LUZ PECHO RICALDI

LIMA, 2025

Informe de Similitud

Yo, PRISCILLA LUZ PECHO RICARDI, docente de la Facultad de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Perú, asesora de la tesis titulada

“EXPERIENCIAS SUBJETIVAS SOBRE LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN MUJERES ATENDIDAS EN CENTROS DE SALUD DE LIMA METROPOLITANA”

de la autora CLAUDIA KARINA NEYRA TEJADA

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 15/05/2025.
- He revisado con detalle dicho reporte y la Tesis, y no se advierte indicios de plagio.
- Las citas a otros autores y sus respectivas referencias cumplen con las pautas académicas.

Lugar y fecha: LIMA, 15 DE MAYO DEL 2025

Apellidos y nombres de la asesora: PECHO RICARDI, PRISCILLA LUZ	
DNI: 72539095	Firma 
ORCID: 0000-0002-1163-3255	

Agradecimientos

En primer lugar, quiero expresar un agradecimiento especial a las madres participantes de este estudio, quienes amablemente compartieron sus valiosas experiencias de parto. Sin su colaboración y apertura, este trabajo no habría sido posible.

A mi asesora, Priscilla, gracias por su guía y apoyo constante a lo largo de todo este proceso. Su orientación y motivación fueron fundamentales para el desarrollo de esta investigación.

Asimismo, deseo expresar mi gratitud a todos los profesores y profesoras que me acompañaron a lo largo de mi carrera. Sus enseñanzas fueron claves en mi formación académica y en mi desarrollo personal. En especial, a Daniel Ayala, cuyo entusiasmo, colaboración y experiencia fueron cruciales en la realización de esta tesis.

A la Pontificia Universidad Católica del Perú, gracias por ser una comunidad que fomenta el pensamiento crítico y promueve principios éticos. Su compromiso con la formación humanista, la interculturalidad y el diálogo me permitió desarrollar una visión integral y transformadora para servir a la sociedad peruana y contribuir a su desarrollo.

A mi madre, Ledda, gracias por el amor incondicional que siempre me has demostrado. Tus enseñanzas y apoyo han sido mi mayor sostén, eternamente agradecida contigo, eres lo máximo.

A mi esposo, Lucho, gracias por sostener nuestro hogar durante mis largas jornadas de estudio y por ser mi soporte emocional cuando me faltaban las fuerzas para continuar.

A mis hijos, Luciana y Massimo, esto es definitivamente por y para ustedes. Son mi motivo para ser mejor cada día. Los amo profundamente.

A Delicia y Esther, quienes me ayudaron a construir una mejor versión de mí y que incluía el convertirme en Psicóloga.

Finalmente, quiero agradecerme por haber tomado la valiente decisión de regresar a las aulas y perseguir mi sueño de convertirme en psicóloga. Estoy orgullosa de haber cumplido con una de mis grandes metas.

Resumen

“Experiencias subjetivas sobre la violencia obstétrica en mujeres atendidas en centros de salud de Lima Metropolitana”

El presente estudio tiene como objetivo explorar las experiencias subjetivas de violencia obstétrica desde la perspectiva de mujeres que recibieron atención en centros de salud de Lima Metropolitana. La metodología utilizada fue cualitativa, con un enfoque fenomenológico, y se realizaron entrevistas a 12 mujeres que habían dado a luz en los seis meses previos a la investigación. Los resultados revelaron que las interacciones con el personal médico estuvieron marcadas por relaciones jerárquicas y un trato deshumanizado. Asimismo, las prácticas médicas realizadas pudieron generar emociones negativas y posibles secuelas en el bienestar físico y psicológico de las mujeres. La violencia obstétrica se presentó en todos los niveles de atención, tanto en instituciones públicas como privadas, aunque se evidenciaron diferencias en la calidad de la atención, especialmente en aspectos como la cordialidad en el trato, la comunicación asertiva y el acompañamiento familiar. La mayoría de las participantes desconocían el concepto de "violencia obstétrica", y aquellas que estaban familiarizadas con el término lo asociaban principalmente con manifestaciones de violencia verbal, lo que sugiere una posible normalización de la problemática. Entre las estrategias de afrontamiento adoptadas se observaron actitudes de sumisión, así como la búsqueda de apoyo social por parte de otras gestantes presentes en los centros de salud.

Palabras clave: violencia obstétrica, violencia de género, mujer, embarazo.

Abstract

"Subjective Experiences of Obstetric Violence in Women Attended at Health Centers in Lima Metropolitana"

The objective of this study is to explore the subjective experiences of obstetric violence from the perspective of women who received care in health centers in Lima Metropolitana. The methodology used was qualitative, with a phenomenological approach, and interviews were conducted with 12 women who had given birth in the six months prior to the investigation. The findings revealed that interactions with medical personnel were characterized by hierarchical relationships and dehumanizing treatment. Likewise, the medical practices performed could have generated negative emotions and possible repercussions on the physical and psychological well-being of the women. Obstetric violence was present at all levels of care, in both public and private institutions, although differences in the quality of care were evident, especially in aspects such as cordiality in treatment, assertive communication, and family support. The majority of participants were unfamiliar with the concept of "obstetric violence," and those who were familiar with the term primarily associated it with verbal violence, suggesting a possible normalization of the issue. Coping strategies included attitudes of submission, as well as seeking social support from other pregnant women present in the health centers.

Keywords: obstetric violence, gender violence, women, pregnancy.

Tabla de Contenido

1. Introducción	1
2. Método	12
2.1 Participantes	12
2.2 Técnicas de recolección de información	14
2.3 Procedimiento	15
2.4 Análisis de la información	16
3. Resultados y discusión	17
4. Conclusiones	37
5. Referencias	40
6. Apéndices	56
6.1 Apéndice A: Consentimiento informado	56
6.2 Apéndice B: Protocolo de contención	57
6.3 Apéndice C: Ficha de datos sociodemográficos	59
6.4 Apéndice D: Guía de entrevista semiestructurada	61

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2021) estima que más del 30 % de las mujeres en todo el mundo han experimentado algún tipo de violencia a lo largo de su vida, una situación que afecta significativamente su bienestar. En el ámbito latinoamericano, y en particular en el Perú, la violencia de género afecta a las mujeres a pesar de los avances en materia de derechos y políticas sociales. De acuerdo con la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) de 2022, el 55.7% de las mujeres peruanas entre 15 y 49 años ha sido víctima de violencia, lo que subraya la persistencia y gravedad de la problemática en el país. A nivel social, una gran parte de la población aún tolera o justifica ciertos tipos de violencia: en 2019, la Encuesta Nacional sobre Relaciones Sociales (ENARES) reveló que el 59% de los entrevistados considera aceptable la violencia contra las mujeres, mientras que el 31.1% considera que si una mujer viste de manera “provocativa”, está incitando el acoso sexual (Defensoría del Pueblo, 2022).

Tipologías de violencia y su relación con el ámbito de la salud

Galtung (2016), clasifica la violencia en tres categorías: violencia directa, que incluye actos de agresión física; violencia estructural, que se refiere a las condiciones que impiden satisfacer las necesidades básicas y provocan desigualdades entre grupos (Galtung, 2016; Gómez, 2020) ; y violencia cultural, donde se legitima y justifica tanto la violencia directa como la estructural (Gómez, 2020; López, 2017). La violencia estructural abarca la violencia de género, la cual se refiere a cualquier forma de agresión dirigida hacia una persona por su género (Alcázar y Ocampo, 2016; Almonte, 2016; Lamas, 2013). En este contexto, la violencia hacia las mujeres se define como cualquier acto de agresión física, psicológica o sexual, incluidas amenazas y restricción de su libertad, ya sea en espacios públicos o privados (OMS, 2017; Naciones Unidas, 2006)

Desde la perspectiva de Bonino (2005), la violencia dirigida hacia las mujeres se define como cualquier forma de coacción destinada a mantener estructuras de poder determinadas bajo una lógica patriarcal. Estas acciones dan lugar al abuso de poder, la violación de derechos y la invasión del ámbito personal de la mujer, con el propósito de establecer y mantener el dominio sobre ellas (Bonino, 2005; Iparraguirre et al., 2023; Lawson, 2012). Dicha relación de poder se reproduce en diferentes esferas de la vida, incluyendo el ámbito académico, social, laboral, económico y de salud (Almaguer et al., 2010; García, 2018; Llobera et al., 2019; Tinoco, 2013).

En el ámbito de la salud, la violencia de género se reproduce en la interacción entre el personal médico y las mujeres atendidas, perpetuando relaciones desiguales (Almaguer et al., 2010). La prestación de servicios de salud tiende a naturalizar la inferioridad de las mujeres frente a los hombres, reforzando su cosificación, excesiva medicalización y un enfoque biologicista, que excluye aspectos sociales y psicológicos de la atención (Almaguer et al., 2010; García, 2018; Llobera et al., 2019; Valls-Llobet, 2009). Estas interacciones suelen estar caracterizadas por jerarquías, donde la experticia y la especialización de los y las profesionales justifican dinámicas de poder que disminuyen la capacidad de las mujeres para participar activamente en las decisiones sobre su salud (García, 2018; Hernández, 2019).

Además, muchos profesionales de la salud son formados bajo la falsa creencia de que el buen trato y la empatía comprometen la objetividad científica (Siu, 2015). Esta postura afecta el derecho de las mujeres a una atención integral y respetuosa de su autonomía (Almaguer et al., 2010; García, 2018). Esta problemática no solo se limita al personal médico, sino que también se ve reforzada por el Estado, que perpetúa formas de violencia de género al no garantizar condiciones de igualdad, reforzando así estructuras androcéntricas que afectan a las mujeres en todas las etapas de sus vidas (Almaguer et al., 2010; Ruiz-Cantero, 2009).

En este contexto, las mujeres que atraviesan el embarazo se enfrentan a constantes evaluaciones médicas, muchas veces innecesarias, lo que refleja una medicalización creciente del proceso reproductivo. Con el tiempo, el parto ha pasado de ser un evento privado e íntimo a convertirse en un proceso industrializado (Álvarez et al., 2016; Vivas, 2019). Un claro ejemplo de esto es el cambio de la posición durante el parto, que ha pasado de ser vertical a horizontal, decisión que responde más a las conveniencias del personal médico que a las preferencias de las mujeres. Esta tendencia refleja una desconfianza en la capacidad natural de las mujeres para dar a luz, lo que ha generado una forma de control sobre sus cuerpos (Álvarez et al., 2016; Bellón, 2015; Camacaro, 2008; García, 2018; Hernández, 2019; Jiménez et al., 2022; Kitzinger, 2015). Como resultado, se ha identificado una forma específica de violencia contra las mujeres, que fue normalizada por mucho tiempo, denominada violencia obstétrica (Álvarez et al., 2016; Bellón, 2015; Camacaro, 2008; García, 2018; Hernández, 2019; Jiménez et al., 2022; Kitzinger, 2015).

Violencia obstétrica: Concepto, prevalencia y manifestaciones

Específicamente, la violencia obstétrica se refiere a las formas de maltrato que experimentan las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio en los centros de salud. Esta se manifiesta en dinámicas de poder que se apropian del cuerpo de la mujer durante todo el

proceso, invisibilizando su agencia y control sobre su propia experiencia (García, 2018; Llobera et al., 2019). Dichas dinámicas exponen las desigualdades en las relaciones médico-paciente y privan a las mujeres de su derecho a decidir sobre su propio cuerpo (Soto-Toussaint, 2016; Iparraguirre et al., 2023).

A nivel global, la violencia obstétrica es un problema preocupante. En España, aproximadamente dos de cada tres mujeres encuestadas percibieron haber experimentado violencia obstétrica durante sus partos, ya sea en hospitales públicos o privados (Martínez, et al., 2021). En México, la cuarta Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares, incluyó preguntas específicas sobre violencia obstétrica dirigidas a mujeres que dieron a luz en los cinco años previos a la encuesta. Los resultados indicaron que alrededor del 33.4 % de las mujeres reportaron haber sufrido una o varias formas de violencia obstétrica (INEGI, 2016). En Chile, la primera “Encuesta Nacional sobre Violencia Ginecológica y Obstétrica” de 2020 arrojó que el 79.3% de las participantes sufrió violencia obstétrica (Colectivo contra la Violencia Ginecológica y Obstétrica, 2020). En Uruguay, una de cada cinco mujeres declaró haber experimentado violencia obstétrica en el contexto de su último parto, según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE, 2019).

En Perú, la falta de cifras oficiales sobre la prevalencia de la violencia obstétrica refleja una notable ausencia de datos en fuentes como el Observatorio Nacional de Violencia de Género del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (Defensoría del pueblo, 2020). Esta carencia de información objetiva podría interpretarse como un indicio de la normalización de la violencia obstétrica en la sociedad peruana, como han señalado Huarino (2021) y Moreno-Garrico (2019). El concepto de violencia obstétrica fue incluido por primera vez en el marco del Plan Nacional Contra la Violencia de Género 2016 – 2021. Este plan reconoce que el personal de salud puede ejercer violencia en los procesos reproductivos mediante un trato inhumano, un exceso de intervenciones médicas y la consideración de procesos naturales como enfermedades, lo que deteriora la calidad de vida de las mujeres. (Defensoría del pueblo, 2020). Sin embargo, esta inclusión de la violencia obstétrica en el plan de lucha contra la violencia de género se limita a una descripción general, sin establecer mecanismos para su registro ni implementar protocolos o directrices que regulen la atención a las víctimas. Más preocupante aún es la falta de abordaje de esta problemática por parte del Ministerio de Salud, ente rector de los servicios de salud. Según lo documentado por la Defensoría del Pueblo en su informe de la Adjuntía para los Derechos de la Mujer (Defensoría del Pueblo, 2020), no existen protocolos

específicos para investigar y sancionar la violencia obstétrica en el sector salud (Defensoría del Pueblo, 2020).

Un caso que ejemplifica esta ausencia de procedimientos es el de Eulogia, una mujer indígena quechua hablante de una comunidad rural de Cusco. En el 2003, durante el trabajo de parto de su primer hijo, fue obligada a esperar durante varias horas sin recibir atención calificada en una posta médica. La negligencia culminó en el forcejeo con el personal médico para que diera a luz en una camilla, lo que provocó que el bebé cayera al suelo y sufriera graves consecuencias como discapacidad física e intelectual (Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos, s.f.).

Inicialmente, el caso fue llevado a las instancias judiciales correspondientes en el país; sin embargo, la denuncia contra el personal médico fue declarada improcedente. Ante esta situación, Eulogia, con el apoyo de la organización PROMSEX, presentó el caso ante la Corte Interamericana de Derechos Humanos, la cual aceptó evaluar la situación. Actualmente, se está a la espera de una sentencia que podría sentar un precedente importante en la lucha contra la violencia obstétrica y en la protección de los derechos humanos de las mujeres peruanas (Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos, s.f.).

La violencia obstétrica se caracteriza por la apropiación del cuerpo de las gestantes por parte del personal sanitario mediante trato deshumanizante, excesiva medicalización y patologización de sus procesos reproductivos (Arguedas, 2014; Belli, 2001; Bellón, 2015; Cárdenas & Salinero, 2021; Gonçalves da Silva et al., 2014; Infante & Leiva, 2016; Sadler et al., 2016; Salinero, 2021; Tamayo et al., 2015; Vivas, 2019). La medicalización excesiva refiere a la intervención médica innecesaria en el embarazo y parto (Almonte, 2016; Contreras & Fernández, 2015; Sena, 2016), mientras que la palabra patologización hace referencia a la conversión de los procesos naturales en enfermedad. (Cárdenas & Salinero, 2021; Hernández & Echeverría, 2016).

La medicalización de los procesos reproductivos ha llevado a que las mujeres se alejen de la experiencia sensorial y emocional de sus propios cuerpos, internalizando la idea de que estos no les pertenecen. Han llegado a aceptar que el personal de salud posee un conocimiento superior sobre sus cuerpos. En este contexto, es comprensible que las mujeres acudan al centro de salud a tratar procesos naturales con el uso excesivo de medicación y que sean ellos los que decidan sobre sus cuerpos (Gómez, 2019; Jiménez et al., 2022). Estas decisiones, aunque dolorosas, atemorizantes o desagradables, están normalizadas e invisibilizadas bajo un sistema patriarcal, a pesar de la creciente presencia de mujeres en el ámbito médico (Vilas et al., 2019).

Aunque existen programas estatales que promueven el acceso a la salud materno-infantil en los hogares más vulnerables, estas iniciativas deben complementarse con un enfoque que garantice el respeto y autonomía de las mujeres en los procesos de atención médica.

Por su parte, Vivas (2019) amplía la definición de violencia obstétrica al incluir no solo las actitudes del personal médico, sino también sus consecuencias físicas y psicológicas tanto para las mujeres como para sus recién nacidos. Las habilidades maternas, que antes se transmitían de generación en generación, han sido desplazadas, y las madres quedan reducidas al rol de observadoras o portadoras de un bebé. Estos procedimientos, frecuentemente invasivos, terminan siendo aceptados socialmente, incluso por las propias mujeres que los experimentan y sus familiares. Vivas (2019) afirma que la violencia obstétrica se ejerce contra las mujeres por el solo hecho de serlo. Dadas sus características, esta violencia se encuentra normalizada y justificada por amplios sectores de la sociedad (Fernández, 2015). Un ejemplo de esta invisibilización es el hecho de que la Organización Mundial de la Salud (OMS) no emplea el término “violencia obstétrica”, refiriéndose únicamente a maltrato o falta de respeto, lo que refleja la normalización del problema y los intereses que se verían afectados al reconocerla plenamente (Jiménez et al., 2022).

Es importante resaltar que la violencia obstétrica se distingue de otras formas de violencia médica porque se dirige específicamente a las mujeres durante el proceso de gestación y parto. Además, se reconoce como una manifestación de violencia de género, enraizada en creencias culturales sobre el cuerpo de la mujer y representa una prolongación del ciclo de violencia que ellas experimentan (Belli, 2013; Cohen, 2016; Contreras & Fernández, 2015)

Entre las manifestaciones más comunes de la violencia obstétrica, se encuentran aquellas que afectan directamente al cuerpo de la mujer. Estas incluyen la colocación de instrumentos que causan dolor, suturas sin anestesia e incluso golpes en las extremidades (Hernández, 2019; Valdez et al., 2013). La administración de oxitócicos para inducir el parto, que provoca contracciones más frecuentes y dolorosas, es otra práctica común (Terán et al., 2013). Además, en hospitales docentes, el tacto vaginal repetido durante el trabajo de parto es frecuentemente realizado por estudiantes sin consentimiento de la mujer. La episiotomía, que consiste en realizar un corte en el área perianal durante el parto vaginal, también se considera una forma de violencia obstétrica en los casos donde no es necesaria (Hernández, 2019; Rodríguez & Aguilera, 2017; Sadler et al., 2015). Asimismo, la falta de privacidad, que a menudo conlleva la exposición del cuerpo y los genitales de la mujer ante múltiples miembros

del personal de salud, es otra manifestación común durante el embarazo y el parto (García, 2018; Moreno-Garrico, 2018).

Las manifestaciones de carácter verbal también revisten una gravedad considerable. Entre las expresiones más frecuentes se encuentran frases como “no llores”, “aguántate, ¿quién te mandó a abrir las piernas?”, “¿acaso no sabes cómo cuidarte?”, “si no te calmas, tu hija se va a morir adentro, ¿quieres que eso pase?”, y “no es para tanto, yo he tenido tres hijos y no grité como tú” (Almonte, 2016; Pereira et al., 2015; Poo, 2021; Quevedo, 2012; Valdez et al., 2013). En otros casos, el personal médico opta por ignorar las súplicas de las mujeres en trabajo de parto, exacerbando aún más la sensación de desamparo y vulnerabilidad (García, 2018).

Violencia obstétrica: Causas y consecuencias

Entre las posibles causas de la violencia obstétrica, se encuentra la persistencia de un paradigma de atención patriarcal en el ámbito de la salud. En este enfoque, los y las profesionales de la salud asumen una posición dominante, tomando decisiones que afectan directamente a las mujeres gestantes sin su consentimiento o participación activa. Estas decisiones incluyen la administración de medicamentos para el dolor, la realización de cortes (como la episiotomía), enemas y el fomento de la lactancia artificial, entre otros procedimientos (Hernández, 2019; Quevedo, 2012). Asimismo, se observa una tendencia a patologizar los estados naturales del cuerpo femenino, lo que genera un desconocimiento por parte de las mujeres sobre su propio cuerpo y sus procesos reproductivos. Esto las coloca en una posición de vulnerabilidad al no contar con el conocimiento suficiente para atravesar las etapas del ciclo vital sin ser medicalizadas innecesariamente (García, 2018; Sau, 2000). Este enfoque médico puede llevar a intervenciones innecesarias, como el parto medicado o la cesárea, con consecuencias significativas para la salud tanto de la madre como del bebé (García, 2018; Hernández, 2019).

Otro factor que contribuye a la violencia obstétrica es la persistencia de concepciones de género, que refuerzan la representación tradicional de las mujeres como seres abnegados, cuyo destino es la maternidad (Chiarotti et al., 2003; García, 2018). El estereotipo de la “madre sacrificada y sumisa”, perpetuado en los medios de comunicación, sigue presente en el imaginario social. En muchos casos, se espera que las mujeres acepten la violencia sufrida durante el parto como una parte inherente de la experiencia de ser madre (García, 2018). Dichos roles de género reproducen prácticas, pensamientos y comportamientos que impactan negativamente en la salud tanto de las mujeres como del recién nacido (Guerrero et al., 2019).

Asimismo, como se ha mencionado anteriormente, objetiviza a las mujeres y no permite que se les considere como sujetos de derechos (Belli, 2013; Guerrero et al., 2019).

A la vez, las concepciones sociales sobre el cuerpo femenino refuerzan su imagen como dependiente, frágil y pasivo, lo que contrasta con la realidad de un cuerpo gestante, que es saludable y vital (Cohen, 2016). En investigaciones sobre la percepción de las mujeres respecto a la violencia obstétrica, surgieron sentimientos de culpa por “no estar informadas” o “preparadas lo suficiente”. Sin embargo, conocer los derechos o estar preparada no garantiza su cumplimiento, ya que el ejercicio de la capacidad de agencia es percibido a menudo como una transgresión a las normas y expectativas hospitalarias (Guerrero et al. 2019; Sadler et al, 2016; Sampaio et al., 2008).

Además, las condiciones y limitaciones del sistema de salud contribuyen a la perpetuación de la violencia obstétrica. Entre ellas se incluye la formación inadecuada por parte de los profesionales de la salud, quienes tienden a patologizar los procesos reproductivos naturales de las mujeres (García, 2018). La falta de capacitación en enfoques de género, derechos humanos y transculturalidad limita la capacidad de cambiar los protocolos de atención que resultan perjudiciales para las mujeres gestantes. A ello se le suma la deficiente infraestructura en los hospitales estatales, que conduce al hacinamiento de mujeres embarazadas en espacios reducidos, impidiendo el libre tránsito y contribuyendo a la falta de intimidad (Defensoría del Pueblo, 2020).

Un factor causal adicional es la escasa rotación del personal de salud, lo que impacta negativamente en la calidad de la atención. La baja rotación del personal puede contribuir al síndrome de burnout entre los profesionales, reduciendo su capacidad para brindar un cuidado empático y personalizado. Además, esta falta de rotación perpetúa prácticas obsoletas y actitudes deshumanizantes, ya que el personal se vuelve resistente a la implementación de nuevos enfoques y procedimientos que promuevan un trato respetuoso y digno hacia las mujeres gestantes (Defensoría del Pueblo, 2020).

En relación con las posibles consecuencias de la violencia obstétrica, se pueden identificar efectos físicos, psicológicos y sociales. En cuanto a las consecuencias físicas, la intensidad de la violencia obstétrica puede influir significativamente en el establecimiento temprano o tardío de la lactancia materna (Laviña, 2014). Por ejemplo, el dolor asociado con la cicatriz de la cesárea puede dificultar las posturas de amamantamiento, lo que impide que el bebé se agarre correctamente al pezón, pudiendo derivar en afecciones como la mastitis, que se caracteriza por la obstrucción de las glándulas mamarias (García, 2018; Pereira et al., 2015).

Además, la sobre medicalización durante el parto puede tener efectos negativos en el bebé, quien puede experimentar secuelas de la anestesia epidural y la administración de oxitocina artificial, que puede causar adormecimiento e irritabilidad en el bebé, afectando las primeras interacciones de la díada (Oliveira & Penna, 2017). Una cesárea innecesaria también priva al bebe de los beneficios del parto vaginal, como el contacto con la microbiota materna. Durante el nacimiento por vía vaginal, el bebe se recubre de bacterias beneficiosas que favorecen el desarrollo de su sistema inmunológico y su salud a largo plazo (Shao, et al., 2019).

Otra consecuencia física de la violencia obstétrica es la incontinencia provocada por posturas inadecuadas, pujos dirigidos, la instrumentalización del parto y la episiotomía. Aproximadamente el 10 % de las mujeres gestantes pueden sufrir incontinencia urinaria severa, que en algunos casos puede evolucionar hacia incontinencia fecal, afectando significativamente la calidad de vida (Cano, 2010; García, 2018). Igualmente, la violencia obstétrica puede ocasionar desgarros perineales, los cuales, dependiendo de su gravedad, pueden generar diferentes complicaciones como infecciones o retrasos en la reanudación de la actividad sexual, debido al dolor persistente en la zona afectada (García, 2018).

Entre las posibles consecuencias psicológicas de la violencia obstétrica está la depresión posparto, que afecta a mujeres que han experimentado este tipo de violencia, requiriendo en algunos casos un tratamiento especializado con profesionales de la salud mental (Arana et al., 2006; García, 2018; Hernández, 2019). Otra secuela psicológica es el trastorno del estrés postraumático, que se manifiesta completamente en un 2 a 6% de las mujeres que han sufrido violencia obstétrica y alrededor de un 35% presentaría algún grado de estrés postraumático (Olza, 2014). Incluso en ausencia de estos trastornos, muchas mujeres reportan que la violencia obstétrica les generó sentimientos de vergüenza, angustia, vulnerabilidad, culpabilidad, humillación y rabia. Estas experiencias pueden dar lugar a secuelas emocionales de duración temporal (Calafell, 2015; Castillo, 2017; García, 2018; Tamayo et al., 2015).

Asimismo, la vivencia de la violencia obstétrica puede impactar de manera negativa el autoconcepto de las mujeres, afectando también sus relaciones con quienes las rodean y sus estilos de vida. Este autoconcepto, que incluye tanto a la autoimagen (percepción de sí misma) como la autoestima (valoración personal), puede verse modificado (García, 2018; Salinero, 2021). No obstante, en otros relatos se encontró que ciertas mujeres han logrado recuperar su confianza a través del activismo social, participando en asociaciones que ayudan a visibilizar la violencia obstétrica y apoyan a otras mujeres que han tenido las mismas experiencias,

transformando así las emociones negativas en procesos de empoderamiento y resiliencia (Salinero, 2021).

Entre las posibles consecuencias sociales de la violencia obstétrica se encuentra el trauma relacional. Dicho concepto desarrollado por Jessica Benjamín (2012) apunta que para la experimentación de la subjetividad es necesario el reconocimiento del otro. Sin embargo, en el contexto de la violencia obstétrica, dicho reconocimiento es inexistente debido a la cosificación de las mujeres (Salinero, 2021). En consecuencia, la violencia obstétrica produce un trauma provocado por terceros que imposibilita la emergencia de la intersubjetividad. Sumado a ello, la violencia la ejercería tanto el personal de salud como la propia institución, instalándose una profunda desconfianza en el sistema de salud y en las estructuras que lo erigen (Hernández, 2019; Salinero, 2021).

Evidencia internacional y nacional sobre la violencia obstétrica

En lo que respecta a la evidencia empírica sobre la violencia obstétrica, es importante destacar que inicialmente se investigaba como un problema relacionado con la calidad de la atención en salud. Sin embargo, en los últimos años, ha sido abordada como una forma de violencia de género (García, 2018). Esta problemática ha sido objeto de estudio en diversas disciplinas, incluyendo la sociología, medicina, antropología y psicología (García, 2018). En España, una investigación cualitativa donde participaron doce mujeres reveló la existencia de barreras para acceder a la información veraz, lo que generó sentimientos de confusión e impotencia entre las entrevistadas (Llobera et al., 2019). Asimismo, se reportaron la presencia de prácticas clínicas desfasadas, falta de intimidad y sentimientos de vergüenza relacionada con la exposición física durante el proceso de atención obstétrica (Llobera et al., 2019; García, 2018).

En Brasil, se efectuó un estudio sobre violencia obstétrica con la participación de 1626 mujeres, de las cuales el 52.3% señaló haberse sentido vulnerable e insegura durante la atención en un establecimiento de salud. Además, el 28.6% informó haber sido objeto de críticas por expresar emociones y al 14.5% se le impusieron apodosos desagradables. También, se detalló que al 29.7% de las mujeres no se les permitió tener contacto temprano con su bebé debido a procedimientos innecesarios (Coelho & Schneider, 2017). En Colombia, un estudio con mujeres puérperas reveló una relación distante con el personal de salud, así como la prohibición a las gestantes de manifestar sentimientos y emociones (Bula et al., 2019). Otro estudio en el mismo país reportó que el 69.5 % de las mujeres entrevistadas experimentaron violencia

obstétrica, incluyendo violencia psicológica, sexual y simbólica durante los procesos de atención en el embarazo y el parto (Jojoa et al., 2019).

En Perú, un estudio en un hospital docente reportó que el 75.4% de las gestantes se les practicó procedimientos médicos sin consentimiento informado, y el 69.4 % percibió un trato deshumanizante. De esta manera, la percepción de violencia obstétrica en esta institución está relacionada con los procedimientos sin consentimiento, falta de intimidad y ofensas verbales de parte del personal (Moreno-Garrido, 2019). En el interior del país, en la región Tacna, el 30 y 70% de las gestantes no recibió información detallada sobre los procedimientos médicos a realizar, el 17.6% de las mismas mencionó maltrato verbal y el 99.6 % informó sobre patologización y/o medicalización del parto (Huarino, 2021). En la misma línea, en la región Lambayeque, Ayesta y Vásquez (2017), sostienen que las parturientas percibieron trato deshumanizante, disminución de la autonomía y la imposición de procedimientos médicos sin consideración de sus necesidades.

La violencia obstétrica, como se ha evidenciado, es una realidad extendida en la vida de las mujeres gestantes, y sus consecuencias permanecen ocultas debido a la normalización de prácticas médicas legitimadas por las relaciones de poder en la sociedad patriarcal, donde factores como el género y la jerarquía médica desempeñan un papel determinante (García, 2018; Salinero, 2021). Este tipo de violencia perpetúa la subordinación de las mujeres al cosificarlas y despojarlas de su autonomía en nombre del “bien supremo” que representa el nacimiento del bebé. La invisibilización de esta problemática dificulta su investigación en profundidad, lo que a su vez impide cuestionar tanto los procedimientos como el sistema que la estructura y refuerza (Coelho & Schneider, 2017). Por lo que, la evidencia recopilada contribuirá a la sensibilización sobre el fenómeno de la violencia obstétrica, lo que permitirá que las mujeres que decidan ser madres tomen decisiones informadas sobre cómo desean parir. Asimismo, puede contribuir a la formulación de políticas públicas adecuadas y sostenidas para abordar y reducir esta violencia (Guerrero et al., 2019; Jojoa et al., 2019; Salinero, 2021). La visibilización de esta problemática podría ayudar a los y las profesionales de salud a cuestionar las prácticas médicas heredadas y a proponer y elaborar protocolos libres de violencia.

A partir de todo lo expuesto, esta investigación tiene como objetivo general explorar la experiencia subjetiva de violencia obstétrica en un grupo de mujeres adultas atendidas en centros médicos de Lima Metropolitana. Este objetivo se desglosa en dos objetivos específicos. El primero busca identificar las particularidades de la experiencia de violencia obstétrica según el tipo de centro de atención (público o privado). El segundo objetivo específico se centra en indagar en las concepciones que tienen las participantes sobre la violencia obstétrica.

Para el logro de los objetivos se empleará un enfoque cualitativo, que permite una comprensión profunda de los significados atribuidos por las entrevistadas a una problemática en particular. (Hernández, et al., 2010). De esta manera, el método se centra en las vivencias, creencias propias y del entorno y el propio lenguaje para describir la experiencia (Daher et al., 2017). En efecto, se utiliza el paradigma cualitativo para indagar cómo se percibe una problemática en cuestión y cómo diversas personas puedan percibirlo (Creswell, 2017). Además, se adopta un diseño fenomenológico, lo que posibilita la interpretación de la violencia obstétrica a partir de las experiencias individuales de las participantes (Moustakas, 1994).



Método

Participantes

El presente estudio contó con la participación de un grupo compuesto por 12 mujeres cuyas edades oscilaban entre los 20 y 38 años. De este grupo, nueve eran madres primerizas, dos habían tenido dos hijos, y una contaba con experiencia en la crianza de más de dos hijos. En cuanto al tipo de parto, ocho participantes dieron a luz por cesárea y cuatro por vía vaginal. Las participantes recibieron atención médica en diferentes instituciones de Lima Metropolitana: ocho en hospitales públicos (MINSA y EsSalud) y cuatro fueron atendidas en clínicas privadas.

Respecto al estado civil, seis participantes eran convivientes, cuatro estaban casadas, y dos estaban solteras. La mayoría de las mujeres (7) eran madres primerizas, mientras que 5 tenían más de un hijo. En términos geográficos, las participantes residían en diversos distritos de Lima Metropolitana, como San Juan de Lurigancho, San Martín de Porres, Villa María del Triunfo, Carabayllo, Surco, Santa Anita y San Miguel.

Sobre los criterios de inclusión considerados fueron los siguientes: las mujeres participantes debían contar con la mayoría de edad según la legislación peruana (18 años). Además, se requería que hubieran residido en Lima Metropolitana durante un periodo mínimo de un año y que su experiencia de parto hubiera ocurrido en un centro médico en los últimos seis meses. Cabe señalar que las entrevistas se realizaron entre setiembre y octubre del 2022. También, las participantes debían ser ciudadanas peruanas y que el idioma español fuera su lengua materna, ya que se considera que el lenguaje y el contexto cultural influyen significativamente en la configuración de las experiencias subjetivas (Hernández et al., 2010).

Respecto al procedimiento para la selección de las participantes, este se llevó a cabo mediante el muestreo de bola de nieve (Hernández et al., 2010). Dicho proceso involucró la difusión de convocatorias a través de redes sociales como Facebook, Instagram, etc.; así como la obtención de referencias por parte de amistades, familiares y contactos cercanos a mujeres que estuvieran en periodo puerperal. El número de participantes se estableció acorde al criterio de saturación, en el que se consideró que los discursos de las participantes ya no aportaban nueva información relevante para la problemática objeto de estudio (Martínez-Salgado, 2012).

A continuación, se presentan los datos sociodemográficos de las participantes del estudio (Tabla 1). Cabe señalar que se han utilizado seudónimos para proteger la confidencialidad de las mujeres participantes del estudio:

Tabla 1

Datos sociodemográficos

Seudónimo	Edad	Centro médico	Distrito	Estado civil	Hijos	Tipo de parto	Nivel de estudios
Maribi	20	Hospital	Santa Anita	Conviviente	1	Cesárea	Secundaria completa
Ruth	23	Hospital	San Martín de Porres	Casada	1	Cesárea	Superior incompleta
Pía	26	Clínica	Surco	Soltera	1	Vaginal	Técnica completa
Danitza	26	Hospital	San Juan de Lurigancho	Casada	2	Vaginal	Superior incompleta
Helen	29	Hospital	Carabayllo	Conviviente	1	Vaginal	Técnica completa
Angelly	29	Hospital	San Miguel	Soltera	1	Cesárea	Técnica completa
Sofía	35	Clínica	San Miguel	Casada	1	Cesárea	Superior completa
Pamela	35	Clínica	San Miguel	Conviviente	2	Cesárea	Superior completa
Yanira	35	Hospital	Villa María del Triunfo	Conviviente	1	Cesárea	Postgrado
Dalila	36	Clínica	San Miguel	Casada	1	Cesárea	Técnica completa
Catherine	38	Hospital	San Juan de Lurigancho	Conviviente	1	Vaginal	Técnica incompleta
Dora	38	Hospital	San Martín de Porres	Casada	3	Cesárea	Secundaria completa

Sobre las consideraciones éticas, durante las entrevistas se respetaron principios fundamentales como la integridad y la transparencia. A cada participante se le solicitó firmar un consentimiento informado, en el cual se detallaron los objetivos de la investigación, el compromiso de mantener la confidencialidad de la información recabada y se solicitó permiso para grabar las entrevistas (apéndice A). También, se destacó el carácter libre y voluntario de la entrevista, permitiendo a las entrevistadas detener o retirarse de la entrevista en cualquier momento si así lo consideraban necesario. Se implementó un protocolo de contención emocional para atender cualquier malestar que surgiera durante las entrevistas, proporcionando un entorno de escucha activa y un espacio de contención adecuado.

Técnicas de recolección de información

En el proceso de recolección de datos, se emplearon dos técnicas específicas. En primer lugar, se administró una ficha sociodemográfica (Apéndice C), con la finalidad de recabar la información relevante de las mujeres entrevistadas, incluyendo aspectos como edad, lugar de residencia, estado civil, nivel de estudios, nivel socioeconómico percibido, seguro de salud, número de hijos, tipo de parto y lugar de atención de parto.

La segunda técnica utilizada fue la entrevista semiestructurada (Apéndice D), diseñada con el propósito de recopilar información esencial sobre la problemática en cuestión, permitiendo a las entrevistadas expresar sus experiencias (Pedraza, 2014). Para lo cual se construyó una guía de entrevista (Apéndice D) con base a la bibliografía revisada, con el fin de profundizar en algún aspecto que enriquezca la investigación (Grinnel y Unrau, 2007, como se citó en Hernández, et al., 2010; Kvale & Brinkmann, 2009).

Asimismo, la guía de entrevista se estructuró en función de la Escala de Violencia Obstétrica elaborada por Cárdenas y Salinero (2021), la cual se encuentra validada en un grupo de mujeres chilenas. Las áreas exploradas en la guía de entrevista incluyeron:

- **Embarazo:** Se indagó acerca de las primeras sensaciones e ideas sobre el embarazo y las percepciones sobre las primeras interacciones con el personal de salud.
- **Trabajo de parto:** En esta área se abordó de manera secuencial el proceso del alumbramiento y las más frecuentes manifestaciones de la violencia obstétrica, tal como fue experimentada por cada entrevistada.
- **Puerperio:** Al respecto se conversó sobre las posibles consecuencias de la violencia obstétrica en esta etapa postparto.

- **Violencia obstétrica en el contexto peruano:** Esta sección se centró en investigar los discursos, significados e ideas construidas en relación con la violencia obstétrica, en el marco de los contenidos sociales y dentro del contexto peruano. Ello a partir de un caso ficticio, “Luz”, una mujer joven y primeriza que vivencia varias formas de violencia obstétrica en un centro de salud. Se presentó este caso a las entrevistadas para fomentar la reflexión sobre sus propias experiencias y analizar su familiaridad con el término “violencia obstétrica”.

La guía de entrevista fue sometida a un proceso de validación por parte de expertas y expertos en el campo de la investigación, quienes revisaron la pertinencia de las preguntas y realizaron sugerencias para mejorar el propósito de las mismas. También se llevó a cabo una entrevista piloto para identificar áreas de mejora, tanto en la guía como en el desempeño de la entrevistadora, ajustando el lenguaje y los contenidos para garantizar su claridad y efectividad. La misma que se incluye dentro del presente estudio.

Procedimiento

En cuanto a los procedimientos realizados en esta investigación, se inició el acceso a las participantes a través de referencias proporcionadas por amistades, colegas y/o familiares sobre mujeres que cumplan con los criterios arriba señalados, utilizando un proceso de selección de bola de nieve (Hernández, et al., 2010). Posteriormente, se publicaron anuncios en grupos de diferentes distritos de Lima Metropolitana que existen en la red social Facebook e Instagram, con el propósito de identificar y reclutar a las participantes adecuadas para la investigación. Una vez confirmadas, las participantes fueron contactadas por medio de mensajes o llamadas telefónicas, durante las cuales se proporcionaron explicaciones detalladas sobre los criterios de inclusión y objetivos de las entrevistas. Asimismo, con el objetivo de ajustar la guía de entrevista y garantizar su comprensión por parte de todas las participantes, se llevó a cabo una entrevista piloto con una de ellas, entrevista que se incluyó en la investigación.

Previo al comienzo de las entrevistas, las participantes completaron una ficha de datos sociodemográficos, a través de la cual se recopilaban sus datos generales (Apéndice C). Luego se explicó el consentimiento informado y se resolvieron todas las dudas que tenían al respecto las participantes. Cabe señalar, que la totalidad de las entrevistas se realizaron de manera virtual, a través de la plataforma Zoom, en un espacio personal que garantizara la comodidad y ausencia de interrupciones para las participantes. Esta modalidad fue seleccionada debido a que las participantes necesitaban permanecer cerca de sus recién nacidos para atender sus

necesidades, así como para evitar la necesidad de trasladarse a otro lugar con sus bebés. Las entrevistas duraron aproximadamente entre 60 y 90 minutos y fueron grabadas a través de la plataforma en mención. Además, debido a que hablar sobre experiencias asociadas a violencia obstétrica podría ser un tema sensible para las participantes, se contaba con un protocolo de contención. Con respecto a la devolución de resultados se considera compartirlos con las participantes cuando se publique la investigación en el repositorio.

Una vez completada la fase de entrevistas, se realizó las transcripciones detalladas de cada una de ellas con el máximo rigor y precisión posible. Se realizaron adaptaciones para recoger tanto las intervenciones de las participantes como las de la entrevistadora, además de documentar las expresiones no verbales observadas durante la entrevista. Esto se hizo con el objetivo de preservar el significado de las experiencias compartidas y obtener una comprensión más profunda de la problemática (Hernández, et al., 2010).

Cabe señalar que durante el proceso de análisis de la información se aplicaron rigurosamente los criterios de sistematicidad y transparencia. En términos de sistematicidad, se contó con la supervisión de una asesora experta en el tema, lo que contribuyó a garantizar la consistencia en el análisis. En cuanto a la transparencia, se proporcionó una explicación detallada de cómo los datos condujeron a las conclusiones obtenidas, asegurando así la trazabilidad de los hallazgos. Adicionalmente, se adoptaron precauciones para evitar sesgos por parte de la entrevistadora durante el proceso de análisis (Hernández, et al., 2010).

Análisis de la información

En este caso, el posicionamiento desde un diseño fenomenológico ha sido inductivo, lo que implica que las categorías surgieron de la información recabada en lugar de basarse en un modelo teórico ya establecido (Braun & Clarke, 2012; Willig, 2013). Por lo cual, el análisis comenzó con una revisión de las entrevistas realizadas. A partir de esta revisión, se generaron etiquetas descriptivas que buscaban mantener la fidelidad de lo expresado por las participantes. Posteriormente, los códigos descriptivos fueron organizados en subtemas y, a su vez, integrados en temas principales, lo que permitió estructurar en subtemas, y a su vez, integrados en temas principales, lo que permitió estructurar la información de manera coherente y significativa. En total, se identificaron 82 códigos que se agruparon en 23 subtemas y, finalmente, se sintetizaron en 6 temas principales.

Resultados y Discusión

A continuación se presentan los resultados y posterior discusión de la presente investigación. Se identificaron seis ejes temáticos según los objetivos planteados y el análisis de las entrevistas realizadas: Deshumanización en la atención obstétrica; Intervenciones médicas que vulneran los derechos reproductivos; Cuestionamientos a las elecciones maternas en el contexto médico; Secuelas emocionales y físicas tras la experiencia obstétrica violenta; Estrategias para afrontar la violencia; y Percepciones sobre la violencia en la atención del parto en el Perú.

Deshumanización en la atención obstétrica

El trato deshumanizado hacia las gestantes está caracterizado por una marcada asimetría y jerarquía. Estas relaciones de poder se reflejan en actitudes que obstaculizan una comunicación horizontal y asertiva entre las partes involucradas. Muchas de las entrevistadas señalaron que, durante las consultas, el personal médico se limitaba a realizar procedimientos relacionados con el embarazo, sin mostrar interés por las preocupaciones o emociones de las gestantes. Además, se reportó ausencia de contacto visual "No trataban bien, no había contacto visual y se dedicaban a escribir" (Angely, 29 años, Hospital). Según Castro (2014), estas dinámicas no solo refuerzan la posición dominante del personal médico, sino que perpetúan la visión de las mujeres como sujetos pasivos en su propio proceso de embarazo.

Olza et al. (2018) señalan que una información clara y accesible fomenta la participación activa de la mujer en la toma de decisiones sobre su salud. Asimismo, la Organización Mundial de la Salud (2018) recomienda brindar información a las gestantes durante el proceso de parto. Sin embargo, la falta de comunicación efectiva fue una constante en los relatos de las participantes y reportaron que sus intentos por obtener información eran frecuentemente desestimadas: "Preguntaba 'me duele mucho aquí' y dijo: 'acá, veo que tú no eres primeriza, entonces deberías saber'. Era muy sarcástica y uno quiere solamente información porque es volver a empezar y a veces ellas quieren atender rápido" (Dora, 38 años, Hospital).

Este tipo de experiencia coincide con las conclusiones de Llobera (2019), quien identificó la existencia de una barrera simbólica que dificulta el acceso a la información. Esta barrera se caracteriza por un hermetismo del personal médico en relación a los procedimientos, lo que contribuye a la percepción de las mujeres de que son ellas las que deben iniciar la búsqueda de información. Sin embargo, esta búsqueda no siempre es bien recibida, lo que incrementa la vulnerabilidad de las pacientes (Llobera, 2019). Asimismo, se impone un papel

subordinado en el proceso de atención médica, relegando la toma de decisiones al personal médico, quienes deciden cuándo y qué información se comparte (Álvarez & Russo, 2016; Hernández, 2019).

Otro aspecto relevante es la falta de presentación del personal médico antes de realizar procedimientos invasivos, como el tacto vaginal o el monitoreo fetal. “No, solo venía y me revisaba, no me decían ni el nombre ni el cargo” (Ruth, 23 años, Hospital). La despersonalización genera en las mujeres sentimientos de vulnerabilidad (Castro, 2014). Asimismo, la espera prolongada para recibir atención también se reportó como un factor que incrementaba la angustia y afectaba negativamente la experiencia obstétrica: “Me atendió tarde y yo me fui temprano, sin tomar desayuno a las 8 de la mañana, me atendieron casi a la 1 de la tarde” (Ruth, 23 años, Hospital).

Este estudio revela diversas formas de maltrato, tanto emocional como físico, que las mujeres gestantes enfrentan durante sus experiencias de parto. En los hospitales, los testimonios describen principalmente maltrato emocional por parte del personal médico. Un ejemplo es el relato de Yanira, “Yo le decía a las enfermeras, me siento mal, me duele, y me decían: “Sí, señora, pero así es”. Nunca me decía: qué es lo que te pasa” (Yanira, 35 años, Hospital). Esta falta de empatía y atención se agrava cuando el personal médico ignora o incluso se burla del sufrimiento de las pacientes, como en el caso de Danitza: “llegando a 9 de dilatación, veía que se reían y yo gritaba desesperada y empecé hasta a cachetearme porque el dolor ya era insoportable y se reían. No se reían conmigo, se reían de mí” (Danitza, 26 años, Hospital).

El trato deshumanizado no se limita al plano emocional, sino que también incluye violencia física. Danitza relata cómo fue que le causaron lesiones visibles: “Entonces me agarraron como ‘Tupac Amaru’, dos doctores en las piernas, dos doctores en cada brazo, me dejaron moretones y me duelen las piernas” (Danitza, 26 años, Hospital). Esta violencia física también está presente en procedimientos invasivos sin previo aviso, como describe Maribi: “Una enfermera me dijo que abriera las piernas y metió la mano, entonces grité y me retorcí, porque no me había avisado, entonces yo grité y me moví, y ella me gritó y me dijo no te muevas, colabora” (Maribi, 20 años, Hospital).

Estudios previos coinciden en que estas formas de violencia, tanto física como emocional, no son accidentales, sino mecanismos intencionales de control y dominación (Almonte, 2016; Restrepo et al, 2016). En este contexto, Magnone (2011) concluye que la violencia obstétrica incluye mecanismos explícitos de dominación, especialmente cuando el

personal percibe que las mujeres desafían las normas establecidas. En este sentido, los cuerpos de las parturientas son tratados como objetos sobre los cuales el personal médico tiene total autoridad, lo que refuerza relaciones de poder asimétricas (Machado, 2014).

Por otro lado, las mujeres atendidas en clínicas privadas experimentaron un trato más cordial y una atención personalizada, caracterizada por la presentación del personal médico, consentimiento informado y percepción de trato amable: “Las técnicas, todas super lindas, super buenas” (Sofía, 35 años, Clínica). Mientras que Dalila argumentó: “Es una ventanilla en otro lugar solo para maternidad, llegas y sacas tu ticket, no tienes que hacer ninguna cola. Y el personal súper amable”. (Dalila, 36 años, Clínica). Además, la disposición del personal para resolver inquietudes generó una sensación de seguridad: “Preguntaba mil cosas, yo sentía que podía molestar, pero como te contestan así tan amable y tan dispuestos a ayudarte que te dan confianza para seguir preguntando todo” (Dalila, 36 años, Clínica)

Las entrevistadas, también, señalaron que haber llevado el curso de psicoprofilaxis, brindado por las clínicas, les proporcionó mayor seguridad sobre los procedimientos que enfrentarían durante el parto. Este conocimiento parece surgir como un factor protector, contribuyendo a una experiencia positiva del proceso de parto. “Nos dio esa seguridad, el curso psicoprofilaxis. Nos enseñaron que tu cuerpo es tuyo. Me explicaron que existía un plan de parto en el que podíamos evaluarlos y ahí la mamá decide cómo quiere que sea el proceso” (Pamela, 35 años, Clínica). La posibilidad de ejercer autonomía durante este momento crucial fue percibida como fundamental para una experiencia positiva, contrastando con las limitaciones frecuentemente reportadas en los hospitales públicos. Esto coincide con estudios que sugieren que el conocimiento y la preparación reducen la sensación de vulnerabilidad y promueven una mayor participación de las mujeres en sus propios cuidados (Almeida & Fernandes, 2019)

Los relatos de las participantes, también, destacan el apoyo recibido por enfermeras especializadas en lactancia materna y cuidado neonatal, especialmente en el contexto de clínicas privadas. Este acompañamiento fue percibido como fundamental para aliviar la ansiedad y ofrecer un entorno más seguro y comprensivo. Por ejemplo, Dalila menciona que, además de enseñarle cómo extraer el calostro y amamantar, las enfermeras le brindaron asistencia constante: “Vino una técnica de neonato a explicar como hacer lo del calostro, darle la teta, me preguntaba si quería que me enseñe a cambiarle su pañal. Me decían "pregúntame algo, que no sepas” (Dalila, 36 años, Clínica). La atención personalizada es coherente con estudios que subrayan la importancia del acompañamiento postparto en la promoción de la

confianza materna y bienestar emocional (Almeida & Fernandes, 2019). La relación cercana entre la madre y el personal de salud en este contexto mejora tanto la experiencia de la mujer como la calidad de los cuidados brindados al recién nacido.

No obstante, a pesar de la atención técnica especializada, algunas participantes experimentaron momentos de juicio por parte del personal de salud. Pamela relata: “Como nosotros habíamos pedido lactancia materna exclusiva y las enfermeras hablaban: ‘pero cuando uno está cesareada, no debería pedir lactancia exclusiva’. Hacen esos comentarios, yo decía, no importa, voy a intentar” (Pamela, 35 años, Clínica). Este tipo de comentario refleja un tipo de violencia simbólica, donde las decisiones informadas de las madres son sutilmente cuestionadas, minando su confianza y autonomía (Shabot, 2020). Estas prácticas se vinculan con lo que Magnone (2011) describe como mecanismos explícitos de dominación, en los que las mujeres que optan por caminos que desafían las normas establecidas son objeto de críticas o rechazo.

Estas diferencias subrayan la importancia de considerar el entorno socioeconómico al analizar la violencia obstétrica, ya que investigaciones previas han demostrado que esta problemática es más común en comunidades con recursos limitados y en hospitales públicos (García, 2018; Hernández, 2019; Quevedo, 2012). El trato más cálido y respetuoso en clínicas privadas parece ser un factor protector que reduce la incidencia de la violencia obstétrica, en contraste con las experiencias de maltrato físico y emocional descritas por las mujeres atendidas en hospitales públicos.

Políticas y condiciones del ambiente hospitalario contrarias a las necesidades de las mujeres

Las políticas y condiciones del ambiente hospitalario emergen como aspectos críticos que moldean la experiencia de atención, siendo fundamentales para comprenderla en su totalidad. En ese contexto, se identificaron políticas propias de los centros médicos, como la restricción de movimientos a la gestante, la restricción de acompañantes, la negación de alimentos y negación de atención médica.

En relación con la restricción de movimiento, se observó que las mujeres experimentaron limitaciones significativas en su capacidad para moverse libremente dentro de las instalaciones de los hospitales públicos, lo que exacerbaba el malestar durante el parto. Esto se evidencia en el siguiente testimonio: “No me dejaron parar nunca más, yo le decía: por favor quiero caminar, porque me duele; ‘no, señora, no puede caminar’, y me sentaron ahí, entonces, el dolor es muy fuerte cuando uno se echa” (Danitza, 26 años, Hospital).

Este testimonio refleja cómo la restricción de movimiento es una práctica en la que el bienestar y la autonomía de la madre son sacrificados en favor de la conveniencia del personal médico (Defensoría del pueblo, 2020; Gómez, 2018; Jojoa et al, 2019). Esta situación también expone la falta de consideración hacia las recomendaciones de organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS), que promueven la libertad de movimiento durante el parto como un derecho fundamental.

Otra política restrictiva identificada fue la limitación en el acceso de familiares al centro médico, esta restricción, principalmente impuesta debido a la pandemia generada por el COVID-19, obligó a muchas mujeres a atravesar el proceso de parto en completa soledad. Ello, a pesar de que los nacimientos se dieron en 2022: “No me gustó, no dejaban entrar a nadie, solo estaba con la obstetra y alguna mamita que estaba por dar a luz” (Ruth, 23 años, Hospital). En el contexto de estas restricciones, el proceso de parto fue aún más angustiante para las mujeres, quienes se vieron obligadas a enfrentarse solas a un entorno médico que, en algunos casos, percibían como hostil (Hernández, 2019; García, 2018).

La presencia de las parejas o familiares no solo proporcionan apoyo emocional, sino también actúa como un elemento de protección ante situaciones de posible maltrato (Hernández, 2019). Sin embargo, desde la perspectiva del personal médico, la presencia de familiares en las salas de parto es percibida como una posible interferencia en las decisiones clínicas o un obstáculo para la implementación de procedimientos médicos. Esta percepción ha llevado a la adopción de políticas restrictivas que limitan la presencia de acompañantes en todos los ambientes del centro médico, con el argumento de asegurar un entorno más controlado y evitar demoras o conflictos (Arguedas, 2014). Sin embargo, estas medidas han contribuido a profundizar las dinámicas de poder asimétricas entre las pacientes y el personal de salud, reforzando el control total del personal sobre el proceso de parto y minimizando las voces y necesidades de las mujeres (García, 2018).

Sobre la política hospitalaria de no brindar alimentos a las gestantes, se encontró que la mayoría de las participantes expresó su incomodidad debido a la prohibición de ingerir alimentos y líquidos durante el proceso de parto. Las participantes relataron haber solicitado comida y/o agua al personal médico en múltiples ocasiones, encontrándose con una respuesta negativa constante. A pesar de llevar varias horas en proceso de parto, sus peticiones no fueron atendidas, lo que generó un aumento en la sensación de vulnerabilidad y malestar físico: “No me dieron comida ni agua durante el trabajo de parto” (Dora, 38 años, Hospital).

La restricción impuesta no sólo ignora las necesidades fisiológicas de las gestantes, sino que también contraviene las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018), que sugiere el consumo de líquidos y alimentos durante el trabajo de parto para mujeres con gestaciones de bajo riesgo, como fue el caso de las participantes del presente estudio. Asimismo, se ha demostrado que permitir a las mujeres comer y beber libremente durante el parto no conlleva ningún efecto secundario adverso, ni para la madre ni para el bebé (Shea-lewis et al., 2018).

Otra política hospitalaria que se presenta en algunos centros médicos es la revisión de la dilatación de las gestantes con fines de enseñanza a estudiantes, sin contar con el consentimiento de las madres. Los testimonios dan cuenta de la falta de privacidad a la que fueron sometidas las participantes: “Incluso cuando nos metían la mano para revisarnos, estaban enseñando a los enfermeros, se amontonaban para mirar, eso sí, era incómodo” (Dora, 38 años, Hospital). Como señala Quevedo (2012), esta práctica constituye una violación del derecho a la intimidad de las mujeres, socavando el derecho a la privacidad. Sus cuerpos se convierten en objeto de exploración y manipulación constante por parte de múltiples personas, lo que, a su vez, reduce su condición de sujetos autónomos (Bellón, 2015; Hernández, 2019). Shabot (2020) concluyó que, en muchos casos, este examen no es necesario y que su normalización contribuye a invisibilizarlo como una forma de violencia obstétrica. Además, el estudio pone en evidencia que esta práctica puede estar influenciada por prejuicios raciales relacionados con la situación económica y social de las mujeres, sugiriendo que las características étnicas y socioeconómicas de la mujer pueden afectar la naturaleza y la gravedad de la violencia obstétrica, lo que sugiere la existencia de una dimensión tanto racista como clasista en esta práctica. Un enfoque ético del tacto vaginal requiere que este procedimiento sea realizado exclusivamente por un solo profesional capacitado, evitando su uso con fines de formación para estudiantes (Ballesteros, 2012).

En cuanto a las condiciones del entorno hospitalario, las participantes señalaron que tanto las instalaciones como el mobiliario eran inadecuados para la atención de las gestantes. Estas deficiencias afectaron negativamente su experiencia de parto. Una de las entrevistadas relató: “El centro, está dentro de un mercado, todo el primer piso es un mercado y el segundo piso son las habitaciones de los consultorios, es un lugar feo”. (Dora, 38 años, Hospital). Otra participante subrayó las deficiencias en el mobiliario: “Me mandaron a un cuartito que estaba todo cochino, las camillas rotas, no había sábanas, ni colchas”. (Helen, 29 años, Hospital).

Bajo este contexto, las políticas restrictivas, de enseñanza y las condiciones inadecuadas del entorno hospitalario contribuyeron a una percepción negativa en las participantes, afectando de manera significativa su experiencia de parto. Estas condiciones no solo provocaron incomodidad física, sino también generaron un estado emocional de inseguridad en las gestantes, quienes se sintieron desprotegidas en un momento de vulnerabilidad (García, 2018).

Mientras que en el contexto de las clínicas privadas, las mujeres reportan una mayor libertad de movimiento y un enfoque más activo hacia su propio proceso de parto, lo que contrasta con las restricciones experimentadas en el entorno de hospitales públicos. Como refleja la experiencia de Dalila: “Me traían pelotas, me hacían caminar, me enseñaron hacer los ejercicios” (Dalila, 36 años, Clínica). Esta diferencia en la atención puede estar relacionada con la estructura organizativa y las políticas de atención en cada tipo de institución. El respeto por la autonomía son aspectos valorados positivamente por las participantes, contribuyendo a que se sintieran más seguras durante el proceso de parto: “Más segura y agradecida porque yo estaba asustada, por ser mi primer bebé no sabía qué hacer, entonces preguntaba mil cosas” (Dalila, 36 años, Clínica).

Asimismo, sobre el acompañamiento familiar, se reportó que sí estaba permitido el acompañamiento. Esta posibilidad de estar acompañadas por sus parejas o familiares generó un ambiente mucho más íntimo y menos estresante para las mujeres: “También creo que porque estaba acompañada de mi pareja y tenía con quien interactuar y desahogarme, ya era una situación más cómoda para mí estar con mi pareja y la bebe” (Sofía, 35 años, Clínica). El acompañamiento no solo actúa como un factor protector frente al proceso de deshumanización, sino que también mejora la percepción de la experiencia del parto, facilitando la construcción de un espacio emocionalmente más seguro para las gestantes (Olza et al. 2018).

Desde un enfoque de género, es relevante destacar cómo estas políticas de acompañamiento refuerzan o reducen las dinámicas de poder. En las clínicas privadas, donde las mujeres pudieron tener a un acompañante, las relaciones de poder fueron menos pronunciadas (García, 2018; Gómez, 2019). Esto contrasta con la experiencia en los hospitales públicos, donde la ausencia de acompañamiento exacerbó la asimetría de poder entre las pacientes y el personal médico (Llobera et al., 2019). Este hallazgo pone de manifiesto la necesidad de revisar las políticas de salud pública y de crear espacios de mayor apoyo emocional para las gestantes, que contribuyan a su bienestar tanto físico como psicológico durante el proceso de parto (Sadler et al., 2016; Vallejo & Fernández, 2020).

Intervenciones médicas que vulneran los derechos reproductivos

Actualmente, existe una tendencia a acelerar y aumentar la productividad de los partos, esto ha llevado al personal de salud a emplear técnicas de forma habitual (Hernández, 2019; Magnone, 2011; Quevedo, 2012). Estas tecnologías incluyen la administración de fármacos y el monitoreo fetal continuo, los cuales limitan la movilidad de la mujer y pueden retrasar el proceso natural de dilatación (Camacaro, 2008), lo que frecuentemente desencadena una cascada de intervenciones (Hernández, 2019). Este fenómeno de industrialización del parto, orientado a aumentar la productividad de los servicios de salud, conlleva riesgos importantes para las mujeres y sus recién nacidos.

Entre las técnicas más comunes se encontraron la administración de oxitocina artificial y la rotura de membranas, las cuales generaron contracciones más intensas y frecuentes en comparación con un parto natural. El uso de oxitocina artificial, además, inhibe la liberación de endorfinas, lo que exacerba el dolor (García, 2018; Hernández, 2019; Martínez et al, 2021). Estas intervenciones fueron reportadas tanto en hospitales como en clínicas privadas: “Un poco más de medicamento para inducir al parto, me rompieron la bolsa, yo no podía más con el dolor, me dijo si no dilatas, vamos a hacer cesárea” (Sofía, 35 años, Clínica).

En ambos tipos de instituciones, el uso de cesáreas fue común, incluso en casos donde no había indicaciones médicas claras, lo que contrasta con las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018), en el que las cesáreas deben realizarse cuando existe un riesgo para la vida del bebe o la madre. (OMS, 2018). En el contexto de esta investigación, las participantes señalaron que en algunos casos no presentaban la edad gestacional adecuada o síntomas de labor de parto, eran admitidas para supervisión y rápidamente sometidas a intervenciones que frecuentemente culminaban en una cesárea: “A veces creo que calculan mal el tiempo. Llegué porque tenía escalofríos y dolores en la cadera. Entonces me internaron y me hicieron la cesárea. No pensé que iba a nacer ese día mi hijo (Maribi, 20 años, Hospital).

Uno de los procedimientos mencionados por las participantes fue la episiotomía común en partos de posición horizontal, lo que, según estudios previos, aumenta la frecuencia y las complicaciones asociadas (Hernández, 2019; Machado, 2014). Las entrevistadas mencionaron que este corte se realizó sin su consentimiento ni una explicación clara de sus implicancias: “Tuvimos que cortarte, no salía el bebe, pero no debería sentir dolor, yo igual seguía llorando, a pesar de la anestesia que me habían puesto” (Ruth, 23, Hospital). Como señala Northrup (1999), este procedimiento puede causar complicaciones como hemorragias, dolor prolongado

y problemas en el suelo pélvico, lo cual resalta la importancia de una evaluación antes de realizarla.

Las participantes atendidas en las clínicas privadas mencionaron tener más acceso a información sobre los procedimientos. Sin embargo, a pesar de este aparente respeto por el consentimiento informado, en muchos casos se desestimaron los deseos de las mujeres, generalmente, relacionadas con la imposición de posturas y procedimientos, como la colocación de epidural: “La doctora de anestesia, me dijo suba la camilla e inclínese, pero yo le digo que no puedo hacerlo porque tengo una barrigota, y me decía: “Ponga de su parte”. Me pincharon como 10 veces” (Pamela, 35 años, Clínica). El testimonio es un ejemplo de falta de sensibilidad ante la experiencia física de la mujer durante el parto. Esta insistencia en seguir protocolos rígidos, ignorando las sensaciones de la paciente, refleja una medicalización que prioriza la técnica sobre el bienestar subjetivo de la mujer (Almonte, 2016; Contreras & Fernández, 2015; Sena, 2016). Este tipo de experiencia demuestran cómo, incluso en entornos privados donde existe mayor acceso a la información, las mujeres pueden ser objeto de procedimientos que desvalorizan sus sensaciones (García, 2018; Fornes, 2014).

En la misma línea, se observa el desplazamiento de las sensaciones de la gestante frente a las máquinas, quienes tienen la potestad para ofrecer un diagnóstico objetivo, mientras que las sensaciones de las mujeres son ignoradas y reconducidas para adaptarse a las máquinas (Fornes, 2014). Esto también se evidenció en hospitales públicos, Danitza describió cómo, a pesar de sentir un dolor intenso, el personal de salud cuestionaba su experiencia basándose en los resultados de los monitores: “El dolor sobrepasa mis límites, me decía, ‘pero acá marca 50% no puede tener tanto dolor’ [refiriéndose al resultado del monitor]” (Danitza, 26 años, Hospital).

Otra práctica común es la separación prolongada entre la madre y el recién nacido en muchos hospitales y clínicas, que tiene importantes implicaciones para la salud física y emocional de ambos. Esta espera prolongada contrasta con las recomendaciones internacionales, que enfatizan la importancia del contacto inmediato y continuo entre la madre y el recién nacido para fortalecer el vínculo afectivo y promover una lactancia exitosa (OMS, 2021). Sin embargo, como se observó en los testimonios de las participantes, esta separación suele llevarse a cabo para realizar procedimientos médicos rutinarios como exámenes y baños al bebé, postergando el contacto piel con piel y promoviendo la alimentación con fórmula sin el consentimiento de las madres. Como señala García (2018), esta práctica refuerza la medicalización del parto, donde los protocolos institucionales prevalecen sobre los derechos y

las preferencias de las madres. El testimonio de Angelly, resalta la falta de consentimiento para la alimentación con fórmula de su bebe : “La alimentaron con fórmula y no me preguntaron, solamente, después me dijeron” (Angelly, 29 años, Hospital).

La separación entre madre y bebe también pone en entredicho la calidad del cuidado neonatal durante este periodo. Esta situación puede llevar a que las madres experimenten sentimientos de culpa y preocupación por la salud y el bienestar de sus hijos, afectando negativamente su experiencia postparto y su percepción de los cuidados médicos (Machado, 2014; García, 2018). “Cuando me lo entregaron mi bebe estaba con los ojos hinchaditos y suspirando mucho. Cuando uno llora mucho tiende a suspirar, así estuvo como dos días, parece que ha estado llorando y no lo hicieron caso” (Helen, 29 años, Hospital).

Este tipo de prácticas médicas, común tanto en hospitales como en clínicas privadas, comparten un denominador común: la falta de consentimiento informado y la imposición de intervenciones sin considerar las preferencias de las mujeres. Según Quevedo (2012), este fenómeno puede explicarse por la normalización de la medicalización, que posiciona a la medicina como la única autoridad legítima para manejar el embarazo y el parto, excluyendo cualquier forma de cuestionamiento por parte de las pacientes (García, 2018; Quevedo, 2012).

Aunque se identificaron algunas participantes, que recibieron atención en clínicas donde se les proporcionaba información sobre las razones y las posibles repercusiones de los procedimientos y/o tratamientos, lo que les permitió participar más activamente en las decisiones relacionadas con el cuidado de su salud y su bebé.

Cuestionamientos y reproducción de estereotipos de género en la toma de decisiones durante el embarazo

Las madres reportaron que enfrentaban comentarios sobre sus decisiones, reforzando estereotipos de género y reflejando una cultura de violencia obstétrica, en la que el rol de la mujer como madre y su sexualidad durante el embarazo son juzgados y, en ocasiones, sancionados (Defensoría del pueblo, 2020). Estos juicios y críticas eran más intensos en el caso de mujeres jóvenes o primerizas, quienes parecían ser vistas como menos capacitadas para ejercer la maternidad (Barria & Rivera, 2016).

En las entrevistas se recogieron experiencias que muestran cómo el personal de salud, a menudo, utilizaba expresiones humillantes relacionadas con la expresión de la sexualidad de las mujeres (Hernández, 2019; Salinero, 2021; Sena, 2016). “Unas gritaban ‘Mi mamá, que venga mi mamá’, y decían: ‘para eso, si no llamaste a tu mamá ‘¿para eso abren las piernas?’, era feo cómo responden” (Dora, 38 años, Hospital).

Además de estas expresiones humillantes, existen otras críticas que enfrentan las mujeres y que contribuyen a perpetuar los estereotipos de género, especialmente el estereotipo de madre sacrificada, que debe asumir el proceso del parto y todas sus implicaciones sin emitir ninguna expresión de dolor (García, 2018). Por ejemplo, otra participante recordó cómo fue criticada por expresar dolor durante el parto: “Una enfermera se acercó a mi esposo y le dijo: señor, le doy esta recomendación, ya no tenga más hijos con la señora, porque la señora es una cobarde, paraba gritando” (Danitza, 26 años, Hospital). El hecho de que la crítica sea dirigida al esposo de la paciente en lugar de a ella misma refuerza la desigualdad de poder y la infantilización de las mujeres en el ámbito obstétrico. Esta situación sitúa al hombre en una posición de autoridad para tomar decisiones sobre la reproducción y el cuerpo de su pareja, alineándose con las dinámicas patriarcales que históricamente han relegado a las mujeres a un rol pasivo en sus propios procesos médicos (Shabot, 2020).

Por otro lado, las mujeres han sido históricamente valoradas por cumplir con el rol de ser madres; sin embargo, en contextos modernos, especialmente para mujeres jóvenes, se les exige cumplir primero con metas profesionales. Según Vivas (2019), esto constituye violencia simbólica, pues desvaloriza sus decisiones reproductivas al situarlas en un escenario de juicio constante: “Decían: ‘tan joven y tiene hijos, qué irresponsable, tantos anticonceptivos que hay’, ‘yo ni terminé mi carrera y no tengo hijos’, ‘prefiero terminar y no ser nada en la vida’, es lo que decían, entonces uno se siente triste (Maribi, 20 años, Hospital). Guerrero et al. (2019), explican que estos juicios morales no solo estigmatizan la maternidad temprana, sino que también imponen un estándar: ser madre y al mismo tiempo cumplir con expectativas sociales, como terminar una carrera. Esto genera un entorno de culpabilización en el que las mujeres son vistas como irresponsables sin importar las circunstancias de su elección (García, 2018; Hernández, 2019; Llobera et al., 2019;).

Además de las críticas relacionadas con el dolor, las mujeres también experimentaron juicios en torno a sus decisiones reproductivas, como la planificación familiar. Un ejemplo es la presión para someterse a una ligadura de trompas sin recibir una información adecuada sobre otras alternativas anticonceptivas y sin permitir que la mujer reflexione sobre una decisión irreversible. En ese contexto, una participante expresó como se sintió juzgada al rechazar este procedimiento: “Ella me dijo, para hacerme el corte de trompas, y le dije que no pensaba hacerlo, ahí fue donde me sentí criticada, me dijo, ‘señora, pero mire su edad, usted tiene 3 hijos’, o sea un poco de crítica así” (Dora, 38 años, Hospital).

Asimismo, se observó que cuando es el médico quien sugiere la ligadura a la mujer, esata a menudo solicita reconstrucción, debido a que no se respetó su deseo inicial (Oiberman et al., 2019). El caso de Dora evidencia un juicio implícito basado en su edad y número de hijos, lo que refuerza estereotipos sobre cuándo y cómo una mujer debe detener su capacidad reproductiva. La sugerencia del personal de salud, refleja un control sobre la reproducción femenina que invisibiliza los deseos individuales (Ortiz et al., 2018; Freedman & Kruk, 2014). Esta actitud no solo subestima la capacidad de la mujer para decidir sobre su propio cuerpo, sino también legitima una forma de violencia simbólica donde la autoridad médica tiene la última palabra en decisiones íntimas (Castro et al., 2021; Sadler et al., 2016).

En ambos tipos de instituciones, tanto clínicas como hospitales, las mujeres reportaron experiencias similares en relación con las críticas y juicios emitidos por el personal de salud sobre sus decisiones. Si bien algunas mujeres atendidas en clínicas mencionaron haber recibido información previa a la toma de decisiones, la mayoría de las participantes sintieron que sus elecciones fueron descalificadas o minimizadas.

Secuelas emocionales y físicas tras la experiencia obstétrica violenta.

Tras la violencia obstétrica, las mujeres suelen experimentar vergüenza, desesperanza, la angustia, el miedo, la vulnerabilidad, la tristeza, la desconfianza, la rabia, entre otros (Bula et al., 2019; Calafell, 2015; Castillo, 2017; García, 2018; Opazo et al, 2017; Restrepo et al, 2016). Dichas alteraciones emocionales pueden provocar sentimientos de soledad, incertidumbre o estrés (Bertholdt et al., 2020; Davis, 2020; Sadler et al., 2016; Shabot, 2020) y afectar el vínculo madre-hijo, impactando negativamente en su relación y el desarrollo postnatal del bebé (Bertholdt et al., 2020; Lasheras et al., 2014).

En esta investigación se identificaron emociones intensas, como la tristeza, que en algunos casos se manifestó a través del llanto al recordar experiencias de violencia. Esta emoción asociada a la desesperanza, influye en el cuidado del bebé y podría dificultar la construcción de un vínculo afectivo: “Me puse a darle de lactar a mi bebe, también a la vez me puse a llorar, recordando todo lo que me habían dicho” (Maribi, 20 años, Hospital). Las emociones reprimidas durante el parto reaparecen en la lactancia, lo que evidencia un trauma no resuelto que afecta el bienestar emocional de la madre (Bula et al., 2019). Estas reacciones coinciden con síntomas de estrés postraumático descritos por Calafell (2015), donde recuerdos intrusivos y emociones no procesadas persisten tras el parto (Calafell, 2015; García, 2018).

Las participantes también reportaron sentimientos de vergüenza que emergen de experiencias en las que fueron despojadas de su autonomía y dignidad: “Me sentí avergonzada

cuando todos venían a tocarme” (Ruth, 23 años, Hospital). Esta vergüenza se vincula con la violación de la privacidad y la falta de consentimiento, lo que genera una sensación de pérdida de autonomía (Moreno-Garrico, 2018; García, 2018).

Asimismo, otro testimonio revela la desesperanza y la desconexión emocional que la violencia obstétrica puede generar. Danitza expresa como llegó a sentirse: “Yo me sentía mal, yo ese rato, quería desaparecerme, pero en mi mente estaba que tenía otro pequeño en casa” (Danitza, 26 años, Hospital). Este tipo de respuesta emocional sugiere la presencia de una huella psicológica persistente, que coincide con la desesperanza y el agotamiento emocional donde la mujer siente que su identidad como madre y su deseo de proteger a su bebé están en conflicto con sus propios sentimientos de dolor y desesperación. La referencia a querer desaparecer revela la gravedad de la afectación emocional, que podría estar relacionada con síntomas de depresión postparto o incluso ideaciones suicidas, fenómenos documentados en investigaciones sobre la violencia y su impacto en la salud materna (Villanueva et al., 2016).

La emoción del enojo también se manifestó en las mujeres entrevistadas, quienes lo relacionan con la imposibilidad de evitar la violencia, la falta de explicaciones y la ausencia de sanciones para el personal médico involucrado en la perpetración de dicha violencia. El siguiente testimonio refleja esta experiencia: “Yo todavía tengo un poco de rencor en mí, ¿por qué tengo que ser la única perjudicada?, mientras ahorita ellos están haciendo normal sus vidas, no les ha perjudicado en nada (Danitza, 26 años, Hospital).

La falta de consecuencias, para el personal médico, crea una sensación de injusticia que prolonga el sufrimiento emocional de la víctima. La literatura sobre violencia de género confirma que la falta de mecanismos de rendición de cuentas en los sistemas de salud contribuye a la revictimización de las mujeres (Defensoría del Pueblo, 2020)

La angustia fue otra emoción recurrente, especialmente cuando las madres desconocían el estado de salud de sus recién nacidos. “Fue traumante, cuando nació, me la pusieron encima, no me dejaron tocarla y se la llevaron, ideas de que puede pasar algo, que no le den de comer” (Helen, 29 años, Hospital). La angustia de Helen está vinculada con la separación innecesaria de su bebé, una práctica que interfiere con el inicio del vínculo materno-infantil, lo que puede generar ansiedad y miedo en la madre (Sadler et al.2016; Santona et al., 2015). Además de provocar angustia, es una forma de violencia obstétrica reconocida por la literatura médica, ya que contradice las recomendaciones de la OMS sobre la importancia del contacto piel con piel inmediato tras el parto para promover la lactancia materna y el bienestar del recién nacido y el de la madre (OMS, 2021).

En relación con los cambios en la imagen corporal y la valoración de sí mismas, las participantes reportaron un deterioro en su autoconcepto. Varias de ellas mencionaron que preferían evitar mirarse, lo que se asocia con una valoración negativa hacia su propio cuerpo. “Recién estoy tocando mi herida, como si no quisiera verla, no quería tocarla. No era negar mi maternidad, sino una sensación relacionada con algo muy invasivo” (Yanira, 35 años, Hospital). Estos hallazgos coinciden con Shabot (2020), quien sostiene que la violencia obstétrica influye negativamente en la relación que la mujer tiene con su propio cuerpo, lo que puede influir en sus interacciones sociales (Shabot, 2020).

Por otro lado, las experiencias de violencia obstétrica dejan huellas duraderas en el cuerpo de las mujeres, generando consecuencias físicas que incluyen cicatrices permanentes y lesiones a corto y mediano plazo. Diversos estudios a nivel nacional e internacional han documentado cómo los efectos físicos de este tipo de violencia provienen de prácticas y procedimientos médicos que, en muchos casos, ya no son recomendados, tales como la episiotomía, las lesiones derivadas de la cesárea, infecciones, desgarros y malestares generalizados (Fernández, 2015; García, 2018; Lira, 2018; Marqués, 2013; Opazo et al., 2017; Restrepo et al., 2016).

Las participantes mencionaron el dolor experimentado tras una cesárea, procedimiento que se considera como una intervención de alto riesgo y que debería aplicarse únicamente en situaciones donde sea estrictamente necesario (Hernández, 2019). El dolor posterior a una cesárea es una constante en los testimonios: “Se siente extraño, un cambio en mi cuerpo fuerte, un corte, la recuperación se siente dolorosa, un movimiento y sentías el corte” (Angelly, 29 años, Hospital). Como señala Hernández (2019), la cesárea debe ser una intervención de último recurso, dado que su recuperación es mucho más compleja y dolorosa que la del parto vaginal. Las mujeres no solo deben lidiar con el dolor, sino también con la sensación de alineación respecto a sus propios cuerpos, que han sido modificados de manera drástica sin haber sido preparadas para enfrentar las consecuencias (Davis, 2020; Sadler et al., 2016; Thompson et al., 2019).

En cuanto a la episiotomía, las participantes describieron molestias severas y complicaciones posparto, como el estreñimiento y el dolor persistente al realizar actividades diarias: “No fui al baño por tres días porque mucho lloraba y porque sentía que ese corte se abría, no tenía ganas de orinar ni de nada, me las aguantaba” (Ruth, 23 años, Hospital). A pesar de qué investigaciones desaconsejan su uso sistemático, muchas mujeres siguen enfrentando

las consecuencias físicas. Tal como lo señala Opazo et al. (2017), la episiotomía es una de las prácticas que ha sido cuestionada por su uso innecesario y por el dolor prolongado que genera. Diversas investigaciones previas han señalado como la cesárea o las prácticas obstétricas pueden tener un efecto dominó en el proceso de la lactancia. La incomodidad y el dolor físico impiden que las mujeres puedan amamantar de manera adecuada, lo que afecta no solo la alimentación del bebé, sino también la relación emocional que se establece durante este proceso (García, 2018; Laviña, 2014; OMS, 2018; Opazo, 2017; Pereira et al., 2015). Tal como lo relata Maribi: “Empezó a lactar, tranquilo, pero ya después, me empezó a salir heridas, ahí nomás poquito tiempo, me empezó a salir heridas, dolía demasiado, ya no quería darle de lactar”(Maribi, 20 años, Hospital).

En este estudio, se documenta un caso de violencia obstétrica con graves consecuencias para el bebé y la madre. A pesar de que el bebé pesaba 5 kilos, el personal de salud optó por un parto vaginal, lo que provocó la fractura del brazo del bebé durante la extracción. Como señala la literatura, este tipo de prácticas pueden generar consecuencias físicas graves en los neonatos, además de influir de manera negativa en la salud emocional de las madres (García, 2018; Hernández, 2019). Aunque tuvo un embarazo saludable y siguió las indicaciones médicas, se sintió culpable por las lesiones de su hijo: “En tu cabeza está, ¿por qué mi hijo va a tener límites?, ¿por qué?, si hice un embarazo bien, si tomé mis pastillas, si me cuidé, si no tomé licor, entonces, ¿por qué?” (Danitza, 26 años, Hospital). Esta mezcla de impotencia, rabia y dolor subraya el impacto psicológico que esta experiencia dejó en ella, sentimientos que son comunes en mujeres que atraviesan partos traumáticos y reciben una atención deshumanizada (Gutman, 2007).

Además, la información sobre posibles complicaciones futuras en su hijo, como dificultades para caminar o escuchar, intensificó su sufrimiento: “No sabemos si tu hijo va a poder caminar, si va a escuchar, yo acababa de dar a luz, yo en ese rato me quería morir, yo sentí que como mamá falle” (Danitza, 26 años, Hospital). Este caso subraya la necesidad de un enfoque humanizado en la atención al parto para evitar las graves secuelas tanto físicas como psicológicas en las madres y sus hijos (Díaz et al., 2018; OMS, 2018).

Las participantes también describieron cómo las experiencias de violencia obstétrica alteraron significativamente sus relaciones interpersonales. En el ámbito de las relaciones familiares, se observó que las dinámicas de pareja se vieron afectadas, dando lugar a tensiones y discusiones frecuentes: “Hemos llegado a tener más peleas, me preocupó de más. Entonces él me dice, no, que tú mucho te aceleras, el bebé está bien y tú estás mal, tú eres la que piensa

que está mal” (Danitza, 26 años, Hospital). Este conflicto refleja cómo la violencia obstétrica puede desencadenar un ciclo de incomprensión y tensiones dentro del núcleo familiar. Esta falta de comprensión refuerza las dinámicas de aislamiento y soledad, exacerbando los efectos negativos del maltrato obstétrico (Agius et al., 2016; Hershkowitz et al., 2017; Malus et al., 2016; Wenzel et al., 2005).

Las mujeres señalaron que las experiencias de violencia obstétrica no solo afectaron su salud emocional, sino también modificaron significativamente sus planes de vida: “Voy a proceder con una denuncia ahora, porque se ha visto mellado mi trabajo, porque yo trabajo remoto y dando clases, me he visto afectada, no he podido trabajar” (Yanira, 35 años, Hospital). Este testimonio muestra el alcance de las secuelas de la violencia obstétrica, que no se limitan al ámbito físico, sino que también afectan áreas fundamentales como el trabajo y las aspiraciones profesionales. La imposibilidad de continuar con sus actividades cotidianas refleja el grado de impacto que esta violencia puede tener en la vida de las mujeres, truncando o postergando sus proyectos de vida y generando frustración e impotencia (García, 2018; Hernández, 2019; Wenzel et al., 2005).

Por otro lado, otro efecto de la violencia obstétrica fue el desarrollo de una profunda desconfianza en el sistema de salud. Las mujeres mencionaron como la experiencia de maltrato afectó su disposición a buscar atención médica en el futuro debido al temor de revivir situaciones similares (Defensoría del Pueblo, 2020). Este fenómeno se conoce como trauma relacional, que refiere a la incapacidad de lograr la intersubjetividad, que implica una profunda pérdida de confianza en el sistema y sus profesionales (Hernández, 2019; Salinero, 2021) “Yo creo que sí, a veces uno tiene temor de ir al hospital por la forma en que te van a tratar.” (Maribi, 20 años, Hospital). Esta desconfianza puede llevar a evitar visitas médicas, poniendo en riesgo su salud y la de sus futuros hijos (Hernández, 2019; Salinero, 2021). En este sentido, la Defensoría del Pueblo (2020) señala que la violencia obstétrica no solo vulnera los derechos de las mujeres, sino que también perpetúa la exclusión y la desigualdad en el acceso a servicios de salud.

El análisis de los testimonios recopilados revela la magnitud de las consecuencias físicas, emocionales y sociales que la violencia obstétrica puede generar en las mujeres. Las cicatrices físicas, como las derivadas de las cesáreas y episiotomías, se entrelazan con el dolor emocional, manifestado en sentimientos de frustración, vergüenza y vulnerabilidad (García, 2018; Fernández, 2015). Estas experiencias no solo afectan el bienestar individual, sino que

también impactan las relaciones interpersonales y la percepción de los servicios de salud, dando lugar a desconfianza y distanciamiento (Hernández, 2019; Salinero, 2021).

Estrategias utilizadas por las mujeres para afrontar la violencia obstétrica

Las participantes abordaron esta problemática mediante diversas estrategias que incluyen la búsqueda de contención emocional en redes cercanas, como compañeras de maternidad, parejas o familiares, hasta posturas de sumisión y obediencia, mientras que otras buscaron justicia mediante acciones legales. Esta diversidad de respuestas refleja cómo cada mujer, dentro de sus posibilidades y circunstancias, encuentra maneras de lidiar con la experiencia traumática.

Durante el proceso de parto en hospitales, algunas mujeres compartieron espacios comunes, lo que fomentó un sentido de unión y solidaridad entre ellas. Este apoyo emocional espontáneo les permitió sobrellevar la experiencia, especialmente cuando no contaban con un acompañante cercano (Salinero, 2021). Tal como lo expresa en la siguiente cita: “Para tratar de calmarnos, una o dos habían sido primerizas y estaban asustadas, porque también a veces conversar te calma, te hace olvidar de los problemas” (Dora, 38 años, Hospital). Este tipo de intercambio emocional es coherente con estudios previos que destacan como las mujeres en situaciones similares tienden a percibirse como iguales, compartiendo experiencias que les ayudan a reinterpretar y reconfigurar su realidad a través del apoyo mutuo (Hernández, 2019).

Por otro lado, algunas mujeres optaron por estrategias de afrontamiento más pasivas, caracterizado por la obediencia y sumisión al personal médico (García, 2018; Salinero, 2021). Esta actitud puede interpretarse como una estrategia de supervivencia, con la intención de evitar mayores conflictos o acelerar el proceso, aunque refuerza la vulnerabilidad y el sentimiento de impotencia ante el trato recibido. Una de las participantes comentó: “Porque en ese rato tú aguantas de todo con tal de que tu bebé nazca bien, porque a veces tienes miedo a las represalias, te empiezan a tratar mal” (Danitza, 26 años, Hospital). Este tipo de sumisión se alinea con estudios que indican que la violencia obstétrica es muchas veces invisibilizada y normalizada por las mujeres, lo que perpetúa actitudes sumisas en su interacción con el personal de salud debido al desconocimiento de los derechos de las pacientes (Soto-Toussaint et al., 2016).

Tras el parto, las mujeres emplearon diferentes mecanismos de afrontamiento, desde buscar apoyo emocional en sus familiares hasta tomar acciones legales contra las instituciones. Maribí, por ejemplo, encontró consuelo en su red familiar: “Todo eso le he comentado a mi mamá, mi pareja, mis hermanos, cuando lo comento, pues a veces como que me causa un poco

de nervios y un poco me tiembla la voz y mi familia me comprende” (Maribi, 20 años, Hospital). Este respaldo es clave para la recuperación emocional tras experiencias de violencia (Llobera et al., 2019; Terán et al., 2013).

En otros casos, las mujeres optaron por denunciar las condiciones deficientes de los servicios de salud. Helen relató: “Me queje, ahorita, no me acuerdo el número, llame y les escribí por WhatsApp y le envié las fotos de las camillas rotas, de las jeringas, las tapitas tiradas en el suelo con sangre, estaba todo cochino” (Helen, 29 años, Hospital). Estas acciones demuestran una creciente conciencia sobre los derechos de las pacientes y la exigencia de mejores estándares de atención. Algunas, como Danitza, emprendieron acciones judiciales: “Yo estoy en un proceso judicial con el hospital de policía mediante SUSALUD, pero me gustaría hacerle una denuncia de manera legal porque doctor no puede investigar doctor” (Danitza, 26 años, Hospital). Este enfoque más formal indica un reconocimiento de la violencia obstétrica no solo como una experiencia personal, sino como una violación de derechos que merece atención legal (Defensoría del Pueblo, 2020).

En resumen, los mecanismos de afrontamiento ante la violencia obstétrica varían, desde la búsqueda de apoyo emocional en el entorno cercano hasta la presentación de denuncias formales y procesos judiciales. La familia emerge como un pilar fundamental de soporte, siendo quienes promueven opciones de afrontamiento, ya sea mediante el apoyo emocional o la presentación de denuncias (Llobera et al., 2019; Terán et al., 2013). Estos resultados subrayan la importancia de contar con redes de apoyo para afrontar la violencia obstétrica y sugieren la necesidad de fortalecer los canales institucionales para garantizar que las mujeres puedan denunciar este tipo de violencia sin temor a represalias (Defensoría del Pueblo, 2020; Llobera et al., 2019; Terán et al., 2013).

Percepciones sobre la violencia en la atención del parto en el Perú

El último eje temático de esta investigación explora las percepciones de las entrevistadas sobre la violencia obstétrica en general, a través del uso de un caso ficticio, “Luz”, una mujer joven y primeriza que vivencia varias formas de violencia obstétrica en un centro de salud. Se presentó este caso a las entrevistadas para fomentar la reflexión sobre sus propias experiencias y analizar su familiaridad con el término “violencia obstétrica”. Este enfoque facilitó la identificación de creencias y niveles de familiaridad con el concepto entre las participantes

En primer lugar, la mayoría de las mujeres entrevistadas desconocía el término de “violencia obstétrica”. Este desconocimiento las llevaba a percibir como “normales” muchas de las prácticas abusivas que describieron durante sus experiencias de parto. Aunque relataban hechos que corresponden a violencia obstétrica, pocas veces utilizaban el término o se referían explícitamente a esta categoría (Jojoa et al., 2019; Pereira, 2017). Aquellas que estaban familiarizadas con el término tendían a asociarlo principalmente con violencia verbal, como se ilustra en la siguiente cita: “Yo entiendo de acuerdo a como trata el personal médico mediante agresiones verbales, diciendo que ya no vales nada, el ataque verbal.” (Maribi, 20 años, Hospital). Este hallazgo resalta la invisibilidad de la violencia obstétrica y la falta de concientización sobre sus múltiples manifestaciones, lo que podría contribuir a la perpetuación de estos abusos.

Sobre la prevalencia de la violencia obstétrica en los diferentes niveles socioeconómicos del Perú, las entrevistadas asociaron este tipo de maltrato con áreas rurales y hospitales públicos. Estas respuestas revelan la creencia de que la violencia obstétrica es más prevalente entre las mujeres de bajos recursos o aquellas que viven en zonas alejadas: “Imagino que sí se da, por ejemplo, en los sectores muy pobres, donde la gente no tiene conocimiento, en los pueblitos alejados” (Catherine, 38 años, Hospital). Estudios en Latinoamérica evidencian una mayor vulnerabilidad en mujeres de zonas rurales e indígenas, como lo señalan Heredia et al. (2019) en México y Silva et al. (2018) en Brasil, donde la discriminación por el componente étnico-racial y ubicación geográfica acentúa estas formas de violencia. No obstante, una participante ofreció una perspectiva distinta, sugiriendo que la violencia obstétrica trasciende los estratos socioeconómicos y puede afectar a mujeres de todos los niveles: “Este tema de la violencia o el que haya negligencia no es una cuestión de dinero, no es una cuestión de poder adquisitivo. Está en todos los niveles” (Yanira, 35 años, Hospital).

Otro aspecto recurrente en las entrevistas fue la tendencia a explicar la violencia obstétrica como producto de actitudes individuales: “La violencia es por falta de empatía del personal hacia los pacientes o simplemente falta de actualización” (Helen, 29 años, Hospital). Esta tendencia refleja lo que en psicología se denomina sesgo de correspondencia (Ross, 1977), donde se tiende a atribuir los comportamientos de los demás a disposiciones internas, subestimando el impacto del contexto. Este fenómeno desvía la atención de las dinámicas estructurales e institucionales que perpetúan la violencia obstétrica, enfocando el problema en

la personalidad del personal de salud, en lugar de considerar los factores sistémicos que influyen en la atención. Asimismo, el enfoque exclusivo en la dimensión personal puede invisibilizar las condiciones sistémicas que dificultan que los profesionales ejerzan su labor con humanidad y respeto (Freidson, 2001), como la falta de recursos, las jornadas laborales extendidas y la falta de formación continua en enfoque de género y derechos reproductivos (Hernandez, 2019; Quevedo, 2012).

Finalmente, las participantes sugirieron medidas disciplinarias: “Pérdida de licencia, suspensión, al menos empezar con suspensiones a las técnicas sin goce de haber porque tampoco son vacaciones, entonces que vuelvan y sean más humanas” (Dalila, 36 años, Clínica). Esta necesidad de sanciones refleja una percepción generalizada de impunidad en el sistema de salud, donde los profesionales no enfrentan consecuencias significativas (Castro, 2014; Díaz et al. 2018). Desde una perspectiva psicológica, este reclamo de sanciones puede estar vinculado con la necesidad de restaurar un sentido de justicia y control tras haber experimentado situaciones de vulnerabilidad y maltrato (Almonte, 2016). Las mujeres buscan reparar el daño sufrido no sólo para sí mismas, sino también para futuras madres, con la expectativa de que sanciones ejemplares prevengan la repetición de estos abusos (García, 2018). Sin embargo, la implementación de sanciones por sí sola, como lo indican los estudios comparativos, no es suficiente para erradicar la violencia obstétrica (Díaz et al., 2018). El marco legal no garantiza una transformación de las prácticas cotidianas dentro del sistema de salud (Jojoa et al., 2019; Pereira, 2017).

Conclusiones

La presente investigación tuvo como objetivo general explorar la experiencia subjetiva de la violencia obstétrica vivida por las mujeres en distintos contextos de atención en Lima Metropolitana, con especial énfasis en las diferencias entre los centros médicos públicos y privados, así como en las concepciones que las participantes tienen sobre este tipo de violencia. A través de las entrevistas, se identificaron los elementos clave que configuran la violencia obstétrica, así como las estrategias utilizadas para afrontarla.

Uno de los hallazgos más significativos fue la deshumanización en la atención obstétrica, un fenómeno que se manifiesta en una clara asimetría en la relación entre el personal médico y las mujeres gestantes. La falta de empatía, la ausencia de comunicación efectiva y la violación de los derechos reproductivos de las mujeres fueron factores recurrentes en los relatos. Las mujeres atendidas en hospitales públicos reportaron experiencias de maltrato emocional, como la falta de contacto visual y el trato impersonal, lo que refuerza la dinámica de poder desigual. Los testimonios evidencian cómo las mujeres, al ser tratadas como objetos pasivos en su propio proceso de parto, experimentaron una sensación de impotencia frente a las decisiones médicas impuestas.

Asimismo, las intervenciones médicas que vulneran los derechos reproductivos, como la cesárea innecesaria, la episiotomía sin consentimiento y el uso de oxitocina artificial, reflejan una medicalización del parto que prioriza la eficiencia y la productividad del sistema de salud por encima del bienestar de la madre y el bebé. La falta de consentimiento informado y la imposición de procedimientos médicos son formas de violencia obstétrica que continúan siendo toleradas dentro del sistema de salud, a pesar de las recomendaciones internacionales que promueven una atención respetuosa y centrada en la mujer.

Las consecuencias de la violencia obstétrica no solo se limitan a la salud física; las participantes también reportaron secuelas emocionales y psicológicas duraderas. Las mujeres reportaron costos significativos en su autoestima, en relación con su cuerpo y en su capacidad para establecer el vínculo materno. Estos incluyen tristeza, estrés postraumático y desconfianza hacia el sistema de salud. Además, la violencia obstétrica también tiene un impacto en la relación madre-hijo, alterando la capacidad de las mujeres para establecer una conexión afectiva con sus bebés durante el parto y en los primeros días de vida. Estos daños no solo afectan a las mujeres, sino que también repercute en el bienestar del recién nacido, como lo señalan las participantes que observaron secuelas físicas en sus bebés debido a procedimientos invasivos innecesarios.

Los efectos de la violencia obstétrica se extienden más allá del ámbito personal, afectando también las relaciones familiares y sociales. Las tensiones familiares aumentan cuando los miembros del hogar no comprenden el impacto psicológico de la violencia obstétrica, lo que incrementa la carga emocional de las mujeres afectadas. Además, las secuelas emocionales y físicas interfieren en la vida laboral y profesional de las mujeres, lo que limita su capacidad para retomar sus actividades y posterga sus proyectos de vida.

Una consecuencia importante de la violencia obstétrica es la desconfianza que las mujeres desarrollan hacia el sistema de salud. La experiencia de maltrato durante el parto crea un miedo persistente de buscar atención médica en el futuro, perpetuando un ciclo de desprotección. Este hallazgo resalta la necesidad de reformas estructurales en el sistema de salud para garantizar que las mujeres reciban una atención respetuosa y libre de violencia. La falta de sanciones efectivas y la impunidad de los responsables de la violencia obstétrica perpetúan este ciclo de abuso, lo que refuerza la necesidad de crear mecanismos institucionales que permitan a las mujeres denunciar sin temor a represalias.

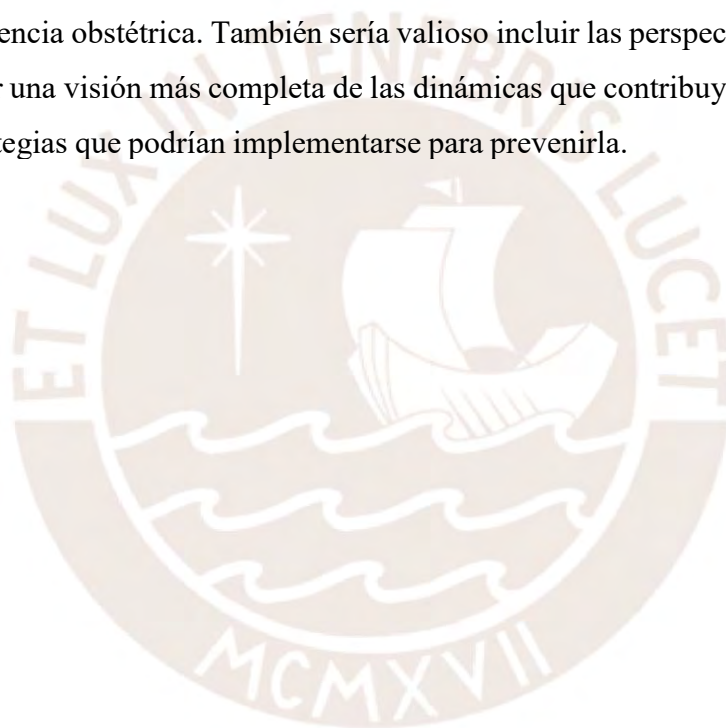
Por otro lado, las mujeres atendidas en clínicas privadas reportaron una experiencia más respetuosa y personalizada, con una atención más cálida y la posibilidad de contar con el acompañamiento familiar durante el parto. No obstante, la violencia en este entorno se presentaba de manera más sutil, especialmente en lo relacionado con la imposición de decisiones médicas, aunque estas fueran mejor explicadas. Este hallazgo demuestra que, aunque el acceso a servicios médicos de mayor calidad puede mejorar la experiencia del parto, no garantiza la ausencia total de violencia.

En cuanto a las concepciones sobre la violencia obstétrica, se encontró que la mayoría de las mujeres entrevistadas desconocían el término, lo que facilitó la normalización de muchas de las prácticas deshumanizadas vividas durante el parto. A pesar de que las mujeres describieron experiencias que claramente constituyen violencia obstétrica, muchas no las reconocieron como tales. Este hallazgo subraya la necesidad de sensibilizar a la población sobre la violencia obstétrica, para romper el ciclo de abuso y permitir a las mujeres identificar y defenderse de este tipo de maltrato. Además, aquellas mujeres que estaban familiarizadas con el término lo asociaban principalmente con el maltrato verbal, sin reconocer otras formas de violencia igualmente dañinas, como la medicalización forzada y la deslegitimación de sus sensaciones corporales.

Este estudio contribuye a la literatura sobre la violencia obstétrica al proporcionar información valiosa sobre la naturalización de este problema en el país, las estrategias utilizadas por las mujeres para afrontar la violencia, las críticas que enfrentan con respecto a sus roles maternos. También ofrece una reflexión sobre cómo el sistema de salud perpetúa las

desigualdades de género, mostrando que la violencia obstétrica debe entenderse no sólo como un problema de atención médica, sino como un reflejo de las relaciones de poder patriarcales en la sociedad (Castro, 2014; Sadler et al., 2016). La subjetividad de las mujeres queda silenciada, lo que plantea desafíos para la transformación de estas estructuras de poder y garantizar un trato más humano y respetuoso

Este estudio presenta algunas limitaciones, como la realización de entrevistas de forma virtual, lo que presentó desafíos técnicos, como la pérdida de señal de internet. Además, las entrevistas fueron interrumpidas en varias ocasiones debido a las obligaciones de maternidad de las participantes. Estas limitaciones sugieren que futuras investigaciones deberían considerar entrevistas presenciales y ampliar los criterios de inclusión, considerando el tiempo transcurrido tras el parto, así como explorar la influencia de la residencia rural o urbana en las experiencias de violencia obstétrica. También sería valioso incluir las perspectivas del personal médico para obtener una visión más completa de las dinámicas que contribuyen a este tipo de violencia y las estrategias que podrían implementarse para prevenirla.



Referencias

- Agius, A., Xuereb, R. B., Carrick-Sen, D., Sultana, R., & Rankin, J. (2016). The co-existence of depression, anxiety and post-traumatic stress symptoms in the perinatal period: a systematic review. *Midwifery*, 36, 70–79. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2016.02.013>.
- Alcázar, L. y Ocampo, D. (2016) Consecuencias de la violencia doméstica contra la mujer en el progreso escolar de los niños y niñas del 2016.
- Almaguer, J.; García, H & Vargas, V. (2010). La violencia obstétrica: Una forma de patriarcado en las instituciones de salud. *Género y Salud en cifras*, 8(3), 4-20. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud reproductiva / Secretaría de Salud.
- Almeida, S., & Fernandes, R. (2019). Promoting autonomy in childbirth: Women's experiences in different healthcare settings. *Journal of Maternal and Child Health*, 23(4), 501-512. <https://doi.org/10.1007/s10995-019-02735-8>
- Almonte, G. (2016). Violencia ginecológica y obstétrica. La medicalización del cuerpo femenino. *Revista Décsir*, (2)1, 1–10.
- Álvarez, E. & Russo, P. (2016). *Violencia obstétrica: Naturalización del modelo de atención hegemónico durante el proceso de parto* [Tesis de Licenciatura, Universidad Nacional de Córdoba]. <http://hdl.handle.net/11086/4514>.
- Arana, J., Meilán, J. & Pérez, E. (2006). El concepto de psicología. Entre la diversidad conceptual y la conveniencia de unificación. Apreciaciones desde la epistemología. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 8(1), 111-142.
- Arguedas, G. (2014). La violencia obstétrica: propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense. *Cuadernos intercambio sobre Centroamérica y el Caribe*, 11(1) 145-169.
- Ávila-Morales, J. (2017). La deshumanización en medicina: Desde la formación al ejercicio profesional. *Iatreia*, 30 (2), 216-229. <https://doi.org/10.17533/udea.iatreia.v30n2a11>

- Ayesta, C. & Vásquez, A. (2017). *Violencia obstétrica: vivencias durante el proceso de atención del nacimiento en mujeres atendidas en el hospital regional docente Las Mercedes-2016*. [Tesis de licenciatura, Universidad Señor de Sipán]. <https://hdl.handle.net/20.500.12802/3068>.
- Ballesteros, M.; López, M., & Martínez, C. (2012). La exploración vaginal durante la asistencia al parto. *Revista Científica de Enfermería*, (4), 1-14.
<https://doi.org/10.14198/recien.2012.04.05>
- Barria, C. & Rivera, L. (2016). Salud y género. Una mirada sobre la violencia obstétrica. *Revista DiáLogos*, 5(1), 97-103.
- Belli, G. (2001). La violencia obstétrica. Otra forma de violación a los derechos humanos. *Revista Redbioética*, 1(7), 25-34.
- Bellón, S. (2015). La violencia obstétrica desde los aportes de la crítica feminista y la biopolítica. *Revista Dilemata*, 7 (18), 93-111.
- Benjamin, J. (2012). El Tercero. Reconocimiento. *Clínica e Investigación Relacional*, 6(1), 169–179.
- Bertholdt, C., Epstein, J., Banasiak, C., Ligier, F., Dahlhoff, S., Olieric, M., Mottet, N., Beaumont, M., & Morel, O. (2020). Birth experience during COVID-19 confinement (CONFINE): protocol for a multicentre prospective study. *BMJ Open*.
<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-043057>.
- Bonino, L. (2005). Micromachismos. La violencia invisible en la pareja. *Primeras Jornadas de género en la sociedad actual*, 25-45. Valencia.
- Bowser, D., & Hill, K. (2010). *Exploring evidence for disrespect and abuse in facility-based childbirth: Report of a landscape analysis*. USAID-TRAction Project.
https://cdn1.sph.harvard.edu/wp-content/uploads/sites/2413/2014/05/Exploring-Evidence-RMC_Bowser_rep_2010.pdf

- Braun, V., & Clarke, V. (2012). Using thematic analysis in psychology. En H. Cooper (Ed.), *APA Handbook of Research Methods in Psychology. Vol. 2. Research Designs: Quantitative, Qualitative, Neuropsychological, and Biological* (pp. 57-71). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/13620-004>
- Bula, J., Maza, L. & Orozco, M. (2019). Revelaciones de violencia obstétrica ocultas durante la atención del parto. *Enfermería Neonatal*, (30), 32-42.
- Calafell, N. (2015). La violencia obstétrica y sus modelos de mundo. *Cuestiones de género: de la igualdad y la diferencia*, 10, 331-354.
- Camacaro, M. (2008). Dos sentencias masculinas: Parirás con dolor... parirás acostada. En M. Delgado & González. (Coords.). *Mujeres en el mundo: Migración, género, trabajo, historia, arte y política*. Editorial Markmedia Group S.A.
- Cano, A. (2010). Modelo de atención al parto dirigido por matronas frente al dirigido por matronas y obstetras en el Hospital Dr. Josep Trueta de Girona. *Matronas profesión*, 16(2), 54-60.
- Cárdenas, M. y Salinero, S. (2021). Validación de la escala de violencia obstétrica y pruebas de la invarianza factorial en una muestra de mujeres chilenas. *Interdisciplinaria*, 38(2) 209-223. <https://doi.org/10.16888/interd.2021.38.2.14>.
- Cárdenas, M., & Salinero, S. (2022). Violencia obstétrica en Chile: percepción de las mujeres y diferencias entre centros de salud. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 46, e24. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.24>
- Cassiano, A., Santos, M., Santos, A., Holanda, C., Leite, B., Maranhão, T. & Enders, B. (2016). Expresiones de violencia institucionalizada en el parto: una revisión integradora. *Revista Enfermería Global*, (44), 452-464.

- Castillo, L. (2017). *Violencia obstétrica desde la percepción de las adolescentes que asisten al Hospital Delfina Torres De Concha*. [Tesis de Licenciatura, Pontificia Universidad Católica del Ecuador Esmeraldas]. <https://repositorio.pucese.edu.ec/handle/123456789/1293>.
- Castro, R. (2014). Génesis y práctica del habitus médico autoritario en México. *Revista Mexicana de Sociología*, 76 (2), 167-197.
- Castro, R., Erviti, J., & Orozco, E. (2021). Violencia obstétrica y derechos humanos en la atención del parto. *Revista Mexicana de Sociología*, 83(1), 49-73. <https://doi.org/10.22201/iis.01882503p.2021.1.58818>
- Chiarotti, S., García, M., Aucía, A. & Amihiardi, S. (2003). *Con todo al aire. Reporte de derechos humanos sobre atención en salud reproductiva en hospitales públicos. INSGENAR y CLADEM*.
- Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos. (s.f.). *Promsex*. <https://incidenciainternacional.promsex.org/casos/eulogia/>
- Coelho, C. & Schneider, T. (2017). Violência obstétrica em mulheres brasileiras. *Psico* 48(3), 216-230. <http://dx.doi.org/10.15448/1980-8623.2017.3.25161>.
- Cohen, S. (2016). Making Loud Bodies “Feminine”: A Feminist-Phenomenological Analysis of Obstetric Violence. *Human Studies*, (39), 231–247. <https://doi.org.10.1007.s10746.015-9369-x>
- Colectivo contra la Violencia Ginecológica y Obstétrica (2020). *Primera encuesta nacional de violencia ginecológica y obstétrica. Síntesis de resultados*. Chile.
- Contreras, N. & Fernández, C. (2015). El parto medicalizado en Chile. Saberes, capitalismo y patriarcado en Chile. *Pensamiento y Batalla*.
- Creswell, J. (2017). *Qualitative inquiry and research design. Choosing among five approaches* (3ed.). Sage Publications.

- Daher, M., Olivares, H., Carré, D., Jaramillo, A., & Tomicic, A. (2017). Experience and meaning in qualitative research: A conceptual review and a methodological device proposal. *Forum Qualitative Sozialforschung/Forum: Qualitative Social Research*, 18,(3), 24.
- Davis, D. A. (2020). Obstetric racism: The racial politics of pregnancy, labor, and birthing. *Medical Anthropology*, 39(8), 625–639. <https://doi.org/10.1080/01459740.2020.1761803>
- Denzin, N. (2009). *On Understanding Emotion*. Transaction Publishers.
- Defensoría del pueblo, Adjuntía para los derechos de la mujer. (2020). *Violencia obstétrica en el Perú* (Nro. 23).
- Díaz, L. y Fernández, Y. (2018). Situación legislativa de la violencia obstétrica en América Latina: el caso de Venezuela, Argentina, México y Chile. *Revista de Derecho*. <https://doi.org/10.4067/s0718-68512018005000301>
- Diniz, S. G., & Chacham, A. S. (2006). "The cut above" and "the cut below": The abuse of caesareans and episiotomy in São Paulo, Brazil. *Reproductive Health Matters*, 14(27), 101-109. [https://doi.org/10.1016/S0968-8080\(06\)27231-2](https://doi.org/10.1016/S0968-8080(06)27231-2)
- Fenech, G., and Thomson, G. (2014). Tormented by ghosts from their past': a meta-synthesis to explore the psychosocial implications of a traumatic birth on maternal well-being. *Midwifery*, (30), 185–193. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2013.12.004>
- Fernández, F. (2015). ¿Qué es la violencia obstétrica? Algunos aspectos sociales, éticos y jurídicos. *Revista Dilemata*, 7 (18), 113-128.
- Fornes, V. (2014). *Violencia obstétrica: cuerpo disciplinado, sexualidad castigada*. Agencia Paco Urondo. <http://www.agenciapacourondo.com.ar/sociedad/violencia-obstetrica-cuerpodisciplinado-sexualidad-castigada>

- Freedman, L. P., & Kruk, M. E. (2014). Disrespect and abuse of women in childbirth: Challenging the global quality and accountability agendas. *The Lancet Global Health*, 2(8), e553-e554. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(14\)70227-3](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(14)70227-3)
- Freidson, E. (2001). *Professionalism, the third logic: On the practice of knowledge*. University of Chicago Press. <https://doi.org/10.7208/chicago/9780226262031.001.0001>
- Galtung, J. (2016). La violencia: cultural, estructural y directa. *Cuadernos de estrategia*, (183), 147-168.
- García, E. (2018). *La violencia obstétrica como violencia de género: Estudio etnográfico de la violencia asistencial en el embarazo y el parto en España y de la percepción de usuarias y profesionales*. [Tesis de doctorado, Universidad Autónoma de Madrid]. https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/684184/garcia_garcia_eva_margarita.pdf.
- Gómez, M. (2019). Feminismo y poder en la atención obstétrica. *Salud Colectiva*, 15(1), 123-140. <https://doi.org/10.18294/sc.2019.2036>
- Gómez, N. (2020). *Representaciones sociales de la violencia contra la mujer en un grupo de adolescentes de una escuela pública de Lima Metropolitana*. [Tesis de Licenciatura, Pontificia Universidad Católica del Perú]. Repositorio PUCP.
- Gomez-Partí, A. (2004). Inicio de la lactancia en la maternidad. En Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría (Ed.), *Lactancia materna: Guía para profesionales*, 171-224. Editorial Markmedia Group S.A.
- Gonçalves da Silva, M., Carreira, M., Pinheiro, L., Carcaman, R. & Kakuda, A. (2014). Obstetric violence according obstetric nurses. *Revista Rene*, 15(4), 720–728. <https://doi.org/10.15253/2175-6783.2014000400020>.

- Guerrero, R., Pérez, S., López, C., & Fernández, P. (2019). Violencia simbólica en los sistemas de salud: Un análisis desde la perspectiva de género. *Revista de Salud Pública*, 23(2), 123-140.
- Guerrero, R. & Ramírez, S. (2019). La violencia obstétrica como patrón de atención de salud. En Guerrero, R., Ramírez, S. & González, M. (Eds.), *Relatos de Mujeres Experiencias de embarazos con malformaciones incompatibles con la vida*. (pp.25-29). Promsex.
- Gutman, L. (2007). *Puerperios y otras exploraciones del alma femenina*. Ed. Del Nuevo Extremo.
- Heredia-Pi, I., Serván-Mori, E., Reyes-Morales, H., & Lozano, R. (2013). Brechas en la cobertura de atención continua del embarazo y el parto en México. *Salud Pública de México*, 55(2), S249-S258.
- Hernández, M. (2019). *Impacto psicosocial de la violencia obstétrica a través de relatos de vida de mujeres*. [Tesis de Licenciatura, Universidad de Costa Rica]. <http://repositorio.sibdi.ucr.ac.cr:8080/jspui/handle/123456789/15964>.
- Hernández-Garre, J. & Echevarría, P. (2016). Sociología del parto. Conflictos asistenciales en el marco del paradigma tecnocrático. *Revista Internacional de Sociología*, 74(1). <https://doi.org/10.3989/ris.2016.74.1.025>
- Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, M. (2010). *Metodología de la investigación*. McGraw-Hill.
- Hershkowitz, M., Dekel, R., Fridkin, S., & Freedman, S. (2017). Posttraumatic stress disorder, parenting, and marital adjustment among a civilian population. *Frontiers in Psychology*, 8, 1655. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01655>
- Howard, K., Martin, A., Berlin, L. & Brooks-Gunn, J. (2011). Early mother- child separation, parenting, and child well-being in early Head start families. *Attachment & Human Development*, 13(1), 5-26. <https://doi.org/10.1080/11466734.2010.488119>.

- Hodnett, E. D., Gates, S., Hofmeyr, G. J., Sakala, C., & Weston, J. (2013). Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2013(7), CD003766. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003766.pub5>
- Huarino, S. (2021). *Violencia obstétrica en puérperas del hospital Hipólito Unanue*. [Tesis de licenciatura, Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann]. <http://repositorio.unjbg.edu.pe/handle/UNJBG/4185>.
- Instituto Nacional de Estadística [INE] (2019). *Encuesta Nacional de Prevalencia de Violencia Basada en Género y Generaciones*. Uruguay
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. [INEGI] (2016). *IV Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares*. México
- Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI] (2019). *Encuesta nacional sobre relaciones sociales ENARES 2019*. <http://www.grade.org.pe/creer/archivos/ENARES-2019.pdf>
- Infante, G. & Leiva, G. (2016). Violencia Obstétrica. En C. Dides & C. Fernández (Eds.), *Primer Informe. Salud Sexual, Salud Reproductiva y Derechos Humanos en Chile*.
- Iparraquirre, M., Mendoza, J., Condor-Privat, M., & Muñoz de la torre, R. (2023). La violencia obstétrica como biopoder: A propósito de la dignidad de la mujer. *Encuentros*, 411–423. <https://doi.org/10.5281/zenodo.7527761>
- Jiménez, L. & Romero, F. (2022). Evaluación de las acciones para prevenir y erradicar la violencia obstétrica de los servicios gineco-obstetricia del IMSS. *Cuadernos de trabajo*, 9
- Jojoa, E., Chuchumbe, Y., Ledesma, J., Muñoz, M., Paja, A., & Suárez, J. (2019). Violencia obstétrica: haciendo visible lo invisible. *Revista Universitaria Santander Salud*, 51(2), 135-46. <http://dx.doi.org/10.18273/revsal.v51n2-2019006>
- Kitzinger, S. (2015). *La crisis del parto*. Ob Stare.

- Kvale, S., & Brinkman, S. (2009). *Interviews: Learning the Craft of Qualitative Research Interviewing*. (2nd ed.). Sage.
- Lamas, M. (2013). *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual*. Centro de Investigación en Estudios de la Mujer. <http://repositorio.ciem.ucr.ac.cr/bitstream/123456789/154/1/RCIEM135.pdf>
- Lasheras, G., Farré-Sender, B. & Serra, B. (2014). Detección in situ de la depresión postparto (DPP) y alteración del vínculo materno-filial en el Hospital Universitario Quirón Dexeus: Resultados preliminares. *Cuadernos de Medicina Psicosomática de Enlace*, 109, 22-31. <https://doi.org/10.1080/03004430.2013.808609>
- Laviña, A. (2014). Influencia del contacto precoz, nacionalidad, tipo de parto y prematuridad en la lactancia materna. *Duazary*, 11(2), 115–125. <https://doi.org/10.21676/2389783X.818>.
- Lawson, J. (2012). Sociological theories of intimate partner violence. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 22(5), 572-590. <https://doi.org/10.1080/10911359.2011.598748>.
- Lira, C. (2018). *Aspectos constitucionales de la violencia obstétrica*. [Tesis de licenciatura, Universidad de Chile, Santiago de Chile]. <https://repositorio.uchile.cl/handle/2250/151029>
- López, L. (2017). *La tridimensionalidad de la víctima. Un análisis del discurso en el proceso de transición colombiano*. http://vitela.javerianacali.edu.co/bitstream/handle/11522/7865/Tridimensionalidad_victim_a_analisis.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Llobera, A., Castelló, A., & Carmona, C. (2019). La atención respetuosa al parto: Un derecho vulnerado. *Revista de Salud Pública*, 93(5), 517-528. <https://doi.org/10.1590/s0034-89102019000500011>

- Llobera, R.; Ferrer, V. & Chela, X. (2019). Violencia obstétrica. La perspectiva de mujeres que la han sufrido. *Investigaciones feministas*, 10 (1), 149-184. <http://dx.doi.org/10.5209/INFE.60886>.
- Machado, A. (2014). *¿Cómo parimos? De la violencia obstétrica al parto humanizado*. [Tesis de Licenciatura, Universidad de la República, Uruguay]. <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/123456789/5318/1/MACHADO.pdf>
- Magnone, N. (2011). Derechos sexuales y reproductivos en tensión: intervencionismo y violencia obstétrica. *Trabajo presentado en las X Jornadas de Investigación de la Facultad de Ciencias Sociales*, UdelaR, Montevideo, 13-14 de setiembre de 2011. <http://cienciassociales.edu.uy/wpcontent/uploads/2013/archivos/Magnone.pdf>
- Malus, A., Szyluk, J., Galinska-Skok, B., & Konarzewska, B. (2016). Incidence of postpartum depression and couple relationship quality. *Psychiatria Polska*, 50(6), 1135–1146. <https://doi.org/10.12740/PP/61569>
- Martin, E. (2001). *The woman in the body: A cultural analysis of reproduction*. Beacon Press.
- Martínez, J., Martínez-Vazquez S, Rodríguez-Almagro J., & Hernández, A. (2021). The magnitude of the problem of obstetric violence and its associated factors: A cross-sectional study. *Women and Birth*, 34(5) 526-536. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.10.002>.
- Marqués, M. (2013). Parem a violência obstétrica!. *Revista Brasileira de Sociologia da Emoção*, 12(35), 522-537
- Martínez-Salgado, C. (2012). El muestreo en investigación cualitativa. Principios básicos y algunas controversias. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(3), 613-619.
- Moreno- Garrico, Z. (2019). Percepción de violencia obstétrica en pacientes atendidas en un Hospital Docente de Lima. *Revista Internacional de Salud Materno Fetal* (4). <http://ojs.revistamaternofetal.com/index.php/RISMF/article/view/125>.

- Moustakas, C. (1994). *Phenomenological Research Methods*. Sage Publications.
- Naciones Unidas (2006) Poner fin a la violencia contra la mujer: de la palabra a los hechos.
<http://www.un.org/womenwatch/daw/vaw/publications/Spanish%20study.pdf>
- Northrup, C. (1999). *Cuerpo de mujer, sabiduría de mujer. Una guía para la salud física y emocional*. Ediciones Urano. <http://www.mediafire.com/view/?bd2npqys9qsnh1>
- Oiberman, A., Mansilla, M., Carballo, R. & Elizondo, C. (2019). El lado oculto de la violencia obstétrica: parto, dolor y violencias. *Revista Premio Facultad de Psicología*, 49-71. <http://hdl.handle.net/11336/108797>
- Oliveira, V., & Penna, C. (2017). Discussing obstetric violence through the voices of women and health professionals. *Enfermagem*, 26(2), <https://doi.org/10.1590/0104-07072017006500015>
- Olza, I. (2014). Estrés postraumático secundario en profesionales de la atención al parto. Aproximación al concepto de violencia obstétrica. *Revista Iberoamericana de psicología, 11*, 79-83.
- Olza, I., Leahy-Warren, P., Benyamini, Y., Kazmierczak, M., & Goberna-Tricas, J. (2018). Mother - midwife relationships: A systematic review. *Midwifery*, 56, 92-103. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2017.10.020>
- Organización Mundial de la Salud (2017). *Estimaciones mundiales y regionales de la violencia contra la mujer: prevalencia y efectos de la violencia conyugal y de la violencia sexual no conyugal en la salud*.
<https://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/es/>
- Organización Mundial de la Salud (2018). *WHO Recommendations. Intrapartum care for a positive childbirth experience*.
<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/260178/1/9789241550215-eng.pdf?ua=1>

- Organización Mundial de la Salud (2021). *Violencia contra la mujer*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>.
- Ortiz, M. M., & Zarco, L. I. (2018). La violencia obstétrica y la toma de decisiones reproductivas: Una mirada desde los derechos sexuales y reproductivos en América Latina. *Revista Internacional de Derechos Humanos y Salud*, 14(2), 59-75.
- Opazo, D., Ramírez, A. & Chamorro, C. (2017). Experiencias de mujeres víctimas de violencia obstétrica y de sus acompañantes de la Ciudad de Chillán. *Revista de Ciencias Sociales Collectivus*, 4 (2), 1-9
- Pedraza, A. (2014). La entrevista en profundidad. En A. Pedraza, J. Zarco, M. Ramasco & A. Palmar (Eds.), *Investigación cualitativa* (pp.59-71). Elsevier.
- Pereira, C.; Domínguez, A. & Toro, J. (2015). Violencia obstétrica desde la perspectiva de la paciente. *Revista de obstetricia y Ginecología de Venezuela*, 75(2), 81-90.
- Pereira, F. (2017). *Violencia obstétrica, desde una perspectiva de género*. [Tesis de licenciatura, Universidad de la República de Uruguay, Uruguay]. <http://hdl.handle.net/20.500.12008/1094>
- Poo, A., Gallardo, M., Herrera-Contreras, Y. & Baeza, B. (2021). Representación de la violencia obstétrica que construyen profesionales matronas de la ciudad de Temuco. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 86(4), 374-379. <https://doi.org/10.24875/rechog.m21000016>
- Quevedo, P. (2012). *Violencia Obstétrica: una manifestación oculta de la Desigualdad de Género*. [Tesis de licenciatura, Universidad Nacional de Cuyo, Argentina]. http://bdigital.uncu.edu.ar/objetos_digitales/4785/tesisquevedo.pdf.
- Restrepo, A., Rodríguez, D. y Torres, N. (2016). “*Me des-cuidaron el parto*”: La violencia obstétrica y el cuidado recibido por el personal de la salud a mujeres durante su

proceso de parto. [Tesis de Licenciatura en Enfermería, Pontificia Universidad Javeriana, Colombia]

Ruiz-Cantero, M. (2009). *Sesgos de género en la atención sanitaria*.

Rodríguez, P. & Aguilera, C. (2017). Violencia contra la mujer. El caso de Tenerife. *Musas*, 2,(2), 56-74.

Ross, L. (1977). The intuitive psychologist and his shortcomings: Distortions in the attribution process. In L. Berkowitz (Ed.), *Advances in experimental social psychology* (Vol. 10, pp. 173–220). Academic Press. [https://doi.org/10.1016/S0065-2601\(08\)60357-3](https://doi.org/10.1016/S0065-2601(08)60357-3)

Sadler, M., Santos, M., Ruiz-Berdum, D., Leiva, G., Skoko, E., Guillen, P. y Clausen, J. (2016). Moving beyond disrespect and abuse: addressing the structural dimensions of obstetric violence. *Reproductive Health Matters*, 24(47), 47–55. <https://doi.org/10.1016/j.rhm.2016.04.002>.

Salinero, S. (2021). Fue un terremoto. *Debate Feminista*, 62. <https://doi.org/https://doi.org/10.22201/cieg.2594066xe.2021.62.2277>

Sau, V. (2000). *Reflexiones feministas para principios de siglo*.

Sampaio A, De Vasconcelos A., & Ferreira, E. (2008). Atención humanizada del parto de adolescentes: ¿Norma o realidad? *Revista Chilena Obstetricia y Ginecología*. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262008000300008>.

Sandall, J., Soltani, H., Gates, S., Shennan, A., & Devane, D. (2016). Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women: *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004667.pub5>

Santona, A., Tagini, A., Sarracino, D., De Carli, P., Pace, C., Parolin, L., & Terrone, G. (2015). Maternal depression and attachment: the evaluation of mother-child interactions during feeding practice. *Frontiers in Psychology*, 6. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.01235>.

- Schraiber, L. B., d'Oliveira, A. F. P. L., & Couto, M. T. (2010). Violence and health: The relation between gender violence and women's health. *Social Science & Medicine*, 70(10), 1755-1760. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.02.012>
- Sena, L. (2016). *Ameaçada e sem voz, como num campo de concentração. A medicalização do parto como porta e palco para a violência obstétrica* [Tesis de Doctorado, Universidad Federal de Santa Catarina, Brasil]. <https://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/172548>
- Shabot, S. C. (2020). The medicalization of childbirth and medical violence: Reflections from a feminist philosophy of medicine. *Journal of Bioethical Inquiry*, 17(3), 317–327. <https://doi.org/10.1007/s11673-020-09975-8>
- Shao, Y., Forster, S., Tsaliki, E., Vervier, K., Strang, A., Simpson, N., Kumar, N., Stares, M., Rodger, A., Brocklehurst, P., Field, N. & Lawley, T. (2019). Stunted microbiota and opportunistic pathogen colonization in caesarean-section birth. *Nature* 574, 117–121. <https://doi.org/10.1038/s41586-019-1560-1>
- Shea-Lewis, A., Eckardt, P., & Stapleton, D. (2018). «An Investigation into the safety of oral intake during labor», *American Journal of Nursing*, 118(3), 24-31. <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000530913.80349.53>
- Siu, J. (2015). Communicating under medical patriarchy: gendered doctor patient communication between female patients with overactive bladder and male urologists in Hong Kong. *BMC Women's Health*, 15(44), 1-11.
- Silva, M., Feijó, B., Lopes, F., Guerra, F., Santos, I., Rodrigues, G., Santos, M. & Anjos, S. (2018). Labor and birth in the rural region: obstetric violence. *Journal of Nursing*, 12(9), 2407- 2417.
- Soto-toussaint, L. (2016). Violencia obstétrica. *Revista Anestesiología*, 39, 55–60.

- Tamayo, J., Restrepo, C., Gil, L. y González, A. M. (2015). Violencia Obstétrica y Aborto. Aportes para el debate en Colombia. *Grupo Médico por el derecho a decidir*.
- Terán, P., Castellanos, C., González, M. y Ramos, D. (2013). Violencia obstétrica: percepción de las usuarias. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*, 73(3), 171-180.
- Thompson, J., Roberts, C. L., & Ellwood, D. A. (2019). Psychological and physical impacts of cesarean section on maternal health: A longitudinal study. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 48(5), 453-461.
<https://doi.org/10.1016/j.jogn.2019.05.006>
- Tinoco, M. T. (2013). La subjetividad del médico y mortalidad materna. *Revista CONAMED*, 18(4), 157-164.
- Valdez, R., Hidalgo, E., Mojarro, M., y Arenas, L. (2013). Nueva evidencia a un viejo problema: El abuso de las mujeres en las salas de parto. *Revista CONAMED*, 18 (1), 14-20.
- Vallana, V. (2016). *Parirás con dolor, lo embarazoso de la práctica obstétrica. Discursos y prácticas que naturalizan la violencia obstétrica en Bogotá*. [Tesis de maestría, Universidad Javeriana, Colombia].
<https://repository.javeriana.edu.co/handle/10554/19135>
- Vallejo, L., & Fernández, R (2020). Derechos reproductivos y equidad de género en la atención obstétrica. *Gaceta Sanitaria*, 34(2), 172-179.
<https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2019.06.004>
- Valls-Llobet, C. (2009). *Mujeres, Salud y Poder*. Ediciones Cátedra.
- Vilas, A & Patiño, V. (2019). *Formas y consecuencias psicológicas de la violencia obstétrica en el discurso de mujeres atendidas en la Maternidad Concepción Palacios*. [Tesis de

licenciatura, Universidad Central de Caracas, Venezuela].

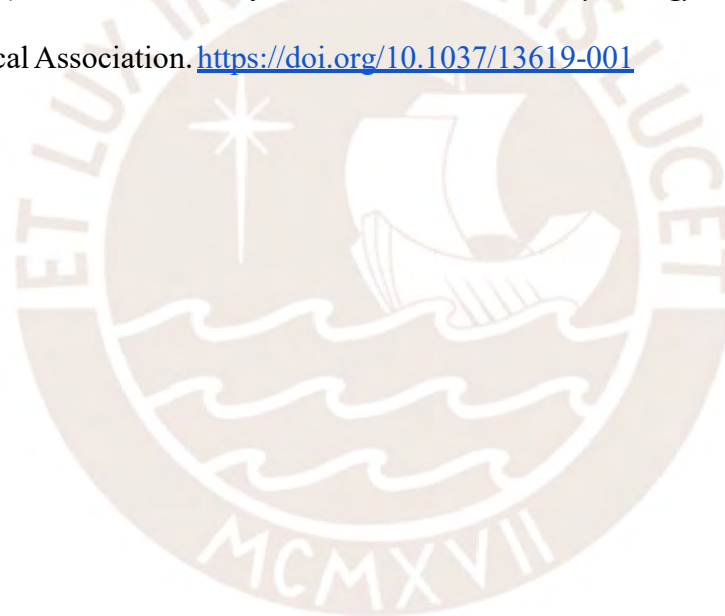
<http://hdl.handle.net/10872/19805>

Villanueva, L., Ahuja, M., Valdez, R. & Lezana, M. (2016). ¿De qué hablamos cuando hablamos de violencia obstétrica? *Revista CONAMED*, 21 (1), 7-25.

Vivas, E. (2019). *Mamá desobediente*. Capitán Swing

Wenzel, A., Haugen, E. N., Jackson, L. C., & Brendle, J. R. (2005). Anxiety symptoms and disorders at eight weeks postpartum. *Journal of Anxiety Disorders*, 19, 295–311.
<https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2004.04.001>

Willig, C. (2013). Perspectives on the Epistemological bases for qualitative research. En H. Cooper (Ed.), *The Handbook of Research Methods in Psychology*, 1, 5-21. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/13619-001>



Apéndice B

Protocolo de Contención

La presente investigación tiene como objetivo conocer la experiencia en la atención recibida en centros médicos de Lima Metropolitana, para lo cual se trabajará directamente con mujeres que han tenido una experiencia de parto como mínimo y que deseen participar voluntariamente, mediante la realización de entrevistas semiestructuradas. La Guía de Entrevista para este fin contiene preguntas que pueden ser consideradas íntimas o movilizantes. Por lo que, buscando servir como soporte en caso ocurra algún percance al momento de responder a las preguntas planteadas en la investigación, se ha planteado el siguiente protocolo de contención con procedimientos que serán aplicados en los momentos de vulnerabilidad de las participantes

1. Ante la aparición de un grado de ansiedad significativo por parte del entrevistado:

- Mantener el contacto visual y escucha activa con la entrevistada, para generar sensación de compañía y contención.
- Preguntarle cómo se está sintiendo en la entrevista y si desea hacer un descanso de la misma.
- Recordarle sobre la confidencialidad de la entrevista con el fin de que perciba el espacio como seguro.
- Ofrecerle agua.

2.- Ante el llanto del entrevistado:

- Detener la entrevista, indicando que se hará una pausa a la entrevista y al audio de la grabación.
- Ofrecerle agua y papel. - “Si desea puedo servirle un poco de agua.” “Aquí tiene papel.”
- Darle el tiempo necesario para que se calme.
- De ser necesario realizar ejercicios de inhalación y exhalación junto con la entrevistada, de modo que facilite el retorno al estado de calma inicial.
- Preguntarle cómo se siente. “¿Se encuentra más tranquilo/tranquila?” Según la respuesta, evaluar si puede seguir con la entrevista o se retoma en otro momento. De lo contrario, se le agradece por su tiempo, dando por finalizado el proceso de entrevista.

3. Ante la aparición de algún problema, a partir de los temas tocados durante el proceso de entrevista, que requiera de ayuda especializada para el adulto:

- Detener la entrevista, indicando que se hará una pausa a la entrevista y al audio de la grabación.
- Brindar soporte emocional. Preguntarle cómo se siente y si la persona desea conversar de ello, darle espacio a lo que quiera decir, empatizando con lo que está compartiendo y brindándole la contención necesaria. Esperar a que se calme.
- De ser el caso, preguntarle si desea recibir una cartilla con números telefónicos a los que puede acudir, en caso necesite ayuda profesional respecto de temas sobre grupos de apoyo entre madres, atención psicológica, orientación médica, psicoterapia, orientación legal y policial.



Apéndice C
Ficha de datos sociodemográficos

1.- Nombre

.....

2.- Edad

.....

3.- Distrito de residencia

.....

4.- Estado civil (Marca con una X)

..... Soltera Casada Conviviente Viuda

5.- En caso de haber marcado casada o conviviente, ¿Cuánto tiempo tiene la relación?

6.- ¿Cuál es el nivel socioeconómico percibido? Marca con una X

muy alto

alto

promedio.....

bajo

muy bajo

7.- Estudios (Marca con una X)

..... Primaria.. Secundaria Técnica completa Técnica incompleta Superior

Completa Superior incompleta Post grado

8.- ¿Cuántos hijos tienes? ¿te encuentras en una relación sentimental con el papá de tu hijo

.....

9.- Tipo de parto. Marca con una X

Vaginal

Cesárea

10.- ¿En qué centro médico te atendieron? ¿Si tienes más de un hijo, por favor indicar todos los establecimientos donde te atendieron?

.....

11.¿Cuenta con seguro médico? Especificar

.....

12.- ¿Participas de un grupo relacionado a la crianza materna?

.....



Apéndice D

Guía de entrevista semi estructurada

Sobre el embarazo

- 1.-¿Cuéntame sobre tu embarazo o embarazos (Según sea el caso de la entrevistada)?
- 2.-¿Cómo fue la primera interacción con el personal de salud? ¿Cómo te sentiste?
- 3.-¿Cómo se fue desarrollando la relación con el personal médico conforme iba avanzando el embarazo? ¿Cómo te hacía sentir?
- 4.-¿Cómo fue la atención del personal de salud en los últimos meses de embarazo?¿Te acuerdas de un momento en específico?

Sobre el trabajo de parto

- 1.- Cuéntame lo que viviste previo a la labor de parto. (En caso tenga un solo hijo) Cuéntame lo que viviste previo al alumbramiento de tus hijos. (En caso tenga más de un hijo)
- 2.- ¿Qué es lo que más recuerdas de ese día?
- 3.-¿Cómo fue el trato de parte del personal médico? ¿Cómo lo describirías?
- 4.- ¿Estuviste acompañada por alguien de confianza? ¿Con quién? ¿Por qué?
- 5.-¿Tuviste miedo en algún momento? ¿Cuándo? ¿Por qué?
- 6.-El personal que te atendió el día del parto, ¿cómo actuó?, ¿Se presentaron?, ¿te dijeron cómo se llamaban, se dirigieron a ti por tu nombre o se dirigían a ti con algún apodo?
- 7.-¿Lograste manifestar tus miedos o dudas al personal médico? ¿Recuerdas un momento en específico?
- 8.-Al momento de realizar los procedimientos médicos¿te informaron porque era necesario hacerlos? ¿Consultaste? ¿Qué te dijeron? ¿Estuviste satisfecha con las respuestas? ¿Por qué?
- 9.-¿En algún momento sentiste que no podías tomar decisiones sobre ti? ¿Como así?
- 10.-¿Te sentiste criticada por expresar emociones (llorar, gritar de dolor, asustarte, exigir.) durante el trabajo de parto y/o el parto?
- 11.- Sobre la comunicación entre el personal médico y usted, ¿cómo fue? ¿Cómo la describirías?
- 12.- ¿Consideras que era importante contar con privacidad? ¿Por qué?

13.-¿Hubo alguna maniobra efectuada por el personal de salud que te lastimara, molestara o te pareciera innecesaria? ¿Qué hiciste? ¿Cómo te sentiste?

14.-¿Hubo algún medicamento o material que no pudieran suministrarte porque no contaran con él? ¿Qué hiciste? ¿Cómo te sentiste?

15.-¿Te negaste a que te hagan algún procedimiento, suministren medicamentos o hagan cirugía y el personal médico hizo caso omiso a tus peticiones? ¿Cómo reaccionaron? ¿Qué sentiste?

Sobre el puerperio:

1.-¿Cuánto tiempo te quedaste en el centro médico?

2.-¿Cómo fueron las primeras interacciones con tu bebé? ¿Cómo describirías esa experiencia? ¿Cómo te sentiste?

3.-Después del parto, ¿te hicieron sentir que no habías colaborado o que pudiste hacerlo mejor? ¿Recibiste algún comentario? ¿Qué te hizo sentir?

4.-¿La experiencia de la atención en el parto te hizo sentir vulnerable, culpable o insegura en algún sentido? ¿Cómo así?

5.-¿Compartiste con alguien de confianza lo vivido en el parto? ¿Te sentiste cómoda compartiéndolo? ¿Con quién? ¿Cómo lo tomaron?

6.-¿Cómo fueron los días posteriores al parto con relación a ti misma y tu propio cuerpo?

- ¿Cómo fue la relación con los demás miembros de la familia?
- ¿Cómo fue la relación con tu pareja?

7.- ¿Tuviste alguna secuela física debido al parto? ¿Puedes detallarnos?

8.-¿Sientes que lo ocurrido en el proceso del parto influyo en tus emociones, pensamiento o conductas en días posteriores? ¿Como así? ¿Te acuerdas de alguna situación en especial?

9.-¿Has necesitado o crees que necesitas ayuda psicológica para superar las secuelas o malos recuerdos del parto? ¿Por qué?

10.-¿Después del parto, conversaste con el personal médico sobre el control de la natalidad? ¿Cómo te sentiste? ¿Las respuestas fueron las adecuadas para ti?

11.-¿Qué te hubiera gustado cambiar de tu(s) parto(s)?

12.-¿Le recomendarías a otra persona atenderse en el mismo hospital? ¿Por qué?

13.-¿Te planteas volver a tener otro embarazo? ¿Por qué?

Sobre la violencia obstétrica

Caso Luz:

A continuación se presentará el caso de Luz y me gustaría que me comentes qué piensas, sientes y harías en este caso. Luz, una mujer de 25 años, embarazada de su primer hijo(a) acude al centro de salud porque había comenzado las contracciones. Fue recibida por emergencia y fue atendida en triaje por una enfermera. Luego de una larga espera, una ginecóloga entró a la habitación y le realizó tacto vaginal, sin presentarse, introdujo sus dedos, sin dar explicaciones, ni pedir permiso. Más tarde, empezaron a entrar otras personas, no sabía ni quienes eran, por un momento, había más de seis personas. Luego intentaron colocarle la epidural, a lo que Luz se negó y añadió: “no, no lo quiero, bajo mi responsabilidad”. Mientras la ginecóloga le decía: “tú en estos momentos ya no puedes opinar, porque ya no tienes la cabeza en su sitio, y ya no puedes opinar”. Por momentos, no se sentía cómoda, acostada, intento pararse y estar como de rodillas para disminuir el dolor de las contracciones; sin embargo, recibió una llamada de atención por parte del personal de salud. A Luz también le practicaron la episiotomía (corte perianal), pero en ningún momento le avisaron. El bebé de Luz nació en muy buen estado de salud; sin embargo, los mantuvieron separados por más de 12 horas, lo que tuvo impacto en la lactancia materna.

A partir de lo comentado.

- 1.-¿Qué piensas?
 - 2.-¿Qué te parece el actuar del personal médico?
 - 3.-¿Qué le recomendarías a Luz?
 - 4.-¿Has escuchado el término violencia obstétrica?
 - 5.-¿Piensas que este tipo de casos se dan en nuestro país? ¿De qué manera?
 - 6.- ¿Conoces algún caso cercano de violencia obstétrica?
 - 7.-¿Crees que la violencia obstétrica hacia las gestantes debe ser sancionada? ¿Por qué?
 - 8.-¿Deseas agregar algo más a la entrevista sobre lo que experimentaste en todo este proceso?
- ¡Muchas gracias por tu tiempo y tu participación!