

Universidad Nacional de Costa Rica

Facultad de Ciencias Sociales

Escuela de Psicología

Trabajo Final de Graduación para optar por el Grado de Licenciatura en Psicología:

**Vivencias en torno a la violencia obstétrica en mujeres atendidas en el sistema de salud público costarricense dentro del Gran Área Metropolitana durante la pandemia por la COVID-19**

Sustentantes:

María José Alvarado León

Carolina María López Sancho

Tutor: MsC. Diego León-Páez Brealey

Lectores:

Dra. Gabriela Arguedas Ramírez

Dr. Mauricio Blanco Molina

Octubre, 2025

## Agradecimiento

Llegar a este momento definitivamente no ha sido fácil. Por años hemos estado trabajando en este Trabajo Final de Graduación y estar redactando estos agradecimientos pareciera irreal.

No podría empezar por agradecer a nadie más si no es a Dios, quien me ha ayudado, fortalecido y provisto de todo cuanto he necesitado para llegar hasta acá. He recibido el regalo más grande a través de Jesús, pero cuántas más bendiciones he recibido de Su mano. Esto es simplemente otra manifestación de su amor inmerecido por mí.

Gracias infinitas a mi esposo, Geovanny, quien me ha tomado de la mano y me ha impulsado siempre a seguir adelante. Quien ha trabajado conmigo en equipo para lograr este objetivo, este logro es de ambos. Gracias a mis amados hijos, Gianluca y Zoe por ser uno de los motores más importantes de mi vida.

Gracias siempre a mis papás y mi hermano, su amor, cariño y todo lo invertido en mí nunca ha pasado desapercibido, este logro es para ustedes.

Estoy infinitamente agradecida con mi compañera de tesis, Carolina, quien es un ejemplo para mí y la mejor compañera que pude tener. Igualmente agradezco profundamente a nuestro tutor, Diego. En un momento donde parecía que ningún profesor quería sacar el tiempo para apoyarnos en este proceso, usted nos atajó y ha dado muchísimo de su tiempo y atención para esto. Sin su apoyo profesional no estaríamos acá. Igualmente agradezco a nuestros lectores, Gabriela y Mauricio.

Finalmente, gracias a cada mujer que decidió participar y visibilizar su historia, su aporte es inmenso en esta lucha.

María Alvarado

## Agradecimiento

Cuando nos enfrentamos a un reto importante, hay personas y situaciones que nos apoyan, nos sostienen y acompañan. En este caso, mis fuentes de aliento, amor y apoyo fueron muchas, por ello, quiero agradecer primeramente a Dios por las oportunidades que me ha dado, por darme increíbles fuentes de apoyo y siempre guiarme.

Agradezco a mi madre, quién no ha dudado un sólo segundo de mi capacidad, quién ha estado en mis peores y mejores momentos durante este camino y quién siempre ha sido una fuente de motivación para mí. Gracias por impulsarme a crecer, por ser mi ejemplo por seguir, por escucharme y ser parte de todo esto.

También, quiero agradecer a mi padre por acompañarme y cuidarme desde el cielo, estoy segura de que ha visto todo el camino que he atravesado y sin él, esto tampoco hubiera sido posible. Gracias por enseñarme tanto sobre la vida, la resiliencia, el amor y la paciencia. Espero que te sientas muy orgulloso de este logro.

Gracias a mi familia, mis hermanas, que saben lo mucho que significa este logro para mí, que me han aconsejado durante estos años y son una fuente de inspiración. Molly y Maya, gracias por desvelarse conmigo, por ser mi fiel compañía cada día, nadie más que ustedes saben las horas que he dedicado a este logro.

Muchas gracias a nuestro tutor Diego, quién nos acompañó de inicio a fin en este proceso, sin usted todo hubiese sido mucho más complicado. Gracias por ser nuestro mentor y ayudarnos a lograr nuestro siguiente paso, eres una excelente persona y profesional.

María, gracias por literalmente siempre ser ese punto de encuentro y sosiego para mí, por motivarme cuando tenía miedo y tenerme tanta paciencia, definitivamente agradezco haber compartido este logro contigo.

Finalmente, quiero agradecer a cada una de las mujeres participantes que abrieron una parte muy profunda e importante de sus vidas con nosotras. Gracias por ser parte de esta experiencia tan enriquecedora y regalarnos un pedacito de su historia, sin ustedes, esta investigación no hubiese sido posible.

Carolina López

## Resumen

A lo largo de la historia, las mujeres han sido objeto de diversas manifestaciones de violencia de género, entre ellas la violencia obstétrica (VO). Esta se entiende como la forma de violencia ejercida por parte del personal de salud durante la atención del embarazo, parto y posparto, que se manifiesta a través de acciones u omisiones que vulneran los derechos, la autonomía y la dignidad de las mujeres y constituye una problemática extendida y, en muchos casos, normalizada en diferentes contextos a nivel mundial, y Costa Rica no es la excepción.

Para numerosas mujeres que atraviesan el sistema de salud público costarricense, la experiencia del embarazo, parto o posparto se ve marcada por maltratos físicos y psicológicos, lo que pone en evidencia cómo los derechos de las mujeres continúan siendo vulnerados de manera sistemática.

En la presente investigación se analizan las vivencias de diez mujeres víctimas de VO que han sido atendidas en el sistema de salud público costarricense en el contexto de pandemia por la COVID-19 durante sus períodos de preparto, parto y posparto inmediato. Además, interesa evidenciar las relaciones de poder obstétrico entre el personal de salud y las mujeres atendidas en el sistema de salud público costarricense y conocer sus emociones asociadas a la experiencia de violencia obstétrica durante y después de la misma.

Esta investigación se realizó bajo un enfoque cualitativo con un alcance exploratorio-descriptivo, siendo el diseño de investigación la fenomenología. Para ello, se tuvo una población de diez mujeres atendidas en el periodo comprendido entre el año 2020-2022. El instrumento utilizado para la recolección de datos fue la entrevista semiestructurada para posteriormente realizar a partir de la información recabada, un análisis de contenido.

Se utilizó como referente conceptual la psicología de la salud, la cual permite entender y analizar el fenómeno desde una perspectiva integral que considera las interacciones entre los factores psicológicos, sociales y del sistema sanitario implicados en la vivencia de la atención obstétrica. Asimismo, se comprende la VO desde conceptos como el de poder obstétrico, violencia de género y derechos humanos.

Entre los principales hallazgos y conclusiones, se identificó que muchas mujeres percibieron una vulneración de sus derechos a partir de los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud. La imposibilidad de contar con el acompañamiento de un familiar o persona cercana durante el parto fue señalada como una experiencia que les afectó tanto física como psicológicamente, generando emociones como enojo, tristeza, ansiedad y miedo.

Asimismo, los relatos evidenciaron la existencia de relaciones de poder entre el personal de salud y las pacientes, lo que contribuyó a sentimientos de vulnerabilidad e incertidumbre en ellas. A esto se suma la falta de información brindada a las mujeres respecto a los procedimientos médicos y la omisión del consentimiento informado, aspectos que influyeron de manera negativa en la vivencia del parto y en la percepción general de la atención recibida.

## Abstract

Throughout history, women have been subjected to various forms of gender-based violence, among them obstetric violence (OV). This is understood as a type of violence exercised by healthcare personnel during pregnancy, childbirth, and the postpartum period, manifested through actions or omissions that violate women's rights, autonomy, and dignity. It constitutes a widespread and, in many cases, normalized problem across different contexts worldwide — and Costa Rica is no exception.

For many women who go through the Costa Rican public health system, the experience of pregnancy, childbirth, or the postpartum period is marked by physical and psychological mistreatment, revealing how women's rights continue to be systematically violated.

This study analyzes the experiences of ten women who were victims of OV and who received care within the Costa Rican public health system during the COVID-19 pandemic, specifically throughout their prenatal, childbirth, and immediate postpartum stages. Furthermore, it seeks to shed light on the obstetric power dynamics between healthcare personnel and the women treated in the public system, as well as to explore their emotions associated with the experience of obstetric violence during and after the event.

The research was conducted using a qualitative approach with an exploratory-descriptive scope, employing a phenomenological design. The study population consisted of ten women who received care between 2020 and 2022. Data collection was carried out through semi-structured interviews, and the information obtained was later analyzed using content analysis.

The conceptual framework was based on health psychology, which allows for understanding and analyzing the phenomenon from a holistic perspective that considers the interactions between psychological, social, and healthcare system factors involved in the experience of obstetric care. Likewise, OV is understood through concepts such as obstetric power, gender-based violence, and human rights.

Among the main findings and conclusions obtained, it was identified that many women perceived a violation of their rights resulting from the guidelines established by the Ministry of Health. The inability to have the companionship of a family member or close person during childbirth was reported as an experience that affected them both physically and psychologically, generating emotions such as anger, sadness, anxiety, and fear.

In addition, the narratives revealed the presence of power relations between healthcare personnel and patients, which contributed to feelings of vulnerability and uncertainty among the women. This was compounded by the lack of information provided to them regarding medical procedures and the omission of informed consent—factors that negatively influenced their childbirth experiences and overall perception of the care received.

## Lista de acrónimos

CCSS - Caja Costarricense del Seguro Social

TEPT - Trastorno de Estrés Post Traumático

VO - Violencia Obstétrica.

OMS - Organización Mundial de la Salud

PANI - Patronato Nacional de la Infancia

IAFA - Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia

INEC - Instituto Nacional de Estadística y Censos

UNICEF - Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

EMNA - Encuesta de Mujeres, Niñez y Adolescencia

APA - *American Psychological Association*

UNFPA - Fondo de Población de las Naciones Unidas

SAMHSA - *The Substance Abuse and Mental Health Services Administration*

NIH - *National Institutes of Health*

DSM - *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*

IP - Inducción del parto

AP - Aceleración del parto

TV - Tacto Vaginal

GAM - Gran Área Metropolitana

## ÍNDICE

Agradecimiento.....	ii
Agradecimiento.....	iii
Resumen.....	iv
Abstrac.....	v
Lista de acrónimos.....	vi

### Capítulo I

<b>El problema y su importancia.....</b>	<b>1</b>
1.1 Justificación.....	1
1.2 Antecedentes.....	3
1.3. Violencia obstétrica y su relación con determinantes sociales de la salud.....	4
1.4 Situación legislativa de la violencia obstétrica.....	5
1.5 Prácticas médicas, su forma de aplicación durante el parto y su influencia en la experiencia de VO.....	7
1.6 Otras investigaciones relevantes relacionadas.....	9
1.7 Problema de investigación.....	13
1.8 Objetivo General.....	15
1.9 Objetivos específicos.....	15

### Capítulo II

<b>Marco Teórico.....</b>	<b>16</b>
2.1 Psicología de la Salud.....	16
2.2 Modelo marco biopsicosocial en Psicología de la Salud.....	16
2.3 Salud y enfermedad desde la Psicología de la Salud y el model.....	18
2.4 Violencia Obstétrica.....	21
2.5 Formas de manifestación de la violencia obstétrica.....	22
2.5.1 Violencia de Género.....	24
2.6 Vivencia como unidad de análisis.....	27
2.7 Poder obstétrico y violencia institucional.....	28
2.7.1 Trauma y Trastorno de estrés Postraumático como consecuencia de la violencia obstétrica.....	30
2.7.2 Pandemia por COVID-19 y Violencia obstétrica.....	33
2.8 Derechos sexuales y reproductivos de las mujeres.....	35
2.9 Prácticas de rutina médica gineco-obstétricas en la atención del parto y su forma de aplicación.....	37

2.9.1	Introducción al parto (IP).....	37
2.9.2	Aceleración del parto (AP).....	38
2.9.3.	Episiotomía.....	38
2.9.4.	Tactos Vaginales (TV).....	39
2.9.5	Posición del parto.....	40

### **Capítulo III**

<b>Metodología</b> .....	42
3.1 Descripción del enfoque y diseño de investigación.....	42
3.2 Procedimientos para la selección de participantes.....	43
3.2.1 Entrevista semiestructurada.....	44
3.4 Técnicas de recolección de datos o información o información.....	44
3.4.1. Entrevistas semiestructuradas.....	44
3.5 Técnicas para la sistematización y análisis de la información.....	45
3.6 Categorías de análisis.....	46
3.7. Procedimientos para el desarrollo de la investigación.....	51
3.7.1. Creación, revisión y ajuste de los instrumentos de recolección de la información.....	51
3.7.2 Recolección de datos.....	51
3.7.3 Sistematización de la información.....	51
3.7.4 Análisis de la información.....	52
3.7.5. Elaboración de resultados e información.....	52
3.8 Criterios para garantizar la calidad de la información.....	52

### **Capítulo IV**

<b>Análisis de la Información</b> .....	54
4.1. Vivencia emocional durante y después de experimentar violencia obstétrica.....	54
4.1.1 Miedo a partir de desconfianza en personal médico.....	54
4.1.2 Sentimiento de culpa por confiar en el sistema de salud pública.....	55
4.1.3. Sentimiento de impotencia y enojo.....	56
4.1.4 Sensación de soledad y abandono.....	58
4.1.5. Invalidación emocional por parte del personal de salud.....	59
4.2 Repercusiones de la VO en las mujeres posterior a la vivencia.....	62
4.2.1 Descripción de la vivencia como traumática.....	62
4.2.2 Sintomatología de Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) y depresión posparto.....	65
4.2.3 Cambios en la subjetividad de las mujeres.....	67
4.3 Experiencia de parto durante la época de pandemia por COVID-19 y su relación	

con VO.....	69
4.3.1 Falta de acompañamiento como componente importante de la experiencia.....	69
4.3.2 Obligatoriedad de la mascarilla.....	74
4.3.3 Exigencia de esquema de vacunación y pruebas COVID-19 durante el parto.....	76
4.3.4 Percepción de cambio en la atención prenatal, del parto y posparto.....	77
4.4 Aplicación de las prácticas médicas gineco-obstétricas.....	78
4.5 Falta de información y consentimiento de las mujeres frente a prácticas médicas.....	79
4.6 Relaciones de poder obstétrico entre el personal de salud y las mujeres participantes.....	84
4.6.1 Percepción de trato diferenciado a mujeres con plan de parto.....	85
4.6.2 Percepción de trato diferenciado por consumo de drogas.....	89
4.6.3 Violencia verbal narrada por las mujeres participantes.....	90
• Violencia verbal respecto a condición de ser mamás primerizas.....	91
• El regaño como una de las principales formas de trato deshumanizante.....	93
• Violencia verbal relacionada a la deslegitimación del dolor del proceso de parto.....	94
• Violencia verbal relacionada a la deslegitimación del dolor del proceso de parto.....	95
• Cuestionamiento y elección de métodos anticonceptivos por parte del personal de salud.....	96
• Violencia psicológica identificada en los relatos.....	97
4.6.4 Mujeres como testigos de VO.....	101
<b>Capítulo V Conclusiones y Recomendaciones.....</b>	<b>104</b>
Conclusiones.....	104
Recomendaciones.....	108
Referencias Bibliográficas.....	112
Anexos.....	120
No. 1.....	120
No. 2.....	120
No. 3.....	121
No. 4.....	126
No. 5.....	127
No. 6.....	128
<b>Lista de Tablas</b>	
No. 1 Hospitales dentro del GAM.....	20
No. 2 Criterios de Inclusión y Exclusión.....	44
No. 3 Categorías de análisis de la información.....	46
No. 4 Categorías de análisis en relación con objetivos y técnicas.....	49
No. 5 Calendarización.....	121
No. 6 Etapas de la Investigación.....	122

## Capítulo I

### El problema y su importancia

#### 1.1 Justificación

Las mujeres han sido, a lo largo de la historia, objeto de múltiples formas de violencia de género, tal es el caso de la violencia obstétrica (VO). En la presente investigación se buscó analizar las vivencias en torno a la VO de mujeres que han sido atendidas en el sistema de salud público costarricense en el contexto de pandemia por la COVID-19 durante sus períodos de parto y posparto inmediato.

De acuerdo con la encuesta Estado de la Mujer, Niñez y adolescencia realizada por el Instituto de Estadística y Censos (INEC) y el Ministerio de Salud en el año 2018 (publicada en el año 2019), se destaca que un 57,7 % de las mujeres que tuvieron un parto o cesárea entre los años 2016 y 2018 en Costa Rica, afirma haber experimentado VO, siendo esta la única encuesta realizada en el país hasta el momento.

Si se parte de que en el país hubo 207,264 nacimientos entre 2016 y 2018, esto significa que, en 119,591 partos durante esos tres años, las mujeres experimentaron al menos un tipo de violencia obstétrica, lo cual es en promedio 39,864 partos al año, es decir, no es un tema de pocos casos. (Fuentes, 2021, p. 11).

Las cifras de las mujeres que han sido víctimas de VO son alarmantes y no deben ser pasadas por alto, estas también reflejan la importancia de abordar la temática de los derechos sexuales y reproductivos de la mujer, ya que es la única encuesta que existe en el país en torno a este tema hoy. Estos derechos deben ser protegidos y respetados, no obstante, están siendo transgredidos a nivel macrosocial, no solo en Costa Rica, sino también a nivel internacional. Tal y como se evidencia en el Informe sobre Equidad en Salud (2016), donde se realizó un análisis de las inequidades en salud reproductiva, materna, neonatal, de la niñez y de la adolescencia en América Latina y el Caribe, el cual concluyó que la “gran mayoría de muertes maternas en América Latina y el Caribe pueden evitarse con una atención obstétrica de calidad durante el embarazo, el parto y el puerperio” (UNICEF & Tulane University, 2016, p. 10).

Es por esto por lo que el tema de la VO guarda una relación estrecha con la causa de mortalidad durante el embarazo y por ende una especial incidencia en temas de salud integral,

comprendiendo componentes biopsicosociales, teniendo así una repercusión también en la salud mental de dichas mujeres.

Solano (2015) argumenta en torno a esto que:

Todos los días las mujeres que acuden a las diferentes maternidades del país son violentadas. Se ignoran sus demandas. Son víctimas de regaños, burlas e insultos. Se les acelera el parto utilizando medicación, sin su consentimiento. No se les permite el acompañamiento (...) No se respeta las diferencias culturales. Se invisibiliza la presencia de discapacidades. (p.1)

Estas son solo algunas formas en las que se manifiesta la VO y tiene una alta repercusión en el ámbito psicológico, prácticas médicas que hacen que la mujer pueda sentirse vulnerabilizada en un momento de alta tensión como lo es el parto. Según Hernández (2021) parte de los impactos en la salud mental son: aislamiento, disminución o desaparición del deseo de ser madres de nuevo, manifestaciones psicósomáticas, emociones intensas y extremas (enojo, miedo, cansancio), entre otras. A pesar de esto, este tipo de violencia continúa siendo naturalizada porque muchas personas, incluyendo las mujeres que son atendidas, no interpretan ninguno de estos actos como violentos, sino como parte de una praxis médica-institucional normal y rutinaria (Arguedas, 2014).

A partir de la evidencia estadística presentada hasta este momento, se concluye que en Costa Rica la VO sigue siendo un tema poco relevante para el sistema de salud público y el Estado en general. No es sino hasta el año 2020 que se dio la aprobación de la ley 21.057 denominada “Ley de derechos de la mujer durante la atención calificada, digna y respetuosa del embarazo, parto, posparto y atención del recién nacido “en la cual se establece que "La mujer embarazada debe ser considerada como un ser humano singular, que vive un momento único y el acompañante de su elección, debe ser valorizado e integrado en la asistencia" (p. 10).

Ahora bien, ¿por qué abordar este tema desde la psicología?

Al realizar la revisión de antecedentes respecto a la VO a nivel nacional, se evidencia que existe un vacío de investigación desde esta disciplina, pues la mayoría de los estudios son analizados desde la filosofía, la medicina y trabajo social. Se encuentran distintas investigaciones tanto a nivel nacional e internacional, en donde su fin es identificar prácticas médicas violentas y describir lo que sucede en las salas de parto, y por lo tanto se considera que esta investigación aporta, desde el enfoque de la psicología de la salud, en el análisis de las vivencias en torno a la VO. Este es un fenómeno que a nivel nacional ha sido estudiado mayoritariamente desde el enfoque jurídico y social, dejando de lado los aportes que tiene la psicología de la salud respecto al tema. Por último, se considera que es una investigación innovadora y relevante puesto que se parte de la hipótesis de que

debido a la pandemia por la COVID-19, la VO presentó elementos adicionales y característicos que impactaron aún más a las mujeres en su proceso de parto, como, por ejemplo: el escaso acompañamiento al que éstas tuvieron acceso, ya que el ingreso era altamente restringido.

Por todo lo mencionado anteriormente es que se consideró de suma importancia proveer espacios de escucha y de libre expresión en donde las mujeres puedan sentirse seguras de poder contar su vivencia en torno al proceso de embarazo, parto y posparto como víctimas de VO. Las voces de cada mujer importan y necesitan ser escuchadas, por tanto, tal y como se menciona en el Plan de estudios de Licenciatura en Psicología de la Universidad Nacional, se debe construir una psicología solidaria que se interese por "las diversas coyunturas y condiciones que la población costarricense atraviesa cotidianamente." (Comisión de Rediseño y Gestión Curricular, 2015, p. 6). La psicología como disciplina, debe entonces involucrarse en el estudio de la VO en Costa Rica para poder entender este fenómeno desde dimensiones biopsicosociales, así favorecer el cuestionamiento y análisis de esta forma naturalizada de violencia de género; realizándose desde una praxis política, empoderada y defensora de los derechos humanos (sexuales y reproductivos) de todas las mujeres que son atendidas cada año en los centros de salud públicos del país.

Por último, se considera un tema pertinente ya que de acuerdo con el Estatuto Orgánico de la Universidad Nacional (2014) entre los fines, valores y principios de la Universidad Nacional, uno de ellos es transmitir conocimiento en favor del bienestar humano de forma integral, con especial atención a personas en condición de vulnerabilidad, por lo tanto, la investigación aquí presente responde a esta visión, ya que busca el bienestar de las mujeres antes, durante y después del parto por medio de la visibilización, denuncia y concientización sobre la existencia de la VO en Costa Rica.

## **1.2 Antecedentes**

En el siguiente apartado se presentan los antecedentes de investigaciones que se han realizado a nivel nacional como internacional organizados en tres líneas temáticas: VO y su relación con determinantes sociales de la salud, situación legislativa de la VO y prácticas médicas constitutivas de VO recibidas por las mujeres. En cada una de estas líneas se encontrarán primero los estudios a nivel nacional y luego internacional. Al final de la presentación de las tres líneas temáticas identificadas, se van a describir algunas investigaciones que se consideran relevantes por su relación con el presente estudio de forma aislada, ya que no se lograron categorizar en ninguna de las tres líneas de investigación.

### 1.3 Violencia obstétrica y su relación con determinantes sociales de la salud

Las investigaciones respecto a este eje temático buscan relacionar los determinantes sociales de la salud con la VO debido a que estos aumenten o no la probabilidad de las mujeres de ser víctimas de dicho tipo de violencia en los centros de salud antes, durante y después del parto.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha determinado que el estado de salud y bienestar de la población dependen de los Determinantes Sociales de la Salud (DSS), que definen como “las circunstancias en que las personas nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana” (OMS, 2025, párr. 6). De acuerdo con lo indicado anteriormente, la forma en que las personas viven, crecen, envejecen y mueren está influenciado por sus estilos de vida y sus condiciones políticas, sociales y económicas. Por tanto, el proceso de salud y enfermedad no es un asunto de exclusiva responsabilidad individual.

Asimismo, Roales-Nieto (2004), destaca un aspecto relevante en relación con los determinantes sociales de la salud (DSS): la naturaleza interactiva e interdependiente de los diversos factores que influyen en la salud, tanto de manera positiva como negativa. En este sentido, los factores medioambientales, los estilos de vida, los aspectos biológicos y el sistema sanitario se afectan mutuamente, pudiendo exacerbar o mitigar sus consecuencias sobre la salud (pp. 105-106). Esto sugiere que elementos sociales e individuales como la etnia, el estilo de vida o el nivel socioeconómico, están interrelacionados y pueden mejorar o deteriorar la salud de forma conjunta.

En el caso de Costa Rica, Robles (2018), realizó entrevistas semiestructuradas a tres mujeres que sufrieron VO en hospitales públicos del país, con el objetivo de analizar la VO y su posible relación con determinantes sociales, tales como: etnia, condición migratoria y zona de residencia (fuera o dentro de la Gran Área Metropolitana). En esta investigación se concluyó que sigue habiendo atención denigrante hacia las mujeres migrantes y que el sistema de salud es reproductor de prejuicios machistas.

A nivel nacional también se encuentra el estudio de Fuentes (2020), quién tenía el interés de asociar estadísticamente la VO en Costa Rica con variables relacionadas con determinantes de la salud como la edad, nivel escolar, zona de residencia (urbana-rural), tenencia o no de seguro social, tipo de centro de salud (hospital, clínica u otro) y nivel socioeconómico. Esta fue una investigación correlacional y no experimental desde la disciplina de sociología. Entre los hallazgos de este estudio, se encontró que, de los determinantes sociales mencionados anteriormente, el único que tenía

significancia estadística con la VO, fue la zona de residencia donde fueron atendidas las mujeres. Específicamente, se menciona que Cartago y zonas costeras tienen los porcentajes más elevados de mujeres que dicen haber experimentado al menos un tipo de VO. Asimismo, se evidencia que las mujeres que declaran haber tenido más violencia obstétrica son las de mayor nivel adquisitivo por lo que se infiere que a menor nivel socioeconómico mayor es la naturalización de la VO.

Quesada y Román (2021) analizaron en su investigación la relación entre el nivel de percepción de violencia obstétrica en madres costarricenses y diferentes determinantes sociales de la salud como: condiciones sociodemográficas, grado educativo de las mismas, edad de la madre al parir, si el parto sucedió en un hospital rural o del Gran Área Metropolitana o si se trataba de un hospital privado o público (de la Caja Costarricense del Seguro Social), por medio de una investigación de enfoque cuantitativo, correlacional y transversal. Entre los hallazgos más importantes es que no se encontró correlación entre el nivel de VO y la edad de la madre, el lugar de atención (zona urbana o rural), ni el nivel educativo. Además, un 49.5% de las participantes percibió violencia obstétrica ya sea durante el parto, el puerperio o ambos.

A partir de las investigaciones encontradas en esta línea temática, sale a relucir que a pesar de que en las distintas investigaciones nacionales se buscó relacionar la VO con diferentes características y condiciones que tenían las mujeres, cada investigación tuvo hallazgos diferentes lo cual puede deberse a la cantidad de población consultada, la selección de la población y el año de su realización. Por ejemplo, en el caso de la investigación de Fuentes (2020), se llegó a la conclusión de que la zona de residencia sí tuvo relación con la VO por las mujeres del estudio, mientras que Quesada y Román (2021), mencionan no encontrar relación entre este mismo factor (zona de atención). Asimismo, la mayor parte de investigaciones a nivel nacional son de corte cuantitativo, aspecto que restringe la profundización de las historias y vivencias de estas mujeres.

A nivel internacional, se destaca que el grado académico y las actividades laborales de las mujeres, son factores que se relacionan con mayores casos de parto por cesárea, lo cual refiere a una atención diferenciada del proceso de parto en mujeres de baja escolaridad en comparación con mujeres profesionales (Benlloch-Doménech, Barbé-Villarubia y Cáscales, 2019).

#### **1.4 Situación legislativa de la violencia obstétrica**

Las investigaciones encontradas respecto a este eje temático visibilizan la importancia de contar con políticas públicas y leyes que atiendan la problemática actual de la VO, ya que, aunque en diferentes países se cuentan con leyes y normativas, estas no siempre son puestas en práctica

(Corral-Manzano, 2019). Se resalta la importancia de profundizar en políticas públicas en donde se aborde esta problemática tomando en cuenta sus elementos estructurales, sociales y culturales.

A nivel nacional, Guerrero (2016), Salazar y Torres (2018), Azofeifa y Naranjo (2018) y Rodríguez y Vargas (2017), estudiaron y examinaron las políticas públicas existentes asociadas a la atención de la VO y las condiciones sociopolíticas a las cuales se expone la elaboración de una política pública que dé verdadera respuesta a la problemática. Para ello, se tomaron en cuenta en las investigaciones la participación de informantes clave de instituciones y gremios como: la Caja Costarricense del Seguro Social, el Colegio de Trabajadores Sociales, la Asociación de Ginecología y Obstetricia, el Colegio de Enfermeras, el Instituto Nacional de las Mujeres, el Ministerio de Salud, la Defensoría de los Habitantes, la Universidad de Costa Rica y el Centro de Investigación de Estudios de la Mujer. A partir de los diferentes hallazgos, se concluyó que hay actores que se encuentran interesados en la resolución del problema de VO en el país, no obstante, también hay actores institucionales que representan un obstáculo para su visibilización, pues ni siquiera reconocen la existencia de VO en el país, y los que lo hacen lo reconocen en términos individuales, esto es, que se interpreta como un problema de pocos casos, según dichos artículos.

De acuerdo con Salazar y Torres (2018), se deduce que la "desresponsabilización estatal se evidenciada en exclusión de este fenómeno en los perfiles epidemiológicos oficiales y del marco jurídico y político, el no uso de la Guía de Atención Integral a las Mujeres y Niños en el periodo prenatal, parto y posparto y la vigencia del modelo tecnocrático" (p. 246). Plantean la necesidad de que se establezcan diálogos entre las instituciones y los colectivos para poder formular una política pública en esta materia con una visión de género feminista que cuestione el abordaje paternalista patriarcal, que tome en cuenta, tal y como lo mencionan Azofeifa y Naranjo (2018), la necesidad de contar con capacitaciones al personal de salud y mejorar los procesos de formación de las universidades con el fin de sensibilizar y concientizar a las persona respecto a la VO.

En esta misma línea de la situación legislativa, es necesario mencionar que el plan de parto es un concepto que se empezó a promover en Costa Rica a partir del año 2016 con la Norma Nacional para la Atención del Parto y el Nacimiento, como parte de una serie de acciones implementadas por la Caja Costarricense del Seguro Social para mejorar la atención del parto. Dicha Norma promueve el respeto a las decisiones de la mujer sobre su proceso de parto, es por esta razón que esta medida viene siendo un tipo de guía escrita que expresa los deseos de la mujer en donde se pueden incluir aspectos como:

- a. Acompañamiento: Quién desea la mujer que le acompañe durante la labor (pareja, familiar, doula, etc.)
- b. Posición al dilatar: Capacidad para moverse o cambiar de posición.

- c. Posición al parir: Posiciones durante el expulsivo (vertical, de cuclillas, de lado)
- d. Procedimientos médicos: Frecuencia de tactos vaginales, episiotomía, monitoreo del bebé...
- e. El deseo de priorizar el contacto piel con piel, una vez haya nacido el bebé.
- f. Preferencias de la lactancia, si se desea amamantar o no y si se desea usar o no el chupón o chupeta.

Dicho plan puede presentarse en el hospital en que se desea parir, antes o al momento del ingreso. No existe una guía clara publicada por la C.C.S.S de cómo debe presentarse dicho plan, ni si tiene que contar con la revisión de algún profesional en el área médica, sino que el proceso descrito por el Ministerio de Salud consta en llevar el plan de parto y que éste deberá ser discutido con las personas profesionales a cargo a la hora de iniciar la labor de parto en el hospital donde se dará a luz.

Continuando ahora a nivel internacional, Corral-Manzano (2019), realizó un estudio en donde se revisaron 33 códigos penales vigentes en México al mes de octubre del año 2018. Dentro de sus principales hallazgos se encuentra que en dicho país ha existido trabajo legislativo en torno al tema de la VO, y que la misma ya es contemplada en algunos estados como delito, mientras que en otros se elaboraron programas de prevención de la VO, pero sin considerarlo un delito. Al analizar las conductas con sanción penal de VO, se observó que sólo se contemplan la violencia verbal y la negligencia. Además de esto, no se tienen registros de que se haya realizado ningún juicio penal en torno a la VO a pesar de que sí han existido denuncias. Esto apunta a un debilitamiento de la confianza en el sistema judicial.

En esta misma línea, Malacalza (2017), en Buenos Aires, Argentina, destaca una desarticulación de los servicios tanto de salud como los servicios penales lo cual segrega a las mujeres del acceso a campañas de salud y políticas nacionales que promueven los derechos sexuales y reproductivos. Además de que la legislación no ha provisto procedimientos formales de tramitación de denuncias de VO frente al Estado.

Lo que se puede notar en esta línea temática tanto a nivel nacional como internacional, es que los esfuerzos legislativos en torno a este fenómeno son muy recientes y escasos, en donde la VO no siempre es reconocida como un delito, muchas prácticas aún no son estipuladas como parte de la VO y los procesos penales no son realizados de manera eficiente, por lo que se identifica una desarticulación de los servicios de salud y los sistemas judiciales en cuanto a esta problemática.

## **1.5 Prácticas médicas, su forma de aplicación durante el parto y su influencia en la experiencia de VO**

Esta línea investigativa tiene como objetivo caracterizar la percepción de las mujeres gestantes sobre la atención médica recibida en relación con prácticas médicas gineco-obstétricas, así como determinar su prevalencia en distintos hospitales del mundo.

En Costa Rica, Céspedes y otros (2015), realizaron una investigación cuantitativa titulada "Percepción de la mujer costarricense sobre la violencia obstétrica y los servicios de la Caja Costarricense del Seguro Social" la cual tenía como objetivo dar a conocer las situaciones de VO que se dan en la C.C.S.S. Dentro de los principales hallazgos se destaca que existe una probabilidad del 87 % de que una mujer reciba VO en los centros de salud públicos durante su periodo de gestación y que hay un 62.3 % de probabilidad de recibir agresión verbal, por lo que se concluye que la VO en los hospitales públicos de Costa Rica es muy alta.

A nivel internacional, la falta de consentimiento informado es una de las principales muestras de VO experimentadas en todo el mundo. Tal como se evidencia en la investigación de Camacaro (2015), titulada "Conductas de rutina en la atención al parto constitutivas de violencia obstétrica" se analizó si las conductas de rutina obstétrica en la sala de hospitalización del Servicio de Obstetricia del Hospital Central de Maracay (HCM/Venezuela) incurren en actos de VO. Dentro de sus hallazgos, resaltó que la aplicación de oxitócicos (para acelerar el parto) como conducta de rutina, pues se realizó en un 80 % de las embarazadas y al 88,3 % de las mujeres a las que les aplicó, no se les solicitó consentimiento informado.

En la misma línea, Rodríguez y Aguilera (2017), realizaron un estudio en Tenerife con 282 mujeres encuestadas en donde el principal hallazgo es que el 56,4 % de la muestra sufrió VO durante el parto, siendo entre los indicadores más frecuentes la participación de alumnado en prácticas sin el consentimiento de la mujer, y un aceleramiento del ritmo en el parto por conveniencia del personal sanitario. Rangel-Flores (2017), también identificó en su investigación que eran comunes las siguientes prácticas correspondientes a VO: tactos vaginales, grabaciones sin consentimiento, aislamiento de sus parejas, pronta separación de sus bebés, episiotomía sin consentimiento, intolerancia por parte del personal de salud, entre otras.

La investigación de Iglesias *et al.* (2019), realizada en España, destacó que el 45,8% de las mujeres opinaron que los profesionales sanitarios no solicitaron su consentimiento informado antes de cada técnica realizada y que un 49 % no tuvo posibilidad de aclarar dudas o expresar miedos. El 38 % percibió que durante el parto recibieron procedimientos que no necesitaban y/o podrían ser perjudiciales para su salud, y un 34 % de las mujeres opinaron que habían sufrido VO.

Por otro lado, se identificó que en las investigaciones internacionales hay una tendencia a la violencia psicológica como las principales formas de VO. Pereira *et al.* (2015), realizaron un estudio para evaluar la prevalencia de la VO en la sala de partos del Hospital General del Oeste “Dr. José Gregorio Hernández” de Caracas entre junio y octubre de 2012, en la cual se determinó que la prevalencia fue de 26,3 %, predominando la violencia psicológica por parte del obstetra, el anestesiólogo, y las enfermeras. Un estudio similar fue realizado por da-Silva-Carvalho y Santana-Brito (2015), en Rio Grande do Norte, Brasil, en la que se identificó que la atención estaba caracterizada por comentarios inapropiados procedentes de algunos profesionales de la salud, lo cual refleja una asistencia poco humanizada. Además, las mujeres fueron criticadas por gritar o gemir durante el parto y además fueron presionadas psicológicamente con la responsabilidad de los posibles daños al niño/niña si no se acataban las directrices del personal médico.

Esta misma violencia psicológica puede verse en la investigación realizada por Jojoa y otros (2019), en Colombia en donde se entrevistaron 16 mujeres con experiencia obstétrica de menos de dos años que asistieron a los hogares de Familia, Mujer e Infancia (FAMI) del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar durante el 2016. El 69 % de las mujeres entrevistadas reportaron alguna forma de VO siendo la de tipo psicológico la más recibida pues en el proceso de atención hubo malos tratos e impedimento a las gestantes para expresar sentimientos y emociones.

Finalmente, Rangel-Flores (2017), realizó una investigación en México en la cual, a través de grupos focales en la microrregión Huasteca Central, las mujeres expresaron que perciben violento el hecho de que el personal de salud les ordene callar las emociones que se producen durante el trabajo de parto y parto, y que el impacto del abuso verbal es aún más grave cuando el personal de salud les menciona y convence de que por su falta de voluntad para avanzar de manera satisfactoria en el trabajo de parto, sus hijos corren riesgos importantes.

Tal como se pudo observar en esta línea temática, la mayoría de investigaciones se han centrado en evaluar la percepción de las mujeres, determinando que las principales muestras de VO se dan en torno al bajo nivel de consentimiento informado (especialmente en torno a la aplicación de oxicíticos) y la alta incidencia de violencia psicológica a través del irrespeto, el miedo, las amenazas, gritos, burlas por parte del personal médico y la exigencia de callar las emociones experimentadas durante la labor de parto. Finalmente, también se encontraron investigaciones que detallan la prevalencia de estas conductas en los hospitales del mundo, con lo cual se destacan cifras importantes y altas probabilidades de experimentar este tipo de escenarios de VO en hospitales públicos de diversos países.

## **1.6 Otras investigaciones relevantes relacionadas**

En este subapartado, se encuentran las investigaciones que se consideraron relevantes para la investigación presente, pero que no pertenecían a ninguna de las líneas de investigación descritas con anterioridad.

Hernández (2019), presenta el único trabajo encontrado hasta este momento a nivel nacional desde la psicología. El objetivo de su investigación fue analizar el impacto psicosocial de las experiencias de VO vivenciadas por siete mujeres costarricenses entre los 18 y 40 años, que acontecieron durante los periodos de parto y posparto en hospitales públicos. Fue un estudio cualitativo, exploratorio-descriptivo. Entre los resultados que se obtuvieron es que la VO es una realidad innegable en los centros de salud públicos costarricenses y trae consigo consecuencias psicosociales como, por ejemplo: modificación de sus concepciones en torno a la maternidad, depresión, estrés, aislamiento social, hemorragias, desgarrar vaginal, dificultades para retomar la vida sexual, desconfianza en el sistema de salud público, entre otras.

A modo de conclusión, se identificó que a nivel nacional se encuentran disponibles un total de nueve investigaciones relacionadas con la VO, no obstante, hay dos tesis de licenciatura las cuales corresponden a Murillo *et al.* (2016) y Chaves y Delgado (2002), a las que no se tuvo acceso debido a que se encuentran en la lista de tesis de la Universidad de Costa Rica pero no se encuentran disponibles para su lectura. La mayoría de los antecedentes nacionales se concentraron en la relación de la VO con determinantes sociales de la salud y la situación legislativa, existiendo sólo una investigación correspondiente a la línea temática de prácticas médicas constitutivas de VO recibidas por las mujeres. Asimismo, la mayoría de las investigaciones son realizadas desde la sociología y trabajo social, existiendo sólo una investigación desde la psicología. Dada la justificación esgrimida, se identifica que ha sido un tema poco estudiado en Costa Rica y menos aún desde el área de la disciplina psicológica.

Con lo expuesto se identificó que en Costa Rica la mayoría de las investigaciones que se encuentran son desde el enfoque cualitativo, no obstante, el enfoque cuantitativo se hace presente en investigaciones como la de Fuentes (2020), Céspedes *et al.* (2015), y Quesada y Román (2021).

A nivel internacional, se han realizado estudios de manera diagnóstica que permiten identificar la realidad de la VO en los hospitales del mundo, principalmente en hospitales latinoamericanos. Su prevalencia y la percepción de las mujeres atendidas fue estudiada en ocho investigaciones. Esto permite identificar que el fenómeno existe, es real, sin embargo, no hay una profundización en las causas, ni en los efectos en la vida de las mujeres, sus parejas y sus bebés a nivel emocional o psicológico.

La motivación para plantear este tema de investigación surge a partir de conversaciones de las investigadoras con amigas y familiares, pues a través de estos diálogos, se identificó de manera personal que la violencia obstétrica es un fenómeno común y normalizado por parte de las mujeres a la hora de relatarlo y que además, eran experiencias que estaban muy marcadas por el contexto de la COVID-19, el cuál influenció también en la manera en que vivieron el proceso de parto y posparto en los centros de salud públicos.

A partir del interés de las investigadoras respecto al tema, se inicia un proceso de búsqueda en medios como periódicos y entrevistas, sobre la VO. A partir de este momento se despierta un interés más fuerte en las investigadoras, el cual las llevó a escuchar una entrevista que se le realizó a la Dra. Gabriela Arguedas Ramírez (2021), quién es pionera en el estudio de la VO en Costa Rica.

Se tuvo el interés de conocer cómo ha sido teorizado e investigado el tema tanto a nivel nacional como internacional, describiendo de esta manera las primeras líneas de investigación. De las diversas investigaciones revisadas a nivel nacional, se puede evidenciar que la VO es una situación que sucede de forma cotidiana en los centros de salud públicos costarricenses. Uno de los aspectos que más llaman la atención, es el hecho de que los datos respecto a la VO por parte del Estado son prácticamente nulos, pues la última información estadística publicada se encuentra en la encuesta Estado de la Mujer, Niñez y adolescencia realizada por el Instituto de Estadística y Censos (INEC) y el Ministerio de Salud realizada en el año 2018 (EMNA, 2018). Interesa por tanto destacar que es un tema que ha sido obviado por parte del Estado y los propios centros de salud. Por lo tanto, se considera importante que las vivencias de las mujeres que han sufrido VO sean visibilizadas para promover una concientización de dicho fenómeno y de la atención brindada a mujeres durante su proceso de parto y posparto.

La VO, tal y como se mencionó en los apartados anteriores, representa un problema importante para las mujeres ya que las mismas están siendo despojadas de su cuerpo frente a prácticas biomédicas hegemónicas y patriarcales violentando a su vez sus derechos sexuales y reproductivos. Por lo tanto, el objetivo general de la presente investigación fue analizar las vivencias en torno a la violencia obstétrica de mujeres que han sido atendidas en el sistema de salud público costarricense dentro del Gran Área Metropolitana en el contexto de pandemia por COVID-19.

Camacaro y otros (2015), describen cómo en los sistemas de salud durante el proceso de parto las mujeres se encuentran expuestas y vulnerables a diversas prácticas que no individualizan el proceso de parto de cada mujer, sino más bien, se guía bajo un trabajo automático bajo ciertas reglas preestablecidas y prácticas que violentan los derechos de las mujeres, tales como: negar la atención a

una mujer embarazada, realizar comentarios irrespetuosos, ofensivos, burlistas o discriminatorios, discriminación por raza, etnia, edad, educación, religión o creencia, condición económica, estado civil o situación conyugal, orientación sexual, número de hijos, etc.; realizar cesárea sin ser necesario, impedir la entrada del acompañante elegido por la mujer; aplicar suero con oxitocina para acelerar el trabajo de parto; realizar la episiotomía de rutina, restringir la posición del parto, impedir o retardar el contacto del bebé con la mujer después del trabajo de parto, tener tactos vaginales sucesivos y sin consentimiento por personas diferentes para verificar la dilatación, entre otros (De Mesquita *et al.* 2018). Es por estas prácticas que las mujeres llegan a sentirse como objetos y no como personas sujetas de derechos, según lo evidenciado en dichos artículos.

Como parte del fenómeno de la VO, es necesario tomar en cuenta las relaciones de poder que suceden cuando las mujeres gestantes son atendidas en los centros de salud. Esto ya que las personas profesionales de salud incluyendo médicos/médicas, enfermeras/enfermeros, practicantes, entre otros, configuran un rol de saber biomédico frente a las mujeres, haciendo más difícil que las opiniones de éstas sean tomadas en cuenta, en especial a la hora de tomar una decisión relacionada con los procedimientos realizados durante la labor de parto.

Otro factor por analizar son las consecuencias emocionales vivenciadas en torno a la VO, ya que estas consecuencias emocionales han sido escasamente estudiadas a nivel nacional. El único artículo encontrado es el de Hernández (2021), quien enlista emociones tales como: vergüenza, indefensión, angustia, miedo, soledad, abandono, culpabilidad e inseguridad, relacionadas con la experiencia de violencia obstétrica.

A pesar de que a nivel nacional hay leyes, políticas públicas y normativas que buscan regular la prestación del servicio, como por ejemplo la Norma Oficial de Atención Integral a las Mujeres Embarazadas de Bajo Riesgo Obstétrico (2009) y la Guía de Atención Integral a las Mujeres, Niños y Niñas en el periodo prenatal, parto y posparto (2009), sigue siendo común escuchar las historias muchas veces descritas como de terror de mujeres que han pasado por la sala de partos en hospitales públicos lo cual indica que la VO se mantiene actualmente, por lo que se considera importante que se visibilicen las vivencias de mujeres atendidas en el sistema de salud público costarricense del Gran Área Metropolitana que han sido objeto de violencia obstétrica en el contexto de la pandemia por la COVID-19. El presente trabajo pretende analizar dichas vivencias en torno a la violencia obstétrica en el contexto de pandemia por COVID-19. Lo expuesto justifica la siguiente interrogante para la investigación: ¿Cuáles son las vivencias en torno a la violencia obstétrica que han experimentado mujeres atendidas en el sistema de salud público costarricense del Gran Área Metropolitana durante el contexto de pandemia por COVID-19?

## 1.7 Problema de investigación

La motivación para plantear este tema de investigación surge a partir de conversaciones de las investigadoras con amigas y familiares, pues a través de estos diálogos, se identificó de manera personal que la violencia obstétrica es un fenómeno común y normalizado por parte de las mujeres a la hora de relatarlo y que además, eran experiencias que estaban muy marcadas por el contexto de la COVID-19, el cuál influenció también en la manera en que vivieron el proceso de parto y posparto en los centros de salud públicos. Con base en el interés de las investigadoras respecto al tema, se inicia un proceso de búsqueda en medios como periódicos y entrevistas, sobre la VO.

A partir de este momento se despierta un interés más fuerte en las investigadoras, el cual las llevó a escuchar una entrevista que se le realizó a la Dra. Gabriela Arguedas Ramírez (2021), quién es pionera en el estudio de la VO en Costa Rica. Se tuvo el interés de conocer cómo ha sido teorizado e investigado el tema tanto a nivel nacional como internacional, describiendo de esta manera las primeras líneas de investigación.

De las diversas investigaciones revisadas a nivel nacional, se puede evidenciar que la VO es una situación que sucede de forma cotidiana en los centros de salud públicos costarricenses. Uno de los aspectos que más llaman la atención, es el hecho de que los datos respecto a la VO por parte del Estado son prácticamente nulos, pues la última información estadística publicada se encuentra en la encuesta Estado de la Mujer, Niñez y adolescencia realizada por el Instituto de Estadística y Censos (INEC) y el Ministerio de Salud realizada en el año 2018 (EMNA, 2018).

Se deduce de lo expuesto que es un tema que ha sido obviado por parte del Estado y los propios centros de salud. Por lo tanto, se considera importante que las vivencias de las mujeres que han sufrido VO sean visibilizadas para promover una concientización de dicho fenómeno y de la atención brindada a mujeres durante su proceso de parto y posparto. La VO, tal y como se mencionó en los apartados anteriores, representa un problema importante para las mujeres ya que las mismas están siendo despojadas de su cuerpo frente a prácticas biomédicas hegemónicas y patriarcales violentando a su vez sus derechos sexuales y reproductivos.

Por lo tanto, el objetivo general de la presente investigación fue analizar las vivencias en torno a la violencia obstétrica de mujeres que han sido atendidas en el sistema de salud público costarricense dentro del Gran Área Metropolitana en el contexto de pandemia por COVID-19. Camacaro y otros (2015), describen cómo en los sistemas de salud durante el proceso de parto las mujeres se encuentran expuestas y vulnerables a diversas prácticas que no individualizan el proceso de parto de cada mujer, sino más bien, se guía bajo un trabajo automático bajo ciertas reglas preestablecidas y prácticas que violentan los derechos de las mujeres, tales como: negar la atención a

una mujer embarazada, realizar comentarios irrespetuosos, ofensivos, burlistas o discriminatorios, discriminación por raza, etnia, edad, educación, religión o creencia, condición económica, estado civil o situación conyugal, orientación sexual, número de hijos, etc.; realizar cesárea sin ser necesario, impedir la entrada del acompañante elegido por la mujer; aplicar suero con oxitocina para acelerar el trabajo de parto; realizar la episiotomía de rutina, restringir la posición del parto, impedir o retardar el contacto del bebé con la mujer después del trabajo de parto, tener tactos vaginales sucesivos y sin consentimiento por personas diferentes para verificar la dilatación, entre otros (De Mesquita *et al.* 2018).

Es por estas prácticas que las mujeres llegan a sentirse como objetos y no como personas sujetas de derechos, según lo evidenciado en dichos artículos. Como parte del fenómeno de la VO, es necesario tomar en cuenta las relaciones de poder que suceden cuando las mujeres gestantes son atendidas en los centros de salud. Esto ya que las personas profesionales de salud incluyendo médicos/médicas, enfermeras/enfermeros, practicantes, entre otros, configuran un rol de saber biomédico frente a las mujeres, haciendo más difícil que las opiniones de éstas sean tomadas en cuenta, en especial a la hora de tomar una decisión relacionada con los procedimientos realizados durante la labor de parto.

Otro factor por analizar son las consecuencias emocionales vivenciadas en torno a la VO, ya que estas consecuencias emocionales han sido escasamente estudiadas a nivel nacional. El único artículo encontrado es el de Hernández (2021), quien enlista emociones tales como: vergüenza, indefensión, angustia, miedo, soledad, abandono, culpabilidad e inseguridad, relacionadas con la experiencia de violencia obstétrica.

A pesar de que a nivel nacional hay leyes, políticas públicas y normativas que buscan regular la prestación del servicio, como por ejemplo la Norma Oficial de Atención Integral a las Mujeres Embarazadas de Bajo Riesgo Obstétrico (2009) y la Guía de Atención Integral a las Mujeres, Niños y Niñas en el periodo prenatal, parto y posparto (2009), sigue siendo común escuchar las historias muchas veces descritas como de terror de mujeres que han pasado por la sala de partos en hospitales públicos lo cual indica que la VO se mantiene actualmente, por lo que se considera importante que se visibilicen las vivencias de mujeres atendidas en el sistema de salud público costarricense del Gran Área Metropolitana que han sido objeto de violencia obstétrica en el contexto de la pandemia por la COVID-19. El presente trabajo pretende analizar dichas vivencias en torno a la violencia obstétrica en el contexto de pandemia por COVID-19. Por lo indicado anteriormente, se planteó la siguiente pregunta que guio la investigación: ¿Cuáles son las vivencias en torno a la violencia obstétrica que han experimentado mujeres atendidas en el sistema de salud público costarricense del Gran Área Metropolitana durante el contexto de pandemia por COVID-19?

### **1.8 Objetivo General**

- Analizar las vivencias en torno a la violencia obstétrica de mujeres que han sido atendidas en el sistema de salud público costarricense dentro del Gran Área Metropolitana en el contexto de pandemia por la COVID-19.

### **1.9 Objetivos específicos**

- Conocer las emociones asociadas a la experiencia de violencia obstétrica durante y después de la misma, en las mujeres participantes del estudio que fueron atendidas en el sistema de salud público costarricense durante la pandemia.
- Identificar las formas de aplicación de prácticas de rutina médicas del personal de la salud que constituyen violencia obstétrica hacia las mujeres durante su parto y posparto.
- Indagar a partir de los relatos de las mujeres, las relaciones de poder obstétrico entre el personal médico y las mujeres atendidas en el sistema de salud público costarricense.

## Capítulo II

### Marco teórico

Se detalla a continuación el referente conceptual a tomar en cuenta para la comprensión del fenómeno estudiado en la presente investigación.

#### 2.1 Psicología de la Salud

Para la presente investigación, se utilizó como referente conceptual la psicología de la salud. Para ello, es necesario primeramente definir qué se entiende por ésta y su relación con el tema de estudio. De acuerdo con Seoane y Garzon (2010), los orígenes de la psicología de la salud se sitúan en la década de 1970 y sus principales exponentes son: Joseph Matarazzo, George C. Stone, Torres y Beltrán (1986), Bloom (1988), Rodríguez y Palacios (1989). En el año 1978, se reunieron diversas disciplinas de la psicología con un interés en conjunto por las cuestiones relacionadas con la salud, para formar la división de la psicología de la salud de la *American Psychological Association* (APA) y así es como nace formalmente esta rama de la psicología.

Matarazzo (1980), plantea la primera definición de psicología de la salud, la cual es entendida como:

El conjunto de contribuciones científicas, educativas y profesionales que las diferentes disciplinas psicológicas hacen a la promoción y mantenimiento de la salud, a la prevención y tratamiento de la enfermedad, a la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y las disfunciones relacionadas, a la mejora del sistema sanitario y a la formación de una política sanitaria (p. 815).

En resumen, la psicología de la salud es la aplicación del conocimiento acumulado desde la ciencia y la profesión de la psicología en el campo de la salud (Matarazzo, 1987, citado por Roales-Nieto, 2004, p. 69). Específicamente, la aplicación del conocimiento psicológico al campo de la salud. En este caso, se entenderá a la misma desde el modelo biopsicosocial, una aproximación al estudio de los procesos de salud-enfermedad más amplia, que abarca no solo aspectos físicos sino sociales, tal como se describe a continuación.

#### 2.2 Modelo marco biopsicosocial en Psicología de la Salud

En la segunda mitad del siglo XX, George Engel (1977), planteó una alternativa al modelo biomédico como una forma de superación de los modelos reduccionistas, duales cuerpo-mente, mecanicistas y lineales como lo es en el modelo biomédico. Tal y como lo menciona Engel (1977),

“El modelo dominante de enfermedad en la actualidad es el biomédico, y dentro de su marco no hay espacio para las dimensiones sociales, psicológicas y conductuales de la enfermedad.” (p. 394).

Por tanto, Engel (1977), presenta la propuesta del modelo biopsicosocial en el que se plantea que “los factores psicosociales están implicados junto a los de tipo biológico en la génesis, desarrollo, pronóstico y curación de las enfermedades y en el mantenimiento de la salud” (Roales-Nieto, 2004, p.112). Para el modelo biopsicosocial ya no es únicamente el cuerpo que enferma o únicamente la mente, es el ser humano en su totalidad: una unidad biopsicosocial. Por tanto, desde dicha perspectiva el continuo de salud-enfermedad depende de la interacción dinámica y constante entre mente, cuerpo y entorno social en el que se está suscrito (Borrell-Carrió, Suchman y Epstein, 2004).

Al contrario del modelo biomédico en donde la persona se ve como un ente pasivo, en el presente modelo se promueve la participación del paciente, tanto como del individuo sano, en los procesos tanto de mantenimiento de la salud, como de tratamiento y rehabilitación, estimulando la idea de corresponsabilidad entre profesionales y pacientes. Que la persona participe activamente en el cuidado de su salud, tanto sea para su potenciación y mantenimiento cuando la tenga, como para su restauración cuando la pierda (Roales-Nieto, 2004).

El modelo biopsicosocial encuentra sustento en la Teoría General de Sistemas, dado que se considera que los distintos niveles que conforman la realidad humana y el proceso de salud y enfermedad, como, por ejemplo: el sistema de salud, la comunidad, los componentes biológicos y genéticos, así como los aspectos psicológicos y sociales, interactúan de manera dinámica y constante. Desde esta perspectiva,

...el organismo —un sistema en sí— estaría compuesto de subsistemas tales como el comportamental y el biológico, siendo a su vez parte de un sistema más extenso y complejo, un suprasistema: el ecosistema comunitario en el que dicho organismo se inserta (Roales-Nieto, 2004, p. 113).

Los sistemas y subsistemas mantienen una relación de influencia mutua: se encuentran en constante interacción, pero al mismo tiempo tienen un funcionamiento y organización propia. Al respecto, Vanegas y Gil (2007), mencionan que:

...es imposible analizar un sistema aislado, cada uno de los elementos está en correlación con los otros, de tal manera que la totalidad, siempre tendrá características que se forman de la relaciones de los elementos que no están en ellos individualmente” (p. 56).

En síntesis, la psicología de la salud se sustenta en el modelo marco biopsicosocial, que se basa a su vez en la Teoría de los Sistemas propuesta por Bertalanffy (1940), el cual ofrece una visión y comprensión integral del ser humano, donde los aspectos biológicos, psicológicos y sociales (entendidos cada uno de ellos como sistemas interconectados), influyen y determinan el estado de salud-enfermedad de las personas.

### **2.3 Salud y enfermedad desde la Psicología de la Salud y el modelo Biopsicosocial**

Por otro lado, para profundizar qué es la salud, esta puede ser entendida de manera simplista, sosteniendo que la salud puede ser sólo definida en términos de la ausencia de alguna enfermedad, sin embargo, según el modelo biopsicosocial se propone que se deben de considerar igualmente importantes los factores psicológicos, sociales y culturales junto con los biológicos como determinantes de la salud (Oblitas, 2008).

Es importante mencionar que, desde este enfoque, la salud es entendida como algo no solamente individual, sino colectivo y grupal. Según Luzoro (1992), los psicólogos cubanos sabían que mejorar la salud de la población requería hacer cambios sociales, esto debido a que mucho de la salud tiene que ver con las relaciones interpersonales y cómo se trata a los ciudadanos en los sistemas de salud de cada país. La atención brindada, el contexto en que se encuentran y el trato en general, puede favorecer o impactar de manera negativa los procesos de curación de las enfermedades.

Por lo tanto, la psicología de la salud se relaciona, de forma social e individual, en los temas referentes a la salud y la enfermedad, interesándose también en el personal médico, la forma en que se brindan estos servicios y el papel de la persona usuaria. Según Stone (1988), esta rama de la psicología se centra en la aplicación de la teoría y las competencias psicológicas al estudio y análisis de las acciones realizadas en el sistema de salud, ya sea que se trate de los niveles de atención, de educación o planificación de la salud. Según este mismo autor, parte de los objetivos de esta disciplina son realizar una evaluación de la organización, los proveedores, los pacientes y las relaciones médico-pacientes. En cuanto a los tipos de intervención que se pueden desarrollar están: promoción y prevención en salud, educación, solución de problemas, investigación, rehabilitación de la enfermedad, entre otras (ibid).

Los profesionales en psicología tienen muchos posibles campos de acción, ya que pueden participar en todas las fases del proceso salud-enfermedad, por ejemplo, desde un modelo preventivo en salud: promoviendo estilos de vida saludables, así como evaluando y mejorando los sistemas sanitarios, también asesorando en la tarea de evaluar el grado en el cual las intervenciones orientadas

hacia la salud son efectivas para conseguir las metas propuestas. Además, se profundiza mucho más activamente en un análisis de las motivaciones y los valores relacionados con la salud en cada individuo.

Este referente es coherente con el tema de la VO, ya que es un problema de salud pública. Como se mencionó en el apartado de la justificación, la violencia obstétrica tiene incidencia en las tasas de mortalidad según estudios de la UNICEF & Tulane University (2016), el cual constituye un elemento de alta relevancia para este enfoque.

Las dinámicas médicas y el proceso de salud, tanto de las madres como de los bebés, son un eje central de la investigación, así como también de la psicología de la salud. Es importante destacar que en esta investigación se entiende que el embarazo y el parto son de los procesos más vulnerables que experimenta la mujer no solo física, sino psicológicamente y tiene incidencia en la recuperación en qué tipo de atención médica se le brindó durante sus meses de gestación, el parto y el posparto. Como veremos más adelante, la VO experimentada durante el parto es capaz de generar cuadros de estrés postraumático y depresión, lo que afecta en general la calidad de vida de las mujeres y la relación con el recién nacido. Sin embargo, se comprende el embarazo y el parto como un proceso de salud, no de enfermedad de la mujer, uno que requiere de vigilancia médica ante posibles riesgos, pero al fin y al cabo un proceso de salud y no de enfermedad.

Es de particular interés estudiar por medio de la psicología de la salud en esta investigación, las dinámicas de poder obstétrico que se desarrollan a lo interno de los centros de salud que facilitan la presencia de violencia en la atención a las mujeres por parte del personal médico, que termina incidiendo además en la relación con sus bebés y sus parejas. Entendiendo además que el presente estudio abarca la vivencia de diez mujeres dentro de un sistema hospitalario, en constante vínculo con el personal de salud en donde se ven involucradas dimensiones biológicas, psicológicas y sociales.

### **Servicios públicos de atención de embarazo y parto en Costa Rica**

Costa Rica cuenta con un sistema de salud público el cual está formado por la Caja Costarricense de Seguro Social (C.C.S.S), institución que tiene a cargo el aseguramiento público de salud. Además de las personas que se encuentran aseguradas, los menores de edad, las mujeres en estado de embarazo que no están protegidos por el beneficio familiar del régimen, así como indigentes identificados, y los pensionados del régimen no contributivo, están asegurados a cargo del Estado. Esto es, pueden recibir atención en cualquiera de los centros de salud pública del país. La C.C.S.S es la institución responsable de proveer servicios públicos del seguro de salud y maternidad a toda la población. (Sáenz, Acosta, Muiser, Bermúdez, 2011).

El sistema de salud público brinda atención prenatal, la cual cumple el propósito de identificar condiciones de riesgo tanto para las madres como para sus bebés, brindando una atención integral de calidad, que responda a las necesidades de manera eficaz y eficiente. Esta atención incluye, según lo planteado desde la C.C.S.S. "la visita domiciliar, las acciones de diagnóstico, la sensibilización de las comunidades ante los problemas y necesidades de las mujeres en este período, la atención directa, la preparación para el parto, la educación prenatal y el seguimiento en el hogar" (C.C.S.S., 2009, p. 19).

La C.C.S.S, cuenta con un esquema de tres niveles de atención obstétrica. El primer esquema está basado en la captación y manejo básico, lo cual se realiza en clínicas de consulta externa de la C.C.S.S, Hospitales periféricos y todos los establecimientos incluidos en los niveles II y III que dispongan de Atención Prenatal. El segundo nivel es de evaluación y manejo intermedia y se maneja en los establecimientos de clínicas de consulta externa de la C.C.S.S, hospitales periféricos, hospitales regionales y hospitales nacionales que dispongan de unidades de atención de II nivel. El tercer nivel es para el manejo de la gestante con condiciones de alto riesgo y se hace en hospitales nacionales en las unidades de alto riesgo obstétrico y unidades de alto riesgo neonatal (C.C.S.S, 2009) (Ver anexo #4).

Por lo tanto, la C.C.S.S incluye la atención del parto durante todas sus fases, entre ellas: atención prenatal, del parto, atención de la madre en el posparto inmediato, atención mediata del recién nacido sano, atención del bebé y de la madre en la sala de alojamiento y valoración integrada del bebé y de la madre para el egreso. Por último, se brinda la atención posparto la cual consiste en "una serie de actividades que se llevan a cabo con la mujer y su bebé con la finalidad de obtener un mejor grado de salud para ella y orientar la planificación de la familia y el cuidado del recién nacido" (C.C.S.S, 2009, p. 116). Dicha atención incluye la atención primaria, el registro de información, preconsulta, consulta a la madre, consulta al (a) recién nacido(a) y pos-consulta.

El siguiente es un cuadro que incluye los hospitales por provincia de la Gran Área Metropolitana que forman parte del círculo geográfico en el que se circunscribe el presente estudio y en donde hay atención gineco-obstetra:

Tabla 1

*Lista de hospitales de la Gran Área Metropolitana*

Provincia	Hospitales
-----------	------------

---

Alajuela	Hospital San Rafael de Alajuela
Heredia	Hospital San Vicente de Paúl
San José	Hospital México Hospital Rafael-Ángel Calderón Guardia Hospital San Juan de Dios Hospital de las Mujeres Dr. Adolfo Carit
Cartago	Hospital Maximiliano Peralta Jiménez

---

*Fuente: Hospitales de la Caja Costarricense de Seguro Social (2025)*

## 2.4 Violencia Obstétrica

La violencia obstétrica es definida por el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) (2006), como:

La apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres. (p. 30)

Añadiendo a esta definición, Arguedas (2014), amplía y destaca que la VO es todo el conjunto de prácticas degradantes y opresoras que experimentan mujeres y niñas en el ámbito general de la salud reproductiva. Se puede entender entonces que esta violencia, es la que se ejerce dentro de las instituciones de salud contra la mujer gestante, incluyendo no sólo el tiempo de parto y parto si no también el posparto inmediato en el hospital. Dicha situación trae consigo una serie de consecuencias a nivel físico, social y psicológico lo cual afecta negativamente la calidad de vida de las mujeres.

Como destaca Belli (2013), la VO proviene de una relación asimétrica que existe entre las mujeres y los profesionales de salud, que pasa por alto los derechos reproductivos de la mujer y que se basa en la visión patologizada del embarazo y el parto. Esto reduce la posibilidad de las mujeres de valerse por sí mismas para afrontar su vida sexual y reproductiva. Este tipo de violencia es una consecuencia de la aplicación del paradigma biomédico en el espacio de la atención de los procesos reproductivos de la mujer.

La VO es además una forma de violencia de género, puesto que las prácticas que se ejercen en las instituciones responden también a estructuras sociales, debido a que estas se sustentan en un

contexto patriarcal en donde las mujeres son tratadas como inferiores sólo por el hecho de ser mujeres (Margarita, 2018). Es una situación que pone de manifiesto la asimetría que existe entre hombres y mujeres en el trato en los sistemas de salud (Medina, 2009), siendo una forma de violación a los derechos reproductivos y sexuales de las mujeres.

Dado que el patriarcado constituye una forma de organización social, tanto hombres como mujeres pueden contribuir a su reproducción. En este sentido, dentro de una institución de salud, la VO —como manifestación de violencia de género— puede ser ejercida por ambos. Así, a través de las interacciones sociales y políticas, hombres y mujeres reproducen conductas, valores y creencias que responden a un sistema patriarcal.

Esta noción patriarcal viene de la mano con lo planteado como la apropiación del cuerpo de las mujeres en la historia. Arguedas (2014), realiza un resumen de lo aportado por la filósofa y cuentista social, Silvia Federici, en cómo fueron las mujeres desterradas de sus propios cuerpos de manera paulatina en la transición del feudalismo al capitalismo. Cómo la época de la cacería de brujas en los siglos XVI y XVII concluyó en la expropiación de las mujeres del saber empírico y el declive del proceso histórico de acumulación y transmisión de saberes heredados de generación en generación.

Esto desencadenó también el progreso de la medicina profesional entendiendo el conocimiento científico como algo incuestionable “lejano y a la vez incomprensible para el pueblo” (Arguedas, 2014, p. 148). Se excluyó así poco a poco a las mujeres de cualquier actividad relativa a la curación, el parto o la salud general y todo quedó en manos del *saber médico*. Arguedas (2014), profundiza en cómo la resistencia de parte de las mujeres a las instrucciones médicas durante el proceso del embarazo y parto es interpretado como irresponsabilidad, ignorancia o desviación/patología mental. Las mujeres son vistas como personas sin derecho a disentir, cuestionar o negar procedimientos médicos.

Cabe resaltar, que la VO no sólo se relaciona con la violencia de género, sino que también es un ejercicio en donde la raza, la clase, la edad, el estatus migratorio y económico son determinantes en cómo se produce y reproduce la VO. Al respecto, Arguedas (2019), menciona que “Desde la dimensión epistemológica, lo que encontramos es que los cuerpos gestantes, racializados, migrantes, jóvenes, son más profunda y violentamente negados en su posibilidad de actuar como sujetos cognoscentes” (p. 573). Es decir, no sólo el género confiere vulnerabilidad frente a la VO, sino que las intersecciones entre género, raza, clase, edad, entre otros, amplifican las formas de dominación y negación de la mujer gestante dentro del sistema sanitario.

## **2.5 Formas de manifestación de la violencia obstétrica**

La VO, puede presentarse de cinco formas: institucional, psicológica y verbal, simbólica, física y sexual. La VO institucional, hace referencia a las políticas institucionales que niegan, limitan o transgreden los derechos de las gestantes de tener una atención de calidad. Además, incluye aquellas condiciones estructurales del sistema de salud que afectan la existencia de insumos necesarios, productividad y rendimiento en relación con personal poco capacitado, poco personal y jornadas muy largas de trabajo que pueden llegar a producir burnout (Restrepo *et al.*, 2016).

Algunos ejemplos de estas prácticas institucionales de acuerdo con Jojoa y otros (2019), son:

Negar tratamiento sin referir a otros servicios para recibir asistencia oportuna, proveer deliberadamente información defectuosa o incompleta, largas esperas para ser atendida en las instalaciones de salud que pueden contribuir a aflicciones psicológicas y daños físicos, negación de medicamentos, atención o manejo del dolor como 'castigo'. (p. 138)

La VO psicológica, hace referencia a las prácticas que impiden que la mujer pueda expresarse libremente, así como la utilización de la manipulación, críticas, rechazo, manifestar insensibilidad ante el dolor de la mujer y mantener silencio a sus preguntas y necesidades, la omisión de información sobre la evolución de su parto, el estado de su hijo o hija, entre otras. Las situaciones anteriores, tienen como fin descalificar a la otra persona en una relación de dominación o poder (Restrepo, Rodríguez, Torres, 2016), por lo que puede haber poco o ningún interés en establecer un diálogo horizontal con la parturienta como parte de una dinámica del sistema biomédico.

La violencia verbal, es una forma distintiva de la violencia psicológica y consiste en la utilización de palabras ofensivas y/o humillantes, burlas, insultos, gritos, entre otros. En general son "comportamientos que suponen hacer daño a través de la palabra" (Álvarez, *et al.*, 2006, p. 687). Esto hace que las personas que lo reciban tengan sufrimiento a nivel emocional y psicológico y contribuye al desarrollo de sentimientos de inutilidad, desvalorización, indefensión y culpabilización.

La VO simbólica "es la que se ejerce de forma indirecta, surge a partir de símbolos como gestos, actitudes, posturas corporales, etc., cuyo significado es comprendido e interpretado dentro de la propia cultura (u otras), y es transmitido de generación en generación mediante la educación" (Margarita, 2018, p. 45). Por lo tanto, la VO simbólica, es la utilización de estos mismos símbolos en el ámbito institucional (centros de salud) para establecer relaciones jerárquicas entre el personal de salud y la mujer. Desde este tipo de violencia no se utiliza fuerza, de modo que se busca por medio de diversas conductas casi inteligibles dominar a las personas sin que estas sean conscientes de su estado de sumisión. Lo expuesto lo refuerza Rodríguez (2010), al mencionar que "las técnicas

modernas de represión son en general invisibles y no dicen lo que prohíben, porque decirlo es dar indicación de su existencia" (p. 9). Un ejemplo de VO simbólica es cuando una mujer emite sonidos durante el parto y el personal sanitario desaprueba esta conducta por medio de gestos sutiles, y a partir de ellos la mujer interpreta que hay desaprobación de su conducta y que debe silenciarse.

También existe la VO física, la cual es entendida como todas aquellas prácticas invasivas que se realizan a la mujer de forma innecesaria, como por ejemplo la maniobra de Kristeller (maniobra de presión del fondo del útero), no respetar los tiempos ni las posibilidades del parto biológico, tactos vaginales repetitivos y realizados por diferentes personas, la realización de cesárea sin indicación médica específica, el suministro de medicación (o negación del mismo) sin justificación, cualquier tipo de golpe, empujón, jalón, pellizco, entre otros (Medina, 2009).

Jojoa y otros (2019), presentan como última categoría de VO sexual. Esta es entendida como "insinuaciones o comentarios sexuales en medio del desarrollo del proceso obstétrico" (p. 143), así como el hacer tactos innecesarios a la mujer con connotación sexual y ejercer acoso u hostigamiento sexual. Destacando lo expuesto es importante reafirmar que muchas veces ante la negación de la mujer de tener un acompañante durante el parto, la misma se encuentra aún más vulnerable y en caso de violencia sexual no cuenta con testigos. Además, el hecho de tener que exponer su cuerpo, específicamente órganos genitales, es un aspecto que aumenta la sensación de vulnerabilidad.

Las acciones y omisiones realizadas por el personal de salud en las instituciones evidencian que la VO es una situación compleja, que se da de múltiples formas y que dichas prácticas que transgreden los derechos de la mujer se encuentran estrechamente relacionadas con la violencia de género y el poder obstétrico en contextos hospitalarios.

### **2.5.1 Violencia de Género**

La violencia de género y la violencia obstétrica son fenómenos profundamente interconectados que reflejan la desigualdad de poder y las discriminaciones de género que afectan a las mujeres en distintos contextos. Mientras que la violencia de género abarca una amplia gama de abusos físicos, emocionales, psicológicos y sexuales ejercidos contra las mujeres por el simple hecho de serlo, la violencia obstétrica se manifiesta en el ámbito de la salud reproductiva, donde las mujeres sufren tratos deshumanizantes, humillantes o negligentes durante el embarazo, el parto o el posparto. Relacionar estos conceptos es fundamental para comprender cómo las estructuras patriarcales y las actitudes sexistas perpetúan un ciclo de opresión que afecta la autonomía, la salud y el bienestar de las mujeres, particularmente en momentos de vulnerabilidad como el embarazo y el parto. Reconocer la conexión entre ambas formas de violencia permite visibilizar las causas estructurales y culturales que las sustentan.

Marta Lamas, en *El género es cultura*, 2007, define el término de género como:

El conjunto de creencias, prescripciones y atribuciones que se construyen socialmente tomando a la diferencia sexual como base. (...) Todas las sociedades clasifican qué es “lo propio” de las mujeres y “lo propio” de los hombres, y desde esas ideas culturales se establecen las obligaciones sociales de cada sexo, con una serie de prohibiciones simbólicas. El género es cultura, y la cultura se transforma con la intervención humana.

El género, se refiere a ciertos roles socialmente definidos para las personas según su sexo, estos roles hacen que sus miembros estén condicionados para percibir como masculinas o femeninas ciertas actividades, tareas y responsabilidades. No obstante, lo que se cataloga como femenino y masculino no se valoriza de la misma manera, lo cual da lugar a la desigualdad de género.

Cobo (2005), plantea que existe una normatividad femenina tanto como masculina la cual indica roles sociales y cómo debería comportarse una persona solo basados en el sexo como algo anatómico. Sin embargo, esta normatividad femenina se ha construido sobre un sistema social en el que el género es un principio de jerarquización que asigna espacios y distribuye recursos desiguales a varones y mujeres. Dicha jerarquización no se da en un espacio limitado, sino que todos los espacios sociales, ya sea laborales, educativos, económicos, políticos, entre otros, se ven afectados por esta realidad. Es aquí y bajo estas premisas que surge entonces la violencia de género.

Según la Organización Mundial de la Salud (2021), la violencia de género es entendida como:

Todo acto de violencia, basado en la pertenencia al sexo femenino, que pueda tener como resultado un daño físico, sexual o psicológico para la mujer, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la privada. (OMS, 2021, citado por Olveira, 2019, p. 84)

Además, Expósito (2011), añade que ésta incluye

...todo acto de violencia sexista que tiene como resultado posible o real un daño físico, sexual o psíquico, incluidas las amenazas, la coerción o la privación arbitraria de libertad, ya sea que ocurra en la vida pública o en la privada (p. 20).

Estos actos se han visto normalizados y aceptados por muchos años, por lo que el proceso de concientización ha sido lento y largo.

La violencia de género es definida dentro de un marco donde el patriarcado ha sido el principal promotor de dicho fenómeno, ya que este sugiere la concepción de que un sexo (el masculino) está por encima del otro (el femenino) y que esto legitima conductas violentas donde se devalúa a la mujer por su condición de ser y por ser mujer. Según Expósito (2011), esta es una desigualdad en una relación interpersonal subyacente y estructural, sin embargo, es importante destacar que este tipo de violencia puede ser ejercida tanto por hombres como por mujeres hacia otras del mismo género, ya que esta definición no realiza distinción de quién es que la persona que la ejerce.

La violencia de género es aquella configuración en la que se legitiman conductas como lo son la violencia obstétrica, ya que la premisa de entender a las mujeres como seres humanos sumisos, bajo dominio y control del sexo masculino perpetúa su condición de fragilidad. El proceso del parto, parto y posparto constituye uno de los momentos donde dicha violencia ha tomado lugar y es, por lo tanto, imprescindible explorar las vivencias de las mujeres dentro del sistema de salud público costarricense como una forma particular de violencia de género.

La violencia obstétrica es entonces una manifestación de violencia de género dentro de los sistemas de salud que además está caracterizado por el modelo biomédico. Dicho modelo acentúa la visión mecanicista de la vida, en donde la tarea del médico se reduce a reparar "una máquina" perdiendo de vista la humanidad e individualidad de la persona paciente, por lo tanto, es un modelo reduccionista el cual se concentra en el tratamiento del cuerpo ignorando los aspectos psicológicos, ambientales y sociales de la enfermedad (Capra, 1982). Además, es un modelo en el cual hay una asimetría de poder de un género sobre otro, ocupando los hombres una posición de control y dominio muchas veces de carácter sutil y encubierto (Expósito, 2011, p.22).

El modelo biomédico, no es neutral, sino que ha reflejado y perpetuado estructuras de poder patriarcales que han influenciado la manera en que se entienden y tratan los cuerpos, especialmente los de las mujeres. Durante el proceso de embarazo, parto y posparto de las mujeres, se evidencian tratos discriminatorios y violentos por parte de este sistema de salud que a su vez es constituido tanto por hombres como mujeres, reproduciendo la desigualdad de género en la atención médica y garantizando la obediencia a la jerarquía patriarcal. (Linardelli, da costa, 2020). Esta violencia ejercida sobre las mujeres en el ámbito de la salud les recuerda su lugar (inferior) en la sociedad producto del patriarcado, siendo entonces una situación social y política, antes que un problema privado o de psicopatología individual del agresor.

Al respecto, se entiende el patriarcado como:

...un sistema político-ideológico, familiar-social, en el cual los hombres -a través de la fuerza y la presión directa, o por medio del ritual, la tradición, la ley y el lenguaje, las costumbres, la etiqueta, la educación y la división del trabajo- determinan qué papel deben o no representar las mujeres y en el cual lo femenino está siempre subsumido a lo masculino (Rich, 1996, p. 57).

Por lo tanto, el patriarcado es un sistema de organización social que ha servido como base histórica para estructurar la sociedad. Esto significa que su influencia atraviesa la esencia misma de las instituciones, moldeando tanto las representaciones culturales como las relaciones sociales.

La identificación de las bases patriarcales que sostienen las instituciones y las prácticas médicas que allí se generan, es un punto de partida necesario e importante para comprender cuán profundas son las raíces de la violencia patriarcal y cómo a partir de ello se constituye la VO.

## **2.6 Vivencia como unidad de análisis**

Debido a que la unidad de análisis de la presente investigación es la vivencia en VO, es importante destacar que esta se entiende como una construcción de la subjetividad en relación con su entorno, en donde se incorpora la asociación entre el sujeto y la cultura. De tal manera que "la vivencia sintetiza aspectos intelectuales, cognitivos, emocionales y afectivos" (Kitayama & Cohen, 2007; Nisbet, 2003, citado por Erausquin *et al.*, 2016), y funciona como un modo de interpretar, valorar y otorgar sentido a la realidad, a la vez que refleja cómo interactúan aspectos socioculturales y personales.

Esta unidad de análisis, la cual es elaborada más ampliamente por Vygotsky (1996), permite explicar la relación del desarrollo subjetivo en el contexto socio cultural, en un "doble juego de negociación, transformación y resistencia en que la cultura se hace propia" (Vygotsky, 1996) (Wertsch, 1995). La vivencia es entonces esa conexión entre el sujeto y la cultura, entiendo que ésta no se "reduce a lo individual, sino que se desarrolla en la interacción con otros en la cultura. Las personas se desarrollan en función del contexto en el que participan" (Erausquin *et al.*, 2016, p. 99). Por esta razón se incluyen elementos como emociones y sentimientos desde el aspecto psicológico y no solamente aspectos biológicos. La vivencia permite pensar, crear y recrear la cultura como una síntesis de las circunstancias que rodean al sujeto.

La vivencia también es calificada por Vygotsky como "experiencia atribuida de sentido" en donde se propone que el pensamiento no es la única función que tiene lugar en el proceso de construcción de las vivencias, sino que abarca las necesidades, los intereses, los impulsos, los

afectos, las emociones, etc. de la conciencia. Es decir, que en la base de cada pensamiento existe una raíz de naturaleza afectiva que orienta su actividad (Erausquin *et al.*, 2016). Adicionalmente, la vivencia posee una orientación biosocial, en donde se expresan las características propias del organismo y las del contexto en que el sujeto se encuentra, a la vez que permite al sujeto un modo de interpretar, valorar y dar sentido a la realidad.

Ahora bien, en cuanto a la vivencia emocional de la experiencia de VO, se define a las emociones como “un estado complejo del organismo, que se caracteriza por una excitación o perturbación ante un evento interno o externo que predispone a una respuesta organizada” (Bisquerra y Lazarus, citados por Martínez-Martínez *et. al.*, p. 91. Lazarus (1991) las clasifica en tres tipos: positivas (alegría, humor, amor y felicidad), negativas (ira, ansiedad, miedo, tristeza, rechazo y vergüenza) y ambiguas (sorpresa, esperanza y compasión), según se cumplan o no las expectativas buscadas. En esta investigación se analizan las vivencias de diez mujeres que experimentaron VO y se describen las principales emociones que experimentaron durante y después de la vivencia de VO.

## **2.7 Poder obstétrico y violencia institucional**

La VO no sólo está relacionada con la violencia de género sino también con el poder obstétrico, el cual es un término desarrollado por Arguedas (2014), a partir del concepto de poder disciplinario planteado por Michel Foucault. Por lo tanto, es necesario primero introducir el concepto de poder disciplinario que plantea este último autor. De acuerdo con Foucault (2009):

El poder disciplinario (...) es un poder que, en lugar de sacar y retirar, tiene como función principal la de «enderezar conductas»; o sin duda, de hacer esto para retirar mejor y sacar más. No encadena las fuerzas para reducirlas; lo hace de manera que a la vez pueda multiplicarlas y usarlas. En lugar de plegar uniformemente y en masa todo lo que le está sometido, separa, analiza, diferencia, lleva sus procedimientos de descomposición hasta las singularidades necesarias y suficientes. (p. 175)

Por lo tanto, es una forma de ejercicio del poder que tiene por objeto los cuerpos y su normalización a partir de la represión y la individualización, esto último quiere decir que, en vez de buscar segregar a las personas de manera uniforme, busca separarlas hasta su máxima singularidad para así poder "normalizarlas" y formar personas útiles para el sistema capitalista (Arguedas, 2014).

El poder disciplinario se plasma en la creación de lo que Foucault llama instituciones disciplinarias, tales como: la escuela, las prisiones, los psiquiátricos y los hospitales. Al respecto, Benente (2014), menciona que el poder disciplinario opera en espacios de encierro en los cuales los

individuos puedan ser controlados tanto en términos de conductas y movimiento como de tiempo, esto es, que la forma en que las personas invierten su tiempo también es vigilada. Por tanto, estas instituciones se edifican de forma tal que los seres humanos sean vigilados, controlados, registrados y castigados para que el producto sea personas dóciles. En estos casos “La vigilancia pasa a ser un operador económico decisivo, en la medida en que es a la vez una pieza interna en el aparato de la producción y un engranaje especificado del poder disciplinario.” (Foucault, 2006, p. 180). Para que haya control tiene que haber vigilancia y también, en el caso del poder disciplinario, el castigo, el cual tiene como objetivo reducir las desviaciones (la anormalidad) y así ajustar a las personas a la regla.

A partir de lo mencionado anteriormente, es que Arguedas (2014), desarrolla el concepto de poder obstétrico como una forma del poder disciplinario. Específicamente, la autora lo define como una "particular forma de poder disciplinario ligada a la estructura patriarcal que construye el género, donde la violencia obstétrica emerge como mecanismo de control y como generador de subjetividades específicas" (p.145). Es decir que, dentro de los centros de salud, en este caso específico en la atención obstétrica, se dan relaciones de poder entre el personal de salud sobre las mujeres antes, durante y después del parto, ejerciendo mecanismos de control y opresión sobre la mujer, teniendo como resultado la dominación de los cuerpos femeninos y la producción de subjetividad.

Para controlar a las mujeres se utiliza, tal y como sucede con el poder disciplinario, la vigilancia y el castigo constante por parte del personal de salud. En cuanto al castigo, éste puede presentarse a través de la puesta en práctica de cualquiera de los tipos de violencia que se mencionaron anteriormente en el apartado de VO. Por lo tanto, el poder obstétrico como parte del poder disciplinario, da como desenlace una serie de prácticas que buscan vulnerabilizar y controlar a la mujer de acuerdo con los mandatos de una sociedad patriarcal que otorga al hombre predominio sobre la mujer. Dicha concepción lo describe Arguedas (2014), al mencionar que "Para producir unos cuerpos que obedecen a los mandatos de la socialización de género en la sociedad patriarcal, debe ejercerse un poder disciplinario capaz de moldearlos y someterlos a ese régimen de inteligibilidad." (p.147).

Un elemento muy importante del poder obstétrico, del cual también hace alusión Foucault, es respecto al manejo del tiempo de las personas en las instituciones, esto quiere decir que, en el caso específico de los salones de atención hospitalaria gineco-obstétrico, se busca que las mujeres aceleren su ritmo de parto por medio de la administración de medicamentos de forma innecesaria (Arguedas, 2014) y otras prácticas que generan dolor e incomodidad en las parturientas con el fin de efectuar la mayor cantidad de partos en el menor tiempo posible. Por lo tanto, el poder obstétrico

representa un concepto que logra describir de forma más específica la manera en que el poder disciplinario se plasma en las salas de gineco-obstetricia funcionando como un mecanismo más de control y observación exhaustiva y minuciosa del cuerpo femenino. Esta dinámica de poder se da de forma latente, muchas veces inconsciente, naturalizado como parte del modelo biomédico plasmado en la relación sistema médico – pacientes.

A partir de los conceptos desarrollados anteriormente, se vislumbra que la problemática compleja de la VO está conformada por una serie de aristas: sociales, económicas, psicológicas, políticas, culturales que la caracterizan y perpetúan, por tanto, es necesario que la misma se aborde en la investigación con una metodología que permita interpretar un fenómeno complejo y poco estudiado a nivel nacional, la misma será descrita de forma detallada en el siguiente capítulo.

### **2.7.1 Trauma y Trastorno de estrés Postraumático como consecuencia de la violencia obstétrica**

La violencia obstétrica, para muchas mujeres no solo implica tener que pasar por un trato deshumanizado, sino que también puede acarrear consecuencias físicas y emocionales profundas. En este contexto, el trauma se puede presentar como un fenómeno psicológico resultante de experiencias de abuso durante la atención materna en la medida en que los actos de VO pueden desencadenar trastornos de ansiedad, depresión, Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) y otros trastornos psicológicos a largo plazo. Por tanto, comprender la conexión entre la violencia obstétrica y el trauma es esencial para promover una atención materna respetuosa, digna y libre de violencia.

Un trauma psicológico, se puede definir como “El resultado de la exposición a un acontecimiento estresante inevitable que sobrepasa los mecanismos de afrontamiento de la persona.” (Janet, 1990, citado por Salvador, 2009, p. 5). Otra definición más extensa dada por La Administración de Salud Mental y Abuso de Sustancias (SAMHSA, 2014) es:

El trauma ocurre como resultado de un evento, una serie de eventos o grupo de circunstancias que son experimentadas por una persona. Estos eventos son física o emocionalmente amenazantes o peligrosos, y pueden tener efectos adversos duraderos en el funcionamiento de la persona, así como en el bienestar físico, social, emocional o espiritual. (p. 25)

Es decir, la persona se enfrenta a una situación de amenaza psicológica o vital en donde sus recursos físicos, psicológicos y cognitivos no son suficientes o no son eficaces, es decir, no puede enfrentarse a la situación de manera que pueda huir, luchar o hacerla desaparecer.

Algunos ejemplos de situaciones que podrían representar un trauma psicológico son: abuso sexual, abuso físico y emocional, violencia de género, adicción al consumo de sustancias en los padres/madres o cuidadores de un menor, pérdida o abandono de un padre/madre o cuidador, pobreza extrema, discriminación por racismo y/o sexismo, entre otros.

En estas situaciones como en los ejemplos anteriores, la persona pone en marcha otros mecanismos de defensa como la disociación. La disociación descrita de forma fenomenológica es la sensación de estar fuera de sí mismo, de frío intenso dentro y fuera del cuerpo, pérdida de conexión con la realidad y falta de fuerza en el cuerpo. De acuerdo con Salvador (2009), las personas que disocian en el momento que ocurre el trauma son más propensos a desarrollar síntomas subsecuentes de TEPT que aquellos que no disocian.

Durante la vivencia de un evento traumático, en el cerebro y en el cuerpo ocurre una desregulación bioquímica debido al alto nivel de estrés que está sintiendo la persona, por ejemplo, Salvador (2009), menciona que durante la situación amenazante “la amígdala permanece hiperactiva ante una percepción de peligro, incluso cuando ya ha acontecido. Esta hiperactivación genera un exceso de cortisol que inhibe la actividad del hipocampo; núcleo del sistema límbico implicado en la simbolización de las experiencias y la codificación de estas en una perspectiva espaciotemporal.” (p. 11). Por lo que se ve afectado el correcto procesamiento de la información en el cerebro.

Es importante que una persona que haya vivido una experiencia traumática, pueda llevar terapia psicológica para dar un nuevo significado a la vivencia y poder tener un mejor procesamiento de la información para así dar alivio a la persona y evitar que a partir de la vivencia se tengan secuelas cada vez más graves.

En la terapia psicológica, existen tres etapas generales de recuperación del trauma:

- Seguridad y estabilización: Etapa en la que se identifica lo que es necesario para la estabilización en las áreas esenciales de la vida. También, se asegura que la persona se encuentre fuera de peligro y si lo está, poner en marcha lo necesario para que salga de esta situación.
- El recuerdo y el duelo: En esta etapa se procesa el trauma, poniendo significado a las palabras y emociones de la experiencia. La persona integra la historia del trauma y no reacciona a ella en una lucha, huida o bloqueo de respuesta.
- Reconexión e integración: Esta etapa consiste en la redefinición de sí misma en el contexto de las relaciones significativas. Se reconoce el impacto de la victimización y se desarrollan

destrezas de manejo para afrontar la vida y las relaciones (SAMHSA, 2014). Ocurre la creación de un nuevo sentido de sí mismo y de un nuevo futuro.

Las experiencias traumáticas en conjunto con variables psicológicas, sociales y de índole biológico, pueden ser tan complejas que den lugar a un trastorno de estrés postraumático el cual, consiste en “un trastorno que algunas personas presentan después de haber vivido o presenciado un acontecimiento impactante, terrorífico o peligroso. Las personas con este trastorno pueden sentirse estresadas o asustadas, incluso cuando ya no están en peligro.” (*National Institutes of Health*, 2016, p.1)

El TEPT, se establece por primera vez en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastorno Mentales tercera edición (DSM-3) en el año 1989. De acuerdo con la quinta edición, el diagnóstico es clínico y debe ser temprano para tener un pronóstico más favorable, asimismo, puede presentarse a cualquier edad, presentando más prevalencia entre los adultos jóvenes debido a que están expuestos a situaciones más riesgosas o precipitantes (Bermúdez, Barrantes, Bonilla, 2020).

El diagnóstico requiere presencia de grupos de síntomas específicos en respuesta a un evento traumático como por ejemplo alteraciones en la reactividad, alteración en el estado de ánimo, evitación de situaciones y objetos que puedan hacer recordar a la persona el evento traumático, hipervigilancia, memorias, flashbacks, pesadillas, alteración del sueño, despersonalización, problemas de concentración, pérdida de interés en actividades placenteras, entre otros (DSM-5, 2013, Bermudez *et al.*, 2020).

Los factores predisponentes de vulnerabilidad al trastorno de estrés postraumático son: haber tenido un trauma en la infancia, rasgos de personalidad límite, paranoide, dependiente o antisocial, poco o nulo apoyo familiar y social, sexo femenino, enfermedades cardiovasculares, vulnerabilidad genética a las enfermedades psiquiátricas, cambios vitales recientes estresantes y reciente ingestión excesiva de alcohol (Bermúdez *et al.*, 2020).

Dado el malestar de los síntomas que provoca el TEPT en la persona, para disminuir el malestar y tratar la sintomatología en la persona, se requiere de atención psicológica y en algunos casos medicación. En el caso de la psicoterapia, la que demuestra tener mayor efectividad y mejores resultados es la terapia cognitivo conductual con la aplicación de técnicas como la desensibilización por medio de la exposición prolongada, el Brainspotting y la Desensibilización y Reprocesamiento por Movimientos Oculares (Bermúdez *et al.*, 2020).

En este punto, es necesario recalcar la diferencia entre un trauma y el TEPT ya que no todas las personas que experimentan eventos traumáticos desarrollan trastornos o dificultad incapacitantes, ya que muchos superan los sucesos logrando ser resilientes de estos. Se puede llegar a asumir que todo evento traumático tiene como consecuencia un TEPT y no es así (Marrero, 2021). Por lo que, muchas mujeres que han sido objetivo de VO podrían describir su vivencia como traumática pero no haber desarrollado TEPT mientras que otras sí y requerir de psicoterapia y en algunos casos, medicación.

A partir de los puntos desarrollados anteriormente, se evidencia cómo en estas mujeres la VO dejó huellas profundas en sus vidas no sólo físicas sino también psicológicas al punto de describir la experiencia como traumática. Reconocer estas experiencias resulta esencial para dimensionar y comprender la gravedad del problema y poder darle más visibilidad.

### **2.7.2 Pandemia por COVID-19 y Violencia obstétrica**

Al ser la presente investigación situada dentro del marco temporal de la pandemia por COVID-19, interesa entender cuál es el rango de fechas de dicho contexto, además de cómo ésta influyó en las prácticas de violencia obstétrica, según investigaciones nacionales e internacionales. El periodo de pandemia en Costa Rica inicia el 6 de marzo del 2020, siendo el 16 de marzo la declaración oficial del estado de emergencia nacional. Finalizando el 10 de agosto del 2022 con la declaración del presidente Rodrigo Chaves, la ministra de Presidencia Natalia Díaz y la ministra de salud María Chacón.

Dentro de los estudios realizados en torno a cómo fue la atención brindada por parte de la Caja Costarricense del Seguro Social (C.C.S.S) durante la época de la pandemia, se encuentra uno realizado por Barrantes-Arroyo y otros (2022). En este se afirma que se ha dado una interrupción en los servicios del primer nivel de atención durante los primeros ocho meses de evolución de la pandemia por COVID-19, presentando un decrecimiento en todos los indicadores de producción en la atención de salud, tales como: consultas médicas generales, consultas de control prenatal, consultas de detección de cáncer cervicouterino, entre otros. Es de especial importancia destacar que no existen otros estudios o estadística acerca de la atención prenatal, cantidad de partos o atención posparto durante la época de pandemia. Tampoco una caracterización de la calidad del servicio público brindado en dicho momento.

A nivel internacional, se encuentran diferentes estudios que destacan la afectación de servicios sanitarios en Latinoamérica, así como algunos estudios que vinculan la violencia obstétrica con el contexto de pandemia como un potenciador de escenarios para este tipo de violencia de género, según concluyen Toloza-Aravena y otros (2023).

Dentro de la revisión de literatura hecha por estos mismos autores (Ibiza., 2023) en torno a la pandemia y la VO en países como Reino Unido, Países Bajos, Estados Unidos, Argentina, Rusia, Chile, México, Brasil y otros, se encontraron diversas formas en que se presentó dicha violencia. Entre ellas: restricción de acompañamiento, separación de la madre y el recién nacido y aceleración del trabajo de parto. Doce de los artículos consultados concluyen que la VO aumentó en contexto de pandemia por COVID-19. Un estudio realizado en España acerca de la relación entre VO y la pandemia (Paris y Suárez, 2021), concluyó que, de 1015 mujeres encuestadas, el 79 % afirma haber sufrido una o varias prácticas constitutivas de VO durante su parto. Además, “un 47 % afirmó que fueron sometidas a intervenciones con completo desconocimiento y por lo tanto, sin prestar su consentimiento sobre dichos actos” (p. 10).

En cuanto a la aparición de la COVID-19, el mismo estudio presenta un colapso y crisis sanitaria en donde los hospitales saturados y sin recursos suficientes supuso un escaso funcionamiento para atender pacientes que no estuvieran relacionadas/infectadas por el virus. “Este contexto potenció una vulneración de los derechos y libertades de las mujeres en la atención de los procesos reproductivos y sexuales con justificación en las medidas y protocolos impuestos por el COVID-19” (p.10). Adicionalmente, los estudios de Chafla, Valencia, Chafla, Arias, Barahona y Rodríguez (2024) realizado en Ecuador y Guevara (2020) en Perú, confirman la información anterior de poco acceso a servicios de salud debido a la pandemia y una disminución de la calidad de la atención en relación con la presencia de profesionales en medicina y la dotación de insumos.

Según destacan París y Suárez (2021), la OMS publicó el 13 de marzo de 2020 en el Manejo clínico de la infección respiratoria aguda grave en caso de sospecha de COVID-19, recomendaciones relativas a la atención de partos, posparto y lactancia. En este documento se plantea que las mujeres embarazadas y recién nacidos tienen derecho a ser atendidas correctamente durante todo el proceso de embarazo, parto y posparto. Inclusive, se menciona que las mujeres tienen derecho a tener un acompañante de su elección durante el parto. Este y otros estudios manifiestan que dichas orientaciones dadas por la OMS fueron ignoradas de manera sistemática.

Por otro lado, el artículo “Gestar y parir en pandemia: vulneración de derechos y marcas subjetivas en la atención obstétrica/perinatal en contexto de COVID-19 en Argentina” (Lázaro y Armao-Bergero, 2021) indagó acerca del acceso a la salud obstétrica/perinatal en contexto de pandemia, junto con las percepciones, emociones y vivencias de las gestantes durante la época de cuarentena. Dentro de los principales resultados se encuentra que la atención hospitalaria, su funcionamiento y dinámicas se vieron afectadas gracias a la pandemia. Las mujeres describieron sentirse “desatendidas”, “desinformadas” y “abandonadas” por parte de la institución. La mayoría de los controles fueron suspendidos, dejando a las madres a la deriva.

Otro de los principales puntos es la gran afectación y sensación de malestar que experimentaron las mujeres frente a tener que parir sin un acompañante, el cual era un derecho básico contemplado en la ley 29.929 de Parto Humanizado en dicho país. Una participante lo describe así: “A la hora de tener el bebé, fue un parto totalmente no respetado, solitario, no me acompañaron en nada del proceso, me abandonaron, hoy depresión posparto por el trauma del parto” (p. 42).

Todos estos estudios caracterizan la situación experimentada en el ámbito de la VO durante la pandemia, las experiencias de las madres y cómo se vio afectado el servicio público brindado a estas mujeres que requerían atención durante su pre, parto y posparto. Como se mencionó previamente, no existe en Costa Rica un estudio de este tipo que caracterice las vivencias de las mujeres durante este periodo; la presente investigación responde a dicha necesidad.

## **2.8 Derechos sexuales y reproductivos de las mujeres**

La violencia obstétrica constituye una violación a los Derechos Humanos, más específicamente del derecho a la salud y los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. Por tanto, a partir de la existencia de estos derechos, los estados deben propiciar que las mujeres puedan vivir de la forma más saludable posible, siendo atendidas con dignidad, respeto y de manera oportuna. No obstante, “en muchas instituciones de salud se violan sistemáticamente los derechos reproductivos de las mujeres durante el parto convirtiéndolos en formas naturalizadas de violencia” (Belli, 2013, p.31).

Con el fin de evitar los abusos a los derechos durante el parto, parto y posparto, en el año 2004 se aprobó en Argentina la Ley 25.929 de Protección del Embarazo y del Recién Nacido, conocida también con el nombre de “Ley de Parto Humanizado”. (Al Adib, Ibañez, Casado, Santos, 2017). Esta es la primera ley nacional que se ocupa específicamente del problema de la violencia obstétrica (aunque no se ofrece aún una definición de VO), estableciendo una serie de derechos de las mujeres en relación con el parto, parto y posparto.

Posteriormente, en el año 2007 en Venezuela, se define por primera vez en el marco legal el término de VO la cual se cataloga como delito en el artículo 51 de la “Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia”. En dicha Ley, se define la VO como:

La apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por prestadores de salud, que se expresa en un trato jerárquico deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad impactando

negativamente en la calidad de vida de las mujeres. (Asamblea Nacional de la República Bolivariana de Venezuela, 2007, p. 9)

A nivel supranacional, también se han realizado documentos para proteger a las mujeres contra la violencia obstétrica, como por ejemplo la Guía de cuidados en el parto normal de la OMS de 199620. (Al Adib, Ibañez, Casado y Santos, 2017).

Asimismo, se encuentra la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos en la cual en el artículo 6 se menciona que las mujeres embarazadas tienen derecho a la información y libertad de tomar decisiones en base a dicha información en relación con su salud.

Además, La Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer expresa en su artículo 4 que toda mujer tiene derecho al reconocimiento, goce, ejercicio y protección de todos los derechos humanos y que esos derechos comprenden, entre otros, el derecho a que se respeten su vida, su integridad física, psíquica y moral, el derecho a no ser sometida a torturas, etc. (Yerma, 2028).

La Organización Mundial de la Salud (OMS), también elaboró un instrumento que contiene recomendaciones importantes sobre este tema y menciona un aspecto esencial: el embarazo y el nacimiento no es una enfermedad. Este documento se llama “16 Recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para un parto saludable”.

A nivel nacional, en Costa Rica existe la Ley General de Salud de Costa Rica, en la cual en su artículo 12, enumera 8 derechos para las mujeres embarazadas. Mediante esta Ley las mujeres pueden alegar protección contra la “violencia gineco-obstétrica”.

Los 8 derechos que se encuentran en el artículo son los siguientes:

- a) Ser tratada de manera cordial y respetuosa por parte de los funcionarios del centro médico.
- b) Recibir atención oportuna y personalizada.
- c) Recibir información clara sobre los distintos tratamientos, diagnósticos, pronósticos o intervenciones médicas posibles.
- d) Parir de manera natural, siempre y cuando no exista riesgo para la madre o para el niño o la niña por nacer.
- e) Que se respete el proceso o ciclo natural del parto de bajo riesgo.
- f) Mantener el apego posparto con el niño o la niña, salvo determinación médica justificada.

- g) Recibir información clara y concisa sobre su condición y los beneficios de la lactancia materna.
- h) Estar acompañada durante el parto y posparto por una persona designada por ella.

Asimismo, en Costa Rica existe un protocolo de actuación institucional, denominado Guía de atención integral a las mujeres, niños y niñas en el periodo prenatal, parto y posparto, realizada por la C.C.S.S, el cual tiene como objetivo “la unificación de criterios básicos que se aplican en la atención a las mujeres y los (as) niños (as) durante el periodo de embarazo, parto y post natal” (C.C.S.S, 2009, p. 5) siendo entonces un instrumento que favorece el cumplimiento de los derechos de las mujeres y el ofrecer un servicio de alta calidad.

A pesar de la existencia de protocolos nacionales e internacionales para prevenir y disminuir la VO, ésta sigue representando una vulneración directa a los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y reconocer esta transgresión permite darle visibilidad, generar reflexiones y cuestionamientos en torno a todas las prácticas que han sido naturalizadas en los sistemas de salud y en la sociedad en general.

## **2.9 Prácticas de rutina médica gineco-obstétricas en la atención del parto y su forma de aplicación**

Dentro de esta sección se describirán brevemente las principales prácticas de rutina médicas que pueden ser constitutivas como VO debido a la forma de aplicación de estas, que fueron identificadas en la sección de antecedentes. Estas son entendidas por Camacaro (2015), como todas aquellas conductas de rutina de la praxis médica-obstétrica que se realizan comúnmente dentro de los hospitales, sin una razón médica de alta relevancia para tener que aplicarlas y sin haber contado con el consentimiento informado de la mujer gestante. Es importante destacar que lo que interesa en la presente investigación es la vivencia de las mujeres gestantes con respecto a la forma de aplicación de dichas prácticas gineco-obstétricas, ya que no es una investigación del área médica.

### **2.9.1 Inducción del parto (IP)**

Estas son una serie de intervenciones médicas para iniciar de manera artificial las contracciones uterinas que dan como resultado la dilatación del cuello uterino y finalmente, el nacimiento. Estas intervenciones se pueden realizar cuando la mujer tiene sus membranas uterinas tanto intactas o rotas, pero que no está en trabajo de parto aún (Valentí, 2002). Este es un procedimiento común y es indicado por diferentes motivos, entre ellos: el embarazo cronológicamente prolongado (debido al aumento en la morbilidad y mortalidad perinatal a partir de las 42 semanas), Diabetes, Embarazo Múltiple, Ruptura de Membranas, Sospecha de Macrosomía fetal y Antecedente de trabajo de parto precipitado.

Adicionalmente, “la inducción del parto está indicada cuando hay acuerdo en que la madre o el feto se beneficiarán más con un resultado vaginal que con la continuación del embarazo” (Valenti, 2002, p. 78). Dentro de los principales métodos de inducción al parto están: despegamiento de membranas, Oxitocinas, Prostaglandinas, Misoprostol.

Sin embargo, según Valenti (2002), en las Guías de Manejo: Inducción al trabajo de parto, se menciona la importancia de que la paciente cuente con la información necesaria y debería tener la posibilidad de consentir o rechazar en forma escrita el procedimiento, siempre y cuando no se trate de una emergencia médica en donde corra riesgo la vida del bebé o la mamá. Dicha información debería incluir las indicaciones, la elección del método a utilizar y los riesgos potenciales o consecuencias. Entre los riesgos se encuentran:

- a. Rotura Uterina
- b. Parto Instrumental
- c. Náuseas Maternas
- d. Cesárea
- e. Hemorragia Posparto
- f. Entre otros.

Por lo tanto, debe haber razones de peso médico para valorar la IP. Esto debido a que uno de los riesgos más prominentes, según el mismo artículo citado anteriormente, es la hipercontractilidad uterina. Se debe suspender por completo la administración de Oxitocina por ejemplo en este caso, ya que esta puede alterar la frecuencia cardiaca fetal y se tiende a tener que administrar oxígeno por máscara a la mamá. El uso prolongado de este puede ser perjudicial y debe ser evitado. Hacer este procedimiento (IP) de manera rutinaria a una mujer embarazada que no tiene indicaciones médicas para su uso es exponerla a los potenciales riesgos que ella y su bebé pueden sufrir.

### 2.9.2 Aceleración del parto (AP)

Varias de las prácticas que se conocen como inducción del parto son prácticas utilizadas de manera prolongada para la aceleración de este. Entre ellas, el uso de oxitocinas y prostaglandinas. Se conoce como aceleración del parto al uso continuo de estas formas artificiales para alcanzar el nacimiento, el administrar constantemente dosis (en aumento o no) de oxitocinas, por ejemplo.

Como se destacó en el apartado de antecedentes, esta es una práctica muy común, sin embargo, la OMS expresa que “no está claro que el uso de la Oxitocina para acelerar el parto ofrezca ningún beneficio a las mujeres o a los fetos, así mismo recomienda que sólo se debe suministrar con una indicación válida” (Camacaro, 2015, p. 117). Además, el suministro de Oxitocina también tiene

muchos riesgos, entre ellos: pueden provocar contracciones muy fuertes y seguidas, lo que puede ocasionar falta de oxígeno en el bebé (conocido como hipoxia fetal) y pueden ocasionarse lesiones físicas en el bebé como fracturas, lesiones en los nervios o trauma craneal.

Al igual que la IP, la AP debe hacerse bajo un riguroso consentimiento informado de la paciente, donde la mujer pueda entender las razones médicas de peso que podrían llevar a la necesidad de utilizar alguna de estas.

### 2.9.3 Episiotomía

Se conoce como episiotomía a una incisión realizada en el periné durante el parto (periodo expulsivo) para aumentar la apertura vaginal. Este procedimiento se puede realizar con tijeras o bisturí y se debe reparar por medio de suturas (Carroli y Belisario, s.f.). A inicios del siglo XX se sostenía que este procedimiento era realizado para prevenir el desgarro perineal severo y por lo tanto, los índices de episiotomías se comenzaron a elevar de manera sustancial a partir de esa época. Sin embargo, Ledo (1996), sostiene que, a pesar de ser uno de los procedimientos quirúrgicos más frecuentes en todo el mundo, se introdujo sin evidencia científica sólida de su efectividad.

Varias publicaciones recientes apoyan la recomendación de hacer uso restrictivo de la episiotomía versus el uso rutinario de la misma, que puede ser constitutivo de VO en la medida en que la mujer no necesitaba eminentemente de este procedimiento y aun así fue utilizado sin consentimiento. Entre los beneficios de la episiotomía restrictiva se encuentran: “un menor riesgo de morbilidad clínicamente relevante, incluidos el traumatismo perineal posterior, la necesidad de sutura del traumatismo perineal y las complicaciones en la cicatrización en un lapso de siete días” (Carroli y Belisario, s.f.).

Adicionalmente, otro estudio realizado por Mejía, Quintero y Tovar (2004), que respalda la episiotomía restrictiva concluye que las mujeres a las que no se les realizó episiotomías y presentaron desgarros de grado I y grado II tuvieron un periodo de recuperación más rápido y experimentaron menos dolor y molestias en comparación con el grupo al que se les realizó episiotomía. Además, en relación con la dispareunia el nivel de molestias durante la penetración vaginal se encuentra como un efecto adverso a largo plazo de la práctica de la episiotomía.

Finalmente, el estudio anterior concluye que existe un grupo de pacientes que se benefician de manera importante de la episiotomía, pero el estudio coincide en sugerir que, usada de forma selectiva y con criterios claros y específicos, produce mayores beneficios a la gestante

### 2.9.4 Tactos Vaginales (TV)

El TV es un procedimiento obstétrico realizado principalmente para determinar el progreso del trabajo de parto. Este es primariamente utilizado para determinar la dilatación del cérvix y que provee información acerca de la amplitud y elasticidad del periné, de la vulva y la vagina, el borramiento y la dilatación del cuello, los caracteres de la presentación del feto (actitud, variedad, posición y altura), existencia y características de las membranas, características de la pelvis y del arco púbico, así como signos de desproporción pélvico-fetal y presencia de meconio o sangre (Ortega, López, Romaní y Correa, 2009, p.2).

Este procedimiento es de rutina médica durante la labor de parto, sin embargo, realizado sin consentimiento y sin contemplar otros signos en el cuerpo de la mujer para identificar el progreso que está llevando puede constituir VO. Los TV pueden ser muy dolorosos e incómodos y además pueden potenciar el riesgo de infecciones y complicaciones. Como se expone en el artículo de Rangel-Flores y Martínez-Ledezma (2017), el TV es narrado como doloroso e incómodo particularmente debido a que lo realizan muchas personas. En algunos casos enfermeros, estudiantes y luego el médico.

Las mujeres deberían ser informadas de por qué y en qué momentos puede ser necesario realizar este procedimiento, además de que tienen el derecho de elegir negarse dependiendo de la circunstancia y también mencionar y/o elegir con cuál profesional médico se sienten cómodas para que se les realice el mismo.

#### 2.9.5 Posición del parto

Para iniciar, es importante mencionar que el movimiento es un factor importante dentro del parto; ya que es con diferentes movimientos durante la labor de parto que la mamá ayuda al bebé a bajar por el canal vaginal, además que estos ayudan a sobrellevar el dolor experimentado con cada contracción. Según un artículo publicado por Gupta y Nikodem (2000), en sociedades no-occidentales durante este proceso las mujeres se mueven libremente, mientras que cambian de posición en tanto lo deseen o necesiten. Se apoyan también de parteras o sus parejas para mover sus cuerpos, meciéndose o apoyándose tanto en ellos como en postes, piezas de tela anudadas, hamacas o bien utilizando posiciones arrodilladas o agachadas, entre otros.

Por el contrario, en la cultura occidental, el parto es monitorizado por medio de la actividad uterina (qué tan fuertes o seguidas son las contracciones) o cuánta dilatación hay. Siempre tomando en cuenta mayormente lo que el personal médico hace para medir el progreso de la labor de parto, dejando de lado a la mujer que está pariendo. En muchos casos las mujeres son obligadas a permanecer inmóviles, acostadas en una cama de hospital sin poder moverse mientras están conectadas a un monitor o una sonda donde se les suministra oxitocina para acelerar el parto.

Ha sido a partir del siglo XVII en Francia que se ha favorecido el cambio a la posición de decúbito a la hora de parir, sin suficientes bases científicas con el advenimiento de los cirujanos obstetras. Su prevalencia también se relaciona con el auge de la Revolución Industrial ya que las prácticas sociales y médicas se vieron transformadas por esta revolución tecnológica, política y económica. Sin embargo, la justificación que se dio en ese entonces tenía que ver con la protección de casos patológicos, pero esto llevó a la institucionalización médica de todas las mujeres y bebés sanos también. A raíz de esto, “la inmovilidad durante el trabajo de parto, que llega incluso al punto de sujetar a la mujer durante la labor, se tornó una práctica común” (Arguedas, p. 154).

Como se mencionó al inicio, es necesario para la mujer llevar su parto con movimiento, siendo su cuerpo el que guíe cómo parir al bebé. Sin embargo, poco a poco se ha llevado a todas las mujeres occidentales a parir bajo la misma posición de decúbito, en donde el médico y enfermeros tienen mayor comodidad para recibir al bebé y atender médicamente en caso de necesitar intervención.

Desde la teoría se identifican entonces varias prácticas médicas utilizadas de manera rutinaria que, al no ir acompañadas de consentimiento informado de las mujeres ni un respeto por su autonomía, pueden constituir manifestaciones de violencia obstétrica. El hecho de invalidar el conocimiento o saber popular de la medicina por parte de las mujeres gestantes y además tomar control unilateral sobre los aspectos médicos del proceso de parto es muy común dentro de los hospitales públicos, dejando así a las mujeres en una completa posición de desventaja y sumisión.

Seguidamente, se detalla la metodología utilizada en la presente investigación.

## Capítulo III

### Metodología

#### 3.1. Descripción del enfoque y diseño de investigación

El enfoque de la investigación es cualitativo, el cual de acuerdo con Taylor y otros (1987), se refiere a un abordaje de las realidades de manera subjetiva e intersubjetiva como objetos legítimos de conocimiento científico, partiendo de que la realidad es construida por los sujetos de manera distinta. Es decir, desde este enfoque hay una búsqueda de la singularidad de los fenómenos sociales centrándose en los sujetos, en sus relaciones, creencias, cultura, entre otros, para poder "reconstruir" la realidad desde su punto de vista y desde ahí poder comprender e interpretar el fenómeno estudiado (Fernández y Baptista, 2014).

En este tipo de investigación, el objetivo no es generalizar los resultados a una población más amplia como en los enfoques cuantitativos, sino comprender en profundidad las experiencias individuales, tal cual son vividas y entendidas por una persona (Duque y Díaz, 2019). Dado que es la misma persona quien construye su mundo y le da significado de acuerdo con su propia percepción y experiencia, no se busca ni se puede generalizar.

A partir de que el enfoque cualitativo permite conocer y describir a profundidad los significados, sentimientos, vivencias y percepciones de los participantes, se considera que es el enfoque adecuado para abordar las vivencias de las mujeres respecto a la VO.

El alcance de esta investigación es exploratorio-descriptivo, ya que desde éste se busca examinar un tema poco estudiado y con escasa información, lo cual es apropiado para la presente investigación ya que, según lo identificado en los antecedentes, este es un tema relativamente poco estudiado y con investigaciones recientes. Adicionalmente, éste estudio se realizó desde la perspectiva teórica: la psicología de la salud.

Por otro lado, es un estudio que analizó relatos de mujeres atendidas durante la pandemia en el sistema de salud público costarricense de la GAM, lo cual no ha sido abordado en ninguna de las investigaciones encontradas a nivel nacional desde la psicología de la salud. Además, se vincula con el alcance descriptivo, ya que se busca describir el fenómeno de la VO, detallar cómo es y cómo se manifiesta (Fernández y Baptista, 2014).

El diseño de investigación que se utilizó es la fenomenología, la cual es "el estudio de la experiencia humana y de los modos en que las cosas se nos presentan ellas mismas en y a través de dicha experiencia." (Sokolowski, 2000, p. 10, citado por Quepons, 2012). Es, por lo tanto, una

ciencia filosófica planteada por Edmund Husserl que se preocupa por la comprensión de la experiencia humana desde la vivencia subjetiva de las personas.

La investigación fenomenológica se centra en comprender la experiencia vivida de los participantes en relación con un fenómeno específico, pero para poder comprender esta experiencia vivida es necesario acceder a la descripción que hace la persona sobre el fenómeno para luego poder interpretarlo (Duque y Díaz, 2019). Por lo tanto, dentro de los alcances de la fenomenología está poder construir un análisis de vivencias tanto individuales como colectivas, desde la visión de las personas expertas, en este caso, desde las mujeres que experimentaron VO.

Como método de investigación, la fenomenología se utiliza en las ciencias sociales y en el área de salud como una manera de entender la verdad por medio de la razón, en dónde, el agente es el yo, es decir, la persona que vive y cuenta la experiencia. Entre los autores más relevantes en dicho campo están: Husserl, 2012; Heidegger, 2005; Merleau-Ponty, 1975; Jean Paul Sartre, 1993.

### **3.2. Procedimientos para la selección de participantes**

Las personas participantes del estudio fueron 10 mujeres de la Gran Área Metropolitana que fueron seleccionadas por medio del muestreo voluntario. El cual es definido por Hernández-Sampieri y Mendoza (2018), como “aquel en que las participantes se proponen a sí mismas o responden a una invitación” (p. 429), se conforma la muestra por individuos que libremente acceden de participar en el estudio, por lo cual también se le llama autoseleccionada (ibid.).

El número de las mujeres participantes estuvo determinado en primer lugar, por el tamaño aproximado de la muestra en estudios fenomenológicos que mencionan fuentes como Hernández-Sampieri y Mendoza (2018), no obstante, cabe resaltar que la razón por la cual se tomaron en cuenta a 10 mujeres es porque para ese punto se llegó a la saturación teórica, es decir, cuando ya durante la recolección de datos no se obtiene información nueva dentro de cada categoría y no se identifican más unidades de análisis en el relato de las mujeres participantes. Según Esquivel-Grados (2025), se entiende la saturación teórica como:

En el proceso de recolección de información, los primeros informantes suministran aumentos considerables de información; pero, luego la información empieza a volverse repetitiva, monótona y los aportes usualmente tienden a cero. Si esto sucede, es un indicador de que se ha llegado al punto de saturación de la información, se detiene el recojo y ya se puede determinar el tamaño de la muestra. (p.2)

Se describen a continuación los criterios de inclusión y los criterios de exclusión:

Tabla 2

*Criterios de Inclusión y Exclusión*

<b>Criterios de Inclusión</b>	<b>Criterios de Exclusión</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mujeres entre 18 y 40 años, que tuvieron seguimiento preparto y parto vaginal en algún centro de salud público costarricense dentro del GAM.</li> <li>- Haber tenido el parto vaginal durante la época de emergencia nacional por COVID-19 ( 6 de marzo del 2020 - 10 de agosto del 2022)</li> <li>- Tener disponibilidad para una entrevista de manera presencial en Heredia o de manera remota con video.</li> <li>- Identificar haber sido víctimas de VO.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Haber recibido únicamente atención prenatal dentro de un sistema privado de salud, ya que supone procesos distintos de atención.</li> <li>- Mujeres que tuvieron una muerte fetal o neonatos fallecidos después del parto, esto debido a consideraciones éticas con el fin de minimizar el riesgo de generar un impacto emocional en las participantes. Con esto se buscó garantizar el bienestar de ellas y preservar el principio de no maleficencia en la investigación.</li> </ul>

Fuente: Elaboración propia

### **3.4 Técnicas de recolección de datos o información**

#### **3.4.1 Entrevista semiestructurada**

La entrevista semiestructurada como técnica de recolección de datos de la investigación cualitativa, consiste en varios encuentros entre las personas investigadoras y los informantes, con el fin de obtener datos por medio de la realización de preguntas planteadas previamente, no obstante, en el caso de las entrevistas semiestructuradas, las preguntas pueden ser adaptadas, ordenadas o modificadas según la necesidad. (Díaz, Torruco, Martínez, Varela, 2013).

Se trata de una técnica flexible, dinámica y no directiva la cual permite que las personas puedan responder de forma libre y espontánea, en la que se busca que la persona entrevistada pueda "explicar, profundizar o aclarar aspectos relevantes para el propósito del estudio" (Díaz, Torruco, Martínez, Varela, 2013, p. 164), por lo tanto, se da un espacio para que las personas puedan referirse a los aspectos que consideren importantes y la persona investigadora pueda indagar de forma más minuciosa.

Para la presente investigación se construyó como instrumento de recolección de datos una guía de entrevista semiestructurada (ver anexo #6) que incluyó:

- a) Datos Sociodemográficos de las mujeres participantes.
- b) Aspectos generales del parto y del contexto de COVID-19.
- c) Preguntas en torno a la forma de aplicación de prácticas médicas gineco-obstétricas
- d) Preguntas en torno a la relación entre el personal médico/administrativo y las mujeres atendidas, además de preguntas respecto al trato brindado.
- e) Preguntas en torno a las emociones asociadas a la experiencia de VO.

### **3.5. Técnicas para la sistematización y análisis de la información**

Primeramente, se ingresaron todos los audios de las entrevistas al programa Atlas.ti 23 y se escucharon nuevamente, esto con el fin de codificar extractos de audios que se consideraron relevantes de acuerdo con las categorías de análisis determinadas *a priori*, así como las determinadas *a posteriori*. Posteriormente, se transcribieron manualmente los audios ya codificados a texto y se organizaron de acuerdo con categorías y subcategorías de análisis. Una vez organizada la información, se comenzó con el análisis de contenido, el cual permite “(...) formular inferencias identificando de manera sistemática y objetiva ciertas características específicas dentro de un texto” (Hostil y Stone, 1969, p. 5, citado por Andréu, 2002, p. 3). Dicho análisis trata de saber lo que hay detrás de las palabras e identificar actitudes, deseos, valores, creencias, entre otros, de personas, grupos, etc. (Fernández, 2002).

Por tanto, el análisis de contenido toma en cuenta tanto los datos expresos como los latentes que cobran sentido dentro de un contexto específico. Es decir, toda la información que logra conocer el investigador (manifiesta y latente) por medio del texto, cobra sentido sólo si se analiza a la luz del contexto en el que surge y así pretender una interpretación fundamentada científicamente (Andréu, 2002).

Los pasos por seguir de acuerdo con Andreu (2002), para hacer el análisis de contenido son los siguientes:

- a. Esquema teórico: Se definió el marco teórico en el que se enmarca el tema por investigar. En los estudios cualitativos se busca “descubrir, captar y comprender una teoría, una explicación, un significado” (p. 24). Dicho esquema teórico incluyó: Psicología de la salud, VO, violencia de género, poder obstétrico, trauma y trastorno de estrés postraumático, pandemia por COVID-19, derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y prácticas de rutina médica gineco-obstétricas.

- b. Muestreo: Se definieron los criterios de inclusión y exclusión de la investigación. Como primer acercamiento a la población, las personas investigadoras compartieron un afiche en las redes sociales del Observatorio de Violencia Obstétrica (ver anexo #5) con la ayuda de la Dra. Gabriela Arguedas Ramírez. El tamaño de la muestra fue creciendo durante la investigación tomando en cuenta la calidad y riqueza de la información que se necesitaba para llevarla a cabo, hasta llegar a diez mujeres entrevistadas alcanzando la saturación teórica.
- c. Sistema de códigos: Una vez terminadas las entrevistas, se hizo uso del Atlas. Ti 23 para codificarlas directamente desde el audio. Una vez se terminó la codificación, se transcribieron los extractos de audio. Después de obtenidos los datos en texto, se analizaron las categorías de análisis que se describen en el apartado 3.6 *Categorías De Análisis*, incluyendo categorías de análisis emergentes.
- d. Control de calidad: Se comprobó que se hubieran ubicado los temas centrales del fenómeno a estudiar en el sistema de códigos realizado, mediante la triangulación trabajada a través de la revisión entre las dos personas investigadoras, más el apoyo del tutor de la investigación, en unión con la teoría y el relato de las mujeres participantes.
- e. Inferencias: Se realizaron las conclusiones y explicaciones del fenómeno a partir de la interpretación del contenido latente y manifiesto del texto.

### 3.6 Categorías de análisis

En concordancia con el marco teórico y los objetivos, se identificaron cuatro categorías a priori como unidades para el análisis, a saber: *Vivencia emocional durante y después de experimentar violencia obstétrica*, *Experiencia de pre-parto, parto y posparto durante la época de pandemia por COVID-19 y su relación con VO*, *Relaciones de poder dentro del sistema de salud público en la relación personal de salud-paciente* y *Forma de aplicación de prácticas médicas gineco-obstétricas*. No obstante, durante el análisis de datos también surgieron categorías de análisis a posteriori las cuales son: *Repercusiones de la VO en las mujeres posterior a la vivencia* y *Mujeres como testigos de VO*.

A continuación, se detallan las categorías y sus respectivas subcategorías:

Tabla 3

Categorías de análisis de la información

Categoría de análisis	Descripción breve	Subcategoría
-----------------------	-------------------	--------------

<p>Vivencia emocional durante y después de experimentar violencia obstétrica</p>	<p>Se define a las emociones como “un estado complejo del organismo, que se caracteriza por una excitación o perturbación ante un evento interno o externo que predispone a una respuesta organizada” (Bisquerra y Lazarus, citados por Martínez-Martínez <i>et al.</i>, p. 91) Lazarus (1991) las clasifica en tres tipos: positivas (alegría, humor, amor y felicidad), negativas (ira, ansiedad, miedo, tristeza, rechazo y vergüenza) y ambiguas (sorpresa, esperanza y compasión), según se cumplan o no las expectativas buscadas. En esta categoría se describen las principales emociones que experimentaron las mujeres participantes durante la vivencia de VO.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Miedo a partir de desconfianza en el personal médico.</li> <li>● Sentimientos de culpa por confiar en el sistema de salud público.</li> <li>● Sentimientos de impotencia y enojo</li> <li>● Sensación de soledad y abandono.</li> <li>● Invalidación emocional por parte del personal de salud.</li> </ul>
<p>Repercusiones de la VO en las mujeres posterior a la vivencia</p>	<p>Esta categoría detalla algunas de las repercusiones emocionales descritas por las entrevistadas posterior a la experiencia de VO.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Descripción de la vivencia como traumática.</li> <li>● Sintomatología de Trastorno de Estrés Posttraumático (TEPT) y depresión posparto.</li> <li>● Cambios en la subjetividad de las mujeres.</li> </ul>
<p>Experiencia de pre-parto, parto y posparto durante la época de</p>	<p>Se realiza una descripción de las principales medidas y lineamientos que la C.C.S.S</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Falta de acompañamiento como componente</li> </ul>

<p>pandemia por COVID-19 y su relación con VO</p>	<p>llevó a cabo durante la época de pandemia por COVID-19 y cómo esto tuvo influencia en la experiencia de VO que tuvieron las mujeres participantes.</p>	<p>importante de la experiencia.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Obligatoriedad del uso de la mascarilla.</li> <li>● Exigencia de esquema de vacunación y pruebas COVID-19 durante el parto.</li> <li>● Percepción de cambio en la atención prenatal, del parto y posparto inmediato.</li> </ul>
<p>Aplicación de las prácticas médicas gineco-obstétricas</p>	<p>Camacaro (2015): Todas aquellas conductas de rutina de la praxis médica-obstétrica que se realizan comúnmente dentro de los hospitales, sin una razón médica de alta relevancia para tener que aplicarlas y sin haber contado con el consentimiento informado de la mujer gestante.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Falta de información y consentimiento de las mujeres frente a prácticas médicas.</li> </ul>
<p>Relaciones de poder obstétrico dentro del sistema de salud público en la relación personal de salud-paciente</p>	<p>Arguedas (2014): “aquellas formas particulares de poder disciplinario ligada a la estructura patriarcal que construye el género, donde la violencia obstétrica emerge como mecanismo de control y como generador de subjetividades específicas" (p. 145).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Percepción de trato diferenciado a mujeres con plan de parto.</li> <li>● Percepción de trato diferenciado por consumo de drogas.</li> <li>● Violencia verbal narrada por las</li> </ul>

mujeres  
participantes.

- Cuestionamiento y elección de métodos anticonceptivos por parte del personal de salud.
- Violencia psicológica identificada en los relatos.

Mujeres participantes como testigos de VO

Se destaca lo relevante que fue para las mujeres participantes el ser testigos de cómo otras mujeres a su alrededor también experimentaban VO. El concepto de “testigos” se entiende según lo mencionado por la Real Academia Española (2024) como “persona que presencia o adquiere directo y verdadero conocimiento de algo”. Se describen las principales emociones asociadas a este hecho.

---

Fuente: *Elaboración propia*

Tabla 4

Categorías de análisis en relación con objetivos y técnicas

<b>Objetivos de investigación</b>	<b>Categorías de Análisis</b>	<b>Técnicas de recolección de la información</b>	<b>Técnicas de procesamiento de la información</b>
Identificar las formas de aplicación de	Aplicación de las prácticas médicas gineco-obstétricas	Entrevista semiestructurada.	Triangulación – Análisis de contenido

---

prácticas de rutina médicas del personal de la salud que constituyen violencia obstétrica hacia las mujeres durante su parto y posparto.

---

Indagar a partir de los relatos de las mujeres, las relaciones de poder obstétrico entre el personal médico y las mujeres atendidas en el sistema de salud público costarricense.	Relaciones de poder obstétrico dentro del sistema de salud público en la relación personal de salud-paciente	Entrevista semiestructurada.	Triangulación – Análisis de contenido
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------	------------------------------------------

---

Conocer las emociones asociadas a la experiencia de violencia obstétrica durante y después de la misma, en las mujeres participantes del estudio que fueron atendidas en el sistema de salud público costarricense	Vivencia emocional durante y después de experimentar violencia obstétrica. Repercusiones de la VO en las mujeres posterior a la vivencia. Experiencia de parto durante la época de pandemia por COVID-19 y su relación con VO. Mujeres participantes como testigos de VO.	Entrevista semiestructurada.	Triangulación – Análisis de contenido.
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------	-------------------------------------------

---

---

durante la  
pandemia.

---

Fuente: *Elaboración propia*

### **3.7 Procedimientos para el desarrollo de la investigación**

La presente investigación se realizó en 5 etapas o momentos principales los cuales se encuentran debidamente calendarizadas (ver anexo #1). Las 5 etapas corresponden a:

#### 3.7.1. Creación, revisión, y ajuste de los instrumentos de recolección de la información

Se realizó un afiche (Ver anexo #6) con la información del estudio junto con los criterios de inclusión, así como la información de contacto de las personas investigadoras. Dicho afiche fue compartido en el Observatorio Nacional de Violencia Obstétrica con la ayuda de la Dra. Gabriela Arguedas quien es la coordinadora de este.

En este primer contacto, las investigadoras solicitaron los datos de las mujeres y verificaron que cumplieran con los criterios de inclusión los cuales son: mujeres mayores de 18 años, que hayan tenido el parto y su seguimiento en algún centro de salud público costarricense dentro del Gran Área Metropolitana (GAM). Además, haber tenido el parto durante la época de emergencia por la COVID-19 en el país en el periodo entre marzo 2020-julio 2022. Estar dispuesta a tener una entrevista con las investigadoras de forma presencial en Heredia o de manera virtual; y por último, identificar en primera instancia haber experimentado VO. Se contó con la participación de diez mujeres que cumplieron estos criterios de inclusión.

#### 3.7.2 Recolección de datos

Para la recolección de los datos, se realizó una entrevista semiestructurada a cada una de las participantes de forma presencial en la Universidad Nacional, o de manera virtual, la cual se grabó por audio con el correspondiente consentimiento de las personas participantes.

#### 3.7.3 Sistematización de la información

Posteriormente, ya que se había determinado las categorías de análisis *a priori*, se utilizó el *software Atlas.ti 23*. para sistematizar la información. Para hacer esto, se incorporaron todos los audios en el sistema y las investigadoras codificaron directamente desde ellos. Una vez re-escuchados todos los audios y codificado todo el material, se transcribieron los extractos de los audios que se encontraban codificados para su posterior análisis.

#### 3.7.4 Análisis de la información

Se utilizó el análisis de contenido como método de análisis de información en donde se trianguló la información obtenida de todas las entrevistas realizadas a las mujeres participantes, junto con las inferencias de las investigadoras y la teoría revisada en el marco teórico y antecedentes.

#### 3.7.5. Elaboración de resultados e informe final

Finalmente, se elaboró el informe final de resultados con conclusiones y recomendaciones hechas tanto al sistema de salud como a mujeres y profesionales del área de psicología.

Cada una de estas etapas se encuentra debidamente descrita en el Anexo #2.

### **3.8. Criterios para garantizar la calidad de la información**

Para esta investigación se utilizó la triangulación (Flick, 2007) como método para garantizar la credibilidad de la información, criterio que tiene como fin determinar la congruencia entre los resultados. La triangulación se realizó entre la información dada por las mujeres participantes, la teoría y la *expertiz* de las investigadoras, asimismo, se utilizó la triangulación del investigador la cual consiste en la participación de diferentes personas investigadoras para analizar la información y así "detectar o minimizar las desviaciones derivadas del investigador como persona haciendo una comparación sistemática de las influencias de diferentes investigadores en el problema y los resultados de la investigación" (Flick, 2007, p. 244). En este caso, fue con la participación de las dos investigadoras, la persona tutora y las dos personas lectoras.

Para garantizar el criterio de confirmabilidad, el cual busca que otras personas investigadoras pueden llegar a los mismos resultados de la presente investigación utilizando los mismos procesos y criterios de selección, se siguió un registro de los datos obtenidos de las entrevistas semiestructuradas por medio de la grabación por audio y su posterior codificación y transcripción, además de contar con la triangulación de las dos personas investigadoras quienes revisaron dicha codificación. Adicionalmente, se detallaron los criterios utilizados para la selección de las personas participantes.

Como último criterio, para garantizar la transferibilidad de los resultados, se describió con detalle el contexto, la metodología, el instrumento utilizado y las características de las personas participantes en este estudio, para que se pueda facilitar la aplicabilidad en contextos similares.

Para la protección de las mujeres participantes, se hizo uso del consentimiento informado que se encuentra en el anexo #3. En dicho consentimiento se hace saber a la persona participante los objetivos de la investigación y cuál sería su participación en caso de aceptar formar parte del proceso de recolección de datos, asimismo se le hizo saber a la persona participante que siempre va a tener la

autonomía de no continuar con el proceso en cualquier momento, sin tener ningún tipo de consecuencia. Además, en el consentimiento informado se incorporaron los posibles riesgos de participar en la investigación, los cuales serían que a partir del contar y revivir la experiencia vivida haya un aumento del malestar sentido.

Es imprescindible hacer uso de la confidencialidad, aspecto que también se detalló en el consentimiento informado, la misma permite que la persona participante se encuentre segura de que la información que compartió fue resguardada debido a que solo las personas investigadoras y la persona tutora tuvieron acceso a las entrevistas brindadas, toda esta información fue utilizada sólo para fines académicos. Al detallar los resultados no se expone su imagen, nombre u otra información sensible, sino que se utilizan pseudónimos para referirse a cada una de ellas.

## **Capítulo IV**

### **Análisis de Información**

En el presente capítulo se detallan los resultados de la recolección de información, agrupados según las categorías de análisis presentadas en apartados anteriores, más las subcategorías correspondientes. Esta información surge de las diez entrevistas semiestructuradas realizadas.

#### **4.1. Vivencia emocional durante y después de experimentar violencia obstétrica**

A partir de las entrevistas semiestructuradas, la VO recibida por las participantes de la investigación les provocó emociones tales como: miedo, ansiedad, incertidumbre y tristeza. Las emociones descritas por las mujeres ya sea vivenciadas en el parto, el parto o el posparto inmediato, se caracterizaron por ser mayoritariamente desagradables e intensas. Asimismo, algunas mujeres hacen hincapié en cómo la VO recibida les genera actualmente emociones negativas al recordar la situación.

Otra característica de estas emociones es que, en su mayoría, se detonaban o aumentaban su intensidad debido a que no se les permitió estar acompañadas durante el parto (aspecto que se explicará más a profundidad en la categoría de análisis “Caracterización de la Vivencia durante la pandemia”) y también por lo que es descrito por las mujeres como trato inhumano y falta de empatía por parte del personal de salud. El que no hubiera apoyo práctico y emocional por parte de acompañantes ni del personal de salud pudo haber influido en que las emociones de estas mujeres se vivieran con más intensidad.

La emoción más mencionada por todas fue el miedo específicamente durante el proceso del parto debido a diversas razones tales como; falta de información, soledad, llamadas de atención por parte del personal de salud, e incumplimiento del plan de parto.

##### **4.1.1 Miedo a partir de desconfianza en personal médico**

El miedo “es una emoción de tipo defensivo generada por la presencia, física o simbólica, de un estímulo que representa una amenaza real o imaginaria y con un fuerte valor para la supervivencia” (Gordillo, Mestas, Arana, Salvador, 2015, p. 28). Es una emoción primitiva que alerta sobre un peligro real o no, funcionando como un sistema de alerta que despliega una serie de cambios fisiológicos.

Según lo relatado por las participantes, ellas sentían desconfianza del personal médico debido a los malos tratos y por esa razón sentían miedo. Tradicionalmente, el miedo al parto se asocia con el dolor físico, complicaciones médicas o la propia capacidad corporal. Sin embargo, el miedo puede ser suscitado por otros aspectos distintos a los biológicos, en este caso se identifican como principales factores el trato del personal médico y el entorno hospitalario.

Por ejemplo: “Sí te puedo decir que tenía miedo del parto, pero no por mi cuerpo, no por el dolor, no por nada, sino por el personal médico que me iba a acompañar y por el hospital”. (Sonia, comunicación personal, 2024).

A partir de este enunciado, se identifica que existe una pérdida de confianza hacia el sistema médico y en lugar de percibirlo como un lugar en el cual se le ayudará a transitar por el parto de la mejor forma posible, se ve como un lugar amenazante, teniendo como consecuencia: el miedo.

Otras mujeres relacionan esta emoción con la desinformación y el mal trato.

Entrevistadora: -¿Durante el internamiento, cuáles emociones sentías más? - Ana: -miedo, miedo, mucho miedo, yo sentía como si me estuvieran tratando como una estúpida y yo me le quedaba viendo así, con miedo, sinceramente con miedo porque uno no sabe nada. Todo el tiempo tuve miedo-. (Ana, comunicación personal, 2024).

Todos estos hechos descritos por las mujeres: malos tratos, comentarios que aludían a la incapacidad de cuidar de sus bebés, poco apoyo y falta de empatía, entre otros, desencadenaron en una experiencia negativa para estas mamás que se encontraban en su proceso de parto. Una experiencia cargada de miedo y desconfianza en la atención del personal médico que realmente se encuentra ahí para atenderlas a ellas y sus bebés. Esta desconfianza se vinculó también con sentimientos de culpa, esto será descrito a continuación:

#### **4.1.2 Sentimientos de culpa por confiar en el sistema de salud público**

Tilghman-Osborne, Cole y Felton (2012), definen la culpa como transgresiones morales (reales o imaginarias) de las personas que creen que su conducta derivó en resultados negativos. En otras palabras, la culpa es una emoción que surge cuando se siente que se cometió un error o se piensa que se ha violado una norma social, ética o personal, por lo tanto, la culpa surge a partir de lo que personalmente se define como correcto e incorrecto.

En este caso, una de las mujeres entrevistadas menciona haber tenido sentimientos de culpa por haber confiado en el sistema de salud público ya que considera que expuso a su hijo y a sí misma a peligros que podían ser evitados si hubiera ido al sistema de salud privado. Al respecto:

Entrevistadora: - ¿Crees que te sientes culpable por haber creído en el sistema público? - Sonia: -Claro, súper culpable, porque creo que expuse a mi hijo a peligros que no merecía. Y me expuse a mí a una situación así. Me siento culpable porque puse la confianza en personas que no eran confiables. Para mí que era tan estructurada haber dejado todo en manos de personas tan irresponsables fue algo realmente abrumador-. (Sonia, comunicación personal, 2024).

A partir de la cita anterior, se puede analizar que la culpa deviene del pensamiento de que se confió en un personal médico percibido como no confiable y la culpa aumenta debido al hecho de que la ginecóloga a nivel privado le había *advertido* sobre lo que podía pasar en el sistema público.

La persona entrevistada asume una responsabilidad de los malos tratos recibidos a pesar de tener poco o nulo control sobre la situación. Al respecto, Rivas y Bonilla, (2021), mencionan que las mujeres que son víctimas de violencia de género, especialmente cuando este se describe como traumático, pueden desarrollar “sentimientos severos de culpa asociados a factores como la mala conducta percibida, la responsabilidad del hecho y la auto atribución de dicha violencia (Foa y Rothbaum, 1998). En este sentido, los sentimientos de culpa se convierten en el razonamiento dominante, ya que se encuentra muy generalizada la tolerancia pública que justifica y explica la violencia de género (Martín-Fernández, Gracia y Lila, 2018), y que “conduce a la búsqueda de indicadores sobre cuándo y cómo se podría haber actuado de manera diferente en el hecho traumático” (Buby y Lommen, 2017, p. 98)..

En este sentido, el sistema, al justificar, tolerar y normalizar la violencia de género —en este caso la violencia obstétrica—, transfiere la responsabilidad a las mujeres en lugar de reconocer al verdadero agente responsable. Como consecuencia, en este caso se puede ver cómo la mujer se atribuye culpa y responsabilidades por acontecimientos sobre los cuales no tenía control.

#### **4.1.3 Sentimientos de impotencia y enojo**

Para algunas de las mujeres entrevistadas, su proceso de embarazo, parto y posparto estuvo marcado por sentimientos de impotencia y enojo, que emergen a raíz de prácticas despersonalizadas, pérdida de control sobre la situación, falta de información y la ausencia de un apoyo continuo durante el trabajo de parto.

Un ejemplo que confirma lo señalado es lo vivido por Juana quién fue internada en el hospital en el Hospital San Vicente de Paul para inducir su parto:

Yo sentía impotencia...enojo...no solo por ver a como trataban a las otras si no que yo me sentía impotente que no podía saber...no me mandaban a sala de partos, no me ponían el *propex*, estar ahí días y días ahí y uno que no puede hacer nada o cuando ya nos iban a dar la salida no sabíamos si íbamos a salir o no, hay mucha desinformación en el hospital. (Juana, comunicación personal, 2024).

En este caso, se puede vislumbrar cómo la mujer entrevistada sentía impotencia y enojo en relación con un estado de indefensión relacionado a su propio proceso de parto del cual no tenía información y también por ver cómo eran tratadas otras mujeres que estaban en su misma sala de hospital. En este caso, se evidencia la importancia de que el personal de salud se mantenga en constante comunicación con las pacientes, informen respecto a los procedimientos que se van a realizar y qué pueden esperar en las próximas horas respecto al progreso del parto.

Una experiencia vinculada a este mismo tema fue la descrita por la siguiente participante:

Qué espantoso o sea yo creo que fue impotencia, enojo, ira, angustia, desesperación, miedo, desconfianza, inseguridad, es como un vacío, como estar en un desierto oscuro y no saber nada y más que yo soy muy de información a mí me gusta saber todo entonces no saber nada...yo sentía que yo no valía nada, ni mi hijo ni yo. (Blanca, comunicación personal, 2024)

Al respecto, La OMS establece que todas las mujeres tienen derecho a recibir información, otorgar su consentimiento informado y participar activamente en las decisiones que afectan su atención y la de su bebé (Organización Mundial de la Salud, 2018) y en estos casos este derecho no se cumplió, lo cual tuvo consecuencias emocionales en las mujeres.

Es decir, la falta de información en torno a su proceso de parto, las prácticas médicas que se iban a realizar, el no saber qué esperar en términos temporales respecto a su proceso y el sentir que no se tenía acceso a esta información fueron aspectos que limitaron la capacidad de decisión dando lugar a una sensación de pérdida de control y autonomía. García (2025), hace alusión a esta idea al mencionar que la falta de información impide a las madres tomar decisiones conscientes sobre su salud y la del bebé y esta omisión puede ser catalogada como negligencia.

En el caso de Blanca, se podría establecer una relación entre la sensación de valía de ella y su hijo asociada a la falta de información y esa es justamente una de las razones por las cuales se considera tan importante el consentimiento informado. Al respecto Portero (2001), menciona que “Cuando tratamos la información como medio para obtener el consentimiento del usuario para una determinada intervención, nos basamos en el principio de autonomía y libertad del ser humano, en su capacidad de autodeterminarse.”(Portero, p. 64). Es decir, el contar con la información necesaria coloca a las mujeres en una posición de mayor autonomía y empoderamiento, lo que les permite ejercer control sobre su propio cuerpo, su proceso y su experiencia en general, reducir sentimientos de vulnerabilidad y, en consecuencia, favorecer una vivencia más positiva y respetuosa del proceso de parto.

Finalmente, es importante mencionar, cómo estas emociones de enojo e impotencia son recordadas y sentidas nuevamente por las mujeres durante sus relatos, confirmando una vez más cómo la violencia obstétrica y las experiencias negativas aún hoy día tienen repercusiones en su salud mental.

#### **4.1.4 Sensación de soledad y abandono**

A partir de las entrevistas realizadas, también se identificaron sensaciones de soledad y abandono en algunas de las participantes durante su internamiento:

Entrevistadora: -¿Cuáles emociones sentiste con más intensidad durante todo el proceso? Irene: -Bueno no sé si es una emoción, pero abandono, o sea me sentía abandonada y no por mi familia, si no por la gente que estaba ahí, realmente no sentía que me cuidaban o sea mantenían en supervivencia mi vida, pero no desde un lugar de cuido. Entonces sí creo que abandono. Desolación, como muy desolado todo-. (Irene, comunicación personal, 2024).

La soledad que uno siente, lo sola que estuve. Uno ocupa alguien de confianza que lo apoye, no como la enfermera que estaba ahí tratándome mal. Sola no podía ni darme vuelta a la cama. Y por supuesto el mal trato. (Josefina, comunicación personal, 2024).

En estos casos, se puede identificar una relación entre la sensación de abandono y soledad con la despersonalización del cuidado recibido, esto como parte de una atención médica distante, enfocada en la atención meramente biológica tornándose en una atención distante y fría. De acuerdo con Arnau (2016), “emerge la soledad por la falta de atención del equipo debido a la propia organización asistencial basada en los principios del modelo médico hegemónico” (p.377). Es decir, la atención brindada a las mujeres se desarrolla en un contexto institucional carente de personalización, lo que

dificulta la construcción de vínculos individualizados basados en la confianza, afectando negativamente la calidad y satisfacción de la experiencia. El no recibir la asistencia necesaria aunado a que el personal de salud se percibe como una fuente de malestar, se puede relacionar con la sensación de soledad, abandono y desatención.

Además, la falta de asistencia del personal de salud a las mujeres en momentos de necesidad, como el no poder darse vuelta en la cama y el mal trato recibido, destaca la importancia del acompañamiento continuo y respetuoso, ya sea por un acompañante o personal capacitado. Al respecto, una comunicación más cercana y asertiva pudo haber sido una buena herramienta para mejorar la experiencia de parto y sentirse más acompañadas, al respecto, Braga y otros (2012), mencionan que

...la comunicación se constituye en un instrumento de apoyo emocional que debe ser utilizado por los profesionales de salud, pues posee un papel determinante sobre el estado emocional de los pacientes, influenciando directamente en la relación del equipo de salud con el paciente, por esclarecer sus dudas, tranquilizando y minimizando las ansiedades generadas por la internación... (p. 2).

Otro aspecto que no se puede dejar de lado, es el hecho de que la sensación de abandono y soledad por parte de las mujeres, puede aumentar o sentirse más profundamente si en sus historias de vida han habido otras situaciones anteriormente en las que se sintieron abandonadas y solas, es decir, no se puede afirmar que estas emociones sean unicasuales y que no se encuentran vinculadas a aspectos psicológicos de cada mujer, no obstante, sí se puede describir que estas sensaciones de abandono y soledad se despiertan a partir de un trato poco empático y distante pues como menciona Irene, durante su estadía sintió que la atendían pero no desde un lugar de cuidado

#### **4.1.5 Invalidación emocional por parte del personal de salud**

Durante el proceso de parto, algunas de las mujeres entrevistadas acotan haber recibido algún tipo de comentario dirigido a invalidar sus emociones o reprimirlas, al respecto, Zielinski, 2016, indica que la invalidación emocional es cualquier tipo de interacción social en la que una persona con una experiencia afectiva expresada se opone con la respuesta de la otra persona o grupo en el que se perciben las emociones como inadecuadas, impropias, erróneas o exageradas. En estos contextos de invalidación, se ofrecen respuestas de trivialización, minimización o alternativas extremas frente a la expresión emocional del sujeto (Boggiano & Gagliesi, 2020).

En el siguiente relato se demuestra por parte del personal de salud falta de empatía e invalidación de las emociones vivenciadas por las mujeres, es decir, sus emociones son minimizadas, juzgadas o deslegitimadas. Se intenta controlar su forma de pensar y actuar.

Llorando con él (la pareja) y todo y le digo yo osea ya quiero que salga Santi, yo ya estoy cansadísima ya quiero que esta vara se acabe de verdad, pero no estaba gritando era ahí, o sea, nada más diciéndoselo él y en eso sí entró una enfermera y me dice -ya, mamá, sea más valiente ya, yo vi que usted ya es mamá, ¿verdad? - Y le dice el mae -si ella ya es mamá de dos- y dice -o sea, no tiene nada de qué llorar, o sea, usted ya ha pasado por eso- (Rocío, comunicación personal, 2024).

“Yo no le contesté nada porque de verdad yo ya no quería seguir hablando, verdad, o sea, no quería decir discutiendo con nadie ni nada, pero yo... ¿Por qué no me dejaban llorar ni siquiera estoy gritando?” (Rocío, comunicación personal, 2024).

Cabe resaltar que, en este caso, al ser una mujer que ya fue madre con anterioridad, se utiliza este criterio para invalidar aún más sus emociones, dejando entrever que si ya se es mamá y ya se pasó “por lo mismo” menos derecho hay de sentir y expresar emociones desagradables. Como si las situaciones anteriores fueran una excusa para invalidar su situación actual estableciendo la valentía como una imposición en vez de generar un ambiente en el cual se promueva el respeto, el apoyo y la escucha.

Por tanto, estos comentarios por parte del personal de salud a estas mujeres representan violencia obstétrica que pareciera ser más sutil, ya que no se está ayudando a que la experiencia del parto sea positiva, no se están validando sus emociones ni se está dando un espacio para que estas puedan expresarlas, lo cual pudo aumentar sus niveles de estrés y sentimientos de insatisfacción. Lo referido anteriormente, confirma la importancia de capacitar al personal de salud en cuanto a la validación, acompañamiento y gestión de emociones para con las mujeres en su proceso de preparto, parto y posparto, pues es un factor que podría favorecer e influenciar positivamente su experiencia y disminuir los síntomas del estrés.

De acuerdo con La Organización Mundial de la Salud (OMS) en su guía "Recomendaciones de la OMS sobre la atención intraparto para una experiencia de parto positiva" (2018), las mujeres tienen derecho a recibir una atención respetuosa en su proceso, lo cual incluye el derecho a expresar de forma libre sus emociones. Parte de generar una experiencia de parto positivo, es tener apoyo emocional constante y poder expresar sus emociones y no tener ninguna recriminación o crítica al respecto. Se indica además que es considerada violencia obstétrica la desestimación de los

sentimientos de la mujer. Es decir, La OMS apoya explícitamente el derecho de las mujeres a expresar sus emociones durante el parto y llama a los sistemas de salud a crear un entorno que promueva el respeto, la empatía y el apoyo emocional continuo.

El reconocer, respetar y responder a las emociones y pensamientos de las mujeres durante su proceso de parto, permite que las mismas tengan mayor sentimiento de bienestar y transiten de mejor manera sus propias emociones e incluso el dolor. En caso contrario, el apoyo inadecuado, la invalidación emocional o el maltrato por parte de los profesionales de la salud pueden llevar a una experiencia de parto negativa en la que las mujeres se sientan abandonadas, inmovilizadas y desatendidas. (Olza *et al.*, 2020).

Siguiendo esta misma línea, Aguirre (2020), menciona que “Se ha demostrado que la influencia de la emoción negativa es aún mayor si esta no es expresada. Las personas que han sufrido acontecimientos traumáticos o situaciones altamente estresantes, tienen más probabilidad física y mentalmente si no expresan sus emociones. Esto se debe a que la inhibición de las emociones induce a un estado de hiperactivación fisiológica.” (p. 25). Es decir, no expresar las emociones o que estas sean invalidadas, mantiene al cuerpo en un estado de alerta constante que desgasta física y mentalmente.

Dentro de los contextos e interacciones en donde es común la invalidación emocional también se puede dar la búsqueda de lo que se conoce como desregulación emocional como estrategia de manejo afectivo. (Linehan *et al.*, 2007).

Algunos ejemplos de esta búsqueda de desregulación emocional por parte del personal de salud hacia las mujeres atendidas son los siguientes:

La primera cosa que me afectó mucho fue la enfermera que mandaron del hospital que me daba seguimiento en el Ebais. En todo mi embarazo yo solo subí 8 kilos. Pero ella siempre me trataba de alto riesgo y de obesa. Me asustaba. Me decía que me iba a dar Preeclampsia, diabetes, era una atención así de mucho miedo y de susto y eso sí me afectó durante el embarazo. (Flor), comunicación personal, 2024).

Esa fue la primera vez que yo sentí miedo al parto porque me asustaron con el dolor. Me decían “lo que estás sintiendo no es lo que tienes que sentir, va a ser peor, no es jugando” entonces yo me predispose feo. (Sonia, comunicación personal, 2024).

En estos casos, se puede identificar que el uso de advertencias sin empatía y sin ningún fundamento puede considerarse una forma de coacción emocional (dentro de la violencia emocional)

y negligencia ética. No hay evidencia de que estas afirmaciones se dieran como parte de un proceso informado o cuidadoso, sino como un discurso basado en el miedo, lo cual contribuyó finalmente a que las mujeres sintieran miedo y angustia de forma prolongada durante su embarazo y parto.

Al respecto, de acuerdo con Arranz (2021), entre las funciones del personal de enfermería es dar acompañamiento a los pacientes lo cual incluye en estos casos proporcionar ayuda y soporte de manera que las mujeres adquieran mayor confianza en su cuerpo y en sí mismas disminuyendo el miedo al parto, aspecto que también puede generar inseguridad, frustración y falta de autoeficacia al momento del parto.

Tomando en cuenta el hecho de que el cuerpo y el proceso de parto es diferente para todas las mujeres y que el dolor es algo subjetivo, estos comentarios se consideran infundados y lejos de buscar dar tranquilidad y soporte a la mujer, representaban un impacto emocional negativo y pueden afectar el bienestar general de la mujer y el feto.

Asimismo, se considera que estas frases dirigidas a las mujeres invalidan el dolor que ellas sienten en ese momento pues se considera por parte del personal médico que *no es nada comparado a lo que podrían sentir*, siendo ignorado su dolor actual el cuál sigue siendo significativo para las mujeres y en el cuál requieren de apoyo para poder transitarlo de mejor manera.

#### **4.2. Repercusiones de la VO en las mujeres posterior a la vivencia.**

De las 10 mujeres entrevistadas, 7 hicieron alusión sobre consecuencias o repercusiones que han tenido a nivel biopsicosocial después de la VO recibida. Un aspecto interesante de resaltar es que a pesar de que se tenía una pregunta específica para abordar este tema, ellas lo mencionaron durante su relato sin la necesidad de preguntarles específicamente, lo cual podría indicar que es un aspecto relevante en su experiencia.

A partir de los relatos de las mujeres, se logran identificar tres grandes subtemas respecto a las repercusiones a nivel psicológico, cognitivo y conductual, al respecto:

- a. Calificación de la vivencia como traumática.
- b. Aparición de síntomas de Trastorno de Estrés Postraumático y Depresión Posparto.
- c. Cambios en la subjetividad de las mujeres, específicamente respecto a volver a ser mamá y los miedos asociados.

##### **4.2.1 Descripción de la vivencia como traumática**

Durante las entrevistas realizadas, 4 de las 10 mujeres utilizaron el término “traumático” o “traumante” para describir la vivencia durante el internamiento en el hospital, principalmente debido al mal trato que mencionan haber recibido las mujeres por parte del personal de salud. De acuerdo con Tzitoridou y otros (2023) “Existen diversos factores responsables de una experiencia traumática de parto, como la violencia obstétrica, las complicaciones posparto y las complicaciones inducidas por médicos, los partos vaginales invasivos, entre otros” (p. 325). Por tanto, la VO fue un aspecto que pudo influir en la percepción de la vivencia como traumante. Un ejemplo de ello lo expone **Sonia** en, al mencionar lo siguiente:

Quiero hacer aquí un preámbulo. Y decir que mi parto fue algo traumante, así lo digo, fue algo traumante y es algo que emocionalmente me ha movilizado mucho. Entonces obviamente me voy a poner emocional. (...) Siempre que hablo del parto me quiebro, ahorita estoy tranquila, pero porque lo he estado trabajando en terapia. Pero siempre me quiebro, inclusive escribiéndolo, porque ha sido muy movilizador para mí. (**Sonia**, comunicación personal, 2024)

En este caso, Sonia menciona la forma en que esta experiencia traumática le sigue afectando hoy en día, aún tres años después de lo vivido ella menciona que siempre que habla del tema “se quiebra”. Incluso, durante varios momentos de la entrevista comenzó a llorar narrando su vivencia. Esto evidencia cómo a partir de la VO recibida, las mujeres pueden seguir viviendo consecuencias (en este caso emocionales) inclusive varios años después. Esto ha hecho necesario para algunas de las mujeres participantes, ir a terapia psicológica debido a la afectación en su calidad de vida y la búsqueda de este tipo de investigaciones para poder exponer y contar su vivencia.

Otras mujeres también mencionan catalogar la experiencia como traumante:

Mi maternidad empezó siendo algo traumante, no algo bonito. (Blanca, comunicación personal, 2024).

La verdad que fue muy traumante, fue muy traumante ver nacer a mi bebé así, mi mamá me decía que para esa gracia lo hubiera tenido aquí en la casa. Para mí, hay dos cosas muy traumantes, lo primero es ver a mi hija entre mis rodillas y que se la llevaran sin dármele o ponérmela en el pecho. Yo pensé que algo le había pasado. Y lo segundo, el dolor más fuerte que he sentido en mi vida, ni siquiera parir, que estando toda suturada me metieran la mano. (Ana, comunicación personal, 2024).

En el caso de Ana, durante su entrevista relató que cuando estaba en el salón de preparación para el parto, comenzó a sentir que necesitaba pujar a lo que la enfermera respondió que era que “tenía ganas de ir al baño”, en sus palabras ella menciona lo siguiente:

Les hice el comentario de que estaba sintiendo que algo estaba saliendo de mí y me dijeron “mamita eche caquita, tranquila eche caquita” fue... o sea Ana ... eso lo tengo aquí, yo siempre lo recuerdo “eche caquita eche caquita”( Ana, comunicación personal, 2024).

Al final, su bebé nace sin que ella se dé cuenta y se percata por el llanto de este, las enfermeras se lo llevan inmediatamente a chequeo sin avisarle ni darle ningún tipo de explicación o información y posteriormente estando suturada (debido a un desgarro), una doctora le ingresa la mano por el canal vaginal provocando un intenso dolor. A partir de esta vivencia que comenta Ana, se puede analizar la forma en que la VO recibida durante el parto, afectó la manera en que percibe su vivencia como algo traumante, aspecto que influyó en una serie de decisiones como la realización de la vasectomía de su pareja para no volver a quedar embarazada (aspecto que se desarrollará con más detalle en el apartado *Afectación de la subjetividad de las mujeres*).

El último relato fue dado por Flor quién también califica su vivencia como traumática:

El parto, todo, fue traumante, estaba tan traumada que no quería ver cómo había quedado mi vagina. Mi esposo me tomaba fotos y quería enseñarme y yo le decía que no. No puedo ver. (Flor, comunicación personal, 2024).

En el caso de Flor, ella describe haber sufrido VO desde el inicio de su internamiento para un parto inducido, ella comienza a ser punto de burlas y comentarios negativos por parte de las enfermeras, además menciona que pasaban muchas horas sin que le brindaran ningún tipo de información, también menciona que no le dieron opciones de métodos para inducir el parto si no que sólo le indicaron cuál procedimiento se iba a hacer sin mayor detalle.

Flor, a pesar de que le realizaron episiotomía, tuvo un desgarro muy grande y la forma en que fue suturada le dejó secuelas físicas, pero también psicológicas, pues Flor indica que no quería ver cómo había quedado su vagina después del procedimiento. Además, estas secuelas físicas (como cicatrices), pueden provocar que la mujer al verlas o sentir las haga que el recuerdo de la VO aparezca una y otra vez y sea una constante fuente de malestar (Hernández, 2022). Asimismo, este ejemplo evidencia cómo las secuelas de la VO pueden afectar distintas áreas de la vida de una persona pues ella menciona consecuencias físicas, emocionales, cognitivas y sociales. Al respecto

Elío (2023), menciona que el ser humano es un organismo biológico, psicológico y social, la hora de pensar en los estados de salud y enfermedad, se debe hacer desde estos tres componentes.

A partir de estos relatos, se puede identificar cómo las mujeres además de calificar el proceso como algo traumante, hacen referencia a una discrepancia entre lo que se esperaba que fuera y lo que realmente sucedió durante su proceso de parto. Por ejemplo, Ana menciona que le hubiera gustado tener un parto más humanizado y tranquilo, Blanca hace referencia a un parto bonito y natural (no inducido) y Flor indica que esperaba vivir su parto acompañada, que fuera natural y no tan doloroso.

Estos cuatro testimonios presentan el parto como una experiencia traumática, lo cual apunta a la importancia de respetar los derechos de las mujeres antes, durante y después del parto, previniendo el maltrato y la violencia obstétrica en la búsqueda del bienestar de las mujeres pues “la presencia de factores, como la experiencia traumática del parto, pueden afectar al estado afectivo y cognitivo de la madre, y como consecuencia, tener repercusiones significativas sobre la relación de apego en desarrollo, entre ella y el recién nacido” (Charlo, 2022, p. 12). Es decir, no sólo se pueden dar repercusiones en la madre sino también en la relación con su bebé e incluso con las demás personas que la rodean.

#### **4.2.2 Sintomatología de Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) y depresión posparto**

La experiencia traumática de un parto puede derivar en sintomatología postraumática o depresiva, representando importantes efectos psicológicos. En el caso específico del TEPT relacionado con el parto, es un trastorno mental que genera angustia y que pueden tener un impacto negativo en las mujeres y potencialmente para las personas que las rodean como por ejemplo: el neonato, la pareja y el resto de la familia. (Horsch *et al.*, 2024).

A pesar de que no es uno de los objetivos de esta investigación catalogar o diagnosticar si las mujeres entrevistadas tuvieron o tienen TEPT, a partir de sus relatos se pudieron identificar síntomas de reexperimentación relacionados con el TEPT, aspecto el cual se considera una subcategoría emergente de la investigación que guarda estrecha relación con la categoría de vivencias emocionales de las mujeres.

De acuerdo con el DSM-5 (2022), uno de los síntomas del TEPT relacionados con la reexperimentación de la experiencia traumática es tener sueños recurrentes sobre la experiencia traumática, aspecto que mencionaron dos de las mujeres entrevistadas:

He tenido sueños varias veces sobre esto, de hecho, desde que comencé mi proceso terapéutico un día me soñé que estaba pariendo pero que estaba en el hospital y yo decía, pero por qué si yo estoy decidida a no parir natural. Y me sueño haber estado pariendo en ese mismo hospital. Y yo pienso, por qué estoy aquí. Y otra vez pariendo. Siempre me devuelvo al parto, específicamente a esa sala de parto. (Sonia, comunicación personal, 2024).

Sonia menciona que sus sueños y pensamientos se encuentran enfocados en el parto y la sala de partos. Esto es importante de destacar dado que en su relato ella identifica sentirse decidida de no querer volver a parir de manera natural por todo lo experimentado en su primer parto, el cual ella cataloga como VO. Ella identifica haber vivido una experiencia traumática y que por esa razón no desea volver a pasar por lo mismo. Esta clase de emociones relacionadas con la experiencia del parto y por consiguiente los sueños recurrentes de estar nuevamente en el mismo hospital, están vinculadas con la sintomatología del TEPT.

Aunado a esta idea, Eugenia menciona haber sentido miedo durante todo el proceso (preparto, parto y posparto) aspecto el cual puede generar una experiencia negativa de parto siendo un factor de riesgo para el desarrollo de TEPT. Asimismo, ella hace referencia a que las pesadillas eran sobre el momento preciso en el que le reventaban la fuente sin su consentimiento, pues según su experiencia estando ya internada en el hospital, le hicieron un tacto vaginal en el cual la enfermera obstetra sin contar con ningún tipo de consentimiento y sin informarle le reventó la fuente, aspecto del cual Eugenia se percata por la salida de líquido y un dolor descrito como insoportable.

La experiencia anterior representa un detrimento de la autonomía y capacidad de decisión de la paciente sobre sus procedimientos, percibiendo un alto grado de vulnerabilidad y sensación de pérdida de control de su proceso. Al respecto, Pereira, Domínguez y Toro (2015), mencionan que el consentimiento informado constituye un instrumento que garantiza y protege la autonomía de la paciente, aspecto fundamentado en la búsqueda del respeto a la dignidad y libertad de las personas. Asimismo, Charlo, 2022, hace mención de que el trato que recibe la parturienta por parte de los profesionales que le atienden influye en su percepción del parto y puede ser un factor crítico tanto en la prevención como el desencadenamiento del síndrome de estrés postraumático.

Otras mujeres mencionaron síntomas de depresión posparto, al respecto:

Mi mamá creía que yo tenía depresión porque yo del cuarto no salía, yo no me sentía bien, pasaba triste. (Ana, comunicación personal, 2024).

Definitivamente al principio tuve depresión posparto, me costó entender qué me hacía sentir tan triste y no sé cuándo lo que me di cuenta de que me daba mucha tristeza fue no haber podido tener el parto que yo planeé. Me dio mucha tristeza, de que fue tan doloroso, de que si hubiera sido un parto no inducido tal vez yo hubiera tenido más movilidad, me hubiera rasgado menos. Yo tenía mucha nostalgia por el parto que no fue. (Flor, comunicación personal, 2024).

Nuevamente se hace alusión al tema de la discrepancia entre las expectativas del parto y lo que realmente fue (aspecto que fue analizado en la subcategoría anterior *Descripción de la vivencia como traumática*), pero esta vez asociado al tema de depresión posparto. De acuerdo con la teoría, existe una relación entre la violencia obstétrica y el desarrollo de síntomas de depresión posparto. Al respecto, Ucaña y Contreras (2022), mencionan que “las madres gestantes, quienes experimentaron algún tipo de violencia obstétrica, durante su atención en el parto, posteriormente en el puerperio mostraron signos y síntomas de depresión” (p. 10). Por tanto, se puede visualizar en estos dos relatos la relación entre la experiencia negativa del parto debido a la VO recibida y el desarrollo de síntomas de depresión posparto.

En conclusión, se puede decir que, en los casos de las mujeres mencionadas anteriormente, la VO recibida, así como el estar sin acompañamiento, ser receptoras de prácticas médicas dolorosas y no tener el parto deseado contribuyó de forma negativa en la salud mental de las mujeres, evidenciando síntomas de depresión posparto y TEPT de acuerdo con sus relatos. Por tanto, es necesario que en el sistema de salud público costarricense “se reconozcan la violencia obstétrica como un factor de riesgo para el TEPT y generen intervenciones que garanticen la seguridad y el respeto por los derechos de la mujer. Por tanto, se debe comprender que la violencia obstétrica es una violación de los derechos de la mujer que tiene consecuencias devastadoras para la salud mental.” (Castro, 2024, p. 27)

#### **4.2.3 Cambios en la subjetividad de las mujeres**

Algunas de las mujeres entrevistadas mencionan tener miedo de volver a ser mamás en un futuro y tener que pasar todo el proceso en el sistema de salud público debido a los malos tratos recibidos. Es decir, el malestar y miedo sentido por el mal trato recibido sigue teniendo impacto en sus vidas actualmente de forma tal que afecta en sus decisiones, más específicamente sobre volver o no a ser mamás.

Yo comencé un proceso de terapia este año a raíz de que yo sabía que tenía que trabajar esto porque yo quiero volver a ser mamá en algún punto. Como que me quedo esta cuestión de no quiero volver a parir, o sea quiero tener un hijo pero no quiero volver a parir, porque

ahora sí me da miedo entonces estoy hablando de una mujer que confiaba plenamente en su cuerpo y su instinto, ahora con miedo a parir. Si no hubiera sido por ese parto, yo perfectamente estaría embarazada de mi segundo hijo (Sonia, comunicación personal, 2024).

Este fragmento muestra una pérdida de confianza corporal como consecuencia del parto vivido, cicatriz aún sentida, de la experiencia de parir, debido a la VO.

Es también una ruptura con la seguridad y confianza que ella sentía de su propio cuerpo, pues Sonia menciona durante la entrevista en repetidas ocasiones que ella no tenía miedo al parto porque sabía y confiaba en que su cuerpo era capaz de atravesarlo.

Existe una limitación indirecta del derecho a decidir libremente sobre el número y espaciamiento de los hijos, uno de los principios fundamentales en salud sexual y reproductiva, pues sus planes en relación con su reproductividad están asociados a la vivencia negativa y el miedo de ser nuevamente víctima de VO.

De forma específica el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), 1994, menciona que “todas las personas tienen derecho a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el momento de tenerlos” (p. 40). Se dice que este derecho se viola de forma indirecta en estos casos, ya que la decisión de cuántos hijos tener, cómo y cuándo, ya no es plenamente libre, sino que ya está condicionada por la experiencia negativa (asociada a la VO recibida) del parto.

Entrevistadora: ¿pensás o considerarás que tuvo alguna repercusión en tu salud mental? Josefina -Tal vez en ese miedo que le queda a uno en pensar que si voy otra vez que va a pasar, si voy a ser capaz, si me van a volver a lastimar así pero emocionalmente porque realmente siento yo que eso es lo que lástima porque el dolor de los hilos se quita, el dolor de dar de mamar se quita, pero la forma del trato no y en un momento tan importante-. (Josefina, comunicación personal, 2024).

Yo decía ahí mismo que me operaran, porque yo no quiero volver a parir nunca más en mi vida, mi pareja se hizo la vasectomía, también por responsabilidad, pero también por el hecho del trauma. Yo estoy segura de que un bebé no hubiera podido volver a tener. (Ana, comunicación personal, 2024).

De acuerdo con Valverde y Espinoza (2022), la violencia obstétrica genera consecuencias prolongadas, manteniendo el trauma y el estrés más allá del evento obstétrico. Estas experiencias negativas, caracterizadas por el miedo, la inseguridad y el maltrato recibido durante la atención,

condicionaron en estos casos, la manera en que las mujeres se relacionan posteriormente con la idea de la maternidad y el proceso de parto. Es decir, a partir de los relatos se evidencia la forma en que la VO recibida influye directamente en la toma de decisiones reproductivas, llevando a estas mujeres a evitar un nuevo embarazo.

En esta línea, Virrman y otros (2023), destacan que “la experiencia negativa del parto es la principal causa de temor a los partos posteriores y puede afectar las decisiones reproductivas futuras, donde las mujeres afectadas pueden abstenerse o retrasar un embarazo posterior” (p.146). Así, se evidencia que la violencia obstétrica no constituye un hecho aislado ni limitado al momento del parto, sino que se proyecta en la vida futura de las mujeres, afectando su autonomía reproductiva y su proyecto de vida.

Lo expuesto, no sólo afecta a nivel individual, sino que, desde una lectura biosicosocial, también puede tener implicaciones sociales más amplias, como por ejemplo con su pareja, pues en este sentido, la elección de ser madre deja de responder a un ejercicio libre y autónomo de los derechos reproductivos y pasa a estar mediada por el temor y la inseguridad derivados de dichas experiencias de VO.

#### **4.3 Experiencia de parto durante la época de pandemia por COVID-19 y su relación con VO**

La época de emergencia nacional en Costa Rica por COVID-19 dio inicio el 16 de marzo del 2020. Durante los primeros meses, el Ministerio de Salud (MINSAL) impulsó diferentes lineamientos para la contención de los brotes de contagio, entre ellos se encuentra el LS-VS-001 de “Lineamientos técnicos para la prevención y la contención de brotes de COVID-19 en los establecimientos de salud públicos y privados”. Con estos, dicha institución pretendía equipar a la población de guías para manejar espacios públicos y/o privados en donde hubiera una alta probabilidad de contagio, como lo son los centros hospitalarios.

En dichos lineamientos, se destacan aspectos como: regulaciones del acceso a acompañantes a los centros hospitalarios, el uso de mascarillas, el aislamiento de pacientes en casos positivos por COVID-19, además de protocolos sanitarios para el ingreso a hospitales como el lavado de manos, entre otros. A continuación, se detalla cómo las mujeres participantes de este estudio describen su experiencia de parto durante la época de emergencia sanitaria por COVID-19 y cómo ésta se vio afectada por los lineamientos que marcaron una diferencia en la atención por parte del personal de salud. Además de esto, se detalla el impacto emocional que esto tuvo en su proceso de parto y posparto.

#### **4.3.1 Falta de acompañamiento como componente importante de la experiencia**

Debido a que durante la pandemia uno de los factores de propagación del virus era la aglomeración de personas, el aislamiento social pasó a ser una medida necesaria impulsada por el Ministerio de Salud de Costa Rica para la mitigación de los contagios. Parte de estos lineamientos incluyen desde el 9 de marzo del 2020 que las personas usuarias (incluyendo mujeres embarazadas) deben acceder solos/solas a los servicios de salud. Esta fue la misma directriz para mujeres en labor de parto, sin embargo, es importante destacar que esta no fue una recomendación dada por la Organización Mundial de la Salud. Más bien, ésta recomendaba lo siguiente:

Todas las mujeres embarazadas y púerperas y sus recién nacidos, incluidos aquellos con infección, confirmada o presunta por el virus de la COVID-19, tienen derecho a una atención de alta calidad antes, durante y después del parto, incluida la atención de salud mental. Una experiencia de parto segura y positiva incluye: ser tratada con respeto y dignidad, tener a un acompañante de su elección presente durante el parto, una comunicación clara por parte del personal de maternidad, estrategias adecuadas para aliviar el dolor y movilidad durante el parto, siempre que sea posible, y elección de la posición del parto. (OMS, 2022)

De acuerdo con cuatro de las mujeres entrevistadas, a pesar de que la OMS recomendaba que las mujeres embarazadas permanecieran acompañadas, se les obligó a permanecer solas durante toda la labor de parto, a excepción de la fase expulsiva y luego de nuevo durante el posparto. Una de ellas caracteriza el hecho de haber estado sola de la siguiente manera:

Lo más violentado fue la falta de compañía. Si ya ellos saben que uno no tiene COVID y el acompañante tampoco por qué no lo dejan estar ahí con uno. Ellos son muy importantes para que uno se pueda recuperar bien. No es un capricho. Es un derecho y una necesidad. (Eugenia, comunicación personal, 2024)

Las mujeres describieron el hecho de estar solas durante el parto con los siguientes adjetivos: “Una experiencia fea, complicada, cansada y aburrida” (Eugenia), “Desesperante” (Eugenia), “Gran sensación de soledad: “Nada de lo que pasó hubiera pasado, si mi pareja hubiera estado ahí para evitar, él hubiera sido una voz. Sé que eso hubiera cambiado todo. Uno no puede estar solo en un escenario así tan monstruoso” (Irene, además de indicar sentirse impotentes, con falta de apoyo y falta de escucha (Josefina). Debido a esto, se puede mencionar que la falta de acompañamiento significó una afectación emocional en las mujeres participantes.

Además de esto, una de ellas (Josefina) comentó una situación en la que una enfermera la obligó a mantener el teléfono apagado sin razón médica aparente. Inclusive, ella destaca que podía ver que las demás mamás sí podían estar utilizando su teléfono. Esta mamá no solamente estaba sola, sino que también la estaban forzando a permanecer incomunicada. Este hecho se puede vincular con un ejercicio de poder obstétrico, el cual se detalla más adelante.

Sin embargo, en la medida en la que fue pasando el tiempo y la cantidad de contagios se fue controlando, los lineamientos en torno al ingreso de acompañantes se fueron flexibilizando. Específicamente, el 17 de diciembre del 2021 la C.C.S.S durante una rueda de prensa y a través del doctor Randall Álvarez, gerente médico de la institución, anunció la reactivación del ingreso de acompañantes y visitantes a los hospitales públicos del país. Esto con el fin de propiciar la recuperación de las personas al disminuir la posibilidad de que estos desarrollen cuadros de ansiedad o depresión por estar lejos de familiares.

A pesar de esto, no fue sino hasta 8 de abril de 2022, que se emitió la circular GM-6154-2022 en donde se comunica que la entrada de acompañantes junto con las mujeres en labor de parto regresa a la normalidad en los hospitales públicos. Este documento incluye:

La posibilidad de tener compañía durante las etapas de parto, parto y posparto vaginal/quirúrgico, así como alojamiento conjunto, consulta externa, salones de hospitalización, emergencias u otros procedimientos que se requieran durante el proceso de atención. (Teletica, 2022)

A partir de los relatos de las mujeres, se pudo identificar que en varios casos el mismo personal de los centros de salud no había sido informado de dicha directriz o aparentaban no estarlo. Esto ocasionó que las mujeres debieran llevar por escrito el pronunciamiento donde se mencionaba que las personas acompañantes ya podían ingresar, para hacer valer su derecho. Aun así, el personal de seguridad y enfermeros se mostraban resistentes al ingreso de acompañantes. Una de ellas corrobora dicho escenario con el siguiente relato:

Llega un guarda y le dice a él (el acompañante) que no puede subir, recuerdo que me puse indisputada y yo - ¿cómo que no puede subir?- y me dice -no, solo la mamá- y yo -no, o sea él tiene derecho a subir, yo tengo derecho a estar acompañada incluso en las citas de monitoreo, o sea no a mí no me diga eso-. Yo llevaba plan de parto, pero el decreto de que uno puede entrar acompañada a las citas y todo, yo lo andaba, llego y le enseñé al guarda donde dice que él puede subir. El mae súper amargado, y le dije -yo ando un documento que dice que ya puedo entrar acompañada- y ya él me dijo que no y yo me indispute. Él no quiso

decirme a donde estaban los demás guardas para consultar. Me fui a hacer el burumbum. Y me dicen de nuevo que aún no. Y yo les enseñé el documento, y les dije yo no sé qué es lo que pasa en los hospitales y a mí me sorprende que haya algunos que sepan y otros que no sepan. Cuál es ese teléfono chocho. Hace una semana vine con él y yo subí como si nada, no tuve que sacar nada. La guarda lo dejó pasar. En el área de monitoreo no le dijeron que no puede pasar ni nada. Entonces no sé qué es lo que sucede. El punto es que yo sé que él puede subir y yo no quiero subir sola. Entonces ya la encargada toda indispuesta llamó al otro guarda y le dijo que lo tenía que dejar subir y bueno ya (...) Cuando subimos me pusieron en sala de labor, para que las demás mamás no dijeran nada de que estaba acompañada. (Rocío, comunicación personal, 2024)

Esta experiencia la vive Rocío el 29 de abril del 2022, casi 2 meses después de que se emitiera la circular que avala el ingreso de acompañantes. Esta misma mujer en su relato comentó que los enfermeros la pusieron en una sala de parto sola con su acompañante durante todo el internamiento, aspecto el cuál llamó su atención ya que no le explicaron ni le dijeron por qué no estaba en un salón común como todas las mujeres si aún no estaba en labor de parto, a lo que ella asume que fue para que las demás mujeres no vieran que ella sí estaba acompañada y así evitar que ellas levantaran la voz.

Lo ocurrido evidencia cómo, aun existiendo lineamientos claros por parte de la C.C.S.S, el personal sanitario decidió aplicarlos de forma restrictiva, permitiendo el acompañamiento únicamente a la mujer (Rocío) que presentó la circular. Sin embargo, lejos de reconocer este derecho para todas las mujeres ingresadas en dicho momento, optaron por aislarla en un cuarto separado para evitar que las demás mujeres pudieran percatarse de que estar acompañadas era una posibilidad. Es decir, se buscó ocultar el derecho a estar acompañadas a las demás usuarias que probablemente no contaban con el conocimiento de dicha circular.

Esta situación podría leerse como una manifestación de VO simbólica, en la medida en que se oculta un derecho reconocido y se convierte en una excepción para las demás. Los derechos parecieran ser como permisos individuales, más cercanos a un privilegio que a una garantía universal. Al respecto, Al Adib *et al.* (2016), mencionan que es “urgente promover la reflexión y sensibilización de los agentes de salud sobre este tema particular para lograr modificar aquellas prácticas en salud violatorias de los derechos de las mujeres garantizando la igualdad del acceso y la calidad de la atención independientemente de la procedencia socioeconómica o cultural de la mujer.” (p.8). Por tanto, todas las mujeres deben tener acceso a los mismos derechos sin distinción alguna.

Este caso refleja cómo, en contextos de emergencia sanitaria como la pandemia por COVID-19, los derechos de las mujeres pueden ser invisibilizados o incluso negados bajo la apariencia de “protocolos” u “obligatoriedades”.

Lo ocurrido permite inferir que, en un momento de alta tensión a nivel nacional, en algunos de los centros de salud públicos no se contaba con las herramientas necesarias para garantizar el cumplimiento de derechos fundamentales antes, durante y después del parto, como lo es el acompañamiento, ni con mecanismos de comunicación eficientes para asegurar la actualización y difusión de medidas o lineamientos. De ahí la importancia de que estos protocolos sean ampliamente conocidos tanto por las mujeres usuarias como por el personal que brinda la atención, a fin de evitar interpretaciones arbitrarias que den lugar a la vulneración de derechos de las mujeres.

Es importante destacar la gran importancia que tiene el derecho a estar acompañada, ya que como se ve en el estudio de Domínguez-Mejías y Gómez-Díaz (2022), existen muchos beneficios físicos y psicológicos del acompañamiento durante el parto, entre ellos: una mayor probabilidad de tener un parto vaginal espontáneo, menos experiencias negativa sobre la vivencia personal del parto, horas de labor de parto reducidas, fomenta el alivio no farmacológico del dolor, una mayor ayuda en la comunicación el personal sanitario y un nivel de ansiedad menor en comparación con las mujeres no acompañadas.

Adicionalmente, en cuanto a los beneficios del acompañamiento, la OMS publicó el 9 de septiembre del 2020 un artículo titulado: *La OMS recomienda encarecidamente apoyar a las mujeres para que tengan un acompañante elegido durante el parto y el nacimiento, incluso durante la COVID-19* en donde destacó dentro de los principales beneficios que éste puede brindar apoyo de manera práctica y emocional, especialmente en acortar la comunicación entre la mujer en trabajo de parto y el personal sanitario que la rodea. Además, que puede actuar como un defensor, ya que el acompañante puede presenciar y proteger contra el maltrato o la negligencia (2020).

En el caso contrario, las siguientes mujeres participantes relacionan el haber estado solas con sentirse desprotegidas:

Entrevistadora: ¿Crees que en algo hubiera cambiado que hubiera estado tu esposo?  
Juana Tal vez por estar mi esposo ahí no hubieran sido tan malas. Desgraciadamente el personal de la caja es muy frío, no sé si por todas la situaciones que han vivido. (Juana, comunicación personal, 2024)

Lo más fuerte es no poder hablar y defenderse, para eso es tu pareja que ella sea tu voz. Sé que eso hubiera cambiado todo. Uno no puede estar solo en un escenario así tan monstruoso” (Irene, experiencia personal, 2024) y “Cuando el acompañante llegó ya uno se siente escuchado y apoyado. Y que alguien lo respalda a uno, lo escucha y lo atiende (Josefina, comunicación personal, 2024).

Finalmente, las mujeres mencionaron que el estar solas “fue de lo peor, hizo la experiencia mucho peor y traumática” (Eugenia, comunicación personal, 2024) y ellas mismas identifican que otros de sus derechos durante el parto fueron violentados debido a que no estaban acompañadas y no tenían quién las defendiera ante lo que ellas percibían que fueron malos tratos.

En cuanto a la vivencia emocional, se puede destacar que estas mujeres percibieron mucho estrés debido a que tuvieron que hacer valer sus derechos y eso les ocasionó emociones de enojo, tristeza y frustración, según lo relatado por ellas mismas.

De estas experiencias descritas anteriormente, se podría observar una comunicación deficiente entre instituciones del sector de salud público en Costa Rica o bien una alusión a desconocimiento de las directrices, ya que a pesar de que el Ministerio de Salud había emitido una circular nacional, ésta no había sido acatada a tiempo por hospitales como por ejemplo el Hospital México. Debido a esta comunicación deficiente, varias de las mujeres participantes decidieron hacer valer su derecho a estar acompañadas de manera exigida, en un momento muy vulnerable como lo es el parto. Sin embargo, el derecho no fue otorgado a todas por igual. Este desconocimiento o falta de acatamiento de nuevas directrices por parte de instituciones públicas de salud propiciaron momentos de mucho estrés para las mujeres y una mala experiencia en general, según lo descrito en los relatos.

#### **4.3.2 Obligatoriedad de la mascarilla**

Otro hecho característico de la pandemia fue la obligatoriedad del uso de la mascarilla, inclusive en uno de los momentos más desgastantes a nivel físico como lo es el parto. Esta declaratoria se dió el 26 de junio del 2020 con el Decreto Ejecutivo No. 4242-S en donde se dispuso que todas las personas debían usar mascarilla o careta como medida de protección personal en espacios públicos y privados donde no hubiera posibilidad de mantener el distanciamiento físico adecuado.

Dicha medida se mantuvo vigente hasta el 8 de mayo del 2022, cuando se firmó el Decreto Ejecutivo No. 43544-S que elimina la obligatoriedad general del uso de las mascarillas, sin embargo, se mantuvo para el personal de salud de primera línea y para las personas que requerían ingresar a establecimientos de salud públicos y privados.

En cuanto a la atención de mujeres embarazadas durante la etapa del parto, parto y posparto, la C.C.S.S actualizó en julio del 2020 los protocolos de atención para mujeres diagnosticadas con COVID-19. Dicho protocolo, incluido en el Lineamiento LS-SS-010, incluía que las mujeres embarazadas con diagnóstico positivo por COVID-19 debían utilizar mascarilla durante la consulta prenatal presencial y durante el parto, como una medida preventiva para reducir el riesgo de transmisión del virus.

Es importante destacar que los únicos lineamientos dados para la atención de mujeres embarazadas se dieron bajo el marco de aquellas que tuvieran un diagnóstico positivo por COVID-19. No se encontraron lineamientos para mujeres que no presentaban el virus. Sin embargo, las mujeres también fueron obligadas a utilizar mascarillas durante las consultas prenatales y el parto, independientemente del estado de salud de la madre. Según las vivencias de Flor, Eugenia, María, Sonia, Blanca, Ana y Rocío, (nombres ficticios) ellas refieren haber tenido que parir con mascarilla a pesar de no tener un diagnóstico positivo por COVID-19 y destacan la gran incomodidad que esto les ocasionó. A pesar de que el uso de esta no representa un escenario de VO, es necesario destacarla ya que fue un elemento importante en la vivencia de estas mujeres, lo cual responde a la pregunta de investigación.

La Asociación Americana de Embarazo (*American Pregnancy Association*, s.f.) menciona que es muy importante que las mujeres manejen bien su respiración para poder afrontar cada contracción y que al mismo tiempo llegue oxígeno al bebé. Dentro de los beneficios se encuentran:

- a. La madre permanece en un estado más relajado y responderá de manera más positiva a la aparición del dolor.
- b. Un ritmo constante de la respiración es calmante durante el parto.
- c. Provee una sensación de bienestar y control.
- d. El aumento de oxígeno provee más fuerza y energía, tanto para la madre como para el bebé.

Por el contrario, cuando una mujer tiene un parto muy prolongado y una respiración inadecuada puede favorecer a una baja oxigenación en la sangre lo que podría resultar en que llegue poco oxígeno al bebé y lo exponga a los riesgos de una hipoxia fetal. Entre ellos: daño cerebral, retrasos en el desarrollo, problemas de aprendizaje, epilepsia, entre otros (Bueno, 2023).

Con el uso de la mascarilla, las mujeres identifican no haber podido respirar bien y encontrarse sumamente incómodas, esto fue otro factor que contribuyó a tener una mala experiencia de parto según lo relatado. Fueron, además, obligadas a parir y pujar con mascarilla, lo cual generó sentimientos de indignación. Las siguientes mujeres comentaron al respecto:

Yo estuve con mascarilla durante todas las contracciones, terrible. Me la quité en el baño y le dije al papá que ya no la iba a usar, no puedo estar respirando bien con esta mascarilla, es súper incómodo. Imagínese es como que usted ande corriendo o salga a hacer ejercicio con la mascarilla. Era lo peor. (Rocío, comunicación personal, 2024)

“Fue lo peor del mundo estar con mascarilla, tener que respirar fue fatal” (María, comunicación personal, 2024).

“Me tocó estar completamente sola durante todo el proceso por ser COVID. Y además tuve que usar mascarilla todo el tiempo, incluso pariendo” (Flor, comunicación personal, 2024)

Además de esto, una de ellas menciona que en el hospital San Vicente de Paúl el calor es un factor que añade a la incomodidad y el malestar, ya que además de obligarla a pasar todo el proceso de parto con mascarilla, las condiciones de calor son extenuantes. Sus palabras fueron las siguientes: “Lo más feo para mí era estar usando la mascarilla y que ahí no hay aire acondicionado, entonces ese “calorazo” es insoportable” (Eugenia, comunicación personal, 2024).

A pesar de que el uso de la mascarilla fue necesario durante la época de pandemia para controlar los casos por COVID-19, este fue un elemento destacado por las mujeres entrevistadas, ya que el uso de esta dificulta la respiración, por ende, dificulta el manejo del dolor durante el parto. Es importante mencionar que, en sus relatos, las mujeres percibieron un trato deshumanizante al ser obligadas a pujar con mascarilla. Además, ciertos hospitales del Gran Área Metropolitana presentan condiciones que no favorecen a una buena experiencia en general de las usuarias debido a factores climáticos como el calor. Teniendo en cuenta esto aun así fueron obligadas a usar mascarilla.

#### **4.3.3 Exigencia de esquema de vacunación y pruebas COVID-19 durante el parto**

Otro aspecto importante de la época de pandemia fue la urgencia con la que el Ministerio de Salud Pública Costarricense pidió a la población el vacunarse con una, dos y hasta tres dosis de refuerzo contra la COVID 19. Según lo publicado en la página oficial del Ministerio de Salud, las personas con esquema de vacunación completo y código QR de vacunación tenían acceso a lugares públicos y eventos masivos, además de que, si se encontraban en contacto con algún caso positivo, no debían ser aisladas (Ministerio de Salud de Costa Rica, 2022).

Una de las mujeres entrevistadas comentó que si no tenían el esquema de vacunación completo (con dosis de refuerzo) esto resultaba en una suma de comentarios despectivos por parte del personal

médico a las mujeres que no cumplieran con dichas medidas. En este aspecto se podría identificar un ejercicio de violencia obstétrica, específicamente de manera verbal:

Entonces yo tenía la vacuna obligatoria, cuando yo fui al hospital ya habían tres dosis, pero yo sólo tenía la obligatoria. Las enfermeras empezaron a quejarse diciendo: es que vea solo tiene una dosis, y aunque le digamos ya es gente necia que no quiere vacunarse y que no le importan los demás entonces no vamos a lograr que se ponga la vacuna ni decirle. Hablaban entre ellas. Y me dice una -Y póngase la mascarilla-. Porque había que parir con mascarilla verdad. Blanca, comunicación personal, 2024)

Adicionalmente, algunos centros hospitalarios siguieron esta misma tendencia ya que, según comentan las mujeres entrevistadas, el personal de salud exigió en muchos casos presentar el comprobante de la prueba COVID a la hora de ser atendidas. Inclusive en momentos donde estaban a punto de parir: “Ya yo estaba a punto de parir y me pidieron la prueba de COVID. Pero o sea ya yo estaba literal como en 8 cm” (Rocío, comunicación personal, 2024).

Si bien, la atención no se les negó a estas mujeres que no se encontraban con el esquema completo de vacunas o que no presentaron pruebas negativas de contagio, se identifican palabras ofensivas según lo mencionado por las mujeres entrevistadas. Indignación es una de las emociones identificadas al haber sido cuestionadas por temas de vacunación y pruebas COVID-19 a la hora del parto.

#### **4.3.4 Percepción de cambio en la atención prenatal, del parto y posparto**

Es importante destacar que las mujeres participantes identificaron una diferencia en la atención brindada por el personal de salud durante la época de pandemia, no solamente debido a los lineamientos existentes, sino al trato brindado durante el parto y posparto.

Si bien la pandemia suponía un distanciamiento físico y mayor control por medio de pruebas COVID para evitar los contagios, la calidad de la atención médica no debía suponer ningún cambio. Sin embargo, las mujeres comentaron lo siguiente: “Por lo del COVID nadie lo tocaba a uno ni se acercaban a uno, yo decía que quería tomar agua y me decían que no. El COVID era excusa para todo. Lo único bueno era que presionaban para que uno saliera rápido porque ocupaban la cama” (Eugenia, comunicación personal, 2024).

Además, las mujeres identificaron un ambiente más tenso y lleno de “miedo”. Especialmente en relatos que se situaron dentro de las etapas iniciales de la emergencia nacional por la pandemia: “En la pandemia todo mundo andaba asustado y los médicos ni se acercaban. En el hospital era un

ambiente tan tenso, todos tenían miedo” (Eugenia, comunicación personal, 2024) y “El personal hablaba entre ellos y había una sensación de tensión, por las mascarillas, los turnos. No sabían qué iba a pasar ni cómo iban a resolver” (Irene, comunicación personal, 2024).

Adicionalmente, hubo dos mujeres que vivieron un parto en pandemia y otro posterior a la pandemia cuando ya todos los lineamientos cambiaron nuevamente y permitieron el ingreso de acompañantes y se eliminó el uso de mascarilla. Estas mujeres describen las siguientes diferencias en ambas experiencias:

“Desde el punto en el que usted no tiene compañía, le están violentando sus derechos. Yo viví los dos partos y sin compañía definitivamente es muchísimo más feo y complicado, cansado y aburrido. Y, sobre todo, el trato es muy diferente” (Eugenia, comunicación personal, 2024).

“Completamente diferente en la pandemia, el trato fue muy diferente. La comunicación con el personal era muy diferente, estaban más relajados cuando no era pandemia” (Josselyn, comunicación personal, 2024).

Con el tema de la pandemia al hospital si podía ir solo era mejor porque había que entrar sola. A las primeras citas no lo dejaban entrar y había que andar mascarilla. Ya cuando lo dejaron entrar por supuesto me sentí mejor. Porque si yo necesitaba algo tenía que ir a hacerlo sola, sin embargo, cuando él estaba era mejor y me ayudaba. Estaba mucho más relajada. Sin embargo, el día del parto no lo dejaron entrar. Me dijeron que por el COVID solo entraba el paciente. Me sentí totalmente sola, él no pudo entrar ni siquiera al hospital. Me hicieron esperar como hora y media en la recepción, porque con lo del COVID todo mundo hacía lo que quería y ahí me dejaron esperando. (Eugenia, comunicación personal, 2024)

A manera de conclusión, se puede destacar que la pandemia tuvo repercusiones importantes en cuanto a la experiencia de dichas mujeres durante el parto y posparto en centros de salud públicos de la Gran Área Metropolitana. Esto incluyó aspectos como: tener que pasar la labor de parto solas, utilizando mascarillas y en particular en que las mujeres (por ejemplo, Eugenia) percibieran una disminución en la calidad de la atención de parte del personal médico que se puede notar en que el personal médico no deseaba acercarse a ellas para evitar contagios. Esta disminución en la calidad de la atención también se identificó en particular en comentarios despectivos a mujeres sin vacunas, una resistencia a que las mujeres estuvieran acompañadas y una falta de orden que propició que las mujeres estuvieran esperando durante largos periodos de tiempo.

Estos factores descritos anteriormente hacen posible notar que la respuesta del sistema de salud público durante la época de pandemia fue deficiente en velar por el bienestar integral de las mujeres durante el parto. Además, careció de medidas que fueran acorde a la naturaleza fisiológica del mismo, como lo es velar por una adecuada respiración en las mujeres que están dando a luz. Todo esto tuvo una contribución en que las mujeres describieran e identificaran sus experiencias como violencia obstétrica, por esta razón es posible destacar la época de pandemia como un justificador o potenciador de la misma.

#### **4.4. Aplicación de las prácticas médicas gineco-obstétricas**

Durante el proceso de parto, parto y posparto, el personal de salud realiza algunas prácticas médicas y chequeos a las mujeres, la mayoría de ellos realizado sin consentimiento de estas aunado a una gran desinformación. Cuando estas prácticas médicas (muchas veces necesarias) son realizadas sin informar a las mujeres al respecto, no darles la información necesaria y además hacerlo sin consentimiento, se incurre en una violación de derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. Así mismo, también está relacionado con una visión médico-centrista en la cual no se les da la oportunidad a las mujeres de participar de forma activa de sus procesos, teniendo como consecuencia una sensación de mayor vulnerabilidad y despojo de autonomía de estas.

Dentro de esta categoría de análisis, destaca la omisión deliberada de información por parte del personal de salud al implementar intervenciones destinadas a acelerar el parto, como la administración de oxitocina, aspecto al cual seis mujeres mencionan durante la entrevista.

Cabe resaltar, que en esta categoría interesa analizar la forma en que las mujeres perciben sus vivencias, no obstante, no se pretende catalogar si las prácticas médicas fueron o no aplicadas correctamente o si las mismas representaban una mala praxis puesto que no se cuentan con los suficientes datos para hacer sustentar tales determinaciones y tampoco forma parte de los objetivos de la presente investigación. Por tanto, se analizarán los datos respecto a prácticas médicas en cuanto se relacionan con una VO percibida por las mismas mujeres entrevistadas.

#### **4.5 Falta de información y consentimiento de las mujeres frente a prácticas médicas**

El consentimiento informado es uno de los principales medios para asegurar el respeto a los derechos fundamentales de las personas usuarias del sistema de salud, en este caso, de las mujeres. Antes de realizar cualquier procedimiento quirúrgico, preventivo o terapéutico relacionado con la salud, las personas deben ser informadas de forma clara, ofrecer las opciones disponibles y la explicación de cada una, así como la recomendación médica. El fin último del consentimiento

informado es que la persona usuaria pueda participar de forma activa en la toma de decisiones respecto a su salud y ejercer su derecho a la autonomía y bienestar, por tanto, el procedimiento del consentimiento informado es un deber ético y legal fundamental predominante ante cualquier procedimiento clínico. (C.C.S.S, 2012, p. 2). La persona usuaria debe contar con la información suficiente para rechazar o aceptar el procedimiento de forma libre.

Uno de los aspectos que más resaltan las mujeres durante sus relatos es que no les daban la información necesaria, ni les presentaban diferentes opciones frente a procedimientos de rutina, tampoco se les pedía consentimiento en la realización de distintas prácticas médicas o bien, hubo omisión de información para poder realizarlas. Al respecto, Sonia menciona lo siguiente:

Esto fue una sensación muy fea para mí, yo me di cuenta que me rompieron el saco, que me hicieron separación de membranas. Y yo pensé: pero no me preguntaron. Después la enfermera se fue a la sonda y dijo -te voy a poner esto es una ayudita- Claro era la oxitocina sintética, y yo sentía que eso no estaba bien. Pero al mismo tiempo yo quería irme de ahí. “La enfermera nunca me dijo que me estaba poniendo oxitocina, solo me dijo que me iba a poner algo para ayudarme. Yo entendí que era oxitocina. (Sonia, comunicación personal, 2024).

En el caso de Sonia, en uno de los tactos vaginales realizados por parte de una enfermera le hicieron adicionalmente separación de membranas y ruptura del saco amniótico, aspecto que no fue comentado ni discutido con anterioridad, tampoco se le indicaron las razones por las cuáles se le tenía que acelerar el parto ni de qué forma se iba a realizar. Posteriormente, la enfermera le coloca oxitocina sintética sin mencionar qué se le iba a poner, lo que ella indica es que es algo que le va a ayudar, más la paciente no sabe qué es (lo supone) y no cuenta con información sobre qué efectos podría tener, que podía esperar en las próximas horas, cómo funciona o cuáles son las posibles consecuencias negativas y positivas de la misma, por lo que no se le permitió participar de forma activa en la toma de decisiones.

Otro ejemplo relacionado a la aplicación de oxitocina sin dar la información necesaria es el siguiente:

Cuando yo ingresé me dijeron que me iban a acelerar el parto con un suero, pero no me dijeron qué me iban a poner. Entrevistadora: -te dijeron/preguntaron de manera verbal si estabas de acuerdo? - Ella: No, solamente me dijeron que me iban a poner eso para acelerar porque si no me daban la una de la mañana. (Ana, comunicación personal, 2024)

Es importante resaltar la forma en que en ambos casos se evita dar a conocer a la paciente el nombre de la hormona sintética utilizada (oxitocina), pues podría ser una forma de omisión de información que refuerza una relación asimétrica de poder, en la cual se invisibiliza la autonomía de las mujeres durante el parto, reduciendo su participación en la toma de decisiones sobre su propio cuerpo y proceso reproductivo. De acuerdo con Villanueva, Ahuja, Valdez y Lezama (2016), uno de los actos que constituyen violencia obstétrica, ejecutados por el personal de salud es “alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer” (p. 9).

Asimismo, tampoco se da suficiente información del por qué se debe acelerar el parto (no se les da una explicación médica), sólo se les dice que es para que todo sea más rápido. Al respecto, Camacaro, Ramírez, Lanza y Herrera (2015), mencionan que la aplicación de la oxitocina no debe aplicarse como una pauta de rutina médica para acelerar los trabajos de parto, si no que se debe suministrar bajo una indicación válida como por ejemplo en un embarazo prolongado, cuando el trabajo de parto ha comenzado pero las contracciones son débiles, cuando el ultrasonido indica una complicación potencial del bienestar fetal, entre otros.

Por tanto, el que se les diga a las mujeres que se les aplicará oxitocina para que el proceso sea más rápido, no es una razón médica clara ni válida con la que las mujeres puedan sentirse seguras ni correctamente informadas.

Juana otra de las participantes, relató una experiencia similar a la de Sonia ya que no se le presentaron opciones de métodos para inducir el parto ni se le dio una explicación del método que utilizaron:

Entrevistadora: -En cuanto a la inducción, ¿usted tuvo la oportunidad de elegir cuál método de inducción quería? - Juana: -No, el ginecólogo solo decidió que le ponía a cada una, no daba opciones, no explicaba qué iba a pasar. Usted nada más le ponían eso y su parto iba a ser inducido y uno no sabía nada de eso. Y uno como mamá primeriza no sabe nada y no se pone a investigar tal vez para que no dé más miedo-. (Juana, comunicación personal, 2024).

En este caso, a pesar de que el procedimiento realizado (utilización del balón de Foley) para la inducción del parto pudo ser el más adecuado para la paciente, no se le explica el porqué de esta decisión, es decir, con base en qué se está decidiendo inducirlo utilizando este método. Las explicaciones brindadas son superficiales respecto a los procedimientos sin dar espacio a las mujeres

de que puedan realizar consultas pues inmediatamente se realiza la intervención o incluso, se informa sobre la misma una vez hecha.

Asimismo, hay un gran vacío de información ya que, en palabras de Juana, ella no sabía qué iba a pasar y no se le presentaron opciones.

De acuerdo con Monsalve y Navarro (2014):

En la práctica médica el medio más simple de evidenciar la autonomía del paciente es precisamente al tomar decisiones; sin embargo, está a veces se ve limitada por factores como falta de información, información inadecuada e incompleta o en el peor de los casos, por la actitud de un médico tratante. En este contexto el paternalismo en medicina es un arma que atenta contra los derechos de los pacientes a la autonomía y a la información, pues se arraiga en la idea del conocimiento infalible del médico y en su capacidad para determinar lo más conveniente, sin entrar a evaluar las condiciones e intereses de este. (p.71)

Adicionalmente, en el caso de Blanca, ella menciona experimentar mucho miedo y estar asustada, debido a que no le informaban ni le pedían consentimiento cuando aplicaban la oxitocina. Menciona haber recibido escasa información sobre su proceso de parto.

Otro ejemplo es el de Eugenia, quién menciona lo siguiente “La enfermera durante el tacto me reventó la fuente sin preguntarme, yo nada más sentí un dolor insoportable porque fue demasiado dolor. Fue la enfermera obstetra”. (Eugenia, comunicación personal, 2024). Este tipo de hechos sitúan a la mujer en un lugar de agente pasivo de su propio proceso de parto, lo que refuerza la idea del embarazo y el parto como un proceso de enfermedad que debe ser tratado por personal médico; esto resta importancia a la mujer, sus deseos y su derecho a ser informada de las opciones con las que cuenta en diferentes escenarios.

De acuerdo con Pereira, Domínguez y Toro (2015), durante el trabajo de parto y parto, toda mujer sin distinción de ningún tipo tiene derecho a ser tratada con respeto de modo individual y personalizado, además de que tienen derecho a recibir información oportuna y a ser atendida en un ambiente de condiciones óptimas. La violación de estos derechos fundamentales de la mujer puede ocasionar episodios traumáticos, además de afectaciones emocionales y físicas.

Eugenia, hace mención a cómo la omisión de información sobre la práctica médica realizada y el no consultarle previo a su realización representó para ella un detrimento a su dignidad y autonomía:

Es como sentir que la dignidad de uno se ve como majada cuando hacen las cosas sin permiso como si no importara, entonces creo que es un acto de que uno se sienta apreciado, para mí lo más feo fue sentirme irrespetada en algo que es tan delicado (Eugenia, comunicación personal, 2024).

Además, menciona que, si a ella le hubieran comentado respecto a la ruptura de la bolsa amniótica previamente, se hubiera preparado física y psicológicamente y la experiencia no hubiera sido tan impresionante, puesto que ella no comprendía por qué comenzó a sentir tanto dolor si sólo era un tacto vaginal de rutina. Al respecto, De la Garza (2022), menciona que:

...las omisiones de comunicación sobre el tratamiento aplicado es una práctica transgresora tanto de la institución como del personal a cargo, lo que se transforma en detrimento físico y mental de la integridad de la paciente, y de forma paralela trae consigo pérdida de autonomía por haber sido privada de la capacidad de decidir libremente, impactando de forma negativa en su calidad de vida (p. 252).

El dolor sin conocer de dónde proviene, el no saber qué está pasando con su cuerpo, el no saber por qué se realizó un proceso médico, son aspectos que, en este caso, generaron sentimientos de indefensión, miedo e incertidumbre en dicha mujer, aspecto el cuál influyó directamente en la percepción que la misma tuvo de su parto, pues menciona en su relato que después de esta situación sintió miedo todo el tiempo.

Por último, ella menciona lo siguiente “si ella me hubiera avisado antes, yo me hubiera sentido más respetada, hubiera podido estar hasta de acuerdo, pero no se me consultó ni se me explicó”, al respecto, Eugenia no necesariamente se oponía al procedimiento en sí, si no a su malestar proveniente del haber sido excluida de la toma de decisiones y el no haberse sentido preparada para sentir ese dolor.

Aunado a lo expuesto anteriormente, a pesar de que, durante el relato, ella no menciona haber tenido depresión posparto o trauma psicológico, de acuerdo con Castro y Erviti (2003), la ausencia de consentimiento informado en los procedimientos médicos durante el parto constituye una forma de violencia obstétrica que puede generar efectos psicológicos como ansiedad, depresión posparto, pérdida de confianza en el personal de salud y trauma psicológico.

Otra de las participantes menciona la falta de información y explicación sobre los procedimientos que se le estaban realizando:

Casi no recuerdo bien esta parte... como que lo bloqueo porque fue tan fuerte... pero sé que él se me subió en la panza y me empezó a empujar, y me empezaron a salir como litros de sangre. Creo que esa era la intención pero es que él no me explicó nada. Nada más llegó y lo hizo. Por lo menos que me consultara. Así fue con los fórceps, no me dijo nada, yo solo escuché cuando él dijo “Fórceps” y los empezó a abrir. (Irene, comunicación personal, 2024)

Cabe resaltar que Irene describe dos intervenciones médicas distintas que fueron realizadas sin su consentimiento informado ni explicación previa, lo cual constituye una vulneración de su autonomía. Además, señala que no recuerda con claridad estos acontecimientos, lo cual puede interpretarse como una manifestación de un mecanismo psicológico de defensa.

En particular, este tipo de olvido o confusión podría estar vinculado a la amnesia disociativa, un síntoma frecuente en personas que han experimentado eventos traumáticos, muy estresantes o emocionalmente abrumadores, por lo que la persona bloquea parcial o totalmente ciertos recuerdos como forma de protección, generando una desconexión con la experiencia. (Van Der Kolk, 2015). Cuando estas pérdidas de memoria se deben a una alteración psicológica más que a un trastorno médico general/físico, es llamada amnesia disociativa. Es importante destacar que a pesar de que se olvide parte de la información, ésta aún puede continuar influyendo en el comportamiento; por ejemplo, una mujer que vivió un abuso de cualquier tipo en un centro de salud puede no recordar lo sucedido, pero aun así puede no querer volver a asistir a ese centro o sentir desconfianza del personal médico (Spiegel, 2023).

Este hecho se vincula a lo planteado anteriormente en el apartado de análisis de vivencia emocional, acerca de cómo la experiencia descrita como violencia obstétrica puede ser catalogada como traumática y se pueden llegar a desarrollar síntomas de TEPT.

Por último, a partir de los relatos se puede identificar que fue común el uso de afirmaciones sobre la realización de prácticas médicas por parte del personal de salud en lugar de brindar información completa. Frases como “le voy a hacer piquete”, “voy a romperle la fuente”, “le voy a inducir el parto”, “le rompí las membranas”. Al respecto, Belli (2013), menciona que “A las pacientes muchas veces se les realizan prácticas sin previa consulta y sin ofrecerles ningún tipo de información sobre las implicancias de éstas. En consecuencia, lo que se hace es anular toda posibilidad de las mujeres de tomar decisiones sobre su salud sexual y reproductiva. Frases como “firma acá”, “te tengo que ligar las trompas”, “te tengo que hacer cesárea”, son un ejemplo habitual de este tipo de prácticas” (p. 31).

Es importante destacar que, según este mismo autor, las prácticas de rutina durante el momento del parto, aplicadas de forma sistemática, mecanicista y medicalizada, pueden adquirir un carácter negativo, que muchas veces deriva en situaciones de violencia para las mujeres. Es por eso por lo que se debe priorizar en ellas el derecho a la información y a la toma de decisiones libres e informadas sobre su salud, tal y como lo especifica el artículo 6 de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos.

Desde la psicología sistémica, es importante destacar que en este tipo de situaciones en donde las mujeres no recibieron información o consentimiento se puede evidenciar una relación asimétrica de poder ejercido desde el personal de salud hacia tales mujeres, lo cual es entendido desde el enfoque sistémico como complementariedad rígida, concepto utilizado para describir un tipo específico de interacción entre individuos (Watzlawick, Beavin y Jackson, 1985).

Según estos mismos autores (ibid.), como parte del quinto axioma de la comunicación humana, propuesto por la Escuela de Palo Alto en California (aproximadamente años 60), en este tipo de relaciones complementarias hay dos posiciones distintas: una posición superior o primaria, mientras el otro ocupa una posición correspondiente inferior o secundaria. “Estas pueden ser establecidas por el contexto social o cultural, o ser el estilo idiosincrásico de relación de una diada particular” (ibid., p. 68). En este caso, las relaciones entre el personal de la salud y las mujeres entrevistadas supone una relación complementaria en donde los profesionales de la salud parecen tomar una posición de saber absoluto y ellas un rol inferior. Este tipo de relaciones promueven o facilitan escenarios en donde las mujeres, sus saberes y sus derechos se ven subyugados.

#### **4.6 Relaciones de poder obstétrico entre el personal de salud y las mujeres participantes**

Tal como se desarrolló en el marco teórico, el concepto de poder obstétrico es originalmente expuesto por Arguedas (2014), a partir de los conceptos planteados por Michel Foucault (1991), en torno a la sociedad disciplinaria, el poder disciplinario y la biopolítica. Esta autora destaca que la violencia obstétrica es un resultado de dicho poder disciplinario ligado a la estructura social de género, ya que es ejercido hacia las mujeres en el ámbito de sus capacidades reproductivas. Este tipo de relaciones entre el personal de salud y las mujeres, además de las formas disciplinarias ejercidas que desencadenaron en que ellas percibieran haber vivido violencia obstétrica, son las que se presentan a continuación.

Como ejemplo de dichas relaciones de poder obstétrico se pudieron identificar: una percepción de trato diferenciado por parte del personal de salud a mujeres que asistieron con plan de parto, violencia verbal y violencia psicológica.

#### 4.6.1 Percepción de trato diferenciado a mujeres con plan de parto

Como se mencionó en el apartado de antecedentes, el plan de parto es un concepto que se empezó a promover en Costa Rica a partir del año 2016 (con la Norma Nacional para la Atención del Parto y el Nacimiento), como parte de una serie de acciones implementadas por la Caja Costarricense del Seguro Social para mejorar la atención del parto. Dicha Norma promueve el que la mujer sea un ente activo sobre su proceso de parto y pueda expresar sus preferencias en áreas tales como: posiciones para pujar, los minutos posteriores al parto y preferencias en torno a la lactancia materna, entre otras.

Cabe resaltar que no existe una guía clara publicada por la C.C.S.S de cómo debe presentarse dicho plan de parto ni se indica si se debe de realizar junto con algún profesional en el área médica, sino que únicamente el proceso descrito por el Ministerio de Salud consta en que las mujeres lleven el plan de parto al centro de salud y éste será discutido con las personas profesionales a cargo. En este aspecto, durante las entrevistas se pudo identificar que cuatro de las mujeres participantes llevaron su plan de parto a los centros de salud, sin embargo, ellas comentan haber percibido que la reacción del personal de salud fue de desaprobación por el hecho de haberlo llevado. Al respecto, se identifican los siguientes fragmentos:

Saqué el plan de parto y dijo la enfermera: “vean compañeros y colegas”. (Pero lo habló durísimo en el pasillo). “Esta mamá que está aquí viene preparada y viene con documentos para que tengan cuidado”. Y todos me hicieron una cara...y yo me preguntaba: ¿Cómo para que tengan cuidado? (Rocío, comunicación personal, 2024)

“Entonces le dice una enfermera a otra: “vea para que sepa que ella viene con plan de parto”. Y le responde ella: “otra que viene con plan de parto, que pereza ya estoy cansada” (Rocío, comunicación personal, 2024).

A pesar de que estos comentarios no fueron dirigidos directamente a las mujeres embarazadas, sino que fueron dirigidos a otros enfermeros y doctores, se identificó que al llevar plan de parto Rocío fue objeto de comentarios despectivos frente al resto del personal de salud. Ella identifica un cambio en el trato recibido al mencionar que llevaba plan de parto, según lo relatado, el personal se notaba frustrado y cansado.

Adicionalmente, Rocío comenta que no se respetó lo que ella había indicado en su plan, sino que la ginecóloga-obstetra le cuestionaba la mayoría de los puntos, diciéndole que a pesar de que ella (Rocío) llevaba un plan, ella (la doctora) tenía ya su manera de trabajar. Según comenta Rocío, a la hora de conversar acerca del plan de parto habían llegado a acuerdos como por ejemplo pujar de

cuclillas, aspecto el cual no se respetó ya que al llegar el momento de exigir el derecho que se había conversado, la doctora mencionó que lo más importante es que ella (la doctora) pudiera ver bien al bebé y que por esa razón debía parir acostada.

En relación con las manifestaciones señaladas, Arguedas (2014), realiza una historización del gobierno sobre los cuerpos de las mujeres, en donde se destaca el artículo de Gupta y Nikodem (2000) “*Maternal posture in labour*” que destaca prácticas de atención durante el parto. En él, se identifica que es una práctica occidental el percibir el parto simplemente como una actividad uterina, en donde la mujer que está pariendo es dejada de lado. Por tanto, la posición para parir de decúbito es una repercusión de la priorización de los actos del personal médico antes que la movilidad y comodidad de las mujeres, quienes en sociedades no-occidentales acostumbran a moverse con libertad y cambiar de posición en la forma y momento que deseen o necesiten.

Según esta autora (Arguedas, 2014), la posición de decúbito y el trasladar el parto de la casa al hospital tiene que ver con imponer la institucionalización médica y con entender la visión del parto como un padecimiento y como un proceso patologizado. En el caso de Rocío, ella destaca que, aunque deseaba parir de cuclillas, la doctora le mencionó que era más importante su visión como razón por la cual debía parir acostada, lo cual representa una forma de apropiación del proceso de parto.

Por otro lado, esta mujer solicitó en el plan de parto que el personal médico no cortara el cordón umbilical de forma inmediata si no había razón médica para hacerlo, no obstante, inmediatamente el bebé nació se le cortó el cordón, según su relato. La mujer al preguntar por qué lo habían hecho, le respondieron: “Ay mamá, se me olvidó” (Rocío, comunicación personal, 2024).

Michel Foucault, propone una noción de saberes subyugados, en donde estos son “un conjunto de conocimientos que han sido descalificados, considerados inadecuados o insuficientemente elaborados” (Arguedas, 2014, p. 155). El saber de las mujeres para la creación de sus planes de parto es en muchos casos entendido como un saber ingenuo y acientífico, es un conocimiento descalificado por la institucionalidad médica, según lo describe Arguedas (2014). Esto se pudo notar en varios de los relatos de las mujeres, ya que a éstas se les consultó si el plan de parto había sido revisado por un médico anteriormente y sino, el personal de salud parecía no tomar en serio lo que la mujer indicaba en su plan, a pesar de que este no es un requerimiento para presentar un plan de parto, según lo planteado en el Protocolo Clínico de Atención Integral al Embarazo, Parto y Posparto en la Red de Servicios de Salud (C.C.S.S, 2022). De esta manera, se puede identificar una priorización del saber médico frente al conocimiento que las mujeres puedan tener acerca de su cuerpo restándoles así autonomía sobre el mismo. En este sentido,

(Su saber) está doblemente subyugado, además, debido al lugar social que las mujeres ocupan de acuerdo con la dominante estructura social de género que privilegia lo masculino sobre lo femenino. Frente al poder/saber ejercido por parte de los profesionales en salud (especialistas en medicina y enfermería), las mujeres embarazadas o en proceso de parir no son interlocutoras válidas. No hablan el lenguaje de la ciencia y, por ello, no ocupan un lugar igualitario en la relación establecida dentro de la institución médica. Es decir que, en principio, no existe una intención de establecer un diálogo, sino más bien una relación de poder. (*Ibid.*, p. 155)

Otra mujer entrevistada (Blanca) expone que a ella también le hicieron gestos de desaprobación, además de que se generaron comentarios entre los y las enfermeras en torno a su plan de parto, mencionando que “las mujeres no saben hacerlo bien” (Blanca, comunicación personal, 2024). Esta mujer recibió directamente comentarios por parte del personal médico, que se detallan a continuación:

Había cambio de turno y me tocó la misma doctora que me atendió la primera vez, pero estaba muy molesta por el plan de parto. Me dijo: “¿Cómo se le ocurre hacer plan de parto? ¿A usted esto se lo revisó algún profesional? ¿Lo hizo con alguien profesional? Porque usted realmente no sabe lo que es parir de cuclillas. Y me empezó a regañar y regañar me dice: “¡Póngase para hacerle el tacto!”. Mientras me iba haciendo el tacto me iba diciendo todo eso y me decía: “¿Usted quiere aliviarse de verdad? ¿Quiere sentir alivio?”. Y tenía los dedos adentro. “Si quiere sentir alivio entonces va a tener que hacer lo que yo le digo o va a querer que respete el plan de parto? Porque si va a querer que respete el plan de parto le va a dar a mañana. (Blanca, comunicación personal, 2024)

La frase: “*usted realmente no sabe*”, utilizada en este relato por la enfermera es un ejemplo donde el saber de esta mujer y el esfuerzo por tener incidencia en su propio proceso de parto pareciera terminar siendo en vano en un lugar donde el saber médico-hegemónico y científico es lo predominante. Preguntarle a la mujer: “¿Cómo se le ocurre hacer plan de parto?” Es una clara violación al derecho de ella de expresar su voluntad y sus deseos en torno al proceso de parto, derecho fundamental por el cual vela la Norma Nacional de Atención del Parto y el Posparto (2016).

Este tipo de intercambios verbales se pueden analizar bajo la premisa del segundo axioma de la comunicación humana (Watzlawick, Benavides y Jackson, 1967) el cual propone que: “Toda comunicación tiene un nivel de contenido y un nivel de relación, de tal manera que el segundo clasifica al primero y es una metacomunicación”. Respecto al nivel relacional, se establece una

relación complementaria del saber médico (todo lo comunicado por parte del personal de salud) sobre el subyugado saber de las mujeres. La actitud, los gestos, el tono de voz y la postura física dejan claro las diferencias de poder entre el personal de salud y las mujeres.

Finalmente, Blanca accedió a los términos en los que ésta doctora estaba planeando su parto, en vez de lo que ella había mencionado en su plan, a pesar de que no se le presentaron argumentos médicos para hacerlo, según ella relata.

Sumado a esto, María menciona en su entrevista que a ellos (el personal de salud) no les gusta que las mujeres sepan sus derechos. Esto se alinea a lo entendido por poder obstétrico en tanto que éste no reconoce a las mujeres como sujetos activos y dueños de su proceso, sino que el personal sanitario se apropia de él y reduce a las mujeres a un proceso médico más y no las entiende como sujetos de derechos (Arguedas, 2014). El proceso de embarazo, parto y posparto es regulado y controlado por el poder médico.

Finalmente, se puede identificar inconsistencia en el sistema de salud, ya que Eugenia comenta cómo en el curso de preparación para el parto se promueve que las mujeres lleven todos los documentos preparados y tengan pensando qué quieren incluir en su plan, pero ella menciona que a la hora de comenzar la labor no se pudo asegurar que el plan que ella llevaba cumpliría algún rol en lo que se iba a realizar. Esto representa un problema en la comunicación planteada desde el sistema de salud, ya que por un lado se les menciona a las mujeres que tienen la posibilidad de hacer plan de parto, pero durante la labor de parto éste no parece ser respetado en todos los casos.

Esta situación generó mucha frustración e impotencia tanto en Eugenia como en Flor (comunicación personal, 2024): “yo preparé un plan de parto, pero no tuve la oportunidad de defenderlo, es que es una situación de poder que es intangible pero que está ahí. Usted está con dolor, usted necesita el servicio y usted realmente no sabe qué servicio le están dando”.

Por lo tanto, a pesar de que el plan de parto es una medida que se implementó para velar por los derechos de las mujeres de recibir atención médica de calidad y poder expresar sus deseos y necesidades, el saber de estas mujeres fue descalificado y en varios casos desplazado por el saber médico. En la mayoría de los casos no se les permitió a las mujeres ser agentes activas de su proceso de parto, sino que más bien fueron burladas y humilladas, contribuyendo así a una mala experiencia en general.

Estos elementos añadieron a la impotencia experimentada debido a que algunas de ellas fueron obligadas a ir en contra de lo que deseaban, por ejemplo: la posición para parir, el retraso del corte

del cordón umbilical y el limpiar el vérnix del bebé. Estas mujeres percibieron no haber recibido explicaciones coherentes o suficientes del porqué no respetaron su plan de parto.

No hace falta que el personal de salud diga de forma explícita frases como *el que manda aquí soy yo, usted me tiene que obedecer a mí, sus palabras no tienen relevancia en mi quehacer médico* si no que por medio de comunicación verbal y no verbal existe la metacomunicación y es ahí donde se define la relación: quién tiene autoridad, quién guía, quién obedece, quién sabe más, etc. es la parte relacional de la comunicación que no se explica pero se deja claro quien tiene el poder dentro de los hospitales.

#### **4.6.2 Percepción de trato diferenciado por consumo de drogas**

Blanca, es una de las mujeres participantes que perciben haber vivido VO, ella menciona haber utilizado drogas de manera recreativa previo al embarazo y durante el inicio de este. Esta información estaba en su expediente médico, según su relato. Debido a ello, la atención recibida tanto en las consultas prenatales, como durante el parto y el posparto se caracterizó por un trato hostil, humillante y poco respetuoso, según lo describe Blanca (comunicación personal, 2024): “y ahí fue todo el calvario porque entonces ya me empezaron a tratar como una drogadicta. Como yo tenía referencia por sustancias psicoactivas ya era una cosa espantosa”

Ella describe que le hacían *dopings* con regularidad, a lo que ella describe que eran “horribles” y que ella sentía que querían ponerla en vergüenza, debido a que no le brindaban información clara de si le estaban haciendo un *dopaje* o no y qué sustancias estaban midiendo, además de que lo hacían en un baño público donde había más personas también. Adicionalmente, relata una ocasión donde una enfermera le dijo que “lamentablemente todo está bien, como suele pasar con ustedes que hacen consumos y usted que no aprecia a su bebé y que consume drogas” (Blanca, comunicación personal, 2024), Blanca menciona sentirse indignada y que ese día salió “despedazada” de ahí por los juicios de valor realizados sin conocerla.

Adicionalmente, durante el parto ella fue de las mujeres que llevaban plan de parto y que percibieron haber recibido regaños por haberlo realizado, tema que se trató con anterioridad.

Seguido a esto, durante la atención del posparto Blanca relata otra experiencia que catalogó como “espantosa”:

Estaba en la sala posparto y como a las 3 am me despertaron para decirme que el bebé tenía la glucosa baja y que se lo tenían que llevar para internarlo. Yo pedía información de a qué hora podía verlo y no me decían. Fue espantoso. No me dijeron que yo podía

llevarle leche, fue algo de lo que me di cuenta después que yo estaba super indignada porque yo no quería que mi bebé tomara fórmula y nadie me dijo eso, nadie me indicó las horas de visita. (Comunicación personal, 2024)

Blanca menciona que le retuvieron al bebé por alrededor de 5 días, sin brindarle información del estado de salud de este ni explicarle sus derechos. Una trabajadora del PANI conversó con ella para decirle que no podía llevarse al bebé ya que no se encontraba capacitada para cuidar a su bebé por drogadicta. Al final de los cinco días, le permitieron llegar con otra persona mayor de edad que se hiciera cargo del bebé que no fuera su pareja. Blanca llevó a su mamá y recién le dieron la salida empezó a hacer todos los trámites tanto con el PANI y el IAFA para poder ser declarada de alta y poder tener custodia completa de su bebé.

El presente relato concuerda con Pereira, Domínguez y Toro (2015) en que existe “una serie de condiciones que hacen que el riesgo de violencia durante el embarazo aumente considerablemente, como lo son el embarazo a edad temprana, bajo nivel socioeconómico, uso de alcohol y drogas, madre soltera y embarazo no deseado” (P. 82). Estos factores de riesgo están asociados a diversos estudios de prevalencia de la VO y las situaciones de vulnerabilidad en la que se encuentran estas mujeres. Blanca, siendo madre soltera y teniendo en su expediente el consumo de drogas reúne al menos dos de los factores asociados a mayor riesgo de sufrir VO.

Además de esto, en el relato se identifican diversos ejemplos de derechos de la mujer que fueron violentados, entre ellos: el derecho a ser tratada con respeto, recibir atención y cuidados sin discriminación de ningún tipo y el derecho a ser informada del estado de su hijo o hija y a que se le haga partícipe de las diferentes actuaciones de los profesionales. Esta situación provocó un malestar general en Blanca, quien percibe haber sido víctima de VO y que además percibió mucha angustia al no estar enterada del estado de salud de su hijo en sus primeros días de vida, sin contar además con el apoyo para poder brindarle leche materna de manera oportuna, el cual era uno de sus deseos y uno de sus derechos también.

#### **4.6.3 Violencia verbal narrada por las mujeres participantes**

Otra de las manifestaciones del poder obstétrico que se pudo identificar en los relatos de las mujeres entrevistadas es la de la violencia verbal, en este caso ejercida por diversas personas profesionales de la salud en los centros hospitalarios hacia ellas. En este tipo de violencia se incluyen ejemplos como: regaños, burlas, ironías, insultos, amenazas, humillaciones, entre otras (Arguedas, 2014, p. 13).

Es importante destacar que hay una cifra significativa de casos vinculados con este tipo de violencia, ya que se pudo identificar en nueve de los diez casos participantes. Esto es coherente con la teoría ya que en estudios de prevalencia de VO como los de Pereira Domínguez y Toro (2015), se identifica que en casos de VO existe violencia verbal en el 100% de los casos. Éste es uno de los tipos de violencia más predominantes en estudios internacionales y nacionales. Sin embargo, existió una gran diversidad de comentarios realizados, es por eso por lo que a continuación se desglosan cada uno de los temas identificados, según lo narrado.

- **Violencia verbal respecto a condición de ser mamás primerizas.**

Dentro de los relatos de las mujeres se pudieron identificar en tres casos distintos una serie de comentarios que pueden calificarse como peyorativos por el hecho de ser mamás primerizas. Estos incluían desde comentarios hechos por la falta de experiencia y la falta de conocimiento en cuanto al manejo de la labor de parto, hasta regaños a estas mujeres por supuestamente no saber cómo atender al recién nacido en la etapa posparto. Adicionalmente, hubo comentarios que giraban en torno a la concepción de que las mamás primerizas duran más horas en parir y que tienen un umbral del dolor más bajo.

En el caso de Juana, a ella le mencionaron en varias ocasiones que por ser primeriza le iba a costar más la labor de parto y que iba a durar más horas. Ella relata que esto desencadenó en sentimientos de miedo e impotencia, además de que menciona que esto la hizo sentirse “tonta e ignorante”. “Me dijeron -¿usted es mamá primeriza?- Y yo le dije -Si- Y me dijeron “-ustedes duran más, a ustedes les cuesta más-” y todas esas cosas a uno lo hacen sentir mal como si uno fuera tonto, como si usted no supiera que está haciendo ahí, usted es un ignorante” (Juana, comunicación personal, 2024).

Posteriormente, en su entrevista mencionó que durante el momento de pujar ella fue regañada por no saber que debía pujar con las contracciones, ya que no le explicaron cómo debía hacerlo. Para Juana, el concepto de ser mamá primeriza es algo que resonó mucho en cuanto a su proceso de parto, debido a todos los comentarios recibidos.

Sumado a esto, Eugenia menciona que, durante varias citas de atención prenatal, al ser mamá primeriza, el personal de salud tenía una forma poco empática de tratarla. Narra lo siguiente: “Me estaba tratando como si fuera una estúpida y yo me le quedaba viendo así... con miedo, sinceramente con miedo porque uno no sabe nada, yo cuando salí le dije a mi esposo: o sea me trató demasiado mal ese doctor, por algo es por lo que no dejan entrar a nadie” (Eugenia, comunicación personal, 2024).

Esta manifestación concuerda con el concepto de Vallana (2019) de VO en tanto que se plantea que ésta es “el resultado de una doble posición de subordinación de las mujeres gestantes y parturientas en los servicios de salud: 1) la primera derivada de la relación propia de género en un sistema patriarcal y 2) la posición subordinada que tienen los y las pacientes en un medio jerarquizado como lo es el sector de la salud” (p. 135). Dicha subordinación característica de las relaciones de poder obstétrico facilita la violencia verbal a través de regaños y humillaciones por el hecho de tener menor conocimiento médico en un área específica, o bien un conocimiento no científico.

Sumado a esto, Ana menciona que en la sala posparto se le trató como una “inútil”:

En la sala posparto te tratan como si usted fuera una inútil por pensar que se es mamá primeriza, como si usted no supiera nada, entonces me decían: ¡Agárrela bien, vea no sea cochina, vea cómo le dejó aquí, tiene que limpiarle aquí! - y usted está todavía como temeroso. No tienen tacto para tratar a las mamás, siento yo verdad. Otra cosa importante no sé por qué razón pusieron en el librito de mi hija que era mi primera gestación y que yo no tenía más niños. (Ana, comunicación personal, 2024).

Además de haber recibido estos comentarios ejercidos por cómo estaba atendiendo a su bebé, **Ana** comenta que tuvo una experiencia de parto que califica como traumática, donde menciona que fue invalidado su sentir acerca de su propio cuerpo.

Ella narra que, al ser internada en el hospital para dar a luz, al cabo de unas horas llegó a cinco o seis centímetros de dilatación. Unos minutos después empezó a sentir una presión muy fuerte en el área pélvica, junto con la necesidad de pujar. Al mencionarle su sentir a la enfermera, ella no se acercó a atenderla o revisarla, sino que le dijo: “Tranquila mamá, eche caquita”. Esto desencadenó en que naciera su bebé en la camilla sin ningún tipo de asistencia médica.

Ana, destaca que el personal de salud creía que este era su primer bebé, cuando en realidad era el segundo. Ella comenta que la atención recibida al pensar que era mamá primeriza estuvo cargada por invalidación, apatía y poca escucha. En este sentido, según Soto-Toussaint (2016), es importante destacar que la VO también se manifiesta como indiferencia ante solicitudes o reclamos, la no atención de las necesidades de las mujeres, las burlas, regaños e ironías durante el parto también son constitutivas de VO.

A pesar de que no se identifican estudios nacionales o internacionales en cuanto a la atención de madres primerizas durante su parto, en el relato de estas cuatro mujeres se puede describir que

recibieron comentarios en torno a su falta de conocimiento y experiencia de parte del personal de salud, además de invalidación de las sensaciones físicas en torno al avance de la labor de parto.

- **El regaño como una de las principales formas de trato deshumanizante**

Un total de ocho mujeres de las diez entrevistadas relatan que el personal de salud las regañó o les alzó la voz durante la labor de parto y el parto. Esto concuerda con la teoría en tanto que un estudio de Terán, Castellanos, González y Ramos (2013) detalla las manifestaciones más prevalentes de violencia verbal, entre las cuales están: “críticas por llorar o gritar durante el parto (21.6%), la imposibilidad de preguntar, manifestar miedos o inquietudes (19,5 %) y las burlas, comentarios irónicos y descalificadores referidos por un 15,3 % de usuarias” (p. 178).

Como se mencionó anteriormente, este tipo de trato potenció sentimientos de culpa en las mujeres entrevistadas, quienes debido a los comentarios recibidos mencionaron no querer volver a parir en un hospital público. Seguidamente se hará un recuento de los principales regaños identificados de los relatos.

Josefina, indica haber sido regañada por el hecho de no haber terminado la universidad asociándolo a un acto irresponsable: “una enfermera me regañó porque como yo no terminé la universidad, dijo: ay no usted está muy joven, usted primero tiene que estudiar antes de traer chiquitos al mundo porque ahora la situación económica está muy fea. Y yo como, y a ella qué le importa, ella no me lo va a mantener” (Josefina comunicación personal, 2024).

Según la entrevistada, estos comentarios en torno a las condiciones de su embarazo la hicieron sentir intimidada. Lo expresado por la informante concuerda con lo expuesto por Pereira, Domínguez y Toro (2015), en torno a condiciones que potencian el riesgo de violencia durante el embarazo entre las cuales están: embarazo a edad temprana, bajo nivel socioeconómico, madre soltera, embarazo no deseado, entre otras.

Es importante mencionar que las relaciones de poder que potencian el riesgo de VO se dan cuando existen desigualdades entre individuos o grupos, en este caso ligados al saber médico. Estas estructuras facilitan el influir, condicionar, determinar u obligar a otros a actos con los que no necesariamente se sienten de acuerdo (Escalera, 2015, p.1). En este caso, además de ser un trato que puede percibirse como humillante, los comentarios percibidos por las mujeres participantes en torno al método anticonceptivo y las condiciones en las que se da su embarazo se podrían identificar como un ejercicio de dicho poder.

Se identifican diversos momentos donde las mujeres entrevistadas comentan haberse sentido humilladas y donde el trato brindado por el personal de salud fue calificado como hostil, es decir, un trato frío que reflejaba rechazo y agresión verbal específicamente en situaciones donde las mujeres estaban manejando dolor intenso del parto o bien, llevaban a cabo de forma involuntaria respuestas fisiológicas como vomitar o sangrar.

Se describen a continuación dichos escenarios. “Llegó un momento yo estaba con demasiado dolor entonces me puse de 4 puntos en la cama: brazos y rodillas. Y la chica (enfermera) que estaba ahí me acuerdo de que se volvió y me dijo “bajate de esa cama ya me tenés harta que pareces una gallina loca”, solo porque me salí de estar acostada. ¿Cómo me van a decir eso?” (Irene, comunicación personal, 2024)

En el caso de Irene, debido a su dolor intenso decidió cambiar la posición de su cuerpo en búsqueda de sentir un alivio, no obstante, fue regañada por parte de la enfermera haciéndola volver a su posición anterior, así mismo, se le dijo de forma peyorativa que parecía una gallina loca. Una vez más, se puede analizar la forma en que el personal de salud utiliza los regaños, las ofensas y las burlas, para ejercer control sobre las mujeres, colocarlas en una posición aún más vulnerable, hacerlas sentir indefensas y sin autonomía tan siquiera de poder mover su cuerpo libremente sin tener ninguna razón médica y si la había, no se le fue comunicada.

Otra mujer que menciona haber sido regañada fue Sonia ya que en la sala posparto tenía la bata desacomodada y una enfermera la vio y le alzó la voz diciéndole -¡Acomódese, no está viendo que se le ve todo! - Ante este comentario, Sonia menciona haberse sentido humillada, indignada y castigada y acota que este tipo de trato no está justificado bajo ninguna razón.

La utilización del regaño hacia las mujeres durante diversos momentos de su internamiento en el hospital, responde a jerarquías patriarcales y una autoridad depositada por el Estado y el sistema al personal de salud, los cuales generan obediencia en los pacientes, con el fin de producir cuerpos disciplinados, controlados y que respondan a intereses superiores. El regaño, el trato hostil y la falta de empatía es un ejemplo de la búsqueda de la reafirmación del papel del personal de salud como agentes de dominación, incluso sin ellos ser conscientes necesariamente de ello (De la Garza, 2023).

Este establecimiento de formas definidas como correctas de actuación, incluso se ven reflejados en el regaño a mujeres que presentan respuestas fisiológicas de las cuales no tienen control alguno, como, por ejemplo: sangrar, vomitar, defecar.

Un ejemplo de esto lo expone Josefina quien comenta que era tanto el dolor que sentía por las contracciones que se vomitó. Seguidamente, llegó la obstetra y la regañó por haber vomitado el piso, diciéndole: “-Vea el reguero que hizo-”. Añadido a esto, también describió un momento en la sala posparto donde las enfermeras la regañaron por haber manchado de sangre las sábanas: “me regañaron porque la sábana se me manchó de sangre. O sea yo estaba sangrando y ellas se enojaron porque yo había manchado la sábana. La enfermera llegó y dijo: -ay vea como tiene aquí todo manchado, se enojó porque yo había manchado la bata y la sábana-. Y yo me preguntaba, o sea ¿cómo lo evito?” (Josefina, comunicación personal, 2024).

- **Violencia verbal relacionada a la deslegitimación del dolor del proceso de parto**

Algunos estereotipos de género en torno a la maternidad persisten dentro del entramado cultural, este aspecto asociado al poder obstétrico da como resultado ideas y frases recurrentes específicamente en relación con la madre y el dolor experimentado durante el trabajo de parto. Frases del personal de salud hacia las mujeres como: “Si se metió en esto, ahora aguante”, “En eso no pensó cuando lo estaba haciendo”, “Ahora le toca aguantar”; se vuelven comunes en el ámbito hospitalario, incluso son frases que se evidencian en los relatos de varias mujeres en investigaciones como: Es rico hacerlos, pero no tenerlos (Vallana, 2019) e Impacto Psicosocial de la violencia obstétrica a través de relatos de vida de mujeres (Hernández, 2019).

Existe un discurso patriarcal ejercido a las mujeres con comentarios en torno a que deben aguantar los dolores de parto sin quejarse. Al respecto, Blanca menciona que recibió el siguiente comentario por parte de la enfermera obstetra que le estaba atendiendo el parto: “Diay si se metió en esto tiene que aguantar” (Blanca, comunicación personal, 2024).

El comentario surge a partir de que a Blanca le hicieron un tacto vaginal y sin su consentimiento le hicieron ruptura de membranas, ella menciona que no estaba preparada para el dolor que eso implicaba y que al quejarse de dolor es cuando recibe este comentario. En este tipo de prácticas médicas y comentarios se deslegitima el dolor del proceso de parto, mientras que se refuerzan estereotipos machistas que culpabilizan a la mujer por su condición de embarazo. (D’Oliveira, Diniz, Schraiber, 2002). Es decir, detrás de estos comentarios se encuentra una idea patriarcal de que la mujer debe soportar el dolor como una forma de castigo por ejercer su sexualidad y haber quedado embarazada. Este discurso también se asocia con una visión histórica de lo que es el rol femenino: obediencia, silencio y resignación.

Además, se presenta una relación de poder entre el personal médico y dicha mujer ya que además de perpetuar la idea de que la mujer debe sufrir a modo de consecuencia de sus actos (quedar

embarazada), existe una posición de autoridad de la enfermera suscitada por un sistema que tradicionalmente ha jerarquizado al personal de salud por sobre los pacientes.

Incluso, Flor, expone esta situación a través de sus propias palabras:

Los doctores, enfermeros, reproducen conductas aprendidas de los valores y expectativas de lo que es ser mamá, porque en general la sociedad costarricense es bastante patriarcal. Y nos ponen en los hombros esa responsabilidad de una maternidad a ese estilo que se ve en el proceso de parto. “Apechugue”, verdad así muy violento, “apechugue” sea “valiente”. Lo objetivaban, lo hacen un objeto, como si no fuera un proceso súper emocional. De verdad que se necesita mucha empatía. (Flor, comunicación personal, 2024)

Aunado a lo expuesto, Rich (1986), explica que el patriarcado requiere que las mujeres asuman no sólo una mayor carga de dolor, sino que aprendan a negarse a sí mismas, que se sometan, que no cuestionen ni se pregunten. Esta teórica feminista lo llama la subutilización de la conciencia de las mujeres, de lo cual dependería una cierta moralidad y emocionalidad indispensables para la estructura de la familia patriarcal (Arguedas, 2014, p. 157).

- **Cuestionamiento y elección de métodos anticonceptivos por parte del personal de salud**

Por otro lado, y como otro ejemplo de las relaciones de poder obstétrico identificados en las mujeres participantes, en los casos de Sonia, Josefina y Juana se identifica que fueron cuestionadas con insistencia acerca de su método de anticoncepción. Ellas describen la actitud con la que fueron cuestionadas como violenta e irrespetuosa, además de que en algunos casos lo hacían de manera pública, sin respetar el derecho a la privacidad. En cuanto a este tema Sonia y Juana mencionan lo siguiente:

Cuando estaba en la sala posparto llegan y te preguntan con qué vas a planificar. Pero sentí una actitud muy violenta por parte de esas personas, como muy irrespetuosas. Porque bueno me preguntaron ¿y con qué vas a planificar? Y yo: con preservativo. Y me hace: ¿y ese bebé era planeado? Si yo le digo a esa gente que mi bebé no fue planeado y me van a basurear entonces les dije que era planeado. Y se me quedaron viendo... no me creían se quedaban viendo, entonces ellos me cuestionan. (Sonia, comunicación personal, 2024)

“Algo que no me gustó fue que un doctor llegó y se sentó en el medio del salón y empezó a decir “Fulana, ¿usted con qué planifica? Le vamos a poner la inyección” Y a todas nos pusieron la inyección” (Juana, comunicación personal, 2024).

Es importante destacar que la insistencia por la elección de un método anticonceptivo es otra de las formas en las que puede operar el poder obstétrico, esto debido a que como se mencionó anteriormente, según Arguedas (2014) este tipo de poder busca producir cuerpos dóciles y sexuados. Cuerpos que bajo la estructura patriarcal requieren de un disciplinamiento particular que determina o encauza la economía de la reproducción. Pareciera notarse en estos relatos que los médicos tienen el derecho de decidir el método de anticoncepción y realizar comentarios en torno a si el embarazo es planeado o no.

Este tipo de comentarios puede llevar a desvincular a las mujeres de su propio proceso de salud y a ser agentes pasivas de una decisión tan importante como si utilizar un método hormonal de anticoncepción o no, factor muy importante en cuanto a salud reproductiva. Como bien apunta Bellón (2015), en una sociedad donde imperan valores patriarcales, el control sobre el potencial reproductivo y la sexualidad de las mujeres es un aspecto clave para mantener a las mujeres en una posición subordinada.

Las relaciones de poder obstétrico ejemplificadas a través del regaño y el abuso de autoridad por parte del personal de salud puede ocasionar repercusiones a nivel emocional durante el trabajo de parto y el posparto, según describieron las mujeres entrevistadas en estos relatos. Es importante destacar que la mayoría de ellas en torno a qué cambiarían acerca de su experiencia de parto, mencionan que les hubiera gustado ser tratadas con respeto y empatía, haber recibido un trato más cálido y humano.

- **Violencia psicológica identificada en los relatos**

Finalmente, se destaca la violencia psicológica como otra de las manifestaciones de relaciones de poder obstétrico en los relatos de las mujeres participantes, específicamente en los casos de Blanca, Flor y Josefina.

La violencia psicológica es “[...] un conjunto heterogéneo de actitudes y comportamientos, en los cuales se produce una forma de agresión/abuso cognitivo y emocional, mucho más sutil y difícil de percibir, detectar, valorar y demostrar. Se desvaloriza, se ignora y se atemoriza a una persona a través de actitudes o palabras [...]” (Pérez, 2008, p. 17). Este tipo de violencia se caracteriza por la utilización de palabras y/o actos agresivos, intimidantes, amenazantes con el fin de chantajear, aislar, vigilar, hostigar y controlar las creencias, acciones, pensamientos y decisiones de las víctimas (Poalacin *et al.*, 2023).

Dado que “La violencia psicológica actúa desde la necesidad y la demostración del poder por parte del agresor y se busca la dominación y sumisión mediante presiones emocionales y agresivas. (Pérez, 2008, p. 17), es un tema directamente asociado a las relaciones de poder que suscitan en los espacios de atención a la salud.

A partir de los relatos de las mujeres entrevistadas, se logran identificar ciertas situaciones correspondientes a la violencia psicológica. Por ejemplo, Blanca menciona un momento específico estando en el hospital, en donde una enfermera (teniendo conocimiento de que Blanca quería tener un parto natural y sin oxitocina) al realizarle el ultrasonido le menciona lo siguiente:

Su panza es pura agua y ese bebé se le va a ahogar ahí, si nosotros esperamos a que haga el parto natural sin ninguna hormona el bebé se le puede ahogar ahí, se le puede enrollar el cordón y se ahorca, se puede ahogar, en sus manos está la vida de este bebé, nosotros nada más le informamos, pero puede que bebé no sobreviva. (Blanca, comunicación personal, 2024)

Ante el miedo y el desconocimiento que menciona haber tenido Blanca en ese momento es que acepta la intervención: “Entonces yo ya entré en pánico y sola también, no sabía nada la verdad, entonces le dije -póngame lo que me tenga que poner porque yo quiero que él nazca bien- y ella dijo: ¡Eso mamita, así me gusta, responsable! ¡Ve esa es la mamita que queremos ver!” (Blanca, comunicación personal, 2024).

En este caso, se puede analizar la forma en que la enfermera con el fin de generar miedo, intimidar y coaccionar a la mujer para que acepte la utilización de la oxitocina y acelerar el parto, lo cual refleja matices de poder patriarcal utilizados dentro del sistema de salud público. Como resultado, Blanca acepta la intervención y la enfermera la felicita. Se logra atemorizar a Blanca a tal punto de que ella acepte algo que estaba segura de que no quería en su proceso de parto, tomando ventaja de su posición de poder (la enfermera) y de autoridad. Al respecto, Hernández *et al.*, (2014), mencionan que “La violencia psicológica es el soporte esencial en que se sustenta el maltratador para conseguir el control total sobre la víctima, demostrándole su poder y autoridad y produciéndole una permanente situación de indefensión aprendida, que propicia que la mujer valore la necesidad de permanecer sumisa e inmóvil frente al agresor, como única forma de escapar al castigo” (p. 34). En este caso, el castigo que se plantea a Blanca es la responsabilización de esta si a su bebé algo malo le pasaba por no aceptar la oxitocina.

Ahora bien, es importante recalcar en este punto que no se cuestiona la necesidad o no de utilizar la oxitocina, si no la forma en que se utiliza la manipulación psicológica (de acuerdo con el relato) para que Blanca acepte su aplicación.

Otro ejemplo de violencia psicológica fue hacia Flor, a quien estando internada le pusieron un balón de Foley para inducir el parto, no obstante, ella no estaba sintiendo dolor por lo que comenzó a leer un libro. Flor menciona lo siguiente: “Ahí fue el primer punto de burla. Los enfermeros me decían: véanla leyendo, ahorita la vemos que ni va a poder levantarse de ahí. Me hicieron *bullying* porque yo estaba leyendo, entonces recurro volverme hacia la pared para que nadie me dijera nada” (Flor, comunicación personal, 2024).

Flor, tal y cómo se mencionó en la conceptualización de violencia psicológica, fue atemorizada por parte de los enfermeros con el uso de palabras poniéndose de manifiesto cómo el generar la sensación de culpa y miedo en las mujeres en un momento tan vulnerable y emocional es un poderoso dispositivo de encauzamiento de las conductas de las mujeres que están siendo atendidas. La culpa y el castigo se hacen visibles ante la actitud, muchas veces punitiva, que asume el personal de la salud. Asimismo, en los relatos se identificó una violencia psicológica encauzada a deslegitimar el dolor físico experimentado por las mujeres, al respecto Arguedas (2014) menciona lo siguiente:

Esta forma de poder disciplinario se acopla con la jerarquía del género para naturalizar lo que son funciones socialmente construidas. De ahí que la tolerancia al dolor durante el proceso de labor de parto será una exigencia moral, asociada a un indicador sobre la calidad y aptitud de la mujer para asumir su papel de madre. (...) Es decir, el poder obstétrico se engarza con el mandato patriarcal de la reproducción: la maternidad como destino superior de toda mujer. (P. 157)

A manera de ejemplo, Blanca menciona que luego de unas horas estando internada, comenzó a sentir dolor de las contracciones y una enfermera al verla le dijo “-ve con esa cara de desesperación es que quería verte- y se fue” (comunicación personal, 2024).

Otro ejemplo de invalidación del dolor físico es con Josefina, ya que ella estaba sintiendo mucho dolor por las contracciones a los que la enfermera obstetra le mencionó: “Lo que usted está sintiendo no es nada, está exagerando porque yo ya tuve tres hijos y eso no duele tanto a como usted se está quejando” (Josefina, comunicación personal, 2024).

En ambos escenarios se puede identificar la forma en que el personal de salud utiliza su poder para ejercer en este caso violencia psicológica y deslegitimar el sufrimiento. Incluso, se evidencia como su dolor es doblemente invisibilizado, primero al recibir este comentario y segundo al irse. El irse puede ser interpretado como un acto simbólico de desinterés ante el sufrimiento del otro. En este caso, una forma en la que el personal de salud podía validar y visibilizar el dolor que **Blanca** estaba sufriendo, podía ser mediante la compañía, la escucha y el ofrecimiento y acompañamiento en la realización de técnicas no farmacológicas para el alivio del dolor en el parto tales como (Guerrero, Martín, 2021):

1. Apoyo continuo durante el parto. El contar con un acompañamiento de personas que den seguridad, confianza y que den apoyo emocional a las mujeres ayuda a que estas puedan transaccionar mejor por el dolor al distraerlas y favorecer un ambiente donde se sienten más cómodas
2. Respiración guiada. Este método trata de tomar conciencia del ritmo de la respiración propia con ayuda de otra persona que funcione como guía, inhalando y exhalando aire por la boca lentamente, para “poder ajustar personalmente la respiración al ritmo del trabajo de parto. De esta manera se consigue aliviar el dolor, la ansiedad y una mayor relajación y confianza” (Guerrero y Martín, 2021, p. 24).
3. Termoterapia: consiste en el uso de compresas de agua caliente/fría que consiste en aplicar compresas en las partes del cuerpo que más convenga a la mujer según el dolor (espalda, cara, cuello, pecho, etc.) durante las contracciones.

Parte del papel de los profesionales en enfermería además de asistir y apoyar en procesos médicos, también implica el acompañar a las mujeres en el alivio del dolor de parto ya sea por medio de fármacos o técnicas como las anteriormente descritas (Guerrero y Martín, 2021), por tanto se evidencia en estos relatos de las mujeres la forma en qué las enfermeras no asistieron y acompañaron durante el dolor y al contrario, parecían castigarlo e invalidarlo, lo que puede provocar que la mujer se sienta sola durante el proceso, y que sus niveles de ansiedad y estrés se vean afectados.

En términos generales, se destaca que la violencia psicológica fue ejercida en múltiples ocasiones por parte del personal de salud hacia las mujeres embarazadas, con el propósito de invalidarlas, manipularlas y humillarlas. Adicionalmente, se identifica este tipo de violencia como un mecanismo de coacción para que las mujeres accedieran a prácticas médicas que ellas no deseaban en primera instancia, por ejemplo, métodos sintéticos de aceleración del parto. Se utilizaron el miedo y la culpa para cambiarlas de parecer, invalidando su sentir, sus deseos y su autonomía.

Resulta especialmente significativo que la mayoría de los comentarios realizados se produjeran en momentos de alta vulnerabilidad, específicamente durante la transición por intensos niveles de dolor. Este tipo de violencia se encuentra estrechamente vinculada con un sistema patriarcal que atraviesa las relaciones médico-paciente, y refleja una estructura de poder que legitima el control y la subordinación de las mujeres en contextos clínicos.

#### **4.6.4 Mujeres como testigos de VO**

A partir de las entrevistas realizadas, se identificó una categoría emergente la cuál corresponde a las mujeres participantes de esta investigación siendo testigos de violencia obstétrica hacia otras en su misma sala en el hospital. Cinco de las diez mujeres mencionaron haber escuchado y visto cómo otras recibían regaños, burlas y desatención médica por parte del personal médico.

Ellas mencionaron que ser testigos de este tipo de trato les generó impotencia, miedo, indignación y sentirse cohibidas a expresar sus propios deseos y necesidades. El sentimiento de miedo e indignación puede estar vinculado con el hecho de sentir que en un momento tan vulnerable en el que luchar por sus derechos se hacía difícil, el luchar o alzar la voz por los derechos de otras podía ser aún más complicado. También, estos sentimientos de impotencia podrían estar relacionados con el miedo que sentían de que si hablaban podrían ser víctimas del mismo trato. Al respecto, el relato de **Ana** ejemplifica el miedo que pueden experimentar estas mujeres al estar en su propio proceso de parto y ser testigos de diferentes tipos de violencia verbal ejercidos de parte del personal médico hacia otras mujeres:

Yo escuchaba que regañaban a las otras y les gritaban que si le estaban metiendo el pezón, ¿ya levantó al bebé? No tienen tacto. Entrevistadora: -¿Qué sentías al escuchar a otras mujeres ser víctimas de estos comentarios?- Ana, Bueno yo sentí miedo y yo como que me cohibo mucho. Yo veía que no era la única con temor de todo lo que estaba pasando. No era solo yo sino todas las mujeres que estábamos ahí. Imagínese que le digan: no sea cochina, límpiele bien. No tienen mucho tacto, todas las mamás se notaban incómodas también. (Ana, comunicación personal, 2024)

La identificación con las vivencias de otras mujeres en estos escenarios podría estar vinculado al hecho de que se compartían diversas características tales como: ser mujeres, estar en una situación vulnerable, estar solas sin acompañante y ser víctimas de violencia obstétrica. Se describe entonces un temor e incomodidad compartida el cual afecta la forma en que ellas vivieron su proceso de parto y posparto, pues generó en ellas emociones tales como: miedo, ansiedad, enojo. Además, no sólo hubo respuestas emocionales sino también conductuales y cognitivas. A nivel conductual, las mujeres estaban cohibidas, en un estado de vulnerabilidad, sin actuar o defender a otras mujeres

posiblemente por el mismo miedo que sentían. A nivel cognitivo, el observar a otras mujeres en la misma situación/condición, produjo respuestas emocionales (miedo, ansiedad, angustia, enojo, etc.) asociadas a pensamientos y creencias como, por ejemplo, pensar en que lo que estaba sucediendo no era justo ni aceptable.

Cabe resaltar, que, al ser una categoría emergente, en la entrevista semiestructurada no se tenían preguntas previstas en relación con esta temática, si no que fueron situaciones que surgieron de forma natural en el relato, aspecto que llama aún más la atención, pues para cinco de ellas fue importante mencionar no solamente lo que ellas mismas experimentaron, sino el ver a otras mujeres sufrir y cómo esto le afectó a nivel anímico. Por ejemplo, en el caso de Juana ella menciona lo siguiente: “Tal vez les cuente cosas que les pasaba a otras mujeres, pero todo eso influye en uno, porque a ellas les decían cosas que a uno le causan impotencia y desde que uno es mamá se siente muy identificada con las demás mamás” (Juana ella fue testigo de cómo dos enfermeras obstetras ignoraban y se burlaban del dolor que estaba sintiendo una de las mujeres que estaba en sala de labor de parto al decir comentarios como “-Ay esa muchacha sólo pedir cosas para el dolor, tan ingenua, si eso existiera yo me haría millonaria-”(Juana, comunicación personal, 2024). Ella nos mencionó que esto la hizo sentir con mucha impotencia pues no sabía cómo podía ayudar a la mujer que estaba sufriendo y tampoco comprendía cómo las dos enfermeras no podían ser empáticas.

Esta identificación de la que habla Juana es un ejemplo claro de cómo el impacto psicológico, emocional y físico de la violencia obstétrica puede venir no solo del ser víctima directa, sino también indirecta del mismo, pues estas mujeres estaban siendo testigos de un evento que a pesar de ser ajeno hay un mecanismo psicológico de identificación. Al respecto, Moreno, Morante, Gareosa y Rodríguez (2004), citando a Miller, Stiff y Ellis (1988), definen el concepto de contagio emocional como “un proceso afectivo por el cual un individuo que observa el sufrimiento en otro, experimenta paralelamente las mismas respuestas emocionales a las emociones reales o esperadas de aquella otra persona” (p. 216). Este contagio emocional o mecanismo psicológico de identificación surge de forma natural cuando interactuamos con los otros y responde a un estrecho vínculo entre el yo y el otro, entre el sentido del yo y el entorno social (Claramonte, 2018).

Otra de las mujeres que hace referencia a este tema es Eugenia, quien menciona dentro de su relato sentirse indignada por cómo se estaba tratando a otra de las mamás que estaban con ella, destacando la frialdad emocional con la que ella percibía que el personal médico la estaba tratando. En sus palabras: “Los enfermeros estaban en una pura risa, eso era lo más indignante...ver a los enfermeros en la estación en una pura risa viendo que al frente estaba esa muchacha sufriendo demasiado...que injusticia” (Eugenia, comunicación personal, 2024).

Adicionalmente, ella narró otra de las experiencias que más le impactó emocionalmente, relacionada al observar lo que ella describe como trato poco empático por parte del personal médico:

Algo que me marcó fue ver a la muchacha que tuvo gemelos ponerla en el mismo lugar con todas las mamás con los bebés. Y ella con un bebé que parece que estaba vivo en la sala de neonatos y el otro muerto. Y yo me sentía malísimo. Lo que le hicieron a ella me afectó a mí porque ni que uno fuera de palo. Era indignante, yo decía ¿qué les pasa? Ni la persona más mala haría algo así. (Eugenia, comunicación personal, 2024)

Asimismo, Eugenia menciona lo siguiente: “Ver que le están haciendo algo a otras mamás también lo afecta a uno” (comunicación personal, 2024). Como se mencionó anteriormente, el presenciar actos de violencia obstétrica hacia otras mujeres en situaciones similares generó en las parturientas un profundo impacto emocional, manifestado en sentimientos de indignación, miedo, impotencia y enojo. El hecho de verse reflejadas en la experiencia ajena, así como escuchar y presenciar el sufrimiento de otras, intensificó su malestar contribuyendo a que su propia percepción y vivencia del parto resultara afectada.

Finalmente, lo narrado por estas mujeres responde al objetivo de la presente investigación que gira en torno a conocer las emociones asociadas a la experiencia de violencia obstétrica. Es importante destacar que no existen datos nacionales o internacionales que describan el impacto de ser testigos de malos tratos, violencia verbal y psicológica antes, durante o después del parto, mucho menos que lo describan como un componente importante en su propia experiencia. Sin embargo, se pudo identificar que para estas cinco mujeres entrevistadas sí fue relevante.

A manera de cierre, se plantean a continuación las conclusiones y recomendaciones.

## **CAPÍTULO V: Conclusiones y Recomendaciones**

### **Conclusiones**

En este capítulo se reúnen los principales hallazgos y conclusiones de la investigación, que se dan como resultado del análisis realizado con base en los objetivos planteados. A partir del objetivo general de la investigación: *analizar las vivencias en torno a la violencia obstétrica de mujeres que han sido atendidas en el sistema de salud público costarricense dentro del Gran Área Metropolitana en el contexto de pandemia por la COVID-19*, se evidenció cómo, debido a la coyuntura en ese momento, las mujeres percibieron un trato diferenciado por parte del personal de salud, caracterizado por una atención fría, poco empática y con escasa disposición para ayudar en tareas físicas básicas, por ejemplo: ayudarlas a cambiarse de camilla y limpiarse.

Asimismo, se identificaron otros aspectos que vulneraron los derechos de las mujeres debido a la pandemia por COVID-19 y las restricciones existentes, pues una de ellas era que no podían estar acompañadas ni antes, durante ni después del parto, salvo algunas excepciones. Incluso, cuando el Ministerio de Salud emitió una nota anunciando que ya las personas podían ingresar acompañadas al hospital, el derecho siguió siendo negado para algunas de las mujeres participantes. En este ámbito, se concluyó la existencia de una incoherencia en la forma de otorgar los derechos, pues mientras algunas mujeres podían ejercerlos, otras eran privadas de los mismos, lo que obligaba a las mujeres a defender sus derechos mediante discusiones con el personal.

Lo expuesto también evidencia una incongruencia en el sistema de salud público costarricense, ya que las disposiciones del Ministerio de Salud no eran implementadas de manera rápida ni uniforme en los centros hospitalarios, por lo que la comunicación deficiente era evidente. En este sentido, se concluye que el sistema de salud no estaba preparado para enfrentar una situación de emergencia nacional garantizando al mismo tiempo la protección de los derechos de las mujeres durante el parto y se evidencia la complejidad en los procesos de comunicación a lo interno del Sistema de Salud Público Costarricense. Ejemplos de ello son la restricción al acompañamiento (incluso cuando ya estaba la directriz desde el Ministerio de Salud de que podían entrar acompañadas) y la obligación de utilizar mascarilla incluso en mujeres no infectadas, lo cual afectaba directamente su capacidad de respirar con libertad y, en consecuencia, el manejo adecuado del dolor durante la labor de parto.

Finalmente, debido a la soledad que describen las mujeres en la que se encontraban durante este proceso (especialmente durante el parto), algunas de ellas señalaron que fueron más propensas a recibir malos tratos y tuvieron menos recursos para defender sus derechos y expresar sus deseos a como si hubieran estado acompañadas. Así, se concluye que la época de pandemia pudo ser un factor importante que potenció la VO dentro del sistema de salud público costarricense.

Respecto al objetivo específico de esta investigación: *Describir la forma de aplicación de prácticas médicas gineco-obstétricas percibidas como violentas por parte de las mujeres entrevistadas*, se concluye que las mujeres entrevistadas percibieron una notable ausencia de información clara y suficiente por parte del personal de salud, así como la inexistencia de un consentimiento informado en la realización de prácticas gineco-obstétricas. Esta situación impactó de manera significativa en la vivencia de sus procesos de parto, parto y posparto, generando sentimientos de indefensión, miedo, incertidumbre y pérdida de autonomía.

Además, se identificó que, en algunos casos, la información proporcionada a las mujeres respecto a procedimientos y aplicación de medicamentos fue incompleta o incluso falsa, especialmente en lo relacionado con la aplicación de oxitocina. Este hecho aumentó la sensación de desconfianza de las mujeres respecto al personal de salud, pues sentían que no estaban recibiendo información clara y que ese aspecto se podía repetir durante el resto del internamiento. Asimismo, ciertos procedimientos médicos como la aceleración del parto, la episiotomía y el uso de fórceps, fueron interpretados por las mujeres participantes como innecesarios ya que ellas evidenciaron cómo los procedimientos eran colocados a todas las mujeres por igual, esto se encuentra nuevamente asociado a la sensación de dichas mujeres de no estar recibiendo una atención de calidad y no ser entendidas ni cuidadas.

De forma transversal, se evidenció que el consentimiento informado no se llevó a cabo en ninguno de los casos, limitándose el personal de salud a ofrecer explicaciones superficiales o en algunos casos ninguna explicación, sin cumplir con los requisitos establecidos para que dicho proceso sea válido. Aunado a ello, la información transmitida hacia las mujeres resultó ambigua y en ocasiones se expresó con un lenguaje técnico poco accesible para las mujeres, sin que se les ofreciera la posibilidad de plantear dudas o solicitar mayor claridad de información. También, algunas de las mujeres expresaron cómo la información recibida era muy vaga, pues se les decía frases como: “le vamos a poner unas cosas para ayudarle a parir”, “vamos a ponerle como una bolsita de té para que el bebé salga más rápido”, “vamos a pasarle un suerito”, entre otros

Todo lo mencionado anteriormente, se vincula directamente con la presencia de emociones negativas como el miedo y la ansiedad, presentándose con mayor intensidad durante el internamiento

hospitalario. En términos generales, asociado al objetivo específico: *Conocer las emociones asociadas a la experiencia de violencia obstétrica durante y después de la misma, en las mujeres participantes del estudio que fueron atendidas en el sistema de salud público costarricense durante la pandemia*, las emociones que mencionaron las mujeres con más frecuencia durante los relatos son: miedo, ansiedad, culpa e impotencia. No obstante, también mencionaron el sentirse solas y abandonadas durante la atención, lo cual se considera necesario mencionar a pesar de no ser catalogados como emociones.

El miedo parece ser la emoción más predominante entre las mujeres participantes y se identifica a partir de los relatos que él mismo está asociado principalmente a la desconfianza en el personal de salud, la falta de información, la percepción del hospital como un espacio amenazante y el estar sin acompañantes. A ello, se suman sentimientos de culpa, asociados a la percepción de haber confiado en un sistema de salud del cual fueron advertidas anteriormente.

Asociado a estas emociones, se encuentra el hecho de que varias mujeres califican la experiencia como traumática e incluso mencionan haber presentado depresión posparto y algunos síntomas de TEPT. A partir de lo expuesto anteriormente, se concluye que la VO recibida tuvo repercusiones a nivel biopsicosocial en las mujeres a corto; mediano y largo plazo, pues muchas aún en la actualidad no quieren volver a ser mamás únicamente por el hecho de pensar que tienen que volver a transitar por los centros de salud públicos costarricenses y al contar sus relatos los sentimientos de ira, enojo y tristeza brotan nuevamente.

Otro de los hallazgos que se obtuvieron en esta investigación, es que a partir de los relatos de las mujeres, se identificó la existencia de invalidación emocional por parte del personal de salud por medio de comentarios y actitudes que minimizaba su malestar, lo cual constituye una forma de VO que refuerza la subordinación de sus experiencias. Su sufrimiento, su dolor, sus pedidos eran deslegitimados y en algunos casos ignorados. Incluso, las mujeres resaltan el ver a otras que también estaban internadas, siendo víctimas de esta invalidación y en general de VO.

El ser testigos de violencia obstétrica ejercida a otras mujeres les causó sensaciones de impotencia, miedo, indignación y sentirse cohibidas a expresar sus propios deseos y necesidades. Esta actitud significa un hallazgo muy importante pues de la bibliografía consultada no se encontró otro resultado similar: el ser testigos de VO es un aspecto que también influye de forma negativa en su experiencia.

Se concluye a partir de los hallazgos anteriores, la existencia de carencias en capacitación técnica y espacios para lidiar con sus propias emociones y con los aspectos emocionales de las

mujeres. Tampoco hay preparación para el correcto manejo y acompañamiento del dolor. El personal de salud que se supone que debe velar por su bienestar tanto físico como psicológico, no está respondiendo a sus necesidades y más bien fueron fuentes de malestar. Asimismo, se concluye la importancia de que el sistema de salud público de Costa Rica reconozca la violencia obstétrica como un posible factor de riesgo para el trastorno de estrés postraumático (TEPT) y promueva acciones que aseguren la protección y el respeto de los derechos de las mujeres.

A partir de los hallazgos obtenidos, se evidencia la existencia de carencias en la capacitación técnica del personal de salud, así como la falta de espacios que les permitan gestionar sus propias emociones y abordar adecuadamente las de las mujeres. Además, se observa una preparación insuficiente para el manejo y acompañamiento del dolor durante la atención. El personal, cuya función principal debería ser garantizar el bienestar físico y psicológico de las pacientes, en muchos casos no logra responder a sus necesidades y se convierte más bien en una fuente de malestar. En este contexto, resulta fundamental que el sistema de salud público costarricense reconozca la violencia obstétrica como un posible factor de riesgo para el trastorno de estrés postraumático (TEPT) y otras enfermedades de salud mental y promueva acciones que aseguren la protección y el respeto de los derechos de las mujeres. En general, que se reconozca el impacto que tiene la VO en la vida de las mujeres.

A partir de los relatos de las mujeres entrevistadas y relacionado al tercer y último objetivo específico: *Indagar a partir de los relatos de las mujeres, las relaciones de poder obstétrico entre el personal médico y las mujeres atendidas en el sistema de salud público costarricense*, se evidencian las relaciones de poder dentro del sistema de salud público costarricense a través de la deslegitimación del conocimiento de las mujeres, la búsqueda del control de sus cuerpos, emociones, pensamientos y creencias, el posicionamiento de las mujeres como agentes pasivas de su propio proceso de parto, la falta de información y consentimiento informado, la búsqueda de la sumisión de la mujer frente al conocimiento médico y sus procesos, limitar la movilidad, entre otros aspectos.

Por ejemplo, algunas mujeres participantes que presentaron un plan de parto fueron objeto de comentarios despectivos y actitudes de desaprobación por parte del personal de salud. Sus decisiones fueron cuestionadas e incluso en algunos casos se utilizó la manipulación para que accedieran a cambiar su plan de parto o eliminarlo del todo. Asimismo, se presenta una paradoja: mientras el sistema de salud promueve la elaboración del plan de parto —por ejemplo, durante los cursos de preparación al parto—, cuando las mujeres lo presentan en el hospital público, este es descalificado o invalidado. Lo expuesto refleja cómo el poder obstétrico desvaloriza el saber y experiencia de las mujeres, colocándolas en un lugar de indefensión y desventaja frente al saber médico.

En la misma línea, se identificó que nueve de las diez participantes recibieron violencia verbal, expresada principalmente a través del regaño, burlas y comentarios despectivos siendo una forma de trato deshumanizante que refuerza la autoridad médica sobre las mujeres. Estas experiencias permiten comprender las relaciones de poder obstétrico como relaciones de complementariedad rígida, esto desde el enfoque sistémico de la psicología, donde el personal de salud ocupa una posición de autoridad en donde las mujeres asumen una posición de subordinación, lo cual fomenta escenarios de VO.

Finalmente, se concluye que prácticas como la utilización de amenazas o la omisión de información para que las mujeres aceptaran determinados procedimientos médicos —por ejemplo, la inducción del parto— consolidan un espacio de poder y control sobre la mujer y su cuerpo, en el cual ellas se sentían vulnerables e indefensas. Todo lo expuesto pone en evidencia que el poder obstétrico por medio de la configuración de relaciones asimétricas entre el personal de salud y las mujeres permite, reproduce y perpetúa la VO.

### **Recomendaciones**

A partir de los hallazgos y conclusiones de la presente investigación, se desarrollan una serie de recomendaciones dirigidas a distintos actores vinculados con la problemática de VO. Dichas recomendaciones se plantean con el fin de favorecer la comprensión del fenómeno, promover mejoras en la atención, prevención y abordaje de esta forma de violencia y ayudar a las mujeres a hacer valer sus derechos.

En primer lugar, se presentan recomendaciones dirigidas al sistema de salud público costarricense, incluyendo al personal de salud, dado su papel central en la atención de las mujeres durante el embarazo, parto y posparto. En segundo lugar, se formulan recomendaciones hacia todas las mujeres como usuarias de los servicios de salud, en tanto protagonistas y sujetos de derechos. Posteriormente, se incluyen recomendaciones dirigidas a las y los profesionales de la psicología tanto a nivel nacional como internacional. Finalmente, se proponen algunas líneas de investigación para futuros estudios, derivadas de la revisión de antecedentes y de la bibliografía consultada con el fin de contribuir a la generación de nuevo y más amplio conocimiento y así responder a los vacíos de información identificados.

***Para el sistema de salud público, Ministerio de Salud y Caja Costarricense del Seguro Social:***

- a) Velar por el cuidado de la salud física y psicológica del personal de salud que atienden día a día en el área de obstetricia, para que éstos y éstas puedan dar una atención de calidad y puedan ser un espacio seguro para dichas mujeres antes, durante y después del parto.
- b) Distribuir mejor las cargas laborales de acuerdo con la capacidad real de atención que tiene cada persona, esto incluye también garantizar la realización de jornadas laborales que permitan tiempos de descanso y ocio.
- c) Crear espacios de reflexión, escucha y apoyo mutuo para los profesionales en salud, especialmente para aquellos que experimentan situaciones de alta carga emocional y estrés.
- d) Capacitar al personal de forma periódica en temas de inteligencia emocional, autocuidado y manejo del estrés
- e) Realizar evaluaciones de tipo psicológico periódicamente al personal de salud para poder identificar sus niveles de estrés, detección temprana de síntomas del burnout y carga emocional, con el fin de tomar acciones específicas a partir de los resultados.
- f) Contar con espacios adecuados de descanso en los lugares de trabajo.
- g) En materia de emergencias sanitarias, tales como la pandemia por COVID-19: prestar especial atención a que las medidas y los lineamientos tomen en cuenta los derechos y las necesidades de las mujeres tales como: acompañamiento, una adecuada atención y la posibilidad de respirar sin restricciones.
- h) Capacitar al personal gineco-obstétrico en materia de VO. Qué es y cómo ellos y ellas cumplen un rol trascendental en la experiencia de parto de las mujeres usuarias.
- i) Capacitar al personal gineco-obstétrico en torno al consentimiento informado de prácticas médicas necesarias durante la labor de parto y en cómo éstas se deben aplicar de una manera que vele por la integridad de las mujeres embarazadas.
- j) Velar porque el personal de salud entienda a las mujeres embarazadas como sujetas de derechos y sujetas activas del proceso de parto, respetando su conocimiento, sus deseos y preferencias siempre que sea médicamente viable.
- k) Crear espacios educativos en los que las mujeres conozcan sus derechos durante los cursos de preparación para el parto. Generar espacios de enseñanza-aprendizaje en donde se comente acerca del plan de parto, qué es, cómo hacerlo, bajo qué circunstancias es que no se puede seguir lo planteado en el mismo y además que se comente acerca de la VO y qué medidas se pueden tomar para minimizar las posibilidades de ser víctima.
- l) Mejorar los mecanismos de denuncia y acompañamiento del proceso así como informar a la población respecto a cómo y cuándo hacerlo, generando una forma segura y libre de represalias para las mujeres denunciantes.
- m) Capacitar al personal de salud en cuanto a la validación, acompañamiento y gestión de emociones para con las mujeres en su proceso de preparto, parto y posparto, pues es un

factor que podría favorecer e influenciar positivamente su experiencia y disminuir los síntomas del estrés.

- n) Promover la reflexión y sensibilización de los agentes de salud sobre derechos humanos y derechos sexuales y reproductivos para lograr modificar aquellas prácticas en salud violatorias de los mismos, garantizando la igualdad del acceso y la calidad de la atención independientemente de la procedencia socioeconómica, étnica o cultural de la mujer.

#### ***Para las mujeres usuarias del sistema de salud pública***

- Participar activamente de los cursos de labor de parto implementados por los diferentes hospitales del país, ya que en ellos se brindan herramientas necesarias y explicaciones importantes acerca del funcionamiento del sistema de salud en cuanto a la atención del parto y en algunos casos también se desarrolla el tema de derechos de las mujeres durante dicha atención.
- Mantener y fortalecer su conocimiento respecto a la violencia obstétrica, cómo se puede presentar y de los derechos que les asisten durante el embarazo, parto y posparto. El contar con esta información les puede ayudar a tomar decisiones más informadas, participar de una forma más activa y consciente en el proceso y reclamar por sus derechos en caso de que no sean respetados. Asimismo, les va a permitir disminuir la sensación de vulnerabilidad frente al personal de salud y los procesos de atención.
- Denunciar por medio de los diferentes mecanismos legales e institucionales tales como las Contralorías de Servicios, las oficinas de atención al usuario, la Defensoría de los Habitantes o Ministerio de Salud, cuando se identifica que han sido víctimas de VO incluso si se considera que la transgresión sucedió hace mucho tiempo, también se recomienda tener evidencia que sustente estos hechos para que el proceso sea más sencillo. Denunciar es una forma de levantar la voz.
- Exigir el derecho a estar acompañadas en todo momento por una persona de confianza que pueda velar porque se respeten sus derechos y pueda defenderlos en caso de que la mujer no pueda. El estar acompañadas durante el parto, puede ser un aspecto que incide en ser víctimas o no de VO.
- Se recomienda a las mujeres que han sido víctimas de VO, que busquen apoyo psicológico, también, que puedan participar de grupos de mujeres que han pasado por vivencias similares. Esto les puede ayudar a sentirse más acompañadas, fortalecer sus redes de apoyo y disminuir las consecuencias asociadas a la VO.
- Solicitar información clara, concisa y eficaz en los centros de salud públicos costarricenses respecto a su salud, las posibles prácticas médicas que pueden recibir antes, durante y después del parto. Realizar consultas en la medida de lo posible, podría ser un elemento que podría mejorar la información recibida y la experiencia de parto.

### ***Futuras personas investigadoras***

- Desarrollar investigaciones desde la psicología a nivel nacional desde el punto de vista del personal de salud respecto a la VO en los centros públicos de atención. Esto con el fin de comprender desde otro punto de vista las narrativas de personas que probablemente hayan visto cómo es ejercida esta VO por parte de otros compañeros o incluso ellos mismos. Este punto es importante, ya que esta mirada permite hacer una lectura también de cómo el personal médico entiende el embarazo y el parto y las nociones que tienen respecto al trato respetuoso.
- Realizar investigaciones que consideren el punto de vista de las personas estudiantes de diferentes carreras de la salud como por ejemplo enfermería y medicina. Podría ser muy valioso analizar cómo es que se está enseñando y cómo se está guiando a las personas estudiantes, especialmente durante sus internados/guardias/prácticas en las cuáles, y cómo se pueden identificar dinámicas violentas. Asimismo, sería interesante y tendría un gran aporte el conocer de qué forma se les transmite el conocimiento de lo que se considera correcto o incorrecto a nivel médico, ético y práctico, como, por ejemplo, respecto al uso del consentimiento informado.
- Realizar investigaciones con mujeres con diferentes características y culturas, como por ejemplo, muestras de mujeres con discapacidad, menores de edad, indígenas, inmigrantes, entre otros grupos. Esto con el fin de analizar cómo la violencia obstétrica podría manifestarse de manera diferenciada según respectivas condiciones sociales, culturales, físicas y personales de las mujeres.

### ***Acciones desde la psicología dentro y fuera del sistema de salud público, incluida la Universidad Nacional de Costa Rica***

- Impulsar a los estudiantes de psicología de la Universidad Nacional a seguir investigando sobre la temática e incorporar en los contenidos de los cursos espacios de conversación y reflexión respecto a la situación de la VO actual.
- Seguir desarrollando investigaciones desde el campo, especialmente a nivel nacional ya que es un tema poco estudiado y a la vez es muy amplio, por lo que la psicología en conjunto con otras áreas podría aportar mayor conocimiento y comprensión de la problemática.
- Desde la Escuela de psicología de la Universidad Nacional, realizar jornadas psicoeducativas sobre la VO, derechos y empoderamiento de las mujeres. Estas jornadas pueden ser dirigidas a diversos entes como, por ejemplo: médicos, enfermeros, estudiantes, mujeres, acompañantes de las mujeres, entre otros, con el fin de educar a más personas de diferentes campos sobre las consecuencias a nivel psicológico que puede tener la VO y cuáles son los beneficios de tener un parto positivo y libre de violencia.

- Organizar y dirigir grupos de apoyo para mujeres que han sufrido VO, con el fin de facilitar más espacios de escucha y acompañamiento.
- Dar mayor visibilidad a esta problemática desde el Colegio de Profesionales en Psicología y participar activamente en la construcción de estrategias, líneas de acción y protocolos de atención psicológica para disminuir la VO

### Referencias Bibliográficas

- Aguirre, J. (2020). *Emociones y maternidad: La educación emocional en la mejora del bienestar en madres recientes* [Proyecto final de posgrado, Universidad de Barcelona]. Dipòsit Digital de la Universitat de Barcelona. [https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&opi=89978449&url=https://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/173923/5/TFP\\_Aguirre\\_handle.pdf&ved=2ahUKewjP0O\\_L27ONAxUjSjABHRGSAOk4HhAWegQIOBAB&usg=AOvVaw1kgWwLfmkxVPJVlCmu-gHc](https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&opi=89978449&url=https://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/173923/5/TFP_Aguirre_handle.pdf&ved=2ahUKewjP0O_L27ONAxUjSjABHRGSAOk4HhAWegQIOBAB&usg=AOvVaw1kgWwLfmkxVPJVlCmu-gHc)
- Al Adib, M., Ibáñez, M., Casado, M., & Santos, P. (2017). La violencia obstétrica: un fenómeno vinculado a la violación de los derechos elementales de la mujer. *Medicina Legal de Costa Rica*, 34(1), 104–111. [http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1409-00152017000100104&lng=en&tlng=es](http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152017000100104&lng=en&tlng=es)
- Andreu, J. (2002). *Las Técnicas de Análisis de Contenido: Una revisión actualizada*. Sevilla. Fundación Centro de Estudios Andaluces. <http://mastor.cl/blog/wp-content/uploads/2018/02/Andreu.-analisis-de-contenido.-34-pags-pdf.pdf>
- Arguedas, G. (Persona entrevistada). (2021, marzo 22). Observatorio de Violencia Obstétrica Ep. 46 [Entrevista]. En Radioemisoras UCR [Audio]. SoundCloud. <https://share.google/wDYf3AKnL6pE9H4Bi>
- Arguedas, G. (2019) “Reflexiones sobre el saber/poder obstétrico, la epistemología feminista y el feminismo descolonial, a partir de una investigación sobre la violencia obstétrica en Costa

- Rica (2016).” Antología del Pensamiento Crítico Costarricense Contemporáneo, edited by Montserrat Sagot and David Díaz Arias, CLACSO, 2019, pp. 569–90. JSTOR, <https://doi.org/10.2307/j.ctvtxw1wh.31>.
- 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. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=476947241008>
- Arnau, J., Martínez, T., Castaño, Á., Nicolás, D., & Martínez, E. (2016). Explorando las emociones de la mujer en la atención perinatal: Un estudio cualitativo. *Aquichan*, 16(3), 370-381. <https://doi.org/10.5294/aqui.2016.16.3.8>
- Arranz, M. (2021). Intervenciones enfermeras para reducir el miedo al parto: estudio de revisión bibliográfica. *Musas*, 6(1), 77–109. <https://doi.org/10.1344/musas2021.vol6.num1.5>
- Azofeifa, J., y Naranjo, L. (2018). Parto Humanizado: Reconocimiento del derecho al parto humanizado como una deuda del Estado costarricense. [Tesis de Licenciatura]. Universidad de Costa Rica. [https://www.google.com/url?q=https://pjenlinea3.poder-judicial.go.cr/biblioteca/uploads/Archivos/Articulo/Parto%2520humanizado%2520reconocimiento%2520del%2520derecho%2520al%2520parto%2520humanizado.....pdf&sa=U&ved=2ahUKEwj4zt75xr\\_1AhVZQzABHcfOAUI4ChAWegQIBxAC&usg=AOvVaw0luYimljBjX67hip1MIMs2](https://www.google.com/url?q=https://pjenlinea3.poder-judicial.go.cr/biblioteca/uploads/Archivos/Articulo/Parto%2520humanizado%2520reconocimiento%2520del%2520derecho%2520al%2520parto%2520humanizado.....pdf&sa=U&ved=2ahUKEwj4zt75xr_1AhVZQzABHcfOAUI4ChAWegQIBxAC&usg=AOvVaw0luYimljBjX67hip1MIMs2)
- Bellón Sánchez, S. (2015). *La violencia obstétrica desde los aportes de la crítica feminista y la biopolítica. Dilemata: Revista Internacional de Éticas Aplicadas*, 18, 93–111. <https://www.dilemata.net/revista/index.php/dilemata/article/view/374/379>
- Benente, M. (2014). Poder disciplinario y derecho en Michel Foucault. Notas críticas. *Estudios Socio-Jurídicos*, 16(2), 213-242. Doi: <dx.doi.org/10.12804/esj16.02.2014.07>
- Benlloch-Domenech, C., Barbé-Villarubia, M. Y Cáscales, J. (2019). Reflexiones al final de un inicio: estudio de asociación entre variables sociodemográficas y tipo de parto en la prevención de la violencia obstétrica en España. *Salud y Sociedad: Aspectos éticos, antropológicos y sociales*. 4(1), 99-119. <https://doi.org/10.1344/musas2019.vol4.num1.6>
- Blesa, B., Cobo de Guzmán, F., García, M., Gehrig, R., Muñoz, P., Palacios, J., y Rodes, J. (2014). *Guía de criterios básicos de calidad en la investigación cualitativa*. UCAM. <https://n9.cl/6niv3>
- Boggiano, J. P., & Gagliesi, P. (2020). *Terapia dialéctico conductual: Introducción al tratamiento de consultantes con desregulación emocional*. Tres Olas Ediciones.
- Braga, M., Coimbra, V., Ribeiro, J., Piexak, D., Backes, D., & Borges, A. (2012). Apoyo emocional ofrecido por el equipo de enfermería a pacientes hospitalizados. *Evidentia*, 9(40). <https://www.index-f.com/evidentia/n40/ev7822.php>

- Bub, K., & Lommen, M. J. J. (2017). *The role of guilt in posttraumatic stress disorder*. *European Journal of Psychotraumatology*, 8(1), Article 1407202. <https://doi.org/10.1080/20008198.2017.1407202>
- Caja Costarricense del Seguro Social. (2012). Consentimiento informado en la práctica asistencial. <https://www.cendeisss.sa.cr/wp/wp-content/uploads/2016/Bio%C3%A9tica/Vinculos%20de%20interés/FOLLETO-CI-CLINICA-2012.pdf>
- Caja Costarricense de Seguro Social. (2004). El sistema Nacional de Salud en Costa Rica: Generalidades. Universidad de Costa Rica. <https://www.binasss.sa.cr/opac-ms/media/digitales/El%20Sistema%20nacional%20de%20salud%20en%20Costa%20Rica.%20Generalidades.pdf>
- Caja Costarricense del Seguro Social. (2009). Guía de atención integral a las mujeres, niños y niñas en el período prenatal, parto y posparto. <https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&url=https://www.binasss.sa.cr/protocolos/prenatal.pdf&ved=2ahUKEwjV9quooaDzAhUOSjABHYkaDIYQFnoECAQQAQ&usg=AOvVaw0JoL9plhYGXqmFW38yT29l>
- Camacaro, M., Ramírez, M., Lanza, L., & Herrera, M. (2015). Conductas de rutina en la atención al parto constitutivas de violencia obstétrica. *Utopía y Praxis Latinoamericana*, 20(68), 113–120. <https://www.redalyc.org/pdf/279/27937090009.pdf>
- Capra, F. (1982). El punto crucial. Ciencia, sociedad y cultura naciente. Editorial Estaciones. Título del original en inglés The turning point.
- Castro, L. (2024). *Trastorno de estrés postraumático (TEPT) por violencia obstétrica: Una exploración de sus consecuencias. Revisión de la literatura a nivel latinoamericano* [Trabajo de grado, Corporación Universitaria Minuto de Dios]. Repositorio Institucional UNIMINUTO. <https://repository.uniminuto.edu/bitstreams/06fa5d64-7f02-46ce-98ee-e264cc93d257/download>
- Castro, R., & Erviti, J. (2003). Violencia obstétrica en instituciones de salud públicas: la perspectiva de las usuarias. *Revista de Salud Pública*, 5(2), 113–126. <https://doi.org/10.1590/S1020-49892003000200004>
- Céspedes, P., López, A., & Venegas, J. (2015). *Percepción de la mujer costarricense sobre la violencia obstétrica y los servicios de la Caja Costarricense del Seguro Social*. <https://rpubs.com/paulacv29/123706>
- Charlo, M. (2022). Desarrollo de trastorno de estrés postraumático como consecuencia del parto [Trabajo de grado, Universidad Pontificia Comillas]. Repositorio Institucional Comillas (Ciberindex). <https://repositorio.comillas.edu/rest/bitstreams/484037/retrieve>

- Claramonte, V. (2018). Las neuronas espejo: presupuesto fisiológico de la empatía emocional y de las conductas sociales y morales en primates humanos y no humanos. *Metatheoria*, 8(2), 15–22. <http://ridaa.unq.edu.ar/handle/20.500.11807/2507>
- Cobo, R. (2005). El género en las ciencias sociales. *Cuadernos de Trabajo Social*, 18, 249–258. <https://revistas.ucm.es/index.php/CUTS/article/view/CUTS0505110249A>
- Comisión de Rediseño y Gestión Curricular. (2015). Plan de estudios Licenciatura en Psicología con salida lateral de Bachillerato en psicología. Costa Rica.
- Corral-Manzano, G. (2019). El derecho penal como medio de prevención de la violencia obstétrica en México. Resultados al 2018. *Salud y Sociedad: Aspectos éticos, antropológicos y sociales*. 4(2), 100 - 118. <https://doi.org/10.1344/musas2019.vol4.num2.6>
- Da Silva Carvalho, I., & Santana de Brito, R. (2017). Formas de violencia obstétrica experimentada por madres que tuvieron un parto normal. *Enfermería global*. 16(3) 71-79. <https://doi.org/10.6018/eglobal.16.3.250481>
- De la Garza, A. (2023). Hallazgos de violencia obstétrica en los centros de salud de Costa Rica: investigación basada en un análisis de percepciones de mujeres usuarias de la CCSS. *Revista Espiga*, 22(45), 241–256. <https://dx.doi.org/10.22458/re.v22i45.4731>
- Díaz, L., Torruco, U., Martínez, M., & Varela, M. (2013). La entrevista, recurso flexible y dinámico. *Investigación en Educación Médica*, 2(7), 162–167. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=349733228009>
- De Mesquita, M., Silva, A., & Silva, A. (2018). Marcas (in)visibles: Un análisis de la violencia obstétrica psicológica. *Cuba Salud*. <http://www.convencionsalud2017.sld.cu/paper>
- Duque, H. & Aristizábal, E. (2019). Análisis fenomenológico interpretativo. Una guía metodológica para su uso en la investigación cualitativa en psicología. *Pensando Psicología*, 15(25), 1-24. <https://doi.org/10.16925/2382-3984.2019.01.03>
- D'Oliveira, A., Diniz, S., & Schraiber, L. (2002). Violence against women in health-care institutions: an emerging problem. *The Lancet*, 359(9318), 1681–1685. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(02\)08592-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(02)08592-6)
- Elío, D. (2023). Los modelos biomédico y biopsicosocial en medicina. *Revista Médica La Paz*, 29(2), 112–117. [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-89582023000200112&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582023000200112&lng=es&tlng=es)
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129–136. <https://www.urmc.rochester.edu/MediaLibraries/URMCMedia/medical-humanities/documents/Engle-Challenge-to-Biomedicine-Biopsychosocial-Model.pdf>
- Escalera, J. (2015). *Sociabilidad y relaciones de poder*. Universidad de Sevilla. <https://www.carlosmanzano.net/articulos/Escalera.html>

- Expósito, F. (2011). Violencia de género. *Mente y Cerebro*, 48, 20–25. <https://www.uv.mx/cendhiu/files/2013/08/Articulo-Violencia-de-genero.pdf>
- Fernández, C. y Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación*. McGraw Hill. <http://observatorio.epacartagena.gov.co/wp-content/uploads/2017/08/metodologia-de-la-investigacion-sexta-edicion.compressed.pdf>
- Fernández, F. (2002). El análisis de contenido como ayuda metodológica para la investigación. *Ciencias Sociales* 96, 35-53. <https://www.revistacienciasocial.es/ucr.ac.cr/images/revistas/RCS96/03.pdf>
- Flick, U. (2007). *Introducción a la investigación cualitativa*. Segunda edición. Editorial Morata.
- Foa, E. B., & Rothbaum, B. O. (1998). *Treating the trauma of rape: Cognitive-behavioral therapy for PTSD*. Guilford Press.
- Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). (2006). Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia. <https://n9.cl/q432t>
- Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). (1994). Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo: El Cairo, 5 al 13 de septiembre de 1994. Naciones Unidas. [https://www.unfpa.org/sites/default/files/event-pdf/PoA\\_spa.pdf](https://www.unfpa.org/sites/default/files/event-pdf/PoA_spa.pdf)
- Foucault, M. (2009). *Vigilar y Castigar: nacimiento de la prisión*. Siglo XXI editores.
- Fuentes, E. (2021). *Violencia obstétrica en Costa Rica desde la evidencia estadística: Retos para la gerencia de la salud y la tutela de los derechos reproductivos*. <https://n9.cl/vs59a>
- Fuentes, E. (2020). *Violencia obstétrica y su relación con determinantes de la salud a partir de evidencia estadística en Costa Rica (2009–2011 y 2016–2018)* [Tesis de maestría, Universidad de Costa Rica]. <http://www.kerwa.ucr.ac.cr/handle/10669/81289>
- García Flores, M. (2025, enero 4). *Violencia obstétrica: el dato en penumbra*. La Silla Rota. <https://lasillarota.com/opinion/columnas/2025/1/4/violencia-obstetrica-el-dato-en-penumbra-516788.html>
- Gordillo, F., Mestas, L., Arana, J. M., & Salvador, J. (2015). *Diferencias en el reconocimiento de las emociones en niños de 6 a 11 años*. *Acta de Investigación Psicológica*, 5
- Guerrero, C. (2021). *Técnicas no farmacológicas para el alivio del dolor en el parto aplicables por el personal de enfermería* [Trabajo de grado, Centro Universitario de Enfermería San Juan de Dios]. Ciberindex. <https://ciberindex.com/index.php/lc/article/download/e13131/e13131>
- Guerrero, V. (2016). *Poder obstétrico en Costa Rica: políticas públicas y gestión institucionalizada del embarazo, parto y posparto*. [Informe Final de proyecto, Universidad de Costa Rica]. Repositorio CIEM. <http://repositorio.ciem.ucr.ac.cr/handle/123456789/91>
- Hernández Chaves, M. A. (2019). *Impacto psicosocial de la violencia obstétrica a través de relatos de vida de mujeres* [Tesis de licenciatura, Universidad de Costa Rica]. Repositorio SIBDI. <https://repositorio.sibdi.ucr.ac.cr/items/155e89d8-4b7f-48bc-9a1f-fe5bbb4ecd11>

- Hernandez, C., Magro, V., & Cuellar, J. (2014). El maltrato psicológico. Causas, consecuencias y criterios jurisprudenciales. El problema probatorio. *Revista Aequitas* 3(7): 27-53. [https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/46929/1/2014\\_Hernandez-Ramos\\_etal\\_Aequitas.pdf](https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/46929/1/2014_Hernandez-Ramos_etal_Aequitas.pdf)
- Hernández, M. (2021). Pasar por la carnicería: relatos de mujeres costarricenses sobre violencia obstétrica. *Estudios de Psicología UCR*. 16(2) 93-118. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8079501>
- 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, N., & Pérez Alcántara, K. (2022). *Violencia obstétrica: Una forma de violencia contra la mujer*. *Revista Iberoamericana de Derecho, Cultura y Ambiente*, 1(1), 1–15. <https://aidca.org/wp-content/uploads/2022/06/RIDCA1-Violencia-obstetrica-Nancy-Hernandez-Karla-Perez-Alcantara-FAMILIA-1.pdf>
- Hernández, O. (2021). Una aproximación a los distintos tipos de muestreo no probabilísticos que existen. *Revista Cubana de Medicina Integral General*, 37
- Horsch, A., Garthus, S., Ayers, S., Chandra, P., Hartman, K., Vaisbuch, E., & Lalor, J. (2024). Postpartum post-traumatic stress disorder: definition, risk factors, pathophysiology, diagnosis, prevention and treatment. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 230(3). <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2023.09.089>
- Iglesias, S., Conde, M., González, S., & Parada, M. (2019). ¿Violencia obstétrica en España, realidad o mito? 17,000 mujeres opinan. *Musas*, 4(1), 77–97.
- INEC. (2018). *Encuesta Nacional de Mujeres, Niñez y Adolescencia: cuestionario de mujeres individuales*. San José. <https://inec.cr/estadisticasfuentes-fuentes>
- Jojoa, E., Chuchumbe, Y., Ledesma, J., Muñoz, M., Paja, A. y Suárez, J. (2019). Violencia obstétrica: haciendo visible lo invisible. *Rev Univ Ind Santander Salud*. 51(2), 135-146. <http://dx.doi.org/10.18273/revsal.v51n2-2019006>
- La Gaceta: Ley de derechos de la mujer durante la atención calificada, digna y respetuosa del embarazo, parto, posparto y atención del recién nacido (2018). Normas Legales No. 1081.
- Linardelli, M. & da Costa Marques, S. (2020). Abordajes de la violencia patriarcal en instituciones sociosanitarias en Mendoza, Argentina. *Revista Reflexiones*, 99(2), 158-177. <https://dx.doi.org/10.15517/rr.v99i2.40647>
- Linehan, M. M., Bohus, M., & Lynch, T. R. (2007). Dialectical behavior therapy for pervasive emotion dysregulation: Theoretical and practical underpinnings. En J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 581–605). The Guilford Press.

- Malacalza, L. (2017). (In)Definiciones institucionales para el abordaje de la violencia obstétrica en la provincia de Buenos Aires. *Ciudad Autónoma de Buenos Aires*, 23(1) 154-161. <http://www.scielo.org.ar/pdf/mora/v23n1/v23n1a11.pdf>
- Martín-Crespo, M. Y Salamanca, A. (2007). El muestreo en la investigación cualitativa. *Nuer investigación*, 27, 1-4. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/7779030.pdf>
- Medina, G. (2009). Violencia obstétrica. *Revista de Derecho de Familia y de las Personas*, 4(1), 1-4. [https://scholar.google.co.cr/scholar?q=Medina,+G.+\(2009\),+Violencia+obst%C3%A9trica](https://scholar.google.co.cr/scholar?q=Medina,+G.+(2009),+Violencia+obst%C3%A9trica)
- Margarita, E. (2018). La violencia obstétrica como violencia de género: etnográfico de la violencia asistencial en el embarazo y el parto en España y de la percepción de usuarias y profesionales. Universidad Autónoma de Madrid. [https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&url=https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/684184/garcia\\_garcia\\_eva\\_margarita.pdf&ved=2ahUKEwjv2r-4jNjyAhWMSDABHfhRDnsQFnoEAcQAQ&usq=AOvVaw3q7R\\_2HPYJey3gFfdMX\\_2f](https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&url=https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/684184/garcia_garcia_eva_margarita.pdf&ved=2ahUKEwjv2r-4jNjyAhWMSDABHfhRDnsQFnoEAcQAQ&usq=AOvVaw3q7R_2HPYJey3gFfdMX_2f)
- Matarazzo, J. D. (1980). Behavioural health and behavioural medicine: Frontiers of a new health psychology. *American Psychologist*, 35, 807-817.
- Okuda, M., & Gómez, C. (2005). Métodos en investigación cualitativa: triangulación. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 34(1), 118-124. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80628403009>
- Martín-Fernández, M., Gracia, E., & Lila, M. (2018). *Assessing victim-blaming attitudes in cases of intimate partner violence against women: Development and validation of the VB-IPVAW scale*. *Psychosocial Intervention*, 27(2), 111-120. <https://doi.org/10.5093/pi2018a18>
- Mena, A., Méndez, J. (2009). La técnica de grupo de discusión en la investigación cualitativa. Aportaciones para el análisis de los procesos de interacción. *Revista Iberoamericana de Educación*, 49(3). <https://rieoei.org/historico/deloslectores/2859Manriquev2.pdf>
- Monsalve, V., & Navarro, D. (2014). *El consentimiento informado en la praxis médica: Responsabilidad civil y derecho de consumo*. Editorial Temis; Pontificia Universidad Javeriana. [https://www.researchgate.net/publication/306374570\\_El\\_consentimiento\\_informado\\_en\\_la\\_praxis\\_medica\\_responsabilidad\\_civil\\_y\\_derecho\\_de\\_consumo](https://www.researchgate.net/publication/306374570_El_consentimiento_informado_en_la_praxis_medica_responsabilidad_civil_y_derecho_de_consumo)
- Moreno, B., Morante, M., Garrosa, E., & Rodríguez, R. (2004). Estrés traumático secundario: el coste de cuidar el trauma. *Psicología Conductual*, 12(2), 215-231. [https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2020/04/02.Moreno\\_12-2oa-1.pdf](https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2020/04/02.Moreno_12-2oa-1.pdf)
- Olveira, U. (2019). Minipíldoras de Consulta rápida: Manual para residentes y médicos de familia. Editorial Megen S.A. [https://semg.es/archivos/ebook\\_minipildoras\\_semg.pdf#page=88](https://semg.es/archivos/ebook_minipildoras_semg.pdf#page=88)
- Olza, I., Uvnas-Moberg, K., Ekström-Bergström, A., Leahy-Warren, P., Karlsdottir, S. I., Nieuwenhuijze, M., Villarmeá, S., Hadjigeorgiou, E., Kazmierczak, M., Spyridou, A., & Buckley, S. (2020). Birth as a neuro-psycho-social event: An integrative model of maternal

- experiences and their relation to neurohormonal events during childbirth. *PloS one*, 15(7), <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0230992>
- Organización Mundial de la Salud. (2025). *Determinantes sociales de la salud*. Sitio web de la Organización Mundial de la Salud. <https://share.google/Z5JbMfFy2PVsrpkKh>
- Organización Mundial de la Salud. (15 de marzo de 2022). Enfermedad por coronavirus (COVID-19): embarazo, parto y puerperio [Preguntas y respuestas]. <https://www.who.int/es/news-room/questions-and-answers/item/coronavirus-disease-covid-19-pregnancy-and-childbirth>
- Pereira, C., Domínguez, A. Y Toro, J. (2015). Violencia Obstétrica desde la perspectiva de la paciente. *Revista Obstétrica Ginecológica Venez.* 75(2) 81-90. [http://ve.scielo.org/scielo.php?pid=S0048-77322015000200002&script=sci\\_abstract](http://ve.scielo.org/scielo.php?pid=S0048-77322015000200002&script=sci_abstract)
- Pérez Martínez, V. T., & Hernández Marín, Y. (2009). La violencia psicológica de género, una forma encubierta de agresión. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 25(2). [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252009000200010](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252009000200010)
- Poalacín, E., & Bermúdez, D. (2023). Violencia psicológica, sus secuelas permanentes y la proporcionalidad de la pena. *Revista Metropolitana de Ciencias Aplicadas*, 6(2), 61–69. <https://www.redalyc.org/pdf/7217/721778123008.pdf>
- Portero, N. (2001). *La información como instrumento para obtener el consentimiento informado*. *Gerokomos*, 12(2), 63–67. <https://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v12n2/original2.pdf>
- Quesada, D., y Román, R. (2021). El derecho a dar a luz sin violencia: una aproximación cuantitativa sobre la violencia obstétrica en Costa Rica. *PsicoInnova*, 5(1), 12-26. [https://www.google.com/url?q=https://www.unibe.ac.cr/ojs/index.php/psicoinnova/article/download/38/38&sa=U&ved=2ahUKEwiqgozRxL\\_1AhUmRDABHbLSChUQFnoECAoQAg&usq=AOvVaw33C7MT1BQSP3IGJk\\_tubkd](https://www.google.com/url?q=https://www.unibe.ac.cr/ojs/index.php/psicoinnova/article/download/38/38&sa=U&ved=2ahUKEwiqgozRxL_1AhUmRDABHbLSChUQFnoECAoQAg&usq=AOvVaw33C7MT1BQSP3IGJk_tubkd)
- Rangel-Flores, Y. (2017). Ausencia de percepción de violencia obstétrica en mujeres indígenas del centro norte de México. *Revista Conamed*, 22(4), 166–169.
- Restrepo, A., Rodríguez, D., & Torres, N. (2016). *Me descuidaron el parto: La violencia obstétrica y el cuidado recibido por el personal de la salud a mujeres durante su proceso de parto* [Tesis de grado, Pontificia Universidad Javeriana]. Repositorio Pontificia Universidad Javeriana. <https://repository.javeriana.edu.co/handle/10554/20447>
- Rich, A. 1996. *Nacemos de mujer: la maternidad como experiencia e institución*. Madrid: Editorial Cátedra. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5479559>
- Rivas-Rivero, E., & Bonilla-Algovia, E. (2021). *Violencia íntima de pareja contra las mujeres: un estudio de las creencias en docentes en formación de España y América Latina*. *International Journal of Psychological Research*, 14(2), 18–29. <https://doi.org/10.21500/20112084.5103>

- Roales-Nieto, J. (2004). *Psicología de la Salud: aproximación histórica, conceptual y aplicaciones*. Madrid, España. Ediciones Pirámide.
- Robles, K. (2018). Violencia obstétrica: Una forma invisibilizada de la violencia contra las mujeres en Costa Rica. En M. Sahagún & J. Arias (Eds.), *Violencia de género desde un abordaje interdisciplinar* (pp. 67–80). <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=763766>
- Rodrigáñez, C. (2010). *La sexualidad y el funcionamiento de la dominación*. Alicante: Ed. Casilda Rodrigáñez Bustos.
- Rodríguez, A., & Vargas, Y. (2017). *Expresiones del derecho a la salud en la atención pública a mujeres durante el proceso de embarazo en su vinculación con la violencia obstétrica* [Tesis de licenciatura, Universidad de Costa Rica]. <http://repositorio.sibdi.ucr.ac.cr:8080/jspui/handle/123456789/5911>
- Rodríguez, P. Y Aguilera, L. (2017). La violencia obstétrica, otra forma de violencia contra la mujer. El caso de Tenerife. *Salud y Sociedad: Aspectos éticos, antropológicos y sociales*. 2(2) 56 - 74. <https://doi.org/10.1344/musas2017.vol2.num2.4>
- Sáenz, M., Acosta, M., Muiser, J., y Bermúdez, J. (2011). Sistema de Salud de Costa Rica. *Salud pública de México*, 53. <https://www.scielosp.org/article/spm/2011.v53suppl2/s156-s167/>
- Seoane, J. y Garzon, A. (2010) *Psicología social de la salud. Fundamentos de la Psiquiatría: bases psicosociales*. Capítulo 28. <https://n9.cl/a53of>
- Simons, H. (2020). *El estudio de caso: teoría y práctica*. Ediciones Morata.
- Solano, M. (2015). Violencia obstétrica. *Palabras de la señora defensora de los habitantes*. Defensoría de los Habitantes. <https://www.dhr.go.cr/actualidad/discursos/0.992.Discurso%20Violencia%20obstetrica>
- Soto-Toussaint, H. (2016). *Violencia obstétrica: Aspectos médico-legales en la práctica de la anestesia*. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 39(Supl. 1), S55–S60. <https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2016/cmas161s.pdf>
- Spiegel, M. (2023). *Violencia obstétrica y su impacto en la salud materna. Revisión bibliográfica*. *Ciencia Latina*, 7(1), 1–15. <https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/9537>
- Stake, R. (2005). *Investigación con estudios de casos*. Ediciones Morata.
- Stone, G. (1988). Psicología de la salud: una definición amplia. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 20(1), 15–26. <https://www.redalyc.org/pdf/244/24420102.pdf>
- Taylor, S. J., & Bogdan, R. (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación: La búsqueda de significados*. Paidós Básica. [https://www.academia.edu/download/34912704/LECTURA\\_DE\\_EVERTSON.pdf#page=192](https://www.academia.edu/download/34912704/LECTURA_DE_EVERTSON.pdf#page=192)
- Terán, P., Castellanos, C., González, M., & Ramos, D. (2013). Violencia obstétrica: percepción de las usuarias. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*, 73(3), 171–180. <https://ve.scielo.org/pdf/og/v73n3/art04.pdf>

- Tilghman-Osborne, C., Cole, D. A., & Felton, J. W. (2012). *Inappropriate and excessive guilt: Instrument validation and developmental differences in relation to depression*. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 40(4), 607–620. <https://doi.org/10.1007/s10802-011-9591-6>
- Tzitivridou, M., Orovou, E., Skoura, R., Eskitzis, P., Dagla, M., Iliadou, M., Palaska, E., & Antoniou, E. (2023). Traumatic birth experience and breastfeeding ineffectiveness: A literature review. *Materia Socio-Medica*, 35(4). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10875946/>
- Ucañay, L., & Contreras, R. (2022). Violencia obstétrica y síndrome de depresión posparto en centros maternos públicos. *Revista Científica Multidisciplinar*, 6(6). [https://doi.org/10.37811/cl\\_rcm.v6i6.3911](https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v6i6.3911)
- UNICEF y Tulane University. (2016). Informe sobre equidad en salud 2016: análisis de las inequidades en salud reproductiva, materna, neonatal, de la niñez y de la adolescencia en América Latina y el Caribe para guiar la formulación de políticas. Panamá: UNICEF y Tulane University.
- Universidad Nacional. (2015). Estatuto Orgánico. Gaceta Ordinaria N°1-2015. Costa Rica.
- Vallana, M. (2019). *Violencia obstétrica: entre la medicalización y la deshumanización del parto. Dilemata: Revista Internacional de Éticas Aplicadas*, 30, 127–139. <https://www.dilemata.net/revista/index.php/dilemata/article/view/460>
- Van der Kolk, B. (2015). *El cuerpo lleva la cuenta: Cerebro, mente y cuerpo en la superación del trauma*. Editorial Eleftheria.
- Vanegas, J., & Gil, L. (2007). La discapacidad, una mirada desde la teoría de sistemas y el modelo biopsicosocial. *Revista Hacia la Promoción de la Salud*, 12, 51–61. <https://share.google/BZfrlHpIU6vHdVbiD>
- Watzlawick, P., Beavin, J. H., & Jackson, D. D. (1985). *Teoría de la comunicación humana*. Herder.
- Yacuzzi, E. (2005). El estudio de caso como metodología de investigación: Teoría, mecanismos causales, validación. *Editorial: Universidad del CEMA*.
- Zielinski, M. J. (2016). *The perceived invalidation of emotion scale (PIES): Development and psychometric properties* [Doctoral Thesis, University of Arkansas]. ScholarWorks@UARK. <https://scholarworks.uark.edu/etd/1676>

## ANEXOS

Anexo #1

**Tabla 5**

*Calendarización*

Etapa	Año	Mes
Etapa I: Creación, revisión, y ajuste de los instrumentos de recolección de datos	2024	Junio, julio, agosto
Etapa II: Recolección de datos	2024	Septiembre, octubre, noviembre
Etapa III: Sistematización de la información	2025	Enero, febrero y marzo
Etapa IV: Análisis de la información	2025	Mayo, junio, julio y agosto
Etapa V: Elaboración de resultados e informe final.	2025	Agosto, septiembre, octubre

*Fuente: Elaboración propia*

Anexo #2

**Tabla 6**

*Etapas de la investigación*

Etapa	Nombre	Descripción
I	Creación, revisión, y ajuste de los instrumentos de recolección de la información	Se realizó la entrevista semiestructurada con base a las categorías de análisis identificadas a partir de la revisión bibliográfica. Posteriormente se diseñó el afiche (ver anexo #6). Tanto la entrevista semiestructurada como el afiche fueron revisados y ajustados.
II	Recolección de datos	Se compartió el afiche al Observatorio de Violencia Obstétrica por medio de Whatsapp y Facebook. Las mujeres interesadas se pusieron en contacto con las investigadoras y las que cumplieron con los criterios de

inclusión se les compartió el consentimiento informado previo a su participación. Posteriormente, se comenzó con la recolección de datos con la realización de las entrevistas semi estructuradas tanto virtuales como presenciales, de acuerdo a la calendarización. Las entrevistas fueron grabadas por audio.

III	Sistematización de la información	Por medio del software Atlas. Ti 23 se escucharon los audios de cada entrevista para así codificar la información y posteriormente se transcribieron los audios codificados a texto.
IV	Análisis de la información	Se analizó la información obtenida por medio del método de triangulación y el análisis de contenido.
V	Elaboración de resultados e informe final	Se elaboraron los resultados, conclusiones y recomendaciones finales del Trabajo Final de Graduación. El trabajo fue sometido a revisión por parte de las personas lectoras y el tutor y a partir de las observaciones se hicieron las correcciones finales.

---

*Fuente: Elaboración propia*

Anexo #3

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

### **Título de la investigación:**

Vivencias en torno a la violencia obstétrica de mujeres atendidas en el sistema de salud público costarricense dentro del Gran Área Metropolitana durante la pandemia por la COVID -19

### **Profesional responsable de la investigación:**

Diego León-Páez Brealey, 1-0695-0139

### **Estudiantes responsables de la investigación:**

María José Alvarado León, 1-1720-0024

Carolina María López Sancho, cédula 1-1705-0558

### **Nombre del participante:**

---

**Cédula del participante:**

---

- A. PROPÓSITO Y OBJETIVO GENERAL DEL ESTUDIO:** María José Alvarado León y Carolina López Sancho son investigador(a)s de la Universidad Nacional y coordinan esta investigación que busca analizar las vivencias en torno a la violencia obstétrica de mujeres que han sido atendidas en el sistema de salud público costarricense dentro del Gran Área Metropolitana en el contexto de pandemia por la COVID-19.
- B.** Este estudio no se realiza en conjunto con ninguna institución privada y no es financiado con ningún recurso del Estado. Los costos son asumidos por las investigadoras María José Alvarado León y Carolina López Sancho, quienes son las autorizadas para entrevistar. Asimismo, no se dará compensación económica a las personas participantes en temas de alimentación o transporte. No obstante, el día de la entrevista se le brindará a cada participante una merienda, costo el cuál será cubierto por las personas investigadoras María José Alvarado León y Carolina López Sancho.
- C.** Su participación es muy importante para poder llevar a cabo el estudio de forma adecuada y obtener resultados que más tarde, nos permitan sustentar la necesidad de que el personal de salud informe sobre todos los procedimientos que se harán durante el proceso de parto y post-parto inmediato, así como propiciar espacios en los que las mujeres que han sufrido violencia obstétrica puedan ser validadas y escuchadas. Además, permitirá en la medida de lo posible, que el personal de salud comprenda las consecuencias que sufren las mujeres tras recibir violencia obstétrica y así se genere un cambio en la atención médica. Por último, se espera que los resultados de esta investigación sean tomados en cuenta para futuras investigaciones relacionadas a dicha temática.

Para la recolección de datos de este estudio se realizará una entrevista semiestructurada a su persona con una duración aproximada de una hora treinta minutos. Una entrevista semi estructurada consiste en realizarle una serie de preguntas previamente planteadas y revisadas y también preguntas que puedan surgir en el mismo momento. Dicha entrevista se realizará de forma presencial en la Universidad Nacional, sede Omar Dengo, Heredia, precisamente en uno de los consultorios que se encuentra en el cuarto piso de la Escuela de Psicología o bien de forma virtual por medio de la plataforma Zoom.

Con respecto a la cantidad de participantes, se espera contar con aproximadamente 10 mujeres entre los 18-40 años que hayan experimentado violencia obstétrica en centros de salud de la Gran Área Metropolitana durante la época del COVID-19.

- D. ¿QUÉ SE HARÁ?:** Si está de acuerdo en participar, se le hará una entrevista que contempla preguntas sobre su vivencia de violencia obstétrica, sus sentimientos con respecto a dicha situación y las consecuencias que considera que esto trajo en su vida. Para esto, se necesita que disponga de al menos una hora y treinta minutos y el traslado al lugar donde se realizarán las entrevistas (Universidad Nacional, Heredia) o bien, contar con el acceso a un medio tecnológico por el cual se pueda conectar de forma virtual.

En el caso de las entrevistas presenciales, la misma será grabada por audio, con su respectivo consentimiento, si en algún momento usted desea que el audio sea detenido puede indicarlo e inmediatamente las investigadoras procederán a apagar la grabación, de forma tal que usted pueda ver que esta acción si se hizo (ver el momento en el que detenemos el audio). De ser la entrevista de forma virtual, se grabará la sesión con audio y video.

Estos audios y/o videos serán guardados en la computadora y se eliminarán del medio por el cual se obtiene la grabación. Una vez la grabación esté en la computadora, para mantener el anonimato y confidencialidad, las personas investigadoras lo utilizarán únicamente para fines de la investigación.

Para analizar los datos se hará uso de esta grabación, por lo que las personas investigadoras sólo lo utilizarán para transcribir la información y cuando lo hagan, deberán estar en un espacio privado y utilizar audífonos. Una vez terminada la investigación, dichas grabaciones se mantendrán almacenadas en una computadora por un periodo de 15 años según lo solicita la legislación nacional, Ley 9234 posteriormente, serán completamente eliminadas.

La información que usted nos brinde será incluida en el documento del Trabajo Final de Graduación, en el que no tendrá identificación personal, esto quiere decir que se presentará y analizará la información brindada por usted durante la entrevista, pero se utilizará el pseudónimo que usted desee, asimismo, se utilizará un pseudónimo con cada nombre que usted mencione. Nunca se utilizarán los nombres reales ni de usted ni de nadie que usted mencione en su relato.

Una vez que las entrevistas se han realizado, se analiza la información y se elaboran las conclusiones de la investigación, los resultados y conclusiones serán presentados a su persona de manera virtual o presencial (de acuerdo a sus posibilidades), esto con el fin de que usted conozca y confirme que los resultados y conclusiones realizadas efectivamente corresponden a su vivencia.

**E. RIESGOS:** Al ser un tema sensible, este estudio puede significar que usted tenga que identificar situaciones que le lleven a experimentar emociones desagradables tales como: tristeza, enojo, frustración, entre otras, así mismo, se pueden movilizar fuertes sentimientos que no solamente afecten en el momento de la entrevista si no que pueda generar que usted al revivir la situación presente malestar psicológico.

**F. MEDIDAS PARA RESPONDER A EVENTUALES MOLESTIAS O EVENTOS ADVERSOS QUE SE PRESENTEN:**

A partir de los posibles riesgos presentados anteriormente y en caso de que se presenten, se tomarán las siguientes medidas para responder y disminuir a las posibles molestias que esto pueda generar para usted.

1. En caso de que durante la entrevista virtual, usted comience a sentir o las personas investigadoras detectan que está teniendo una afectación psicológica importante (muchas ansiedad, ataque de pánico, que le falte el aire, sentir mucho miedo, entre otros), usted contará con una persona profesional en psicología que pueda brindarle atención en crisis de forma virtual, en este caso: el Licenciado Francisco Rodríguez Víquez (céd. 4 0211 0283). En caso de que la atención en crisis no sea suficiente y requiera atención psicológica, se iniciará (de forma voluntaria) un proceso psicoterapéutico que contempla de una a cinco sesiones de forma gratuita con el licenciado Francisco Rodríguez Víquez o la licenciada Sofía Rojas Mejía (céd. 4 0234 0206)

2. Sugerimos que si usted se encuentra en un proceso psicoterapéutico, hable con su terapeuta antes, durante y después de la participación en esta investigación. Es importante que su psicoterapeuta tenga conocimiento de esta participación en la investigación para que pueda tomar las medidas necesarias para su seguimiento.

3. Las personas investigadoras se comprometen a estar muy pendientes de usted y sus necesidades, en caso de que durante la entrevista comience a sentir algún tipo de malestar, por favor informar inmediatamente a las personas investigadoras.

4. Recuerde que puede tomar la decisión de retirarse en cualquier momento del proceso, si antes, durante o después de la entrevista desea discontinuar el proceso, debe indicarlo a las personas investigadoras sin tener ningún tipo de consecuencia o represalia por su decisión.

5. Cabe mencionar que el presente estudio no cuenta con póliza de seguro debido a que no es un estudio intervencional.

- G. BENEFICIOS:** El beneficio que usted obtendrá de manera directa con la participación de esta investigación será el poder compartir su experiencia, sentirse escuchada y tener un espacio en el cuál no será juzgada de ninguna forma por ninguna de las personas investigadoras. Será un espacio en el cuál usted se sentirá validada y podrá comentar incluso sobre aspectos que nunca había podido mencionar antes.

A nivel general, los beneficios que se tendrán a partir de su participación en esta investigación será el enriquecimiento teórico y científico sobre la Violencia Obstétrica en Costa Rica en tiempos de pandemia por la COVID-19. Asimismo, los resultados y conclusiones permitirán comprender mejor a las mujeres que sufrieron o sufren violencia obstétrica y así hacer un llamado y concientización en las personas que lean esta investigación. Por último, se desea que los datos recolectados tengan un efecto positivo en el trato del personal médico que atiende las mujeres en labor de parto y posparto inmediato. A nivel general, también será una investigación que puede ser utilizada como base para la propuesta y creación de políticas públicas y movimientos sociales que velen por la seguridad y cumplimiento de los derechos de todas las mujeres.

- H. ¿QUÉ PASARÁ EN EL FUTURO?** Cuando estén listos los resultados generales del estudio, se le hará entrega de la información sobre lo encontrado. Es importante aclarar que se espera tener los resultados en un plazo de un año, además de que los resultados en los siguientes puntos 1 y 2 se expondrán, publicarán o divulgarán siempre de manera grupal y anonimizada.

1. Esta tesis será parte del Repositorio de la Universidad Nacional, en donde ésta podrá ser referenciada por otros estudiantes para futuras investigaciones acerca del tema de Violencia Obstétrica.
2. Adicionalmente, dichos resultados podrían ser expuestos en diferentes espacios como parte de procesos de enseñanza-aprendizaje en psicología y como forma de concientización sobre esta problemática (violencia obstétrica).

- I. PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA:** Su participación en este estudio es voluntaria, esto significa que usted participa sólo si desea hacerlo. Puede negarse a participar, no contestar algunas de las preguntas que le haremos o retirarse si así lo desea. Así mismo, puede solicitar que terminemos la entrevista o la actividad en cualquier momento si se siente incómodo(a), esto no le ocasionará problema alguno.

- J. PARTICIPACIÓN CONFIDENCIAL:** Su participación en este estudio es confidencial: todas las respuestas que usted nos dé a las preguntas que le vamos a hacer, serán identificadas con un número y no con sus datos personales (nombre, apellidos, número de teléfono,

dirección). Solamente las investigadoras del estudio, María José Alvarado León y Carolina López Sancho y el tutor a cargo Diego León-Páez Brelaey tendrán acceso a los documentos que incluirán sus datos personales. No se le dirá a nadie que usted está participando en el estudio y no se dará su información personal sin su permiso. En las publicaciones de los resultados de la investigación, su información será manejada de forma confidencial, su nombre y datos personales no serán mencionados en ningún momento.

- K.** Antes de decidir si desea participar, usted debe haber conversado con las investigadoras autorizadas, quienes deben haber contestado satisfactoriamente todas sus preguntas. Si quisiera más información en el futuro, puede obtenerla contactando a una de las dos investigadoras María José Alvarado o Carolina López a los teléfonos 85310444 o 83148918 en horas de oficina (lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m.). Usted también puede consultar sobre los derechos de los sujetos participantes en proyectos de investigación en la Ley Reguladora de Investigación Biomédica. Cualquier consulta adicional puede realizarla al Comité Ético Científico de la Universidad Nacional al teléfono 2562-6840, de lunes a viernes de 8 a 12 m.d. y 1 a 5 p.m.
- L.** Recibirá una copia de este documento firmado, para su uso personal.
- M.** No perderá ningún derecho legal por firmar este documento.

#### CONSENTIMIENTO

- \* He leído y/o me han leído la información sobre este estudio, antes de firmar.
- \* He hablado con las investigadoras y me han contestado todas mis preguntas en un lenguaje entendible para mí.
- \* Participo en este estudio de forma voluntaria.
- \* Tengo el derecho a negarme a participar, sin que esto me perjudique de manera alguna.
- \* Para cualquier pregunta puedo llamar a: Carolina López Sancho 8314 8918 o María José Alvarado León 8531 0444
- \* He recibido una copia de este consentimiento para mi uso personal.

---

Nombre, cédula y firma de quien participa	Lugar	Fecha	Hora
-------------------------------------------	-------	-------	------

---

Nombre, cédula y firma del testigo	Lugar	Fecha	Hora
------------------------------------	-------	-------	------

Nombre, cédula y firma de (las) investigador(as)

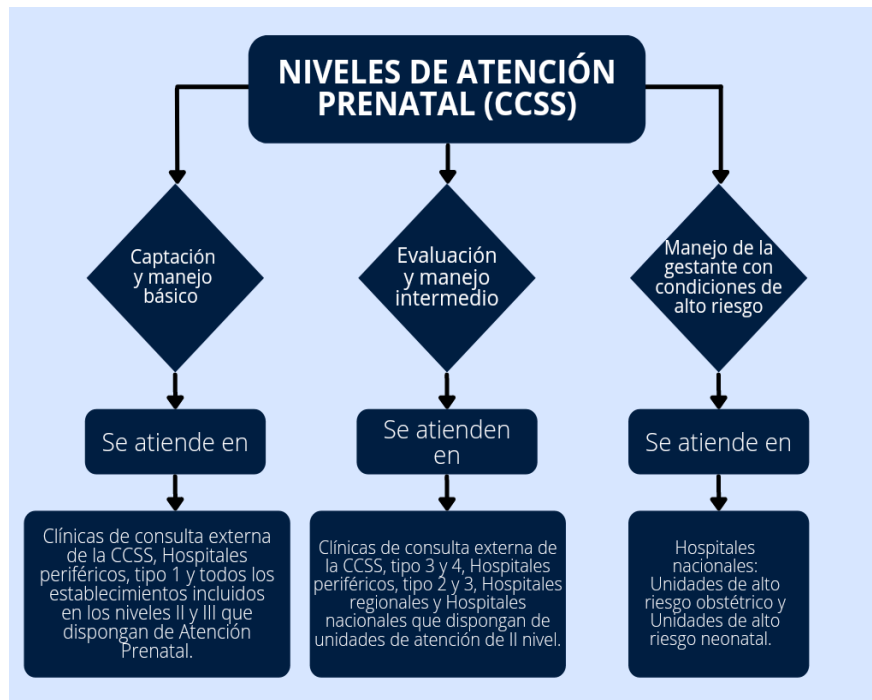
o asistente de investigación que solicita el consentimiento

Lugar

Fecha

Hora

Anexo #4



Fuente: Elaboración propia

# Tesis de Licenciatura



¿Recibió malos tratos por parte de médicos, enfermeros u otro personal de salud durante su parto y postparto inmediato en un hospital público dentro del Gran Área Metropolitana durante el tiempo de pandemia por la COVID-19?

¿Le gustaría participar de la investigación de manera voluntaria?



## REQUISITOS:

- Haber tenido más de 18 años al momento del parto.
- Haber sido atendida en un hospital público dentro de la GAM
- Haber tenido parto vaginal en periodo de pandemia por COVID-19 (2020-2022)

Para más información escribir a la investigadora Maria José Alvarado al número 8531 0444

### **Instrumentos de recolección de datos**

Realizado por: María José Alvarado León y Carolina López Sancho

Fecha: 20/08/2024

#### **Protocolo para aplicar la presente entrevista**

1. Leer y firmar el Consentimiento Informado
2. Asegurar que la mujer entrevistada se siente cómoda y segura
3. Proceder con los datos sociodemográficos
4. Continuar con las preguntas acerca de su experiencia como víctima de VO.

#### **Entrevista Individual semiestructurada**

Fecha de la entrevista: \_\_\_\_\_ Lugar de la entrevista: \_\_\_\_\_

Hora de inicio: \_\_\_\_\_ Hora Final: \_\_\_\_\_

Entrevista realizada por: María José Alvarado León y Carolina López Sancho

Duración aproximada: 1 hora

#### **Datos generales**

Nombre completo de persona entrevistada:

Pseudónimo:

Número de cédula:

Fecha de nacimiento:

Edad actual:

Estado Civil:

Escolaridad:

Nacionalidad:

Cantidad de hijos e hijas:

Correo electrónico:

Número de teléfono:

Número de persona en caso de emergencia:

#### **Aspectos sobre el parto en contexto de COVID-19:**

Fecha del parto:

Edad al momento del parto:

Centro médico en el cual fue atendida:

Embarazo No.:

#### **Preguntas**

#### **Objetivo General**

- Analizar las vivencias en torno a la violencia obstétrica de mujeres que han sido atendidas en el sistema de salud público costarricense dentro del Gran Área Metropolitana en el contexto de pandemia por la COVID-19.
1. ¿Cómo fue su proceso durante y después del parto? ¿Podría narrarlo?

### Objetivos específicos

- **Identificar las formas de aplicación de prácticas de rutina médicas del personal de la salud que constituyen violencia obstétrica hacia las mujeres durante su parto y posparto**
1. ¿Nos puede indicar si de las siguientes intervenciones se le realizó alguna y si dio el consentimiento para ello?
    - Rasurado genital
    - Indicación de estar acostada en la cama.
    - Uso de enemas.
    - Aplicación de oxitocina y/o goteo para agilizar el parto.
    - Uso de la epidural.
    - Rotura de bolsa artificial.
    - Presión del abdomen en el momento del pujo.
    - Uso de fórceps/ventosas.
    - Tactos vaginales continuados y realizados por diferentes personas, ¿quiénes: estudiantes, residentes, médicos/as...?
    - Realización de episiotomía.
  2. ¿Qué otras prácticas médicas que no fueron mencionadas anteriormente, piensa que pueden ser consideradas relevantes en su experiencia de violencia obstétrica?
  3. ¿Considera que recibió información completa y clara antes de la realización de estas prácticas médicas?
- **Indagar las relaciones de poder obstétrico entre el personal médico/administrativo y las mujeres atendidas en el sistema de salud público costarricense.**
1. ¿Cómo describiría la atención recibida durante su control prenatal en el centro médico público?
  2. ¿Cómo fue el trato del personal de salud (médicos, enfermeros, asistentes de pacientes, estudiantes practicantes) durante su permanencia en el centro médico?
  3. ¿Cómo describiría que fue la atención antes del parto por parte del personal de salud?
  4. ¿Cómo describiría que fue la atención durante el parto por parte del personal de salud?
  5. ¿Cómo describiría que fue la atención después del parto de forma inmediata por parte del personal de salud?
  6. ¿Hubo alguna palabra, actitud, comportamiento o procedimiento por parte del personal que la atendió, que le haya disgustado? ¿Podría narrarnos ese momento?

- **Conocer las emociones asociadas a la experiencia de violencia obstétrica durante y después de la misma, en mujeres atendidas en el sistema de salud público costarricense.**
1. ¿Cuál de todas las experiencias narradas anteriormente es la que considera más relevante?  
¿Por qué?
  2. Cuando esto sucedió, ¿Cómo se sintió?
  3. ¿Considera que tuvo repercusiones a nivel psicológico, emocional y/o social partir de esta experiencia? De ser así, ¿cuáles?
  4. ¿Considera que la situación vivida le afecta actualmente? ¿De qué forma?
  5. ¿Cómo le hubiera gustado que fuera el trato por parte del personal de salud y administrativo antes del parto, durante y después del parto.
  6. En general, ¿cómo le hubiera gustado que fuera su proceso de parto, parto y posparto?

