

**UNIVERSIDAD DE COSTA RICA**  
**FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES**  
**ESCUELA DE PSICOLOGÍA**

Tesis para optar por el grado en Licenciatura en Psicología

**IMPACTO PSICOSOCIAL DE LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA A TRAVÉS DE  
RELATOS DE VIDA DE MUJERES**

**Sustentante:**

Melissa Hernández Vargas

B03059

**Comité Asesor:**

MSc. Adriana Maroto Vargas (Directora)

MSc. Adriana Rodríguez Fernández (Lectora)

MSc. Gabriela Arguedas Ramírez (Lectora)

Noviembre, 2019

Ciudad Universitaria Rodrigo Facio

**Hoja de aprobación**



---

MSc. Amaryllis Quiyos Ramirez  
Presidenta del tribunal



---

MSc. Demalú Amighetti López  
Profesora Invitada



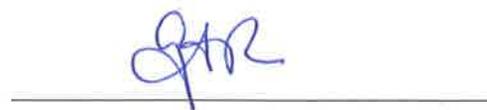
---

MSc. Adriana Maroto Vargas  
Directora



---

MSc. Adriana Rodríguez Fernández  
Lectora



---

MSc. Gabriela Arguedas Ramírez  
Lectora

**Hoja de aprobación**



---

**Bach. Melissa Hernández Vargas**

**Sustentante**

## **Dedicatoria**

A todas aquellas mujeres que han atravesado la pérdida de algo de sí mismas a raíz de la violencia y a todas aquellas que han construido consciente e inconscientemente nuevos senderos para que otras también los transitemos.

## Agradecimientos

A las siete mujeres que participaron en esta tesis confiándome sus experiencias de violencia obstétrica en los encuentros que tuvimos y a las otras cuarenta y cinco que se acercaron a través de *Facebook*, correo electrónico, mensaje de texto o mensaje de *WhatsApp* para denunciar lo que experimentaron.

A Adriana Maroto Vargas, mi directora de tesis, por aceptar acompañarme en esta travesía, su enorme acompañamiento en cada etapa de la investigación y las respectivas angustias que surgieron. Por su lectura aguda y valiosas apreciaciones para repensar lo escrito. Por permitirme haberle acompañado como asistente en el curso de Teoría Psicosocial, así como las enriquecedoras discusiones en espacios académicos y laborales. Por su trabajo, profesionalismo, ética y coherencia política que me hacen verla no sólo como una maestra sino como una compañera de lucha.

A Adriana Rodríguez Fernández, mi lectora de tesis, mi gratitud por el impulso, la lectura aguda y las recomendaciones teórico-políticas para decir algo más que lo evidente. Por confiar en mí como estudiante y profesional. También, por ser de las primeras personas que me dieron herramientas valiosas para trabajar la violencia contra las mujeres y el autocuidado que requiere esta labor.

A Gabriela Arguedas Ramírez, mi lectora de tesis, por incitarme a no quedarme con lo ya realizado desde otras investigaciones. Por impulsar constantemente la investigación sobre el tema en el país y crear un observatorio donde se contemplen estas problemáticas. Por sus sugerencias y la fuerte convicción en los aportes que se puede realizar desde la academia a la sociedad.

A Demalui Amiguetti López, mi profesora invitada a la defensa de tesis, por aceptar esta solicitud. Por tantos impulsos y palabras de apoyo para finalizar este trabajo. Por su confianza en mí como profesional y

acompañante de procesos altamente enriquecedores. Por su valiosa labor en temáticas como la violencia contra las mujeres, niñez y abordaje comunitario de las drogas, entre muchas otras cosas.

Al personal administrativo de la Escuela de Psicología de la Universidad de Costa Rica, sobre todo a María Laura Castro Zamora, Joselyn Valverde Monestel, Esteban Valerio Rojas y la Comisión de Trabajos Finales de Graduación por su apoyo y tramitación de todas las solicitudes que se requirieron para culminar este trabajo. A la directora de la Escuela de Psicología, Teresita Ramellini Centella, por sus esfuerzos y valentía para ocupar este cargo, así como por sus luchas, investigaciones y legado.

A las profesoras Adriana Maroto Vargas, Adriana Rodríguez Fernández, Gabriela Arguedas Ramírez, Demalui Amiguetti López, Teresita Ramellini Centella, Mirta González Suárez, Roxana Hidalgo Xirinachs, Priscilla Echeverría Alvarado, Lucía Molina Fallas, Laura Chacón Echeverría, Kattia Grosser Guillén, Eva Carazo Vargas, Alexandra De Simone Castellón, Rocío Murillo Valverde, Ginnette Barrantes Sáenz, Laura Álvarez Garro, Paulina Saavedra Quiroga y Paula León Saavedra. A los profesores Ignacio Dobles Oropeza y Mariano Fernández Sáenz. A todas y todos las gracias porque, quizás sin saber, incidieron en mi quehacer académico y profesional profundamente. Me empujaron a cuestionar reiteradamente los paradigmas imperantes dentro de la psicología, el psicoanálisis, la antropología, las ciencias sociales y la sociedad. Así como la importancia de insistir en una disciplina que escucha, acompaña, está en constante construcción y es política. Y, sobre todo, me alimentaron la desobediencia para cuando fuera necesaria.

A las compañeras Viviana Guerrero Chacón y Kira Schroeder Leiva del proyecto de investigación del Centro de Estudios de la Mujer (CIEM) para la creación del Observatorio de la Violencia Obstétrica por su labor y por acogerme dentro del equipo.

A Jorge (Pa) y Vera (Ma) por darme y, también, empujarme a estar en la vida. Por enseñarme directa e indirectamente de la libertad, la persistencia y la solidaridad. A Jor y Mari por compartir sus sueños y más allá de eso, ser acompañantes en la búsqueda de una vida mejor cada quien desde su charco.

A Clau, Gre y Elvis por veintiún años de amistad y entender que mis proyectos a veces ocupaban todo mi tiempo. Por su cariño, el respeto hacia nuestras diferencias, los viajes y tantos abrazos compartidos.

A Aman, Anita, Luci, Vale, Sebas, David, Erick y Edu por transitar en compañía los caminos de una psicología crítica, política y que da un lugar a la particularidad de cada quien. Por acompañar en las angustias, días, noches, madrugadas, las aventuras, las marchas, las tomas y las alegrías. Por tantas otras cosas que no caben en estas páginas, les quiero.

A Nohe y Vale por juntarnos en las aulas, las etnografías y el amor por las canciones de los ochenta. ¡Stayin' alive! También, a Mari y a Eu por las risas, las celebraciones de “cumpleaños” y los abrazos.

A Jacquie, doña Roxa, Pri, Fran y Ricardo por el apoyo, la fuerza a lo largo de esta carrera y en el transcurso de esta tesis (cada quien en el momento preciso). Por los cafés, la confianza y la complicidad.

A las magas y amigas, Marcela Esquivel Jiménez, Heidy Hernández Romero, Misha Salgado Silva y Mónica Quirós Villalobos por los empujes, el trabajo compartido, la rabia hacia la violencia contra las mujeres y sus valiosos aportes para su erradicación.

A otros que se quedaron en el camino, pero que también escucharon de este proyecto y acompañaron desde donde podían. Por la ternura que supimos darnos.

A la mujer que soy, porque se permite terminar esta tesis, dedicarse a lo que le gusta y replantearse la existencia constantemente. Por las escapadas a la playa, la poesía y la fotografía también. Sin esto no hubiese logrado culminar este proceso.

Finalmente, a todas las personas que se han movilizado alrededor de este tema desde los feminismos, los espacios académicos, la protesta, la visibilización, la poesía, la literatura y otras formas artísticas. Por insistir en que tantos siglos de opresión no deben ser naturalizados y podemos accionar.

## Tabla de contenidos

<b>ÍNDICE DE TABLAS.....</b>	<b>10</b>
<b>Resumen.....</b>	<b>12</b>
<b>Prólogo o relato # 1: “La Temblora” .....</b>	<b>13</b>
<b>CAPÍTULO 1: ¿Por qué indagar sobre un fenómeno como la violencia obstétrica? .....</b>	<b>18</b>
<b>1.1. Introducción.....</b>	<b>18</b>
<b>1.2. Justificación.....</b>	<b>21</b>
<b>CAPÍTULO 2: Marco de referencia: primeros pasos para entender la violencia obstétrica.....</b>	<b>24</b>
<b>2.1. Antecedentes de investigación sobre la Violencia Obstétrica.....</b>	<b>24</b>
2.1.1. Discusiones sobre el término Violencia Obstétrica.....	25
2.1.2. Manifestaciones de la Violencia Obstétrica.....	26
2.1.3. Institucionalización del parto y naturalización de la Violencia Obstétrica.....	28
2.1.4. Poder y autoritarismo en la institución médica.....	29
2.1.5. La visión de obstetras y de estudiantes de medicina obstétrica.....	31
2.1.6. Aspectos legales alrededor de la Violencia Obstétrica.....	32
2.1.7. Variables sociales y desigualdad ligadas a la Violencia Obstétrica.....	34
2.1.8. Prevención de la Violencia Obstétrica.....	34

2.1.9. Otros abordajes del tema y otras miradas en la atención del parto.....	35
2.1.10. Balance general de los antecedentes.....	36
<b>2.2. Contexto sociohistórico: consideraciones sobre el desarrollo de la obstetricia.....</b>	<b>38</b>
<b>CAPÍTULO 3: Marco teórico y marco de derechos sexuales y reproductivos: elementos para comprender y pensar la Violencia Obstétrica.....</b>	<b>47</b>
<b>3.1. Marco teórico.....</b>	<b>47</b>
3.1.1. Psicología social y psicología política.....	47
3.1.2. Teorías feministas.....	50
3.1.3. Enfoque de derechos humanos.....	56
<b>3.2. Marco de derechos sexuales y reproductivos.....</b>	<b>60</b>
<b>CAPÍTULO 4: Problema y objetivos de investigación.....</b>	<b>66</b>
<b>4.1. Planteamiento del problema.....</b>	<b>66</b>
<b>4.2. Objetivos.....</b>	<b>67</b>
4.2.1. Objetivo General.....	67
4.2.2. Objetivos Específicos.....	68
<b>CAPÍTULO 5: Marco metodológico.....</b>	<b>68</b>
<b>5.1. Estrategia metodológica.....</b>	<b>68</b>

<b>5.2. Características y selección de las mujeres participantes.....</b>	<b>70</b>
<b>5.3. Protección de las personas participantes (consideraciones éticas y legales) .....</b>	<b>75</b>
<b>5.4. Procedimientos y técnicas de recolección de información.....</b>	<b>76</b>
<b>5.5. Procedimientos y técnicas para la sistematización.....</b>	<b>85</b>
<b>5.6. Procedimientos y técnicas para el análisis.....</b>	<b>93</b>
<b>5.7. Criterios para garantizar la calidad de la información.....</b>	<b>96</b>
<b>CAPÍTULO 6: Presentación y análisis de resultados.....</b>	<b>99</b>
<b>6.1. Del patriarcado: sistema social y cultural que legitima la desigualdad.....</b>	<b>100</b>
<b>6.2. Violencia contra las mujeres: una expresión del patriarcado.....</b>	<b>107</b>
<b>6.3. Violencia obstétrica: perspectivas, delimitación y hallazgos de la investigación.....</b>	<b>111</b>
6.3.1. Miradas y perspectivas en torno al concepto de violencia obstétrica.....	112
6.3.2. Escenarios de la violencia obstétrica: embarazo, parto y postparto en la atención brindada en hospitales públicos costarricenses.....	121
6.3.3. Manifestaciones de violencia obstétrica durante los períodos de embarazo, parto y postparto en la atención brindada a siete mujeres en hospitales públicos costarricenses.....	125
6.3.4. Nombrar la experiencia de violencia obstétrica.....	167
6.3.5. Conocimiento sobre el término violencia obstétrica.....	168
6.3.6. Explicaciones sobre los eventos de violencia obstétrica: ¿por qué creen las mujeres que se dan estas situaciones? .....	169

6.3.7. Experiencias de violencia obstétrica de otras mujeres.....	173
<b>6.4. Poder: orden social y mantenimiento del status quo.....</b>	<b>177</b>
6.4.1. Relaciones de poder identificadas en los relatos de vida.....	179
<b>6.5. Impacto psicosocial: huellas y marcas, entre lo subjetivo y lo colectivo.....</b>	<b>187</b>
6.5.1. Conceptualizando el impacto psicosocial.....	187
6.5.2. Impacto psicosocial a nivel subjetivo.....	195
6.5.3. Impacto psicosocial a nivel emocional.....	206
6.5.4. Impacto psicosocial a nivel psicológico.....	210
6.5.5. Impacto psicosocial a nivel físico.....	217
6.5.6. Impacto psicosocial a nivel de salud sexual y reproductiva.....	222
6.5.7. Impacto psicosocial a nivel laboral.....	228
6.5.8. Impacto psicosocial a nivel educativo.....	230
6.5.9. Impacto psicosocial a nivel de pareja.....	232
6.5.10. Impacto psicosocial a nivel familiar.....	237
6.5.11. Impacto psicosocial a nivel de amistad.....	241
6.5.12. Otras consecuencias psicosociales de la violencia obstétrica.....	242
<b>CAPÍTULO 7: Conclusiones.....</b>	<b>245</b>

**CAPÍTULO 8: Recomendaciones..... 263**

**8.1. Recomendaciones de las mujeres..... 263**

**8.2. Recomendaciones de la investigadora..... 265**

**CAPÍTULO 9. Referencias..... 269**

**CAPÍTULO 10. Anexos..... 293**

**10.1. Anexo 1: Afiche de convocatoria para participar en la investigación ..... 293**

**10.2. Anexo 2: Consentimiento Informado..... 294**

**10.3. Anexo 3: Guía de entrevista para relatos de vida..... 297**

**10.4. Anexo 4: Guías de entrevistas semiestructuradas a profesionales..... 304**

## ÍNDICE DE TABLAS

### **CAPÍTULO 3: MARCO TEÓRICO Y MARCO DE DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS: ELEMENTOS PAR COMPRENDER Y PENSAR LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA**

Tabla 1: Instrumentos legales aprobados por Costa Rica en pro de los derechos de las mujeres..... 62

### **CAPÍTULO 5: MARCO METODOLÓGICO**

Tabla 2: Cantidad de mujeres contactadas por provincia..... 73

Tabla 3: Datos generales de mujeres entrevistadas..... 74

Tabla 4: Datos de personas profesionales entrevistadas..... 79

Tabla 5: Categorías y subcategorías identificadas en la sistematización..... 86

### **CAPÍTULO 6: PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS**

Tabla 6: Manifestaciones de violencia obstétrica según momento de la atención..... 126

Tabla 7: Cantidad de manifestaciones de violencia obstétrica experimentadas por cada mujer según momento de la atención..... 129

*“Lo personal es político”*

(Kate Millet).

*“Y para él uno no tiene derecho de gritar. No tiene derecho de expresarse. Nada más va a la carnicería. Le abren la cesárea o el piquete. Y tiene que aguantar. Porque él es el que sabe y uno no sabe”*

(Giselle, comunicación personal, 24 de agosto de 2018).

## Resumen

La violencia contra las mujeres es una problemática sumamente extendida en el país, tanto así que se ha vuelto un problema de salud pública y una constante violación a los derechos humanos de las mujeres. Se expresa de forma directa sobre sus cuerpos y psiques, pero también de forma simbólica. Dentro de la gama de manifestaciones que reúne se encuentra la violencia obstétrica. Esta posee múltiples dimensiones y afecta de manera directa la vida de las mujeres, sus familias y relaciones sociales. Está asociada a los momentos de la vida sexual y reproductiva, y suele presentarse con mayor crudeza durante los procesos asociados a la reproducción (embarazo, parto y postparto).

El objetivo general de esta investigación consistió en analizar el impacto psicosocial de las experiencias de violencia obstétrica vivenciadas por siete mujeres costarricenses entre los 18 a los 40 años, que acontecieron durante los períodos de parto y postparto en hospitales públicos. La estrategia metodológica consistió en la realización de un estudio tipo exploratorio- descriptivo, con una metodología cualitativa, un enfoque biográfico-narrativo y la técnica de relatos de vida. El análisis de los datos se realizó a partir de dos técnicas: narrativa y comparativa. Además, se utilizaron la triangulación y el uso de citas textuales de las entrevistas realizadas para garantizar la calidad de la información.

Las principales conclusiones indican que la violencia obstétrica es una problemática recurrente en los centros de salud del país, que se expresa de manera compleja y con una gran cantidad de manifestaciones en todos los momentos de la atención. Asimismo, se encontró que existe un impacto psicosocial en diferentes áreas de la vida de las mujeres tras atravesar una experiencia de este tipo. Particularmente se alude al desgaste en las relaciones sociales entre hombres y mujeres, la generación de sufrimiento desde lo social, desconfianza en los sistemas de salud, entre otros aspectos. Se requiere una ardua labor para continuar trabajando este tema.

## **Prólogo o relato # 1: “La Temblora”.**

9 de agosto, 1991. Madrugada. 3:33 a.m. Se movió el piso. La falla de Río Conejo se despertó y en un bostezo de 4,9 de magnitud en la Escala de Richter despabiló la zona de los Santos y partes aledañas. Hubo algunos derrumbes leves en Desamparados y León Cortés, ya que durante las siguientes ocho horas hubo unas 470 réplicas.

Se movió el piso y con este se movía el cuerpo de mi madre. Tal vez yo venía con algo de prisa y mucha fuerza. Un líquido inoloro e incoloro comenzó a bajar por sus piernas. Técnicamente, estaba ocurriendo la ruptura de membranas y lo que brotaba no era el manantial de la vida, sino el líquido amniótico. Popularmente, estaba ocurriendo el conocido proceso de “reventar la fuente”.

Ni ella, ni mi padre, sabían cuándo se cruzaba la línea del embarazo al parto. Por lo que, hasta las 5:30 a.m. que doña Xinia la llamó para decirle que Amilka se había despertado llorando y preguntando por ella, le cuenta lo sucedido. Le dice que le salió un agua que no era orines y ella la nombra “la fuente”. Con presteza y la experiencia de haber atravesado tres veces ya por este proceso, le recomienda que pidan el carro de los patronos de mi padre. Era “la fuente” y no había tiempo que perder. En caso contrario, le dijo que se llevaran el carro de Nico, aunque tuviera placa de pensionado.

No hubo problema con doña Beverly y don William, quienes les prestaron el carro. Así que salimos con rapidez en el Mercedes Benz hacia el hospital público josefino. Corrían los años noventa en ese Escazú al que mi padre y mi madre habían emigrado años atrás, en diferentes momentos, para trabajar en casas de “ricos” y “extranjeros”.

Cuando iban por la Sabana, mi madre le dijo a mi padre: “¡Qué raro! ¿Por qué dicen que cuesta tanto tener un bebé? A mí no me duele nada”. 6:00 a.m. Llegamos a emergencias y expeditamente la mandaron a la sala de trabajo de parto. Mi padre se tuvo que ir a devolver el carro y a trabajar. No sabía a qué hora iba a ser el parto, pero pidió permiso para salir más temprano.

Mientras pasaban las horas, le asignaron a mi madre una única tarea: “Camine para que dilate”. Ella veía a otras muchachas que entraban y salían rápido, por lo que comenzó a preocuparse al pensar que le pudiera pasar algo a su primer bebé, o sea, yo. Sus pasos recorrían el piso a través de las horas. Comenzó a cansarse, ya que no había comido nada en todo el día. Finalmente, como habían pasado unas ocho horas y no dilataba, le pusieron una inyección para acelerar el proceso de parto.

Por su cuerpo corría el fármaco que simulaba la acción de la oxitocina y provocaba el inicio del parto y el aumento de las contracciones. Yo, que seguro estaba medio dormida, no tuve más remedio que comenzar a desesperarme y colaborar con la solicitud del personal médico.

Lo que siguió no es muy claro ahora, ya que las dos éramos primerizas y ha pasado algún tiempo. Pero debió haber sido algo como: “¡Puje, puje! ¡Que salga ese bebé! ¡Puje, puje! ¡Que salga ese bebé!”. Lo que sé, es que, entre tanto grito, yo ya no tenía tantas ganas de salir y mi madre cada vez estaba más cansada. Al fin y al cabo, la vida es imprevista y las cosas a la carrera no siempre salen tan bien.

Es curioso que el 9 de agosto es el día 221 del año, 222 en los años bisiestos, y solamente quedan 141 días para finalizar el año. Han pasado muchas cosas los 9 de agosto. En 1173, inicia la construcción de la Torre de Pisa en Italia. En 1884, San José se convirtió en la primera ciudad de América Latina en poseer iluminación eléctrica siendo la tercera en el mundo luego de New York y París. En 1896, nace el psicólogo Jean Piaget. En 1942, Mohandas Gandhi fue arrestado en Bombay por el ejército británico. En 1945, Estados Unidos detona una bomba atómica en Nagasaki, Japón causando una masacre y múltiples recuerdos que difícilmente serán

olvidados por esta generación. En 1952, la ciudad de la Plata, Argentina pasa a llamarse “Ciudad Eva Perón” para rendir homenaje a esta mujer. Y, en 1986, Queen realiza su último concierto en Knebworth Park, antes que Freddie Mercury muriera en 1991. También, es el Día Internacional de la Solidaridad con la lucha de la mujer en Sudáfrica y Namibia, así como, el Día Internacional de los Pueblos Indígenas.

Con todos estos antecedentes tenía que agarrar fuerza. Cabe decir que era una lucha de intenciones, ya que yo venía con impulso y me volvía a meter. Mi madre casi se desmaya. El personal médico gritaba: “¡Pierde fuerza! ¡Tenemos que usar los fórceps!”.

Dos piezas metálicas jalaban mi cabeza hacia afuera. Unas pinzas parecidas a dos grandes cucharas para ensaladas. Inventadas en primera instancia por el Dr. Peter Chamberlen, por ahí de 1598 y comercializadas por sus descendientes. Dicen que este invento fue utilizado secretamente en la atención del parto durante mucho tiempo, hasta que causó controversia en el mundo de la obstetricia por motivos económicos y políticos.

Por un lado, se plantea que salvó muchas vidas maternas y a bebés, y por otro, que pudo haber generado daños graves en los cuerpos de ambos. Por ejemplo, en las mujeres puede provocar desgarros en la vagina, dolores crónicos a nivel vulvar y perineal, problemas para orinar o defecar después del parto, entre otras; y en el recién nacido o la recién nacida moretones, cortes, lesiones de nervios, entre otras.

Las dos éramos primerizas y mi papá también. Entre “¡Puje y puje!”, y las pinzas metálicas, salí al mundo al ser las 15:00 p.m., tal como quedó registrado en mi carnet de recién nacida otorgado por el hospital. Peso al nacer: 2560 gramos. Talla: 45. APGAR: Primero 9, Quinto 9. Reanimación: No. Nacimiento: Simple. Clasificación del recién nacido: RNT y AEG. Evaluación de riesgo: Sin riesgo. Patologías durante el embarazo: No. Presentación: Cefálico. Signos de sufrimiento fetal: Pausa. No se entiende el registro que hicieron en el hospital, marcaron en medio del “sí” y el “no”. No recuerdo. Forma de terminación: Moconducido, fórceps.

Mi madre sola, entre doctores y enfermeras obstetras, sólo me vio de lejos cuando alguien me cargó y me sostuvo brevemente para que me conociera. Luego me apartaron para catalogarme acorde con los parámetros del párrafo anterior. Al rato, aún cansada y desde una fría cama de hospital, escuchó a mi padre preguntar por su nombre en la entrada. Intentó decir: “Aquí estoy”, pero su voz le fallaba. Pa, se había metido sin permiso a un pasillo en el que estaban varias mujeres recuperándose. Preguntaba por mi mamá y la describía físicamente.

El pasillo era una antesala hasta que la llevaran a la sala de recuperación. Se encontraron, hablaron brevemente y Ma le dio la noticia de que la que había nacido era una chiquita. Cuando pasó la funcionaria del Registro Civil para que firmaran un papel en el que constaba que ambos me reconocían, añadieron mi nombre: “Melissa”. Como las actrices de “La Casa de la Pradera”.

Ma y yo salimos hasta el día siguiente y Pa, por fin, me conoció. Ante la pregunta de una vecina de cómo le había ido, mi mamá no dudó en apuntar: “¡Ese trabajo no me gustó!”. Sin embargo, lo repitió dos veces más.

Luego de algunas presentaciones protocolarias a familiares y el paso de los meses me gané el título de “La Temblora”. Y no sólo porque el 9 de agosto que yo nací tembló.

Curiosa es la Historia, atravesada por eventos políticos, culturales, ideológicos y otros pequeños acontecimientos. Décadas antes se vivían a flor de piel los sueños revolucionarios, y en esta de los noventa donde nos tocó nacer, Costa Rica le abre la puerta al liberalismo, al neoliberalismo y comienza a cambiar su modelo de desarrollo<sup>1</sup>. En el noventa y cuatro se firma un tercer PAE (Programa de Ajuste Estructural) para intentar paliar las crisis económicas acumuladas. Se restringe el Estado. Se limita su intervención al punto de

---

<sup>1</sup> Ver: Vega, M. (1996). Cambios en la sociedad costarricense en las décadas de los ochenta y noventa. *Anuario de Estudios Centroamericanos*, 22 (2), pp. 129-146.

privatizar algunas empresas estatales que se dedicaban a la producción azucarera, cementos, aluminio y fertilizantes.

A su vez, la inserción laboral de la mujer rural crece, hay menos trabajo para la gente joven y aumenta el nivel de escolaridad de la fuerza trabajadora. Se abren “malls”, hay un auge de lo “urbano”, aumenta el uso de las tarjetas de crédito, de los gimnasios y el cuidado de la estética corporal. Es demasiado. Tal vez, por eso, es que seguimos añorando y sosteniendo que se requiere un cambio social.

Y también, por eso, es esta tesis. Fue escrita con una pregunta en la cabeza: ¿cuántas veces tiene que temblar el mundo para que se caigan el patriarcado y el sistema económico actual? O al menos para que nuestros derechos no sean reducidos a la “buena voluntad” de otras y otros.

9 de agosto, 2019. Atardecer. Se sigue moviendo el piso. Y, a lo largo de las siguientes páginas: usted conocerá otros relatos de mujeres que han sido acalladas, intervenidas e invisibilizadas durante sus procesos de embarazo, parto y postparto, a pesar y a propósito, de la exigencia social de la maternidad.

## **CAPÍTULO 1: ¿Por qué indagar sobre un fenómeno como la violencia obstétrica?**

### **1.1. Introducción**

¿Cómo pensar un fenómeno tan complejo y multidimensional como la violencia obstétrica (V.O.)? Esta es una forma de violencia contra las mujeres que se ejerce en diferentes momentos de la vida sexual y reproductiva de las mujeres y las niñas, pero que se da principalmente en los períodos de embarazo, parto y postparto (Serrano, 2012, Quevedo, 2012, Arguedas, 2014, Magnone, 2011, Terán, Castellanos, González y Ramos, 2013). Podría abordarse desde la sociología, la antropología, las ciencias de la salud, la política, la filosofía, y desde la psicología.

De hecho, en Latinoamérica, se ha generado una serie de legislaciones e investigaciones en países como Venezuela (Camacaro, 2008, 2009, 2013; Villegas, 2009; Terán et al, 2013; Vergara, 2014), Argentina (Quevedo, 2012; Belli, 2013), Uruguay (Machado, 2014), México (Aguirre et al, 2013, Castro, 2014; Heredia et al, 2013; Valdez, Hidalgo, Mojarro y Arenas, 2013) y Brasil (Marqués, 2013). De igual manera en Costa Rica, Serrano (2012), Arguedas (2014, 2016), Bolaños, Cerdas y Quesada (2017) y Robles (2018) han realizado estudios con miras a exponer la problemática y recopilar relatos de mujeres que pasaron por una experiencia de este tipo.

En el caso de esta investigación, se pretende realizar un aporte al tema en un área en la cual se ha identificado un faltante de información e investigación. Esto al indagar cuál es el impacto psicosocial de las experiencias de violencia obstétrica que fueron experimentadas en los períodos de parto y postparto por mujeres. Particularmente, se ahondó en los impactos a nivel subjetivo, emocional, físico, sexual, relacional e intersubjetivo. La ruta metodológica para dar cuenta de estos aspectos fue la realización de un estudio tipo exploratorio- descriptivo, la utilización de una metodología cualitativa, un enfoque biográfico- narrativo y el uso de la técnica de relatos de vida (Bertaux, 2005). En apartados posteriores se detallará en qué consiste cada

uno de estos señalamientos.

La pertinencia de indagar sobre la violencia obstétrica se justifica por diversas razones. Primeramente, porque esta es una violación a los derechos de las mujeres y representa un ejercicio de poder sobre sus cuerpos (Camacaro, 2008, Camacaro, 2013,). Aparte de esto, en la revisión de antecedentes del tema no se encontraron muchos estudios que aborden la temática desde la Psicología (Machado, 2014, Vergara, 2014). Lo que implica que no exista suficiente teorización sobre el tema desde esta disciplina, y que no se le ha tachado de una problemática de peso para la sociedad.

En este sentido, la psicología social reúne una serie de aspectos teóricos y prácticos para comprender un fenómeno de tal magnitud. Permite no sólo ver a las personas como sujetos aislados o individualizados sino en constante interrelación con otras y otros, y con el contexto en el cual se insertan. Esto último es importante, ya que la violencia obstétrica es una expresión de violencia que se enmarca en la cotidianidad al punto de ser legitimada, invisibilizada y normalizada. De ahí, que podría ser de gran valor conocer las marcas que la violencia obstétrica deja en la experiencia de las mujeres, en distintos ámbitos como el plano subjetivo y el plano social, al pasar por un proceso de embarazo, parto y postparto.

Desde la psicología social, la psicología política y los aportes que realiza el feminismo a la psicología es vital visibilizar cómo estas prácticas (atravesadas por relaciones desiguales de poder) han marcado y continúan incidiendo en la subjetividad de las mujeres. ¿Cómo? Forjando una imagen sobre sí mismas como seres individuales y sociales a la hora de desempeñar un rol maternal e incluso abriendo pequeños espacios para la resistencia antes esas mismas demandas.

Entre los resultados o hallazgos más importantes se puede afirmar que la violencia obstétrica es una problemática presente en las instituciones públicas de salud costarricenses que brindan atención a los procesos asociados a la reproducción (embarazo, parto y postparto). Posee una enorme complejidad a la hora de

comprender sus raíces socio históricas y culturales, tiene múltiples manifestaciones e incluso día con día se acrecientan, cada una de ellas da cuenta de la desigualdad, el poder y la búsqueda de una construcción hegemónica de la feminidad. También, genera un impacto psicosocial en la vida de las mujeres en diferentes niveles que deben ser comprendidos desde una mirada psicosocial. Esto pasa por situar las experiencias de las mujeres como producto de las relaciones sociales, económicas y culturales. Se realizan algunas recomendaciones a diferentes entes como las organizaciones e instituciones que trabajan con temáticas asociadas a la violencia contra las mujeres y la violencia obstétrica, instancias de la Universidad de Costa Rica como las Escuelas de Psicología, Medicina, Enfermería y Farmacia, estudiantes y profesionales que trabajen el tema y al Estado costarricense, las instituciones de salud y la sociedad en general. Estas sugerencias involucran tanto líneas de investigación, aspectos y posicionamientos éticos, acciones concretas para dar seguimiento a las mujeres, entre otras.

Este trabajo final de graduación se incluyó dentro del proyecto de investigación del Centro de Estudios de la Mujer (CIEM) denominado: *“Recopilación, sistematización y análisis de las experiencias de observatorios relacionados con salud sexual y salud reproductiva, derechos sexuales y derechos reproductivos, y violencia obstétrica para el diseño de un Observatorio de la Violencia Obstétrica”*. El proyecto cuenta con la participación de las profesoras de la Universidad de Costa Rica, la MSc. Gabriela Arguedas Ramírez, la Licda. Viviana Guerrero Chacón y la Licda. Kira Schroeder Leiva. La participación de la estudiante consistió en acompañar reuniones de trabajo y discusión sobre temáticas asociadas al proyecto, se pretende continuar con este lazo y continuar colaborando activamente.

Por último, la estructura de este documento se compone de un primer momento donde se presentan las principales razones para indagar el tema, los antecedentes de investigaciones realizadas principalmente en el contexto latinoamericano, pero también en otras zonas geográficas, el marco teórico, la pregunta de investigación, los objetivos, la metodología, la presentación de resultados, las conclusiones y las

recomendaciones.

## **1.2. Justificación**

Desde finales del año 2014 se ha reportado en la prensa costarricense (*La Nación, Diario Extra y Columbia*) una serie de eventos de violencia obstétrica acontecidos en algunos Centros Hospitalarios donde se brinda atención al parto. Eventos como estos han sido señalados en otros países de la región Latinoamericana como México (Valdez, Hidalgo, Mojarro y Arenas, 2013; Castro y Erviti, 2014), Argentina (Checa y Rosenberg, 1998) y Venezuela (Villegas, 2009; Camacaro, 2008, 2009, 2013), donde ya han sido implementadas legislaciones y mecanismos específicos para reducir los casos e incentivar la denuncia.

En Costa Rica se han realizado algunas denuncias ante la Defensoría de los Habitantes (D.H.) y la Sala Constitucional. La D.H. determinó que existen manifestaciones de violencia obstétrica en hospitales Tony Facio de Limón, Max Peralta de Cartago y William Allen Taylor de Turrialba, mientras que la Sala Constitucional en un comunicado de prensa señala que la violencia obstétrica es una violencia de género y una violación de los derechos humanos (Sala Constitucional, 2015).

Esta sentencia se da a partir de la denuncia de una mujer que se vio expuesta durante momentos previos al parto ante la presencia de múltiples estudiantes de medicina, misceláneos y personal masculino de cocina. Ella señala que estas personas pasaban por diferentes salones en las que las mujeres no tenían vestimenta completa, lo cual provoca que ella se sienta ultrajada emocional y psicológicamente. La Sala Constitucional (2015) apunta que entre las medidas de la resolución se encuentra un llamado de atención para que estos eventos no continúen ocurriendo y la necesidad de realizar procesos preventivos con el personal que no realiza funciones médicas.

Aparte de esto, debido a la recurrencia de estos actos, la violencia obstétrica se ha empezado a estudiar

como un tema urgente en los últimos años en la región Latinoamericana y se ha conceptualizado el término “violencia obstétrica” de forma reciente, a pesar de su ocurrencia desde la institucionalización del parto (Camacaro, 2008, 2009). Es importante acotar que el término no ha ingresado en el lenguaje popular; y que, en este sentido, a pesar de que las personas reconocen la existencia de acciones por parte del personal que generan una mala experiencia en la atención del embarazo, el parto y el postparto, estas no son consideradas o enunciadas como comportamientos de violencia obstétrica.

Tal como se ha apreciado hasta el momento, a raíz de los testimonios y diferentes actos públicos de las mujeres, así como un llamado dirigido a la *Caja Costarricense del Seguro Social* (CCSS), una campaña generada en redes sociales por parte del *Instituto Nacional de las Mujeres* (INAMU) incitando a la denuncia y una audiencia temática en la *Corte Interamericana de Derechos Humanos* (CIDH) por parte de la *Defensoría de los Habitantes* (DHR) y otras instancias (Marín, 2015), el tema de la violencia obstétrica en Costa Rica ha estado adquiriendo el lugar de una problemática psicosocial.

Es esencial investigar esta temática desde la Psicología, a partir de un marco social como el de derechos humanos y de la perspectiva género sensitiva. Además, es innegable que es un fenómeno que trastoca las subjetividades, lo corporal, lo psíquico y lo social de la experiencia humana, por lo que también es menester nombrarlo, decir que pasa y que pueden existir otras formas de ejercicio del quehacer obstétrico. Eso sí, es importante señalar que la elección de trabajar el impacto psicosocial de las experiencias de violencia obstétrica representa un reto en sí mismo, ya que no se ha indagado en otras investigaciones de la región o del país.

Por último, estudiar la violencia obstétrica implica reflexionar acerca de la violencia contra las mujeres, así como la violación de los derechos sexuales y reproductivos. Además, implica pensar en cómo existe una violencia institucional ejercida a través del poder desde el espacio médico-obstétrico que ha sido asignado para la atención de salud y de la maternidad en las mujeres

*Prácticas obscenas*

No es de pañales de seda  
ni de sábanas blancas  
ni encajes  
ni esperanza.

No.  
Esos no son los temas  
de este manojito de palabras:

Hablo de la maternidad como tortura  
hablo de agujas que irrumpen  
en tu piel desprevenida  
hablo de torniquetes  
de sueros para inducir el parto  
de retortijón  
de miedo.

Hablo de tajos  
en la cuna del deseo.

De ríos de sangre  
que van alimentando  
el paso de la noche.

Y es en su olor  
en donde se resume la soledad  
con la que nos asalta la aurora.

Ese estar ante tu cuerpo expuesto  
un amasijo de dolor y miedo  
ajena aún al hijo que pariste.

¿Quién repara el daño  
de esta práctica obscena?

(Arabella Salaverry, 2016, p. 58).

## **CAPÍTULO 2: Marco de referencia: primeros pasos para entender la violencia obstétrica**

### **2.1. Antecedentes de investigación sobre la violencia obstétrica**

En este apartado se incluyen tanto estudios teóricos como aplicados del ámbito nacional e internacional, en los que se ha buscado comprender la problemática de la violencia obstétrica. La inclusión de estudios teóricos se debe a que estos permiten comprender este tipo de violencia al delimitar su definición y explicar sus manifestaciones, así como dar un sustento a la definición de la cual se partirá en esta investigación. Mientras que los estudios aplicados, permiten conocer los avances y el estado de la temática en otros países, así como conocer cuáles han sido los abordajes metodológicos utilizados hasta el momento.

De esta manera, se encontró que para el estudio del tema se han usado metodologías cualitativas, cuantitativas y abordajes mixtos. Las técnicas cualitativas usadas van desde la revisión bibliográfica, monografías, entrevistas (enfocadas, de profundidad, semi-estructuradas), observaciones (participantes y no participantes), análisis de casos, análisis de material audiovisual y las cuantitativas son a través de la aplicación de encuestas o cuestionarios. A su vez, la cantidad de disciplinas desde las que se ha abordado el tema es vasta, estas van desde las ciencias de la salud (salud pública, enfermería, medicina y ginecología obstétrica) hasta la filosofía y las ciencias sociales (sociología, trabajo social, antropología, derecho y psicología). Esto permite observar cuál ha sido el acercamiento teórico, metodológico e incluso político al tema en cuestión según la disciplina desde la cual se aborde.

En la mayoría de las investigaciones se puede apreciar un gran interés por presentar y analizar diferentes manifestaciones de violencia obstétrica para delimitar conceptualmente el término, por lo que el uso de las teorías feministas como lente para leer el tema ha sido constante. Otras líneas de investigación buscan posicionar el tema desde una perspectiva histórica ahondando en la institucionalización del parto y la naturalización de la violencia obstétrica en el sistema hospitalario o revisar cómo se presentan relaciones de poder y autoritarismo dentro de la institución médica que permea en la relación entre el personal obstétrico y

las mujeres que acceden a los servicios de salud.

Además, se encuentran esfuerzos dirigidos a analizar los marcos legales asociados al tema y a comprender cómo se manifiesta la violencia obstétrica según ciertas variables sociales (procedencia geográfica, pertenencia a un grupo cultural, edad, condición socioeconómica, raza, entre otras). Así como un empeño por rescatar la versión del personal de salud y de estudiantes de obstetricia, en conjunto con propuestas alternativas a la atención del parto y la prevención de la violencia obstétrica.

Cada uno de estos ejes será analizado de manera amplia a continuación. Un aspecto interesante de resaltar es el vacío en cuanto al análisis del impacto psicosocial en las mujeres al experimentar violencia obstétrica tanto en el ámbito internacional como nacional. Solamente en dos investigaciones se encontraron algunas pistas para abordar las consecuencias físicas o psicológicas experimentadas por las mujeres tras atravesar un evento de este tipo, pero de forma muy exploratoria y delimitada (Castillo, 2017; Opazo, Ramírez y Chamorro, 2017).

### **2.1.1. Discusiones sobre el término violencia obstétrica**

Aunque todas las investigaciones revisadas presentan alguna definición sobre la violencia obstétrica, se encontraron tres indagaciones que centran su atención en reflexionar propiamente sobre el concepto de violencia obstétrica como tal. Castrillo (2016) examina la existencia de diferentes conceptos impulsados desde las instancias legislativas y políticas y las producidas por la academia. Principalmente, señala que existe un campo de disputa a la hora de nominar esta forma de violencia, encontrando que existen diferentes esfuerzos por posicionar el tema desde una mirada más objetiva y otros desde las significaciones subjetivas de las mujeres que atraviesan estas situaciones.

Por su parte, Pozio (2016) señala que la feminización de la gineco-obstetricia incide en la

problematización de esta disciplina y, por ende, se ha generado una mayor visibilización y discusión sobre la violencia obstétrica en el contexto mexicano. Esto acontece de la mano con la introducción de la perspectiva de parto humanizado en la atención y un reconocimiento de las mujeres de haber experimentado situaciones de violencia en su formación o en otros espacios de sus vidas.

En tercer lugar, Pinho, Calderón y Nadal (2017) puntualizan que en Brasil no existe un consenso en torno al concepto de violencia obstétrica, lo cual es una carencia que debe solventarse con prontitud, preferiblemente generando algún instrumento legal que permita a las mujeres contar con una definición clara e incluso apuntan la necesidad de criminalizar estas situaciones de violencia.

Estas pesquisas centran su atención en análisis del concepto de violencia obstétrica partiendo del contexto en el que se sitúan las autoras y autores. A partir de esto, puede señalarse la necesidad de considerar el término violencia obstétrica como mutable, en construcción e incluso contextualizado a la realidad sociocultural desde la cual se trabaja o investiga. También, es importante apuntar que no existe una sola definición de violencia obstétrica y que esto da pistas sobre la necesidad de continuar indagando en este fenómeno y sus distintas aristas.

### **2.1.2. Manifestaciones de la violencia obstétrica**

La mayoría de las investigaciones sobre violencia obstétrica presentan una gran cantidad de manifestaciones de esta forma de violencia. Principalmente, se resaltan una gran cantidad de expresiones directas sobre el cuerpo de las mujeres o violencia física. Por ejemplo, Valdez, Hidalgo, Mojarro y Arenas (2013) a través de un cuestionario aplicado a mujeres en hospitales mexicanos, recopilan como actos de violencia física, la colocación de instrumentos en sus aparatos reproductivos que causaban gran dolor, presión en el abdomen, suturas sin anestesia, pellizcos o golpes en las piernas.

Otras manifestaciones de violencia física son referidas por Camacaro (2009), quien, al realizar entrevistas enfocadas a 18 obstetras y 14 residentes de una maternidad venezolana, señala que se ha colocado algún suero intravenoso sin consultarle a la mujer o informarle del procedimiento o la realización de episiotomías o incisión quirúrgica en la zona del perineo femenino. Este último procedimiento también fue recopilado por Quevedo (2012) al entrevistar y pasar encuestas a mujeres, así como entrevistas a cuatro profesionales en el sistema de salud pública argentina. La autora califica este acto como intervención innecesaria, ya que en muchas ocasiones se realiza de forma indiscriminada y con el fin de apresurar el parto.

En este sentido, Terán, Castellanos, González y Ramos (2013), Pereira et al (2015), al aplicar encuestas y cuestionarios; y Serrano (2012), por medio de observaciones no participantes, exponen que, con el fin de aumentar las contracciones a las mujeres, también se suelen administrar oxitócicos para inducir el parto y apresurar el procedimiento.

Asimismo, la realización de cesáreas, la aplicación de fórceps y de múltiples tactos vaginales o la suspensión de ingerir alimentos o líquidos a las mujeres, episiotomía como rutina, estimulación de los pezones, exploración del útero postparto se suman a la lista de manifestaciones de violencia física ejercidas de forma directa sobre el cuerpo de las mujeres de una forma técnica y médica, pero que dejan secuelas en el plano corporal (Pires, Grilo y Blima, 2002; Quevedo, 2012; Camacaro et al, 2015; Cerpa y Velásquez, 2015; García, 2015; Pereira et al, 2015; Soares et al, 2015; Restrepo et al, 2016; Pereira et al, 2016; Sadler et al, 2016; Rodríguez y Aguilera, 2017).

Una última línea acerca de esta forma de violencia es analizada ampliamente por Camacaro (2008) cuando afirma que, históricamente, se ha demarcado una forma de parir para las mujeres con la estandarización de la posición horizontal o acostada, siendo esta perjudicial y contraindicada, ya que puede producir contaminación de heces en el campo, trastornos ventilatorios en la madre, o el impedimento de la participación

de la musculatura de las piernas.

Junto a la violencia física se suelen presentar algunas manifestaciones de violencia verbal que también han sido recopiladas por autores y autoras (Pires et al, 2002; Quevedo, 2012; Valdez et al, 2013; Pereira et al, 2015; Cerpa y Velásquez, 2015; Almonte, 2016; Restrepo et al, 2016; Pereira et al, 2016; Da Silva y Santana, 2017; Ayesta y Vásquez, 2017; Opazo, Ramírez y Chamorro, 2017; Sosa, 2018). Valdez et al (2013) encuentran frases reportadas por las mujeres como “no grite”, “no llore”, “no se queje”, además de otros regaños y humillaciones. Otras frases muy fuertes recopiladas por Quevedo (2012) son: “Aguántatela, ¿quién te mando a coger?, ¿para qué abriste las piernas?” o “¿por qué no te cuidaste?” ... “jédete por tener niños” ... “¿acaso no sabes que hay métodos anticonceptivos?”, de forma constante en las entrevistas que la autora realizó. Almonte (2016) señala que esta violencia verbal puede ser considerada dentro de la violencia psicológica, cuya particularidad recae en que se ridiculiza a las mujeres o se afecta directamente su estado emocional.

Aunado a estos aspectos, Terán et al (2013) y Serrano (2012) reportan que en varias ocasiones se suele presentar faltas éticas como la ausencia de consentimientos informados o información incompleta acerca de los procedimientos que se van a realizar a las mujeres e inclusive se suele ignorar a la mujer cuando extiende alguna solicitud o en otros momentos.

Estas investigaciones permiten conocer las múltiples formas en las que se expresa la violencia obstétrica (física, verbal, emocional, faltas éticas, entre otras); y a su vez permiten que se puedan construir definiciones para describir esta forma de violencia tan invisibilizada en el plano social.

### **2.1.3. Institucionalización del parto y naturalización de la Violencia Obstétrica**

Desde una mirada histórica se puede rastrear los cambios que se dieron en cuanto al abordaje de los partos, precisamente para Camacaro (2008, 2009), Barria y Rivera (2016), Álvarez y Russo (2016) y Pereira

(2017) las formas de violencia obstétrica mencionadas en el eje anterior poseen una fuerte relación con la institucionalización del parto y los procesos reproductivos de las mujeres en los hospitales.

Para Camacaro (2009), tras analizar la violencia obstétrica a través de entrevistas enfocadas con obstetras y residentes de una maternidad venezolana, la institucionalización del parto inicia cuando se instituye la atención médico-obstétrica a la labor que realizaban las parteras en los hogares. Belli (2013), denomina este evento “maternidades intervenidas” y Almonte (2016) habla de una medicalización del cuerpo femenino.

Posterior a la institucionalización del parto y del establecimiento de un paradigma de atención patriarcal (Quevedo, 2012); donde se le otorga a quienes son profesionales en salud el conocimiento y la capacidad de tomar las decisiones sobre los procesos de embarazo, parto y postparto, la violencia obstétrica vendría a ser naturalizada y reproducida dentro de este sistema inclusive por las mismas mujeres que atraviesan estas experiencias (Aguar y Oliveira, 2011; Quevedo, 2012; Herrera, 2016; Vallana, 2016; García, 2018).

Tanto el señalamiento de la institucionalización del parto y de la naturalización de este modelo de atención como de las manifestaciones de violencia obstétrica, aportan una primera aproximación para comprender la presencia de violencia obstétrica en las investigaciones y en las experiencias que se refieren en los países latinoamericanos.

#### **2.1.4. Poder y autoritarismo en la institución médica**

La institucionalización del parto ha producido un “paradigma biomédico-tecnocrático, el cual convierte el hacer profesional en un proceso saturado de normas y rutinas inamovibles incuestionables, que silencian a las parturientas, donde no cabe diálogo sino obediencia” (Camacaro, 2013, p. 187).

Este aspecto refleja algunas nociones acerca de la presencia de relaciones desiguales de poder en ámbito médico obstétrico que es ampliamente discutido en las investigaciones (Villanueva, 2010; Camacaro, 2013;

Calafell, 2015; Cassiano et al, 2016). Por ejemplo, Aguirre et al (2013), tras una recopilación bibliográfica sobre el tema, señalan que esta expresión desigual de poder se traduce en la permisividad del personal médico obstetra de realizar actos de violencia física, emocional y simbólica.

Por su parte, Machado (2014), realiza una monografía donde reflexiona sobre la relación entre poder y saber que vendría a ser otra forma de desigualdad entre mujeres y el personal médico obstetra. La premisa de esta afirmación se relaciona directamente con lo que afirmaban Camacaro (2013) y Bellón (2015) sobre el depósito de saber que se ha dado al paradigma biomédico-tecnocrático, postulando que las y los profesionales en medicina poseen un saber que las mujeres no tendrían y; por ende, poseen una posición de poder mayor.

Este aspecto es descrito como *poder obstétrico* o una “(...) forma de poder disciplinario... que produce cuerpos sexuados y dóciles” (Arguedas, 2014, p. 147). Arguedas (2014), a través de la construcción de una propuesta teórica, habla de cuerpos que obedecen a mandatos de la socialización de género producida por el patriarcado dirigida a lo que sería una esencia de la mujer; principalmente ser una “buena mujer-madre”, volviendo a colocar a las mujeres en una situación desigual frente a las y los profesionales de salud quienes disciplinarían sus cuerpos según el modelo patriarcal ya comentado por Quevedo (2012).

Castro (2014) también aborda el tema de las relaciones de poder, pero se refiere concretamente al autoritarismo médico, que analiza tras realizar observaciones en salas de labor de parto en hospitales públicos mexicanos y grupos focales con estudiantes de medicina (internos, residentes y gineco-obstetras). Desde su perspectiva, el autoritarismo se viene construyendo desde la formación universitaria y ya una vez en el plano institucional, se expresa en una marcada división en cuanto a la relación poder-saber mencionada anteriormente.

A modo de balance, se puede señalar que las investigaciones presentadas en este apartado coinciden en que las y los profesionales ejercen un poder desigual sobre las mujeres. Esta desigualdad se expresa en las

diferencias de saber y la no comunicación, el disciplinamiento que se ejerce para producir una forma de ser mujer que se liga a ser una “buena mujer-madre” y el control o la vigilancia del comportamiento de las mujeres e inclusive de la relación consigo mismas.

### **2.1.5. La visión de obstetras y de estudiantes de medicina obstétrica**

Algunas investigaciones se han dedicado a consultar la opinión de profesionales en obstetricia y de estudiantes de medicina en Uruguay (Magnone, 2011), Venezuela (Camacaro, 2008, 2009, 2012, 2013; Vergara, 2014), México (Castro, 2014), Brasil (Oliveira y Penna, 2017), Ecuador (Borja, 2017) y Qatar (Gray et al, 2019).

En primer lugar, Magnone (2011) entrevista a enfermeras y equipos de salud que atienden a las mujeres en el parto, y encuentra una serie de actos de violencia de obstétrica como gritos, limitaciones de movimiento, y el uso de fórceps. Algunos relatos que dan cuenta de esta situación son el de un ginecólogo quien afirma:

(...) en los lugares donde hay personal en formación las mujeres saben que la van a judear, es probable que la vean 6 - 7 personas que la miren, la pinchen, puede ser un personal de enfermería que está aprendiendo a pinchar, que no la dejen caminar, que no la dejen comer (Magnone, 2011, p. 7).

También, la autora presenta las palabras de una partera opinando al respecto: “(...) si hay alguna mujer que tiene opinión, que sabe lo que quiere o empieza a opinar es muy cuestionada como que es muy quejosa, como que pregunta demasiado... es tomada por una persona molesta” (Magnone, 2011, p. 9). Estos resultados son similares a los reportados por Borja (2017), quien enumera las diferentes manifestaciones de violencia obstétrica experimentadas por mujeres y cómo el personal médico cree firmemente que se debe continuar sosteniendo una estandarización en la atención al parto, a pesar de no conocer y aplicar las guías propuestas

desde la institución de salud.

Camacaro (2013) entrevista a obstetras quienes, según sus resultados, se muestran sumamente intolerantes ante cualquier posibilidad de evaluación de su práctica profesional y con un desconocimiento de la *Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia* que había sido aprobada en Venezuela. En esta misma línea, Vergara (2014) entrevista a estudiantes de medicina en Venezuela, y encuentra que desde el proceso de formación y de aprendizaje se comienza a eliminar la posibilidad de empatía con quien se atiende, por ejemplo, se les enseñaba preguntar solamente “lo necesario y nada más”.

Por otro lado, entre estas pesquisas sobresale el estudio realizado por Gray et al (2019) quienes presentan un vídeo en el que se habla de casos de violencia obstétrica a profesionales en medicina y enfermería obstétrica. Los resultados que encuentran son el reconocimiento de esta problemática por el personal, ya que podían señalar cuáles conductas eran incorrectas, señalaban haber presenciado estas situaciones en su experiencia laboral y generaban reflexiones alrededor de los efectos de la ocurrencia de esta forma de violencia.

El principal aspecto que resalta de estas investigaciones es la diversidad en cuanto a la recepción del tema por profesionales al ser cuestionadas y cuestionados sobre su quehacer en los hospitales, existiendo tanto el reconocimiento de manifestaciones de violencia obstétrica como un rechazo a cualquier posibilidad de indagación. Finalmente, Castro (2014) señalaba que desde la formación universitaria se podía encontrar la gestación del autoritarismo médico aspecto que Vergara (2014) también encuentra en sus entrevistas.

#### **2.1.6. Aspectos legales alrededor de la violencia obstétrica**

Otro tema que sobresale en las investigaciones alrededor del tema es de las legislaciones y los marcos de derechos humanos relacionados con los derechos sexuales y reproductivos, así como propiamente los instrumentos legales que reconocen y legitiman la violencia obstétrica como una problemática que debe ser

regulada. Concretamente se encontraron seis investigaciones que presentan reflexiones sobre este tópico.

Tanto Pickles (2015), Villanueva et al (2016) y Quattrocchi (2018), parten de las leyes generadas desde América Latina en países como Venezuela, México y Argentina para proponer que es vital tomar estas herramientas como referencia para visibilizar el tema en Sudáfrica y Europa, así como crear una política pública que trabaje el tema en todo el territorio mexicano. En una línea similar, Lira (2018) realiza una revisión del marco normativo chileno para afirmar que se requieren mejoras a los proyectos de ley que se han propuesto sobre el tema, ya que no se otorgan medidas de reparación integral a las mujeres que experimentan una situación de violencia obstétrica.

Esta misma problemática es indicada por Díaz (2016), quien plantea que existen limitaciones para el acceso de las mujeres a vías reales de reparación e incluso en muchas ocasiones no todas poseen la facilidad para dar seguimiento o inclusive iniciar un proceso legal. Esto demuestra que existen múltiples limitaciones en los sistemas de justicia, a pesar de la promulgación de leyes sobre violencia obstétrica.

Finalmente, Fernández (2015) puntualiza que existen dificultades en cuanto a la aplicación de consentimientos informados para que las mujeres autoricen la realización de ciertas prácticas sobre sus cuerpos. Este instrumento no sólo garantiza el ejercicio del derecho de las mujeres a decidir si quieren una intervención, sino que parte de un marco ético de trabajo con seres humanos.

Estas investigaciones reconocen los avances generados desde la región latinoamericana para la visibilización, erradicación y penalización de la violencia obstétrica, además, enfatizan en la necesidad de evaluar cómo están siendo aplicados estos instrumentos y si realmente las mujeres están accediendo a procesos justos. Tal como se señaló, se plantean diversos retos para la garantía de los derechos que se ven vulnerados en torno a la salud sexual y reproductiva de las mujeres.

### **2.1.7. Variables sociales y desigualdad ligadas a la violencia obstétrica**

A través del uso de la *Encuesta en Salud y Nutrición* del año 2012 en México, Heredia, Serván, Reyes y Lozano (2013) revisan los apartados concernientes a salud reproductiva de mujeres adultas y adolescentes. Los resultados a los que llegan muestran una diferencia en la atención según la zona geográfica en la que se habita, siendo las zonas rurales e indígenas las más vulnerabilizadas dentro del servicio hospitalario. Esta misma situación es encontrada por Silva et al (2018) quienes investigan si las formas de violencia obstétrica en la región rural de Brasil, encontrando que la raza puede ser un factor que convierte a las mujeres en un blanco mayor de discriminación.

Desde otro plano, Castillo (2017) indaga sobre las experiencias de violencia obstétrica de mujeres adolescentes, encontrando que el factor edad les coloca en una situación de desigualdad frente al personal médico generando diversas situaciones de discriminación. Aparte, señala que algunas de estas mujeres ya habían experimentado otras formas de violencia en sus hogares, lo cual provoca un gran impacto psicológico luego de atravesar un evento de violencia obstétrica.

Estas condiciones deben ser valoradas a la hora de comprender cómo se manifiesta la violencia obstétrica según el contexto y las diferentes variables socioculturales y económicas que atraviesan la experiencia de cada mujer; y que en muchas ocasiones son foco de desigualdad. Por esto, Arguedas (2016), Alcántara et al (2017) y Perera et al (2018) invitan a considerar cómo factores como la clase social, el estatus migratorio, el lenguaje, la cultura, la etnia, la raza o la edad profundizan la vulnerabilidad de las mujeres ante una situación de violencia obstétrica.

### **2.1.8. Prevención de la violencia obstétrica**

Este eje es encontrado en investigaciones realizadas en el contexto brasileño por Tesser et al (2015),

Diniz et al (2015) y Silva et al (2017). Exponen la necesidad de prevenir y mitigar la violencia obstétrica a partir de medidas como:

1. Elaboración de planes de parto de forma conjunta con equipos de atención prenatal.
2. Introducción de personal calificado cuando se requiere atender algún riesgo durante el embarazo.
3. Incluir el movimiento social y político por la humanización del parto.
4. Capacitaciones sobre prácticas educativas en salud a mujeres y sus familias.
5. Capacitaciones dirigidas al personal de salud para sensibilizar sobre el tema y cómo debe ser la atención brindada a las mujeres.
6. Visibilizar y registrar los casos de violencia obstétrica que acontecen en las instituciones de salud.

Estas propuestas no sólo se enfocan en las mujeres, sino que también involucran al personal de salud que atiende los procesos de embarazo, parto y postparto. Asimismo, exponen un reconocimiento de esta forma de violencia y buscan realizar un abordaje preventivo a la temática. Este aspecto es importante, ya que a diferencia de las legislaciones que buscan castigar los eventos de violencia obstétrica, los abordajes en prevención pretenden sensibilizar a la población, dar a conocer el fenómeno y empoderar a las mujeres y sus familias antes que acontezcan las experiencias.

### **2.1.9. Otros abordajes del tema y otras miradas en la atención del parto**

Moreiras y Dalcanale (2017) recopilan diferentes experiencias de mujeres que han utilizado las redes sociales como plataformas para presentar sus denuncias en torno a la vivencia de experiencias de violencia obstétrica, las autoras señalan que estos medios se han convertido en una vía para posicionar y exponer el tema de los derechos reproductivos desde una perspectiva política.

También, se pueden encontrar tres aportes concretos que enfatizan otras concepciones de atención al

parto desde una perspectiva género sensitiva y de familia gestante (Cordero y Lobo, 2004), desde el parto humanizado (Machado, 2014; Maldonado, 2018) y desde la recuperación del saber popular que posee la práctica de la partería (Cruz y Forero, 2016). Estas investigaciones son tesis que poseen como producto final una monografía de estos temas, la primera en Costa Rica, la segunda en Uruguay, la tercera en Nicaragua y la cuarta en Colombia.

La primera perspectiva, implica visualizar el parto como un proceso natural, busca la inclusión de hombres y mujeres en el proceso de parto, fomenta la autonomía de las mujeres en este momento y promueve un acompañamiento de la institución hospitalaria a la mujer (Cordero y Lobo, 2004). Mientras que la segunda y tercera propuesta plantean como alternativa que “(...) la mujer sea el centro de la atención, que sus necesidades sean tenidas en cuenta por los servicios de atención” (Machado, 2014, p. 24) y la inclusión de acompañantes como parteras en el proceso de parto. Para Cruz y Forero (2016) la recuperación del saber popular de las parteras funge como una apuesta mitigadora a la ocurrencia de situaciones de violencia obstétrica.

Estas últimas tres investigaciones citadas promueven una nueva visión para construir otros modelos de atención al parto que al menos consideran que la mujer debe ser consultada acerca de lo que siente o piensa; sobre el estado de su cuerpo o de su salud; e inclusive que es ella quien debe guiar su proceso de embarazo, parto y postparto de la mano con profesionales que le acompañen de una manera respetuosa de los derechos humanos.

#### **2.1.10. Balance general de los antecedentes**

Ahora bien, una vez recopilados los antecedentes se encuentran enfoques de investigación sobre el tema de violencia obstétrica, que permiten acotar que se han realizado abordajes tanto cualitativos como

cuantitativos, aunque en estas últimas investigaciones los resultados se enfocan a conocer cuántas mujeres manifiestan que pasaron una experiencia de violencia obstétrica y de qué tipo, si física, verbal u otra, solamente (Heredia et al, 2013; Terán et al, 2013; Valdez et al, 2013; Camacaro et al, 2015; Pereira, Domínguez y Toro, 2015; Soares et al, 2015; Silva et al, 2018; Gray et al, 2019). Mientras que los trabajos cualitativos se han enfocado en recuperar las versiones de profesionales en obstetricia, mujeres y ahondar en el análisis de la violencia obstétrica como un fenómeno histórico- social en el que deben considerarse variables como la clase social, edad, raza, etnia, lenguaje, pertenencia cultural, zona geográfica u otras (Pires, Grilo y Blima, 2002; Camacaro, 2008, 2009, 2013; Villegas, 2009; Villanueva, 2010; Aguiar y Oliveira, 2011; Magnone, 2011; Serrano, 2012; Camacaro, 2012; Belli, 2013; Aguirre et al, 2013; Marqués, 2013; Arguedas, 2014, 2016; Castro, 2014; Machado, 2014; Vergara, 2014; Bellón, 2015; Calafell, 2015; García, 2015; Pickles, 2015; Fernández, 2015; Tesser et al, 2015; Diniz et al, 2015; Díaz, 2016; Restrepo et al, 2016; Almonte, 2016; Álvarez y Russo, 2016; Barria y Rivera, 2016; Cruz y Forero, 2016; Herrera, 2016; Pereira et al, 2016; Cassiano et al, 2016; Vallana, 2016; Sadler et al, 2016; Castrillo, 2016; Pozio, 2016; Villanueva et al, 2016; Da Silva y Santana, 2017; Borja, 2017; Ayesta y Vásquez, 2017; Pereira, 2017; Oliveira y Penna, 2017; Moreiras y Dalcanale, 2017; Pinho et al, 2017; Silva et al, 2017; Castillo, 2017; Alcántara et al, 2017; García, 2018; Sosa, 2018; Maldonado, 2018; Perera et al, 2018; Lira, 2018; Quattrocchi, 2018).

En este sentido, se puede resaltar que se ha realizado un gran abordaje a la hora de definir el concepto de violencia obstétrica, sus manifestaciones y los aspectos legales asociados al reconocimiento de esta forma de violencia, lo cual implica que se ha reconocido desde múltiples disciplinas la necesidad de posicionar el tema y su relevancia como una forma de violencia específica contra las mujeres dentro del sistema médico hospitalario. Asimismo, las investigaciones coinciden en la necesidad de continuar generando conocimiento alrededor de esta temática, desmantelar su trasfondo y evaluar si se está generando algún cambio para su erradicación o para procurar algún tipo de reparación o sanción ante estos eventos.

También, los esfuerzos teóricos se han dirigido a realizar revisiones históricas de cómo el parto pasa de manos de las parteras a médicos obstetras, en su mayoría, y a la hospitalización. En diversas investigaciones se señala el gran cambio paradigmático que implica este paso, inclusive Quevedo (2012) afirma que se instaura un paradigma de atención patriarcal, donde el poder y el autoritarismo, tanto dentro de la misma institución, como en la relación que se entabla entre las y los profesionales de obstetricia con las mujeres.

Una vez considerados estos aspectos y los múltiples esfuerzos por posicionar el tema de violencia obstétrica, queda un vacío en cuanto a la perspectiva de las mujeres sobre lo que implica para ellas atravesar una experiencia que califican como violencia obstétrica. En este sentido, es que en este estudio se plantea la necesidad de indagar sobre el impacto psicosocial de estas experiencias en los períodos de parto y postparto. Esto visualizado tanto como un vacío de las investigaciones revisadas como en los aportes que desde la Psicología se puede hacer a la temática.

## **2.2. Contexto sociohistórico: consideraciones sobre el desarrollo de la obstetricia**

Para comprender el contexto sociohistórico en el cual se enmarca la violencia obstétrica, es imprescindible repasar algunos eventos históricos que han atravesado la consolidación de la obstetricia como disciplina y otros aspectos socioculturales que atraviesan la construcción de género en torno a las mujeres. Federici (2004), sitúa el momento de la transición del feudalismo al capitalismo en Europa como aquel en el que las mujeres son desterradas de sus cuerpos. Esta expropiación se concentra sobre todo en despojar el poder y el conocimiento de estas en torno a aspectos relacionados con la sexualidad y la reproducción.

Aunque la autora sitúa este fenómeno a un nivel más macro, pueden rastrearse sus estelas dentro de las instituciones hospitalarias y la forma en la que se construye el abordaje que debe realizarse a los procesos

reproductivos. Federici (2004) señala que en este momento de la historia el cuerpo femenino pasa a ocupar una sola finalidad: la reproducción y un medio para aumentar la fuerza de trabajo.

Por esto, se comienza a deslegitimar el conocimiento de las curanderas y comadronas que poseían el rol social de atender los partos, diversos saberes para la regulación de la fertilidad, entre otros aspectos (García, 2015). Inclusive, se sitúa la caza de brujas como una persecución a estas mujeres y como castigo ejemplarizante para quienes continuaran transmitiendo el conocimiento sobre el control reproductivo (Federici, 2004). Aun así, esto no implica la desaparición de estas prácticas, pero sí incide en la clandestinidad de estas durante un gran período de tiempo.

Estos sucesos provocan que la atención de los procesos de embarazo, parto y postparto sean cooptadas por la disciplina de la obstetricia y particularmente, manejadas por los hombres dedicados a esta profesión. No es sino hasta el siglo XVI que a algunas mujeres se les permite practicar la obstetricia (García, 2015). Este proceso es nominado como la institucionalización del parto por autoras y autores como Camacaro (2008, 2009), Aguiar y Oliveira (2011), Quevedo (2012), Belli (2013), García (2015), Almonte (2016), Barria y Rivera (2016), Álvarez y Russo (2016), Herrera (2016), Vallana (2016), Pereira (2017) y García (2018). Se caracteriza, entre otras cosas, por el traslado de la atención de los partos a los hospitales, el protagonismo de los profesionales de la salud en la atención y el desplazamiento de las mujeres a un papel secundario o casi nulo (Camacaro, 2009).

Quevedo (2012) y Álvarez y Russo (2016) afirman que esta atención hospitalaria sobresale por la existencia de una mirada que medicaliza y patologiza diferentes procesos naturales asociados a la reproducción, ya que con la idea de reducir la morbilidad materna-infantil se pasa a atender a todas las mujeres embarazadas en estas instituciones, aunque no tuvieran algún tipo de riesgo. Además, la imposición del parto vertical o la posición de parir acostada se instaure como una postura obligatoria que contribuye a afianzar este proceso de institucionalización y norma cómo deben realizarse este y otros procesos de atención al parto (Camacaro, 2008; Arguedas, 2014; Álvarez y Russo 2016).

Asimismo, se legitima el uso de ciertos instrumentos como el fórceps e incluso se comienzan a producir experimentaciones con el cuerpo de las mujeres aplicando operaciones como “cesáreas vaginales, dilatación manual e instrumental, dilatación artificial del cuello del útero con incisiones profundas, sección de la sínfisis púbica, cesáreas (con mortalidad de casi el 100 %), extracción del feto de nalgas con ganchos o con asas” (García, 2015). Estos procedimientos encarnan una mirada sobre el cuerpo femenino, en la que este se ve como una cosa o un objeto manipulable por la disciplina obstétrica. Incluso según García (2015) fallecieron muchas mujeres durante la realización de estos experimentos sin que hubiese algún reconocimiento de este hecho.

Posteriormente, durante el Siglo XX se comienza a instaurar una mirada higienista para atender no sólo los procesos de parto, sino como un paradigma dentro de la atención de la salud e inclusive en la manera en que se concibe la sociedad. Por esto, se incorporan algunas medidas como el uso de agua potable en las instancias hospitalarias y se crean programas de educación sanitaria sobre enfermedades contagiosas (García, 2015). Este discurso se puede rastrear en Costa Rica cuando en diferentes ediciones de la Gaceta Médica se comienzan a transmitir “prácticas de higiene como idearios de orden y moral (...) brindaban consejos de higiene para los niños, las mujeres embarazadas, los enfermos de sífilis, entre otros” (Flores, 2007, p. 15). La particularidad de estas indicaciones es que señalaban y normaban cómo debían ser las personas, y, por ende, se clasificaba a aquellas personas que cumplían con la norma social y quiénes quedaban por fuera de esta.

Igualmente, en esta época se puede identificar la presencia de un discurso patriarcal en la medicina occidental que se traduce “en la práctica médica, en la atención y evaluación de los diversos ciclos de vida de la mujer” (Quevedo, 2012, p.43). Esto es palpable no sólo en la eliminación de la voz de las mujeres sobre sus propios cuerpos o en la toma de decisiones sobre los procesos que les realizaban, sino en el refuerzo del rol social de las mujeres como “madres” exclusivamente.

Ahora bien, todos estos cambios experimentados por la disciplina obstétrica en el contexto europeo poseen un impacto en la realidad latinoamericana y costarricense, ya que estos conocimientos son incorporados dentro de la educación y la atención que se da en la región y en el país. En este sentido, se puede revisar el

libro de Esquivel (2000) denominado “*La obstetricia a través de un siglo 1890-1990*”, en el que la autora hace un repaso por las diversas concepciones que se tuvieron en diferentes épocas históricas sobre temas como aborto, menstruación, embarazo, parto, puerperio y otros.

La autora plantea que con la llegada del Dr. Carlos Durán C. a Costa Rica en el año de 1875, se generan cambios en la atención de los partos. Durante este período las mujeres eran atendidas en sus hogares por otras mujeres que habían adquirido experiencia, pero que, en palabras de Esquivel (2000), no contaban con los conocimientos técnicos. Esta situación genera que el Dr. Durán en conjunto con los doctores Genaro Bonilla y Luis Ross Pochet, propongan a la Facultad de Medicina la creación de una escuela para obstetras en el año 1899.

A su vez, esto incide en la creación de una sala de maternidad en el Hospital San Juan de Dios en el año 1900, evento que inaugura en el país este proceso de institucionalización de los procesos asociados al parto. Esquivel (2000) señala que, en principio, las obstetras debían convencer a las mujeres para que accedieran a recibir la atención hospitalaria y realizaban visitas domiciliarias de manera paralela. Y, es en el año de 1920 cuando se crean las clínicas prenatales e infantiles por Decreto Ejecutivo, bajo una lógica de prevención y de adopción de medidas en pro de la mujer (Esquivel, 2000). Estas ideas eran promovidas por el Dr. Carlos Durán en conjunto con el Dr. Adolfo Carit Eva, quien más adelante donará un terreno para la construcción de la reconocida maternidad Carit.

Estos eventos conllevan a la promulgación de la *Ley sobre protección de Salud Pública* en 1923 que se califica como el Primer Código Sanitario del país, en el que se establece que la salud nacional pasa a manos del Estado y la local debe ser asumida por las Municipalidades (Esquivel, 2000). Por ende, se sientan las bases para que la salud sea considerada un asunto de carácter público y estatal, así como para el inicio de la organización de la atención materno infantil.

Este proceso posee dos aristas, por un lado, representa un gran logro al colocar la salud como un asunto de relevancia social, de responsabilidad gubernamental y prestar servicios accesibles económicamente para la

población. Por otro lado, representa un aumento del control de los cuerpos de las mujeres desde las instituciones médicas e incluso puede leerse como un proceso en el que se comienza a materializar un afán por homogeneizar a la población a partir de prácticas institucionales de control civil e incluso religioso iniciado desde la segunda mitad del Siglo XIX (Flores, 2007). Esto implica la puesta en escena de un ordenamiento social y representa múltiples cambios en la concepción de la salud, menospreciando el uso de prácticas curativas tradicionales frente a la medicina lo cual provoca cambios a nivel cultural que inciden en la legitimidad de cuáles prácticas son las correctas y cuáles deberían ser eliminadas.

Desde la propia perspectiva de Esquivel (2000) este aumento de la atención del parto a nivel hospitalario y la expansión de la cobertura materno infantil no asegura que los servicios sean eficientes, ni adaptados a los contextos comunitarios y las necesidades de las personas. De hecho, más recientemente Valitutti, Salas, Castro, Rojas y Vargas (2015) enumeran algunas problemáticas dentro de la atención a la salud sexual y reproductiva que se brinda en el país. Estas son la no contemplación de las especificidades de la población, la visión de las mujeres como objetos pasivos, poca información a métodos anticonceptivos u otros procedimientos como la fecundación asistida, ausencia de promoción del derecho a un embarazo y maternidad libre, segura y voluntaria, ausencia de un enfoque integral, falta de normativas y protocolos para trabajar con población que posea alguna necesidad especial, barreras debido a los valores y la moral del personal de salud y la ocurrencia de muertes que podrían ser prevenibles, pero que ocurren en el mismo hospital.

Cabe señalar que, de la mano con estas prácticas, la obstetricia se convierte en un medio transmisor de ideas tal como fue sugerido con anterioridad. Particularmente, desde el año 1979 se asigna a las enfermeras obstétricas el encargo de brindar toda la información a las mujeres en torno a “la conducta por seguir en un parto normal” (Esquivel, 2000, p. 286), brindar todos los cuidados durante la labor de parto a menos que surja alguna complicación, fomentar la relación madre-hijo o hija luego del parto y se les concede la obligación de brindar educación a las madres adolescentes considerando que estas poseían un alto grado de inmadurez.

Todos estos elementos permiten caracterizar cómo ha sido el desarrollo de la disciplina obstétrica a nivel macro y situar los principales aspectos en este proceso que poseen relación con la ocurrencia de la violencia obstétrica. Además, se puede apreciar cómo desde el país se fue instalando la atención de los procesos reproductivos a nivel hospitalario y conocer los diferentes esfuerzos esgrimidos en la atención materno-infantil durante las últimas décadas. Para este último fin, en el apartado de *Marco de derechos sexuales y reproductivos* se puede encontrar una recopilación de algunos instrumentos legales que han sido promulgados en Costa Rica para este fin.

Cabe apuntar un último punto en torno a la complejidad de rastrear información sobre la génesis de esta disciplina en el contexto costarricense y cómo ha sido su proceso de consolidación hasta la actualidad. Por lo que dentro de este subapartado se realizó una aproximación a algunos eventos vitales presentados por Esquivel (2000) y así situar un punto de partida de cómo ha sido manejado el tema a nivel nacional.

A modo de resumen, se pueden enumerar las siguientes causas o raíces históricas de la violencia obstétrica a partir de los diferentes fenómenos que la han instaurado como una práctica válida dentro de los hospitales desde hace más de un siglo. Estos son:

1. *Institucionalización del parto*: Refiere al paso de la atención de los procesos asociados a la reproducción, especialmente del parto, de manos de las parteras u otros abordajes comunitarios a ser atendidos exclusivamente en los centros hospitalarios. Este despojo causa un impacto cultural en la manera en que se entienden y atienden estos procesos; y también, despoja del saber a las mujeres en torno a sus cuerpos, su reproducción y la posibilidad de construir una comunidad de mujeres que comparta y transmita estos saberes.
2. *Patologización del parto*: Implica la existencia de una visión negativa sobre los procesos asociados a la reproducción. Estos se ven como una enfermedad que debe ser intervenida y las mujeres pasan a ocupar un lugar de objeto de estudio. Son reducidas a su cuerpo, se anula su

subjetividad y se generan otras situaciones como la infantilización y cambios en el trato que se les brinda. Se asume que al estar enfermas no poseen control de su autonomía, ni tienen conocimiento válido sobre lo que acontece en sus cuerpos.

3. *(Hiper) medicalización del parto:* Se encuentra sumamente relacionado con los procesos anteriores, ya que implica la aplicación de la tecnología y la farmacéutica a los momentos de embarazo y parto. Particularmente, refiere a la creación de medicamentos con la finalidad de acelerar el proceso de parto. Asimismo, esta aplicación parte de la concepción de patologización del parto interviniendo directamente sobre el cuerpo de la mujer sin respetar el tiempo y proceso natural, ya que estas sustancias suelen ser aplicadas de manera indiscriminada y no sólo en casos necesarios.
4. *Tecnificación e industrialización del parto:* Este fenómeno se deriva de los anteriores y remite al uso de tecnologías para intervenir el parto. Abarca la creación de instrumentos como los “fórceps”, técnicas aplicadas sobre el cuerpo de las mujeres como la episiotomía u otras. Su uso genera que se reduzca el tiempo de atención durante los partos y se puedan realizar más nacimientos de manera rápida y efectiva. Sin embargo, estos ejemplos mencionados pueden llegar a ser contraindicados por los efectos que poseen en las mujeres y sus bebés. A su vez, generan la aceleración de los procesos y le quitan su protagonismo a las mujeres.
5. *Mecanización del parto:* Refiere a la instauración y rutinización de todos los aspectos anteriores, o sea, que hay una normalización del uso de las técnicas y los medicamentos para acelerar el proceso de parto en todos los casos se atienden. Esto contribuye a reforzar la desigualdad de poder que ha sido explicitada en la violencia obstétrica, en la que las mujeres son relegadas al último lugar y el personal médico es quien decide cómo y cuándo se va a dar el proceso de parto. Además, existe una especie de transformación del espacio hospitalario en una fábrica que se enfoca en la producción de bebés.

6. *Naturalización de la violencia:* Con la normalización de este tipo de intervenciones y sus efectos se invisibilizan los abusos y malos tratos que se dan en la atención hospitalaria. Se crea una lógica que justifica el accionar del personal médico, debido a que se le asigna el lugar de poseedor del conocimiento. Esto implica la existencia de una cultura institucional con determinadas características como la jerarquización de labores, la desigualdad de poder, la protocolización de la atención, una visión hacia las mujeres y la legitimación del ejercicio de ciertas formas de violencia contra las mujeres dentro de la atención que se brinda.

A estos procesos históricos se suman otras características del sistema social como la instauración del patriarcado como marco de referencia social, la objetivización del cuerpo de las mujeres, la apropiación de su sexualidad y la reproducción, y la imposición de la maternidad como un mandato. Todas estas condiciones inciden en la ocurrencia de la violencia obstétrica y su naturalización.

“El “vamos a romper esa fuente” significó que, sembrada como un aerolito en media mesa de partos, tuve que poner los pies en una mesa de estribos, que me separaban ampliamente las piernas, dejando al descubierto y en perspectiva de cinemascopio mi indefenso sexo, delante de tanta gente que veía por primera vez en mi vida, que probablemente no volvería a ver, y que retendrían de mí solamente esa faceta de mi personalidad (...) Pero cuando recomenzaba el dolor se iba haciendo tan contundente que me entraron ganas de gritar como una horda de mohicanos. Pero no me atrevía. Digamos que no me sentía en confianza. Toda esa gente, la enfermera paleolítica empeñada en demostrarme su indiscutible superioridad, me tenían muy inhibida”

(Ana Istarí, 2016, p. 50).

## **CAPÍTULO 3: Marco teórico y marco de derechos sexuales y reproductivos: elementos para comprender y pensar la Violencia Obstétrica**

### **3.1. Marco teórico**

Este capítulo presenta los principales elementos teóricos que sustentan este trabajo de investigación y que son el cimiento para el posterior análisis de la información recopilada. Las teorías sobre las cuales se trabajó fueron la psicología social, la psicología política, algunas teorías feministas y el enfoque de derechos humanos. Cada una de estas atravesó no sólo la escritura de este documento, sino la puesta en práctica de la investigación. Estos marcos de interpretación presentan diferentes elementos que poseen relación con la metodología elegida, la forma en que se lee críticamente los datos recuperados e inclusive con la postura ética de la cual parte esta pesquisa. Se detallarán algunas de sus características para entender desde qué lentes se está comprendiendo la temática de la violencia obstétrica.

Es importante acotar que a partir de estas teorías se definieron una serie de elementos teórico-conceptuales que son recuperados en el apartado de resultados a la luz de la información recopilada. Son las categorías de patriarcado, violencia contra las mujeres, violencia obstétrica, poder e impacto psicosocial. Estos elementos se discuten, construyen y entremezclan con los relatos de vida de las mujeres y otros elementos teóricos. En este sentido, se puede afirmar que tanto las teorías como los referentes conceptuales se transversalizan a lo largo de la investigación.

#### **3.1.1. Psicología social y psicología política**

Gran parte de la producción en el campo de la psicología se ha centrado históricamente en analizar solamente aspectos subjetivos o individuales. Sin embargo, existe una gran producción en torno a la psicología

social que centra su estudio en cómo las y los sujetos se relacionan entre sí y se encuentran situados o situadas en un contexto sociohistórico particular que les atraviesa (Fernández, 2009).

Esta idea central implica reconocer que las personas no se encuentran aisladas entre sí y que más bien existen diferentes vinculaciones sociales que deben ser tomadas en cuenta por la disciplina. Así, “la psicología social trata de desentrañar la elaboración de la actividad humana en cuanto es precisamente forjada en una historia, ligada a una situación y referida al ser y actuar de unos y otros” (Martín- Baró, 2000, p. 10). Más allá de esto, reconoce el vínculo indisoluble entre las personas y las sociedades concretas.

Estos elementos permiten situar la mirada de las experiencias personales o subjetivas dentro de un plano sociohistórico-cultural particular, y a su vez reconocer que este plano se encuentra interrelacionado e influido por la acción de las personas. En otras palabras, “todo individuo existe en una red de relaciones y todo colectivo está compuesto por individuos” (Navarro, 2012, p. xiii).

Siguiendo esta última idea, se resalta que uno de los principales alcances de la psicología social es examinar “ese momento en que lo social se convierte en personal y lo personal en social” (Martín- Baró, 2000, pp. 16-17), tomando como base para el análisis a las y los individuos. Para esto, es importante distinguir tres niveles de referencia social (Martín- Baró, 2000):

- 1) *Relaciones primarias*: corresponde a aquellos “vínculos humanos que se producen al interior de los grupos primarios y que tienen un carácter personalizante” (Martín-Baró, 2000, p. 73). Influyen y determinan la identidad de una persona e involucran relaciones afectivas entre las personas del grupo. Por ejemplo: las agrupaciones familiares.
- 2) *Relaciones funcionales*: remite a los grupos que poseen determinada tarea dentro del sistema social, comúnmente suelen ser grupos profesionales (asociados a determinada labor) u organizativos (determinados por la organización o institución en la que una persona se encuentra

inserta). Por ejemplo: los gremios laborales o la función que se ocupa en estos espacios (director, asistente, entre otros).

- 3) *Relaciones estructurales*: reconoce las diferenciaciones sociales generadas por otros aspectos como el económico, la clase social, el género, el machismo y otros.

Particularmente, dentro de este trabajo se ahonda en las relaciones estructurales que dan pie a la ocurrencia de la violencia obstétrica, pero también se toman en cuenta los otros tipos de relaciones para comprender el fenómeno de manera más integral. Estos tres niveles de referencia social no se encuentran disociados entre sí, sino que expresan distintas facetas de los procesos sociales en los cuales se insertan las personas.

Ahora bien, desde la psicología social latinoamericana se incita a trabajar desde una perspectiva crítica y comprometida socialmente. Este llamado invita a reconocer las problemáticas propias de la región latinoamericana y sus contextos, la desnaturalización de la realidad para poder rastrear las relaciones de poder y desigualdad, la influencia de los procesos económicos en las relaciones sociales, así como la necesidad de propiciar procesos liberadores para la población con la que se trabaja (Martín- Baró, 2000, González, 2004).

Estas nociones sustentan el accionar de la psicología política, la cual “centra su acción en el estudio de la influencia que tiene la toma de decisiones desde las estructuras de poder sobre las personas... y viceversa” (González, 2012, p. 1). A su vez, permite ver tanto los aspectos globales como aquellos más personales e íntimos como lo sería la sexualidad u otros que forman parte de la vida cotidiana de las personas.

En el caso de la presente tesis se vuelve vital trabajar desde los marcos de la psicología social y la psicología política para comprender cómo una experiencia de violencia obstétrica que trastoca la subjetividad de las mujeres posee una raíz sociocultural, y a su vez, deja marcas en las relaciones intersubjetivas que estas mujeres poseen con otras y otros. Este abordaje evita realizar una mirada psicologizante a una problemática

como la violencia obstétrica y sacarla de lo individual para comprender el contexto en la cual se da su ocurrencia, así como sus efectos en las relaciones sociales.

### **3.1.2. Teorías feministas**

*“El feminismo es un impertinente”*

(Varela, 2008, p. 1).

Esta investigación parte desde una perspectiva feminista, pero es necesario acotar que no existe una sola teoría o postura feminista, sino que hay pluralidad a la hora de comprender el quehacer del feminismo y la realidad social de las mujeres.

Por esto, dentro de esta investigación se trabajó con dos definiciones que permiten hablar del feminismo desde una mirada amplia. En primer lugar, se entiende que este es “(...) una teoría, con su visión del mundo, ética y procedimientos y por otro, también contempla una visión de sociedad que la lleva a propiciar la acción política para superar el patriarcado” (González, 2010, p. 117). Además, el feminismo es “toda teoría, pensamiento y práctica social, política y jurídica que tiene por objetivo hacer evidente y terminar con la situación de opresión que soportan las mujeres y lograr así una sociedad más justa que reconozca y garantice la igualdad plena y efectiva de todos los seres humanos” (De las Heras, 2009, pp. 46-47).

Es posible localizar diferentes elementos en estas definiciones para comprender que el feminismo es tanto la construcción de conocimiento y teorías sobre la realidad social, particularmente, de la situación de las mujeres, pero también refiere a una práctica política y a una ética de trabajo con estas.

Estos elementos pueden ser retomados desde las Ciencias Sociales para colocar a las mujeres como productoras de conocimiento y como agentes para presentar la situación psicosocial que vivencian, así como

evidenciar las distintas formas de discriminación y de violencia que recaen sobre sus cuerpos (García, 2003; González, 2010).

Del mismo modo, es plausible señalar que a pesar de la existencia de diferentes vertientes feministas existe un interés compartido en visibilizar las relaciones de poder y la desigualdad que permean la sociedad (Amorós, 2000; González, 2010). Inclusive existe un empeño por hacer visibles no sólo las relaciones de poder a nivel macrosocial sino también aquellas “(...) relaciones de poder identificadas en ámbitos en los que pasaban desapercibidas como tales bajo otros ropajes ideológicos: el amor y los afectos en el "natural" e íntimo ámbito de lo privado cuya lógica sería inconmensurable e irreductible a la que rige el mundo público” (Amorós, 2000, p. 12).

Esto implica visibilizar diferentes situaciones que han sido sumamente naturalizadas y que pasan desapercibidas en la vida cotidiana. Estas poseen implicaciones en la construcción de la subjetividad de las personas y en la forma en que estas se relacionan entre sí. De ahí, que los aportes de las teorías feministas resulten de gran valor para desenmarañar estas situaciones.

Otro aspecto importante de presentar en este apartado es un breve recorrido histórico por las diferentes vertientes o corrientes que han caracterizado las luchas feministas. Se pueden dividir en tres momentos:

*Primer momento o primera ola:* Este período posee sus raíces en la Ilustración con el reconocimiento de la dignidad humana como un valor esencial y diversos derechos asociados a esta (De las Heras, 2009). Justamente la atención y las luchas se enfocan a la búsqueda de igualdad de derechos entre hombres y mujeres. Los principales aspectos que se reivindican son la individualidad, la libertad y la validación de las mujeres como sujetos autónomos y racionales, a la par del acceso a la educación, el trabajo, derechos matrimoniales, custodia de hijas e hijos y el derecho al voto (De las Heras, 2009).

*Segundo momento o segunda ola:* Esta época del feminismo abarca desde el Siglo XIX hasta las

primeras décadas del Siglo XX. Concretamente se sitúa en el apogeo del movimiento sufragista y la búsqueda del reconocimiento de la ciudadanía de las mujeres. De las Heras (2009) señala que los avances se generan de manera diferenciada en Estados Unidos y Europa, ya que en el primer caso se establecieron alianzas con otros movimientos sociales como el abolicionista o el de la reforma moral, mientras que, en el segundo caso, se realizó de manera aislada. Estos eventos comienzan a posicionar al feminismo como un movimiento de carácter internacional diferenciado de otros movimientos como el socialista o el anarquista (De las Heras, 2009). Sobresale una diferenciación entre las mujeres de clase media y las mujeres obreras en cuanto a sus intereses, y también, se reconoce el gran aporte realizado por Simone de Beauvoir al “construir una teoría explicativa de la subordinación de las mujeres desde una investigación interdisciplinar (...) para defender que no se nace mujer, sino que se deviene mujer, es decir, que la mujer es construida socialmente más que biológicamente” (De las Heras, 2009, p. 56).

*Tercer momento o tercera ola:* Este período puede ser situado desde la década de los sesenta hasta la actualidad, y se distingue por la aparición de diversas corrientes feministas a lo largo de estos años. Hasta 1980 se identifican tres perspectivas: feminismo liberal, feminismo socialista y feminismo radical, y en años más recientes se pueden distinguir las siguientes (De las Heras, 2009):

**Feminismo de la igualdad:** Centra su acción en la aceptación de que todas las personas son iguales y que las diferencias sociales son producto de las relaciones de dominación. Su principal meta es la ampliación de los derechos de las mujeres y suele apostarse por la promulgación de leyes que aseguren este acceso. De las Heras (2008) afirma que dentro de esta corriente se enmarcan el feminista liberal, el feminista socialista y el feminista marxista.

Algunos de los aportes de esta corriente son la utilización de los conceptos de género,

globalización, económica, raza, edad y aspecto físico para explicar la subordinación de las mujeres, mientras que algunas de las críticas plantean que la búsqueda de la igualdad lo que busca es una masculinización de la mujer (De las Heras, 2009).

**Feminismo de la diferencia o postmodernista:** Esta perspectiva defiende que “la causa de la desigualdad real entre hombres y mujeres es la caracterización patriarcal de la mujer y los esfuerzos feministas por igualar a mujeres y hombres” (De las Heras, 2009, p. 62). Ante esto se plantean diferentes posturas como el feminista radical (persiguen la liberación de la mujer en otros aspectos como la sexualidad e impulsan la organización de las mujeres en agrupaciones), el feminismo cultural y el feminismo de la diferencia de base psicológica (exaltan lo femenino y centra su atención en el análisis de las mujeres como grupo y de la construcción de su identidad cultural) y el feminismo postmoderno (rechaza la noción de diferencia como categoría general y desaprueba los conceptos de género, autonomía e identidad).

**Otros feminismos:** De las Heras (2009) puntúa que en los últimos años han tomado fuerza otras corrientes feministas que apuestan por el señalamiento de que las mujeres no son un grupo homogéneo y que es vital distinguir su pluralidad. Por esto, se pueden distinguir otros grupos como el feminismo lesbiano o el feminismo negro que se han concentrado en trabajar necesidades particulares de sus colectivos, ya que se han visto excluidas desde otras corrientes feministas.

En consonancia con esta última tendencia dentro del feminismo que reconoce las particularidades de cada mujer, es posible identificar el concepto de interseccionalidad. Este término fue acuñado por la abogada afroestadounidense Kimberlé Crenshaw en el año de 1989 para señalar en un caso que atendía las diversas formas de opresión que experimentaban trabajadoras negras de la Compañía estadounidense General Motors

(Viveros, 2016; La Barbera, 2016).

Concretamente la abogada buscaba señalar que en este contexto las mujeres enfrentaban diversas situaciones de discriminación y violencia no sólo por el hecho de ser mujeres, sino también por su raza (Viveros, 2016). El concepto es retomado por diferentes feministas para visibilizar:

(...) la complejidad de los procesos formales e informales que generan las desigualdades sociales. Este enfoque revela que las desigualdades son producidas por las interacciones entre los sistemas de subordinación de género, orientación sexual, etnia, religión, origen nacional, (dis)capacidad y situación socioeconómica (La Barbera, 2016, p. 106).

El concepto reconoce la diversidad existente entre las mujeres y refleja los distintos grados de desigualdad que vivencian. Así, no es lo mismo ser una mujer joven lesbiana, que una mujer adulta mayor migrante. Este aporte será vital a lo largo de este documento para considerar cómo influyen estas categorías en las experiencias de violencia obstétrica de las mujeres entrevistadas.

Ahora bien, este repaso histórico de las diversas corrientes feministas permite visualizar cómo en diferentes períodos de la historia han existido diversas reivindicaciones en torno a las necesidades de las mujeres. Aunque tanto en la primera como en la segunda ola se busca defender su acceso a derechos particulares de carácter social (trabajo, educación, entre otros), estas búsquedas promueven que se comience a replantear la comprensión de lo femenino a nivel sociocultural. Siendo la tercera ola el momento donde comienzan a surgir, de forma más marcada, preocupaciones en torno a los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, generando una gran cantidad de producción teórica en la que se discute la necesidad de repensar

la identidad e impulsar procesos reflexivos de las mujeres en torno a esta.

Dentro de este mismo momento del feminismo, se abre la discusión de temáticas como el acceso a métodos anticonceptivos, la educación sexual, la capacidad reproductiva de las mujeres y su vínculo con la subordinación, el derecho a decidir sobre los cuerpos, la sexualidad y la reproducción, y también, se expone la necesidad de reflexionar en torno a la atención que se da a estos procesos. Estas reflexiones no sólo se enfocan en discutir el rol socialmente asignado a las mujeres como madres, sino a impulsar una apropiación de las mujeres de sus derechos y sus cuerpos.

Estos aportes son esenciales a la hora de abordar la temática de violencia obstétrica, ya que esta trastoca y se interseca con tópicos como los derechos sexuales y reproductivos, la atención que se brinda a los procesos asociados a la reproducción, la construcción sociocultural de la maternidad y las experiencias de violencia que fueron atravesadas por mujeres particulares. Estando estas situadas en un contexto particular propio, en el que presentan diferentes condiciones económicas, edad, etnia, redes de apoyo, y muchas otras características que también deben ser tomadas en cuenta.

Por esto, en la actualidad es vital no olvidar que todas estas luchas y exigencias propias de los movimientos feministas en sus diferentes momentos, son la base para la discusión que se ha comenzado a plantear en las últimas décadas alrededor de materias como la violencia contra las mujeres y otras desigualdades que han sido legitimadas desde el sistema patriarcal. Por lo tanto, dentro de esta investigación se retomarán aportes del feminismo de la segunda ola, principalmente de Simone de Beauvoir, pero existirá un gran énfasis en retomar las discusiones propiciadas a partir de la tercera ola feminista citadas anteriormente, considerando los aportes de teóricas más actuales como Rita Segato, Silvia Federici y el feminismo interseccional.

Por último, dentro de este subapartado es importante evidenciar los aportes del feminismo a la

psicología, puesto que estos elementos y reflexiones permiten un abordaje integral al tema en cuestión dentro de esta investigación. Además, partiendo desde la psicología política, el ejercicio de la disciplina se encuentra atravesado por perspectivas y exige un posicionamiento ante las situaciones de desigualdad como es el caso de la violencia obstétrica.

Primeramente, González (2010, 2013) afirma que es posible hablar de una psicología feminista que tiene como fin analizar las relaciones de poder que se dan entre las personas y propiciar que las mujeres adquieran dominio de sus vidas, sobre sus cuerpos y en general sobre sí mismas. Aunque en esta indagación no se generó un proceso reflexivo grupal con todas las mujeres entrevistadas, el acercamiento a cada una de ellas partió del reconocimiento de sus experiencias, del rescate de sus vivencias y perspectivas sobre lo que aconteció. Por lo que, se puede afirmar que el abordaje de la investigación se sitúa desde este marco, tanto desde la comprensión del fenómeno de la violencia obstétrica como una situación en la que se evidencian relaciones desiguales de poder, hasta el abordaje metodológico utilizado.

Por otra parte, García (2003) señala que esta relación entre perspectivas ha permitido visibilizar los procesos de conformación de subjetividades, las relaciones de poder/ saber, analizar las relaciones sociales y discutir algunos mitos como que las mujeres poseían incapacidad mental o solamente debían estar relegadas al ámbito doméstico, a lo emocional y a lo maternal. Estas reflexiones serán retomadas dentro de los apartados de análisis y conclusiones en tanto son temáticas sumamente relacionadas con los resultados de la investigación.

### **3.1.3. Enfoque de derechos humanos (DDHH)**

Los derechos humanos constituyen una serie de conceptos y principios que buscan proteger diferentes aspectos como la vida humana, la integridad y la dignidad. Desde otra perspectiva, también “son procesos (...)”

es decir, el resultado, siempre provisional, de las luchas que los seres humanos ponen en práctica para poder acceder a los bienes necesarios para la vida” (Flores, 2008). Estos bienes pueden ser la libertad de expresión, vivienda, educación, medio ambiente, arte, cultura, entre otros; y se busca que su acceso sea justo e igualitario para todas las personas.

Estas garantías son validadas desde diferentes disciplinas, entre estas las ciencias sociales y se trasladan al denominado enfoque de derechos humanos. Trabajar desde este enfoque implica reconocer los valores, principios y normas universales asociados a la dignidad humana en el trabajo que se realice con las personas y en el lente con el cual se analiza la realidad social.

Además, este enfoque busca “transformar las relaciones de poder que existen, corregir las desigualdades, las prácticas discriminatorias y el injusto reparto de poder” (Borja, García e Hidalgo, 2011, p. 13). Para esto, se promueve el impulso y el reconocimiento de los siguientes aspectos:

- A. La garantía del acceso de las personas a los derechos humanos.
- B. El conocimiento y revisión de las normas internacionales de derechos humanos como un marco bajo el cual trabajar y para plantear objetivos con miras a la intervención.
- C. Partir de los principios de universalidad (todas las personas son garantes de los DDHH por el hecho de ser personas), indivisibilidad (todos los DDHH poseen importancia en igual medida), interdependencia (todos los DDHH poseen relación entre sí y son complementarios), igualdad y no discriminación (derechos para todas y todos sin distinción alguna), participación (se debe garantizar el acceso a los DDHH), inalienabilidad (los derechos no se pueden ceder, cesar o vender) y rendición de cuentas (los Estados y otros entes deben procurar el acceso a los DDHH e informar sus avances y acciones en pro de estos).
- D. Respetar los valores asociados a la dignidad humana, libertad, igualdad, solidaridad, seguridad

y justicia.

- E. Priorizar a los grupos más vulnerables o que “por distintas circunstancias políticas, sociales y económicas, se encuentran en una situación de mayor riesgo e indefensión para ejercer sus derechos y libertades” (Borja et al, 2011, p. 14).
- F. Considerar una mirada holística a la hora de analizar las problemáticas que tome en cuenta el marco social, político, económico y cultural dentro del cual se enmarcan. Esto implica visibilizar las causas estructurales que pueden estar limitando el acceso a los derechos.

También, para Flores (2008) es importante tener presente que trabajar desde un marco de DDHH posee una gran complejidad, ya que los DDHH se encuentran atravesados por elementos ideológicos y culturales que facilitan o limitan su cumplimiento. Así, aunque un país como Costa Rica se encuentre adscrito y ratifique una gran cantidad de normativas internacionales, existen elementos ideológicos, políticos y culturales que limitan un verdadero acceso de la población a estas garantías.

De igual manera, Flores (2008) recomienda cuatro condiciones y cuatro deberes básicos para aplicar una teoría sensata y crítica de los DDHH. Las condiciones son:

1. Situarse desde una visión realista del mundo en que se vive y se desea actuar utilizando los DDHH como una herramienta para su mejora.
2. Promover el pensamiento crítico y la utilización de un lenguaje no discriminatorio.
3. Reconocer el papel de colectividades sociales determinadas y cómo estas crean pensamiento crítico en torno a las temáticas que les aquejan o preocupan.
4. Buscar de manera constante la exterioridad al sistema dominante partiendo de teorías o fundamentos ya construidos o innovando desde las realidades sociales. Esto es vital porque “ser críticos de un determinado orden es siempre una actitud abierta a nuestra capacidad humana de

indignación” (Flores, 2008, p. 120).

Mientras que los deberes básicos persiguen la construcción de un mundo sin imposiciones colonialistas o universalistas que reconozcan la diversidad epistemológica o los saberes de las personas, la diversidad cultural y recuperen la acción política sobre la exigencia de los DDHH (Flores, 2008). Estos son:

1. Reconocer que todas las personas poseen la capacidad de incidir en el entorno en el que habitan.
2. Trabajar desde el respeto a las poblaciones y visibilizar los privilegios que se poseen al pertenecer a determinada cultura o gremio.
3. Partir de la reciprocidad cuando se trabaja con personas, lo cual implica devolver parte de lo que hemos tomado de otras y otros.
4. Procurar la redistribución de los DDHH a través del acercamiento a otras personas y no sólo velar por los intereses propios.

Ahora bien, todos estos elementos que recogen Flores (2008) y Borja et al (2011) fueron de gran utilidad para el acercamiento que se realizó a las mujeres durante este proceso de tesis. Fue sumamente importante reconocer a cada una de las participantes como sujetas de derechos, con la capacidad de reconocer y caracterizar la experiencia de violencia que habían atravesado y también, considerar sus propuestas y lecturas alrededor de este tema. Este enfoque permitió situar la lectura de la violencia obstétrica desde el reconocimiento de los DDHH de las mujeres y desde una perspectiva de género que visibiliza la desigualdad y subordinación de las mujeres dentro del sistema patriarcal (Hendel, 2017). Sin embargo, es importante subrayar desde un enfoque feminista y un lente crítico que más allá de la mención de estas garantías propuestas desde los marcos legales, existe fundamentalmente una transgresión al concepto de dignidad humana de las mujeres.

Tal como afirma Turégano (2009) en las formas de violencia de género puede rastrearse una consideración desigual sobre la dignidad de la mujer. Esta valoración implica que las mujeres no son

reconocidas, ni valoradas socialmente como sujetas autónomas e independientes moralmente, lo cual inválida su capacidad de producir conocimiento, decidir y actuar sobre sí mismas. Desde esta propuesta se puede señalar que, en el caso de la violencia obstétrica, al ser una forma de violencia contra las mujeres, existe un trasfondo de no reconocimiento básico del principio de dignidad humana.

Esta puntualización conlleva una crítica y un señalamiento para pensar en las limitaciones de los marcos legales y su relación con los cambios culturales. Aunque es importante que existan estos documentos, hay que evidenciar que a nivel sociocultural existe una deshumanización de las mujeres y que incluso a nivel estatal e institucional se reproducen formas de violencia hacia estas. Así, los mismos entes que supuestamente poseen la tarea de hacer garantes los DDHH se vuelven ejecutores de violencia y del no reconocimiento de principios básicos como la dignidad. Aún más allá de esto, es menester reconocer que estos organismos están permeados del sistema patriarcal y lo reproducen.

### **3.2. Marco de derechos sexuales y reproductivos**

Entre los aportes del movimiento feminista se puede encontrar una serie de luchas para conseguir el reconocimiento de derechos fundamentales de las mujeres como el vivir una vida libre de violencia. Aunque en el caso de la violencia obstétrica su conceptualización bajo este nombre es reciente, existen algunos mecanismos legales que le anteceden y algunas experiencias internacionales que ya le posicionan en el marco legal actual.

Los derechos sexuales y reproductivos son el resultado de estas luchas feministas para generar una vida sin violencia en las esferas tanto públicas como privadas (Romero y Muro, 2015). En un estudio sobre derechos sexuales y reproductivos, Maroto (2005), investiga cuáles son las perspectivas de diversos grupos de la sociedad costarricense sobre estos derechos. La autora menciona una serie de derechos reproductivos que para

este estudio poseen relación con la violencia obstétrica, es decir, a través del ejercicio de esta se dejan de lado el derecho a la intimidad, la privacidad sexual, la confidencialidad a la hora de guardar el secreto profesional, el derecho a la información, educación sexual o recibir información completa, científica, laica y actualizada sobre salud reproductiva, el acceso a los servicios respectivos, y finalmente, el derecho a la atención y salud reproductiva de alta calidad, gratuitos y confidenciales.

También, se podrían violentar otros derechos como el derecho a la vida o el no morir por causas evitables relacionadas con el embarazo o el parto, el derecho a la salud tanto en su acceso como de recibir atención, el derecho a la libertad, seguridad e integridad personales o no ser sometida a torturas, penas o tratos crueles inhumanos o degradantes y estar libre de violencia basada en el género o el sexo, y el derecho a disfrutar del progreso científico y a dar su consentimiento para ser objeto de experimentación en el área de la reproducción humana (Facio, 2008).

Ahora, estos derechos se encuentran directamente relacionados con la violencia obstétrica en tanto muchas de sus manifestaciones (físicas, verbales, entre otras) incumplen los derechos enumerados anteriormente. Por ejemplo, Valdez et al (2013) mencionan que varias mujeres reportaron pellizcos o golpes en las piernas lo cual se encuentra contrapuesto al derecho a no ser sometida a torturas, tratos crueles o inhumanos, o Terán et al (2013) señalan que no se usa el consentimiento informado a la hora de realizar algunos procedimientos o que no se les da información completa sobre estos, faltas que no toman en cuenta los derechos reproductivos del derecho a la información y confidencialidad. Asimismo, la violencia verbal (Quevedo, 2012; Valdez et al, 2013) irrespeta algunos derechos como la privacidad sexual, el derecho a la atención de calidad, el derecho a no ser sometida a tratos degradantes, entre otros.

Por otro lado, en Costa Rica se han implementado diversos instrumentos legales, tanto internacionales como nacionales, en pro de las garantías de las mujeres en materia de violencia contra las mujeres y acceso a

una adecuada salud materno infantil. Estas disposiciones respaldan el marco de derechos sexuales y reproductivos anteriormente enumerados, sin embargo, es necesario apuntar que existen muchos vacíos en su implementación y aspectos socioculturales que deben trabajarse para procurar su cumplimiento.

Badilla y Blanco (1996) recopilan algunos de estos acuerdos en su libro Código de la Mujer. A continuación, se detallarán brevemente en conjunto con otros documentos atinentes al tema:

Tabla 1:

*Instrumentos legales aprobados por Costa Rica en pro de los derechos de las mujeres.*

<b>Instrumento</b>	<b>Aprobada por</b>	<b>Descripción</b>
<p>Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (1984)</p>	<p>Organización de las Naciones Unidas (ONU)</p>	<p>En su artículo 12 especifica:</p> <p>“1. Los Estados parte adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación de la familia.</p> <p>2. Sin perjuicio de lo dispuesto en el párrafo 1 supra, los Estados Parte garantizarán a la mujer servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto, proporcionando servicios gratuitos cuando fuere necesario, y le asegurarán una nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia” (Badilla y Blanco, 1996, p. 9).</p>
<p>Ley N.º 7499: Aprobación de la Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer- Convención Belém do Pará (1995)</p>	<p>Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica</p>	<p>La aprobación de esta convención implica el reconocimiento de la problemática de la violencia contra las mujeres (VCM) y la importancia de generar acciones para su erradicación.</p> <p>En la misma se reconocen las siguientes formas de VCM: física, sexual y psicológica que se dé dentro de los siguientes ámbitos: familia o unidad doméstica, relaciones interpersonales, comunidad o estatal. Asimismo, se define la VCM como:</p> <p>“cualquier acción o conducta, basada en su género, que</p>

		<p>cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como el privado” (Badilla y Blanco, 1996, p. 34).</p> <p>Se reconoce que esta es una expresión de las relaciones de poder desiguales que han sido construidas históricamente entre hombres y mujeres. Por esto, los Estados Parte deben procurar no ejercer ninguna forma de VCM, trabajar en la prevención, investigación y sanción de esta temática, crear legislaciones y generar medidas jurídicas, entre otras.</p>
Ley N.º 5395: Ley General de Salud (1973)	Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica	<p>En el artículo 12 se establece que:</p> <p>“Toda madre gestante tiene derecho a los servicios de información materno- infantil, al control médico durante su embarazo; a la atención médica del parto y a recibir alimentos para completar su dieta, o la del niño, durante el período de lactancia” (Badilla y Blanco, 1996, p. 171).</p>
Ley N.º 7430: Ley de fomento a la lactancia materna (1994)	Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica	<p>Esta ley posee como objetivo el fomento de una nutrición segura y eficiente para las y los lactantes. Se propone trabajar a partir de la educación y la protección de la lactancia materna.</p> <p>Además, busca promover programas y publicidad para procurar estos propósitos, contempla la creación de una Comisión Nacional de Lactancia Materna y promueve el involucramiento del Ministerio de Salud, la C.C.S.S., el Ministerio de Educación Pública (MEP), las universidades y otros agentes de salud.</p>
Decreto N.º 18080- S: Reglamento de esterilizaciones (1988)	Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica	<p>Este instrumento es un reglamento de cumplimiento obligatorio para el personal médico que realiza el procedimiento en el país y las instituciones hospitalarias públicas y privadas donde se realicen estas intervenciones.</p> <p>En el mismo se establecen los requisitos para solicitar una esterilización, la creación del Comité de Esterilizaciones, diversas condiciones de salud que podrían ser contraindicadas para la realización del procedimiento o indicaciones para proceder en caso de</p>

		su presencia.
Reglamento del seguro de enfermedad y maternidad- artículos 14, 15, 35, 40 a 63 (1952)	Junta Directiva de la Caja Costarricense del Seguro Social (C.C.S.S.)	<p>En este apartado Badilla y Blanco (1996) resaltan aquellos artículos que hablan los deberes de la C.C.S.S. en cuanto a la atención a las mujeres en caso de riesgo y maternidad.</p> <p>Particularmente, interesa resaltar algunos aspectos del seguro de maternidad. En el artículo 40 se señala que este seguro abarca los períodos de embarazo, parto y puerperio brindando:</p> <p>“a) Asistencia obstétrica en la casa de la asegurada o en los hospitales o maternidades designados por los médicos de la Caja.  b) Subsidios de dinero.  c) Asistencia láctea para los hijos de las aseguradas supeditadas a las condiciones, cantidades y plazos señalados en el artículo 44” (Badilla y Blanco, p. 190).</p> <p>Además, se exponen los períodos de incapacidad, especificaciones sobre el otorgamiento de los subsidios de dinero, la posibilidad de optar por el Seguro de Enfermedad en caso de enfermedad o aborto, entre otros aspectos.</p>
Guía de Atención Integral a las Mujeres, Niños y Niñas en el período prenatal, parto y postparto	Caja Costarricense del Seguro Social (C.C.S.S.)	<p>Es implementada en el año 2009. Este compendio abarca una serie de conceptos, enfoques y procedimientos para la atención que se debería brindar a las mujeres del país en la atención prenatal, en la atención del parto “normal” y en la atención del postparto. Presenta diversas descripciones sobre cómo realizar prácticas que sean seguras y eficaces al atender los embarazos, partos y postpartos desde una perspectiva “humanizada” e integral.</p> <p>Se plantea que es necesario realizar un cambio de paradigma en los modelos de atención para pasar de la “medicalización y el intervencionismo innecesario a un enfoque positivo de salud, que incorpora e integra los aspectos objetivos y subjetivos de proveedores (as) y de los y las usuarias (os)” (CCSS, 2009, p. 15).</p>

Elaboración propia a partir de Badilla, A. y Blanco, L. (Comp.). (1996). *Código de la Mujer*.

*República de Costa Rica*. San José, Costa Rica: Editado por Porvenir, Fundación Arias para la Paz y el

Progreso Humano CECADE y Caja Costarricense del Seguro Social (2009). *Guía de Atención Integral a las mujeres, niños y niñas en el período prenatal, parto y postparto*. Publicada por la C.C.S.S., San José: Costa Rica. Extraída de: <http://www.binasss.sa.cr/libros/guiaprenatal09.pdf>

Estos instrumentos deberían fungir como un respaldo para que las mujeres accedan a servicios de salud de calidad y a la garantía del derecho a la salud. Además, para asegurar su acceso a los derechos sexuales y reproductivos tutelados en las normativas internacionales y nacionales. Sin embargo, Valitutti et al (2015) señalan que en el país pueden encontrarse una serie de debilidades en cuanto a la atención de las mujeres en centros de salud, la información que se brinda sobre los derechos o la salud, la promoción de una atención de calidad y la garantización plena de una vida libre de violencia.

También, con respecto a la *Guía de Atención Integral a las Mujeres, Niños y Niñas en el período prenatal, parto y postparto* (CCSS, 2009), Ileana Quirós (Ileana, comunicación personal, 10 de agosto de 2018) señala que existe mucha reticencia y desconocimiento de este documento por parte del personal de la institución. Esto repercute en que se sigan aplicando viejos modelos de atención a estos procesos que se encuentran marcados por una verticalidad en el trato que se brinda a las mujeres dentro de las instituciones.

Este constituye uno de los retos centrales para incidir en el cese de esta forma de violencia. Además, es posible afirmar que a pesar de la existencia de algunos mecanismos legales que sancionan la violencia y buscan brindar un buen acceso a los servicios de salud relacionados con los derechos sexuales y reproductivos, Costa Rica presenta grandes obstáculos para que este acceso sea pleno e integral.

Ahora bien, con respecto a la violencia obstétrica propiamente no existe ninguna legislación aprobada en el país sobre el tema. En el año 2015 el diputado Mario Redondo propuso una pequeña propuesta de ley denominada *Ley para proteger a la mujer embarazada y sancionar la violencia obstétrica*. Este proyecto

estuvo en dos comisiones de la Asamblea Legislativa, la de sociales y la de mujer, pero no fue aprobado siendo calificado con un dictamen negativo en el año 2017. Al leerlo, es posible afirmar que realmente no abarcaba el tema de una manera amplia e integral, lo cual implica que no existe un reconocimiento de la problemática en el plano público, ni legal. Más recientemente, la diputada Franggi Nicolás propuso otro proyecto de ley que lleva el nombre de *Ley de derechos de la mujer durante la atención calificada, digna y respetuosa del embarazo, parto y postparto y atención del recién nacido*. Se encuentra asignado al orden del día y debate de la Comisión de la Mujer desde el mes de mayo del 2019. Revisando la propuesta se pueden encontrar múltiples carencias como la falta de conceptualización e incluso no citación del concepto violencia obstétrica, uso de términos que pueden llevar a interpretaciones morales como el de “madres”, poca claridad en las sanciones que pretende establecer, desconocimiento de otros documentos de la C.C.S.S. en los que ya se establece cómo debe ser la atención en los períodos reproductivos, entre otras.

Esta limitación refleja la invisibilización que posee esta forma de violencia y da pistas sobre las barreras que pueden encontrarse para trabajar el tema a nivel país o incluso a nivel de las instituciones de salud. Estas consideraciones serán retomadas más adelante en los apartados de análisis y conclusiones con el fin de analizar la dinámica de la violencia obstétrica a partir del trabajo de campo realizado.

## **CAPÍTULO 4: Problema y objetivos de investigación**

### **4.1. Planteamiento del problema**

A partir de la revisión documental es posible afirmar que en diferentes países de la región latinoamericana (Valdez et al, 2013, Castro y Erviti, 2014, Villegas, 2009, Camacaro, 2013, entre otras) se han encontrado múltiples manifestaciones de violencia obstétrica. Estas manifestaciones han sido señaladas no sólo por las mujeres que las vivenciaron, sino también por el mismo personal de salud.

En el país, tal como fue acotado, la problemática se ha manifestado en una gran cantidad de noticias en medios escritos de comunicación, donde se han denunciado actos de violencia obstétrica. De igual manera, Serrano (2012), Arguedas (2014, 2016), Bolaños, Cerdas y Quesada (2017); y Robles (2018) han indagado el tema a nivel teórico y presentando experiencias de mujeres costarricenses.

Así, es plausible apuntar que la violencia obstétrica es una forma de violencia contra las mujeres legitimada e invisibilizada socialmente, y que como toda forma de violencia produce efectos en las personas que atraviesan por una situación de este tipo. De ahí, surge la incógnita de indagar sobre el impacto psicosocial de la violencia obstétrica desde un enfoque psicosocial, feminista y de derechos humanos. Este tema no ha sido investigado hasta el momento, al menos desde las investigaciones conocidas en este estudio. Por lo que, desde la Psicología se puede realizar un aporte a la comprensión de la temática e incluso en el planteamiento de propuestas o recomendaciones para trabajarla.

A partir de preguntas como: ¿cómo influyen las experiencias de violencia obstétrica en las mujeres?, ¿qué implicaciones tiene vivir una experiencia de violencia obstétrica en las relaciones de una mujer otras personas?, ¿qué pasa a nivel social, familiar, laboral, de pareja, subjetivo o corporal?, se obtiene la siguiente pregunta central de este estudio: *¿Cuál es el impacto psicosocial de las experiencias de violencia obstétrica vivenciadas por siete mujeres costarricenses entre los 18 a los 40 años, que acontecieron durante los períodos de parto y post parto en hospitales públicos?*

## **4.2. Objetivos**

### **4.2.1. Objetivo General**

Analizar el impacto psicosocial de las experiencias de violencia obstétrica vivenciadas por siete mujeres

costarricenses entre los 18 a los 40 años, que acontecieron durante los períodos de parto y postparto en hospitales públicos.

#### **4.2.2. Objetivos Específicos**

1. Identificar las experiencias de violencia obstétrica acontecidas en los períodos de parto y posparto en los relatos de vida de las mujeres.

2. Reconocer las consecuencias que se dan en los diferentes ámbitos de la vida de las mujeres (subjetivo, emocional, físico, sexual, relacional e intersubjetivo) que vivieron una experiencia de violencia obstétrica.

3. Analizar la dinámica y características de la violencia obstétrica en los servicios de salud públicos desde las experiencias narradas por las mujeres en los relatos de vida.

### **CAPÍTULO 5: Marco metodológico**

#### **5.1. Estrategia metodológica**

Este apartado contiene las especificaciones del tipo de estudio que se realizó para abordar la temática propuesta. Asimismo, profundiza en el tipo de metodología utilizada y las técnicas de investigación utilizadas para recolectar la información. Más adelante, se hará un recuento de los procesos y el orden en que fueron aplicadas estas técnicas.

Primeramente, es importante señalar que el presente estudio fue de tipo exploratorio- descriptivo, ya que abordó una temática que no ha sido trabajada hasta el momento. Se analizó cuál es el impacto psicosocial de la violencia obstétrica en la vida de las mujeres, en sus relaciones con otras personas e incluso da cuenta de cómo otras personas allegadas a ellas vivieron esta experiencia.

El alcance exploratorio permite acercarse a una temática poco estudiada y brinda información para posteriormente realizar una indagación más completa sobre algún punto o contexto particular, investigar nuevas problemáticas, y dar pistas sobre nuevas variables o conceptos (Hernández, Fernández y Baptista, 2014). Mientras que el alcance descriptivo permite describir un fenómeno, detallarlo y comprender cómo se manifiesta (Hernández et al, 2014).

En este sentido, al trabajar la temática de violencia obstétrica y del impacto psicosocial de la misma, se buscó realizar un aporte conceptual para su entendimiento, describir cómo se da esta forma de violencia en los hospitales públicos costarricenses según la experiencia de siete mujeres y comprender cómo se manifiesta dentro del contexto nacional.

Por otro lado, la metodología utilizada en este estudio fue de tipo cualitativa. Esta se eligió, principalmente, porque permite extraer significados de los datos que son proporcionados por sujetos respecto a sus propias realidades incorporando aspectos tanto explícitos como implícitos o subyacentes (Hernández et al, 2014). Además, es importante considerar que desde esta perspectiva se considera que “el mundo social está construido con significados y símbolos, lo que implica la búsqueda de esta construcción y sus significados” (Salinas y Cárdenas, 2009, p. 318).

Su principal objetivo es la comprensión de la complejidad que se da en determinado problema o temática a indagar. Por esto, se espera “una descripción densa, una comprensión experiencial y múltiples realidades” (Salinas y Cárdenas, 2009, p. 324). Esta metodología se encuentra acorde con los intereses de esta investigación e inclusive con la perspectiva ético-política desde la cual se trabajó.

El enfoque de esta investigación es de corte biográfico- narrativo, ya que en esta indagación se obtuvieron relatos narrados por mujeres desde sus experiencias y perspectivas. Este enfoque permitió recuperar las transiciones y los cambios en la vida de las personas entrevistadas (Aceves, 2001). Y, dar cuenta de los

procesos sociales e históricos en los cuales se mueven cotidianamente estas personas. Así:

Una de las tareas centrales de la investigación biográfico-narrativa es comprender la historia de una persona, tratar de contar su historia en palabras, reflexionando sobre su vida y explicarlo a los demás; una vez que es contada, esta es experimentada en un texto, siendo esta la parte más importante, ya que una vida es también un aspecto de crecimiento hacia un futuro imaginado y, por consiguiente, implica recontar e intentar revivir esa historia (Huchim y Reyes, 2013, p. 9).

Este último aspecto fue un reto para esta investigación, ya que era vital poder transmitir la voz de las mujeres, así como sus sentimientos, procesos de pensamiento y emociones, a la par del análisis realizado desde el lugar de investigadora (Strauss y Corvina, 2002).

Por último, se empleó la técnica de relatos de vida, la cual permite ahondar en un momento determinado de la vida de una persona. En este caso, la experiencia de violencia obstétrica durante los procesos de parto y postparto. Los relatos de vida son una narración retrospectiva que es elaborada por la misma persona ya sea por iniciativa propia o el pedido de alguna persona interlocutora (Huchim y Reyes, 2013).

## **5.2. Características y selección de las mujeres participantes**

La selección de las participantes se realizó a través de un muestreo por criterios (Ellsberg y Heise, 2007) en el que se buscaba investigar a profundidad diferentes experiencias de mujeres (7 en total) que atravesaron una experiencia de violencia obstétrica durante los períodos de parto y postparto, ya sea que vivieran una o varias experiencias de embarazo y parto.

Los criterios de inclusión utilizados para seleccionar a las participantes fueron:

- Debido a que el término “violencia obstétrica” es reciente, aún no ha ingresado en el ámbito popular e incluso es una palabra más técnica, se trabajó con mujeres que señalaron haber pasado por una experiencia de maltrato, violencia o malos tratos en la atención obstétrica recibida en sus períodos de parto y postparto. Esta elección también se justifica porque la violencia obstétrica continúa siendo una forma de violencia naturalizada y legitimada tanto social como institucionalmente.
- Que la experiencia de violencia obstétrica sucediera en un rango de al menos un año atrás al momento de realizar esta investigación, y que esta se haya dado en un hospital público costarricense. Este rango de tiempo se eligió pensando en que debido a que el tipo de investigación no incluía ningún abordaje clínico o terapéutico, era recomendable que la experiencia de violencia obstétrica no fuera tan reciente.
- Que se encontraran dentro del rango de edad entre los 18 a 40 años, debido a que dentro de este rango de edad se trabaja con mujeres mayores de edad y mujeres en edad fértil.
- Que residieran en territorio costarricense, independientemente de la zona geográfica del país. Este criterio se debía a que la investigadora se trasladaría hasta los hogares de las mujeres u otro espacio elegido por ellas. Además, todas las entrevistas se realizaron de manera presencial.
- Que su participación fuera voluntaria. En todos los casos se encontró un deseo enorme de las mujeres por narrar sus experiencias y dar a conocer la situación que habían atravesado. Esta pauta fue vital no sólo dentro de un marco ético sino para acceder a información mucho más abundante sobre el tema.

El contacto con las mujeres se realizó por medio de la red social Facebook a través de la publicación de un afiche en el que se indicaban dos preguntas en la parte superior: ¿Recibió malos tratos en algún hospital público durante el parto o postparto? y ¿le gustaría contar su historia de manera confidencial para una investigación? Seguidamente, se colocaban a modo de preguntas los criterios de inclusión: ocurrencia del parto hace al menos un año atrás, atención recibida en un hospital público, edad entre 18 y 40 años, y habitar en

territorio costarricense. Posteriormente, se señalaba que contar su experiencia podría contribuir al estudio de la violencia obstétrica y con este conocimiento contribuir a otras personas en el futuro, así como los datos personales de la tesiaría (nombre completo, número telefónico y correo electrónico) y los logos de la Universidad de Costa Rica y la Escuela de Psicología de dicho centro académico (*Anexo 1: Afiche de convocatoria para participar en la investigación*).

El afiche fue compartido 403 veces, tanto por personas conocidas como desconocidas para la investigadora, y también en algunas páginas de Facebook como: “*Psicología, educación & crianza*”, “*La Revolución de las Rosas*”, entre otras. La publicación se dejó disponible durante 24 horas y luego se publicó un mensaje de agradecimiento mencionando que se haría un cierre de búsqueda de testimonios debido a la gran cantidad de respuestas acogidas durante este lapso. En total se recibieron 52 respuestas de diferentes mujeres.

Llama la atención el alcance de la publicación en tanto poco tiempo, lo cual sugiere que existe un mayor reconocimiento de esta temática en la sociedad costarricense, así como que el uso de medios digitales permite alcanzar a una gran cantidad de población diversa. Este aspecto será retomado más adelante para profundizarlo más a fondo.

Ahora bien, retomando la secuencia de pasos para elegir a las mujeres participantes, se procedió a contactar a cada mujer para agradecer su interés en participar de la investigación y por querer compartir su experiencia. En un segundo contacto se procedió a verificar que las mujeres cumplieran con los criterios de inclusión propuestos desde el anteproyecto de tesis y debido a la diversidad de experiencias se optó por incluir un nuevo criterio: entrevistar una mujer por provincia.

La principal motivación para incluir este criterio pasa por visibilizar y posicionar la violencia obstétrica como una problemática de la cual no escapa el sistema de salud público costarricense. Incluso se quería explorar cómo se manifiesta la violencia obstétrica en los diferentes hospitales del país. Si bien es cierto se trabajó con un sólo caso por provincia y no se busca generalizar la atención que se brinda en estos espacios, se puede observar la problemática de manera situada.

Por otro lado, es importante acotar que las vías de comunicación con las mujeres fueron a través de medios digitales como mensajes de *Facebook*, correo electrónico, mensajes de texto o mensajes de *WhatsApp*. En total se estableció contacto con 52 mujeres que estuvieron dispuestas a participar de la investigación tal como se detalla a continuación:

Tabla 2

*Cantidad de mujeres contactadas por provincia*

<b>Provincia</b>	<b>Cantidad de mujeres</b>
Alajuela	10
Cartago	9
Guanacaste	1
Heredia	7
Limón	2
San José	10
Puntarenas	7
<b>TOTAL</b>	<b>52</b>

Elaboración propia a partir de las entrevistas realizadas a las mujeres.

Una vez realizados los primeros contactos con las mujeres, se procedió a realizar una rifa en la que se eligieron las participantes. Así, se contactó con ellas para reconfirmar su participación y fijar una fecha para la realización de la entrevista. Solamente una de ellas prefirió no participar en la etapa de entrevistas y se procedió a realizar la rifa para elegir a otra mujer; y se tuvo que cambiar la mujer entrevistada en la provincia de Limón, ya que la hija de la mujer elegida en primera instancia tuvo una complicación de salud. A continuación, se detallan algunos datos generales de las mujeres entrevistadas:

Tabla 3

*Datos generales de mujeres entrevistadas*

<b>Seudónimo</b>	<b>Provincia</b>	<b>Edad actual</b>	<b>Edad del relato</b>	<b>Estado civil</b>	<b>Escolaridad</b>	<b>Trabajo o estudio en el momento del parto</b>	<b>Cantidad de hijas e hijos</b>
María	Alajuela	27	18	Soltera	Universitaria incompleta	Estudiante	1
Mariana	Cartago	36	22	Casada	Secundaria completa	Trabajo	2
Dara	Guanacaste	23	21	Unión Libre	Secundaria incompleta	Ambas	2
Susana	Heredia	33	29	Casada	Universitaria completa	Trabajo	1
Sofía	Limón	27	25	Casada	Universitaria incompleta	Ambas	1
Giselle	Puntarenas	28	19	Soltera	Secundaria incompleta	Ninguna	2
Katrina	San José	34	33	Unión libre	Secundaria completa	Trabajo doméstico	2

Elaboración propia a partir de las entrevistas realizadas a las mujeres.

En el caso de las mujeres que no serían entrevistadas se les explicó a través de un mensaje cuál fue el procedimiento de selección de las participantes y se les agradeció de nuevo su interés y confianza al contactar a la investigadora. Algunas de estas mujeres procedieron a narrar parte de sus experiencias desde el primer contacto realizado, aunque posteriormente no participaron de las entrevistas, lo cual demuestra la necesidad de continuar trabajando esta temática y explorando otras posibilidades de atención a la misma.

### 5.3. Protección de las personas participantes (consideraciones éticas y legales)

En términos éticos, la protección de las participantes fue de suma importancia ya que permite “igualar la relación de poder, democratizar el proceso hasta el grado que podamos, y garantizar que no haya explotación” (Banister et al, 2004, p. 198). En consecuencia, a lo largo de esta investigación se siguieron los lineamientos del Comité Ético Científico de la Universidad de Costa Rica para la realización de investigaciones que involucren la participación de personas.

Por lo tanto, se confeccionó un consentimiento informado (*Anexo 2: Consentimiento informado*) para brindar detalles del proceso de investigación a las mujeres que fue aprobado por el equipo asesor de la tesis, la Comisión de Trabajos Finales de Graduación de la Escuela de Psicología de la Universidad de Costa Rica y el Comité Ético Científico de la misma universidad. A cada participante se le entregó una copia firmada por ella y por la tesiaría.

En este mismo documento se solicitó la autorización a cada mujer para grabar la entrevista realizada, y se procedió a transcribir la entrevista en su totalidad. En adición, se procuró el anonimato de las participantes a través del uso de seudónimos que fueron elegidos de manera conjunta por cada mujer y la investigadora.

El trabajo realizado en la investigación partió de los principios de la confidencialidad, anonimato, responsabilidad y participación voluntaria de cada mujer. Inclusive, en el consentimiento informado se especificaba que si la mujer requería parar o reprogramar la entrevista en determinado momento la investigadora procedería a acatar esta solicitud.

Asimismo, debido a que la temática de violencia obstétrica abarca una expresión de la violencia contra las mujeres, se previó que la información compartida podría remover recuerdos o sentimientos a las participantes. Por esto, durante las entrevistas se procuró proteger su integridad física y emocional realizando los encuentros en sus propias casas o espacios seguros que ellas mismas eligieran y procurando brindar apoyo

y contención en caso de llanto.

Ahora bien, como dentro de la investigación no se pretendía aplicar ningún modelo clínico o de intervención, se informó a cada mujer que, en caso de requerir algún apoyo de este tipo, la investigadora podría sugerir que acudiera a algún centro de atención psicológica como el Centro de Atención Psicológica (CAP) de la Universidad de Costa Rica o al servicio de psicología de la C.C.S.S. Solamente una de las participantes escribió algunos meses después por otros motivos personales y se le recomendó acudir a la Oficina de la Mujer ubicada en la provincia que habita.

Finalmente, se tomaron en cuenta las recomendaciones de Ellsberg y Heise (2007), así como las de la OMS (1999) para el trabajo de las temáticas asociadas a la violencia contra las mujeres. Estas incluyen: procurar la seguridad de las personas involucradas tanto participantes como investigadoras, proteger la confidencialidad de las personas participantes, adecuada preparación de la temática de la persona investigadora en caso de que surjan dudas o que las mujeres requieran asistencia, protección emocional de la persona investigadora, entre otras.

#### **5.4. Procedimientos y técnicas de recolección de información**

En este apartado se puede distinguir cinco momentos para la recolección de información que han sido vitales para construir los conceptos utilizados y recopilar las experiencias de violencia obstétrica. Seguidamente se detallarán:

***Momento 1: Búsqueda de noticias costarricenses e investigaciones sobre violencia obstétrica:*** Esta fase inició desde el año 2015 cuando surge el interés por indagar sobre esta temática y la necesidad de visibilizar el tema en el contexto costarricense. Para este año no existían muchas investigaciones que trabajaran el tema en el país, al menos bajo el nombre de violencia obstétrica. Por esto, se inició con una revisión de noticias

publicadas en periódicos nacionales en las cuales se realizaban denuncias de estos casos en los diferentes hospitales que atienden embarazos y partos en el país. Aunque este material no se incorporó de forma detallada dentro del análisis, permitió conocer el estado del tema y el tratamiento que se le estaba dando en el contexto costarricense.

Seguidamente, se recopilaron investigaciones sobre el tema realizadas en el contexto latinoamericano principalmente, pero también de otros contextos como el estadounidense, africano y europeo. Esta etapa se extendió durante todo el trabajo de tesis, ya que en años recientes se ha disparado la producción de artículos, ponencias y trabajos finales de graduación que trabajan el tema. Cabe resaltar, que también se consultaron diferentes fuentes bibliográficas para construir los marcos teórico y conceptual, así como la metodología trabajada en este documento.

***Momento 2: Reuniones con el equipo asesor:*** Los diferentes encuentros con el equipo asesor permitieron recolectar recomendaciones para trabajar diversos aspectos como la metodología e incluso los diferentes abordajes a temáticas como: investigación cualitativa, derechos sexuales y reproductivos, violencia contra las mujeres y violencia obstétrica.

Es importante visibilizar este acompañamiento, porque las diferentes supervisiones realizadas a lo largo de la investigación facilitaron los procedimientos de recolección de información y fungieron como una guía para la búsqueda de bibliografía o abordajes.

***Momento 3: Publicación de afiche en Facebook y contacto con mujeres interesadas:*** Tal como se mencionó en el 5.2. *Características y selección de las mujeres participantes*, la búsqueda de participantes se realizó a través de la red social *Facebook* a partir de la publicación de un afiche con información puntual sobre la investigación y los datos de contacto de la investigadora. Se publicó el día 2 de julio del 2018 y se dejó abierta la recepción de mensajes durante 24 horas.

Desde la realización de esta publicación se accedió a conocer diversas experiencias catalogadas como violencia obstétrica por parte de mujeres residentes del país e incluso una mujer que actualmente vive en el extranjero. Posteriormente, se estableció contacto con cada una de las 52 mujeres interesadas en compartir sus experiencias a partir de mensajes de texto, *WhatsApp* o *Facebook* con la finalidad de agradecer el interés, la confianza y brindar más datos sobre el estudio a realizar.

***Momento 4: Realización de entrevistas a siete mujeres sobre sus relatos de violencia obstétrica:*** Para recopilar los relatos de violencia obstétrica a profundidad, se realizó el contacto con siete mujeres que residieran en las diferentes provincias del país. Tal como se mencionó en el apartado 5.2. *Características y selección de las mujeres participantes*, esta muestra se definió a partir de la realización de una rifa y se dio énfasis a la participación voluntaria de las mujeres. Más adelante se detallarán aspectos sobre la utilización de la técnica de investigación elegida para esta fase.

***Momento 5: Realización de entrevistas a personas expertas:*** A modo de refuerzo para la construcción de categorías y los conceptos de violencia obstétrica e impacto psicosocial se realizaron algunas consultas puntuales con diferentes profesionales. Se ahondaron temáticas como violencia obstétrica, poder obstétrico, atención de servicios de salud de la C.C.S.S. a los procesos de embarazo, parto y postparto, trauma psicosocial, daño psicosocial y psicología social.

Estos aportes fueron valiosos para contrastar y enriquecer las otras fuentes de información revisadas o recolectadas. Las personas entrevistadas fueron:

Tabla 4

*Datos de personas profesionales entrevistadas*

Nombre	Profesión	Vinculación institucional
Viviana Guerrero Chacón	Docente de la Escuela de Filosofía de la Universidad e investigadora del Centro de Investigación en Estudios de la Mujer (CIEM).	Labora en los proyectos de investigación: “Poder obstétrico en Costa Rica: Políticas públicas y gestión institucionalizada del embarazo, parto y postparto” y “Recopilación, sistematización y análisis de las experiencias de observatorios y salud reproductiva, derechos sexuales y derechos reproductivos, y violencia obstétrica para el diseño de un observatorio de la violencia obstétrica relacionados con salud sexual
Ileana Quirós Rojas	Médica evaluadora y coordinadora técnica en temática del cáncer de la C.C.S.S.	En el año 2009 trabajó en la dirección de Desarrollo de Servicios de Salud de la C.C.S.S. (2009). Fue parte del grupo ejecutor de la Guía de Atención Integral a las mujeres, niños y niñas en el período prenatal, parto y postparto (2009).
Ignacio Dobles Oropeza	Psicólogo social y profesor de la Escuela de Psicología de la UCR.	Posee diferentes trabajos en torno a lo psicosocial, el trauma psicosocial, la obra de Martín Baró, psicología social, la categoría de

		daño psicosocial, violencia, subjetividad y política, entre otros.
--	--	--------------------------------------------------------------------

Elaboración propia a partir de las entrevistas realizadas a profesionales.

Se les contactó vía correo electrónico y se fijó un encuentro con cada persona en su lugar de preferencia. En cada diálogo se ahondó en aspectos variados según el área de experticia de cada persona. Estos elementos se incorporaron dentro del apartado de análisis.

Aparte de esto, durante el momento 1, 4 y 5 se utilizaron las siguientes técnicas de investigación:

**Revisión bibliográfica y documental:** Esta técnica consiste en la búsqueda, lectura, revisión e incorporación de material bibliográfico y documental afín a la temática de estudio (Hernández, Fernández y Baptista, 2014). Particularmente para esta investigación se examinaron algunos artículos de periódico, artículos académicos en diferentes áreas (psicología, filosofía, ciencias de la salud, derecho, entre otras), libros, páginas de internet y tesis finales de graduación nacionales e internacionales.

Estas fuentes fueron recopiladas a través del uso de internet o físicamente en las bibliotecas de la UCR, préstamo de libros por parte del equipo asesor o libros físicos propiedad de la investigadora. En los medios electrónicos se utilizaron las bases de datos proporcionadas por el Sistema de Bibliotecas, Documentación e Información (SIBDI) de la UCR, la plataforma Google académico, bases de datos de acceso libre como Redalyc o Scielo, entre otras.

En un primer momento se limitó la búsqueda de información sobre la temática de violencia obstétrica al contexto latinoamericano, pero en el proceso se fueron integrando documentos e indagaciones de otros contextos. Estos documentos revisados permitieron recolectar información sobre la temática, recrear el panorama en cuanto a los aspectos que han sido abordados hasta el momento y establecer un marco de referencia del conocimiento construido sobre el tema.

La elección de los textos se dio por su afinidad a las temáticas que trabaja este estudio, por ejemplo, se dio prioridad a aquellos relacionados con violencia obstétrica, maltrato en salas de parto, teorías feministas, psicología social, psicología política e investigación social. Se buscó que fueran de publicación reciente (máximo cinco años atrás), pero no se descartaron algunos textos por su fecha de emisión debido a la relevancia de la información presentada.

Por último, es importante señalar que esta técnica se utilizó desde los primeros momentos de la investigación hasta su culminación. Permitió reconstruir los antecedentes o investigaciones realizadas sobre el tema, enriquecer los marcos teórico- conceptuales de la investigación y analizar los datos recopilados (Hernández et al, 2014).

***Relatos de Vida:*** Esta técnica fue la principal fuente de información para conocer los relatos de violencia obstétrica. Se enmarca en el método biográfico, el cual permite “mostrar el testimonio subjetivo de una persona en la que se recojan tanto los acontecimientos como las valoraciones que dicha persona hace de su propia existencia” (Rodríguez, Gil y García, 1999, p. 57).

Según Coffey y Atkinson (s.f.) las personas cotidianamente producen, representan y contextualizan su experiencia y conocimientos personales por medio de narrativas. Estas suelen ser utilizadas con la finalidad de contar acontecimientos que en ocasiones pueden resultar particularmente sensibles o inclusive ser traumáticos.

Esta técnica permite acercarse a las experiencias y narraciones de las mujeres, pero también da pistas sobre dimensiones estructurales, valores culturales, significados, condiciones de poder y el contexto social general en el que habitan estas sujetas (Coffey y Atkinson, s.f.). Estos elementos sociales son experimentados por cada persona y poseen influencia en su vida cotidiana.

Concretamente los relatos de vida surgen “desde el momento en que un sujeto cuenta a otra persona, investigador o no, un episodio cualquiera de su experiencia vivida” (Bertaux, 2005, p. 36). Poseen la particularidad de estar enfocados en un momento singular o en una experiencia focalizada:

(...) no es un discurso cualquiera: Es un discurso narrativo que trata de contar una historia real y que, además, a diferencia de la autobiografía con un investigador que, de entrada, orienta la entrevista hacia la descripción de experiencias que le ayuden al estudio de su objeto" (Bertaux, 2005, p. 73-74).

Esto quiere decir que busca construir un relato real de una persona a partir de una entrevista orientada a determinada temática. No se busca extraer toda la historia de vida de una persona, sino aquellos significados en torno a determinada vivencia. Estas particularidades convierten a esta técnica en la ideal para dar cuenta de las experiencias de violencia obstétrica y conocer cuál es el impacto psicosocial de las mismas.

A su vez, los relatos de vida poseen tres funciones (Bertaux, 2005):

- 1) Función de exploración: Se trata de un momento de desaprensión y apertura para acercarse al estudio de determinado tema, involucra los primeros acercamientos a personas para conocer sus experiencias e impresiones personales. Esta función permite esbozar ideas generales sobre la materia en cuestión.
- 2) Función analítica: Esta función expone la posibilidad de los relatos de vida para generar un análisis profundo de determinada temática. Bertaux (2005) señala que se realiza desde la realización de la primera entrevista y permite realizar una representación mental de algunas aristas del objeto de estudio. Requiere la puesta en práctica de la escucha y la atención para ir esbozando las reflexiones.
- 3) Función expresiva: Se relaciona con la comunicación y presentación de los relatos de vida. Bertaux (2005) que no es necesario presentar todas las transcripciones de los relatos obtenidos.

La aplicación de la técnica incluyó dos momentos, el primero fue la construcción de la guía de entrevista para los relatos de vida (*Anexo 3: Guía de entrevista para relatos de vida*) a partir de los objetivos de investigación. El instrumento contenía algunas preguntas generadoras que podrían orientar la entrevista, pero no fue necesario seguirlo al pie de la letra. Se dividía en cinco secciones, a saber:

1. *Datos generales*: Conteníó datos sobre el nombre, edad, fechas de la experiencia, entre otras.

2. *Pregunta introductoria:* Solicitaba a las mujeres narrar la experiencia de la forma que ellas quisieran. Esta pregunta inauguró cada entrevista y daba pie para que las mismas mujeres abarcaran los diferentes temas que se habían esbozado en el resto de la entrevista.
3. *Manifestaciones de violencia obstétrica:* Este apartado se enfoca en conocer cuáles habían sido las experiencias de violencia obstétrica durante el parto y el postparto. También, se ahondaron algunos aspectos sobre los momentos anteriores a estos procesos.
4. *Impacto psicosocial:* Esta sección incluía algunos cuestionamientos sobre las consecuencias o marcas que habían tenido las mujeres al atravesar una experiencia de este tipo. Se centraba en aspectos subjetivos, emocionales, psicológicos, físicos, sexuales, relacionales e intersubjetivos.
5. *Preguntas de cierre:* Su objetivo era conocer el conocimiento que poseen las mujeres en torno a la temática e incluso recopilar algunas recomendaciones para la mejora de la atención en los hospitales.

Este instrumento tuvo tres modificaciones sustanciales, ya que para la presentación del anteproyecto ante la Comisión de Trabajos Finales de Graduación de la Escuela de Psicología de la Universidad de Costa Rica solamente se esbozaron algunas categorías generales de interés. Posteriormente, se compartió algunas ideas en una supervisión realizada con la directora de tesis, y finalmente, se elaboró la guía utilizada tras la revisión y aprobación de la directora del TFG.

En segundo lugar, se dio el período de recolección de la información durante los meses de agosto a setiembre de 2018. Como fue especificado con anterioridad se fijó una cita con cada participante en el lugar de su preferencia. La mayoría de las entrevistas fueron realizadas en las casas de las mujeres, una de ellas fue en su espacio laboral y otra en su espacio de estudios.

Esto facilitó no sólo la creación de un ambiente seguro y de confianza para la narración de las experiencias de violencia obstétrica, sino que implicó un giro en la forma en cómo se suelen realizar las

entrevistas comúnmente. El hecho de que la investigadora se trasladara a las diferentes provincias y en un espacio totalmente novedoso para sí, requirió flexibilidad, apertura y una reflexión posterior a cada encuentro sobre lo acontecido. Además, el conocer los espacios de uso cotidiano de las mujeres enriqueció el acercamiento que se dio a la temática e incluso permitió situar sus narraciones en espacios físicos concretos.

En algunas ocasiones algunas mujeres manifestaron pena por las condiciones materiales de su casa, más siempre se agradeció e insistió en la importancia y el significado de permitir que la investigadora pudiera ser recibida en estos espacios. Esto sumado al agradecimiento por la hospitalidad de cada mujer para con la tésaria.

También, siguiendo a Ellsberg y Heise (2007) en temáticas asociadas a violencia contra las mujeres, es importante propiciar espacios seguros para que estas puedan hablar en torno a estos temas que han sido silenciados históricamente o que incluso podrían llegar a ponerlas en riesgo. Por esto, dentro de esta investigación se dio prioridad a los espacios elegidos por las participantes para concretar cada encuentro.

Entre otros aspectos, se puede señalar que las entrevistas duraron desde cuarenta minutos hasta dos horas y media, siempre respetando el ritmo y las formas de expresarse de cada mujer. Solamente se realizó un encuentro con cada una de ellas, aunque en un inicio se había previsto y se les había informado que podría requerirse más de una sesión para reconstruir las experiencias.

Se contó con la aprobación de todas las mujeres para grabar la entrevista, lo que facilitó el posterior proceso de sistematización y análisis. Estos materiales se almacenan según lo especificado por el Comité Ético Científico de la Universidad de Costa Rica (*Ver Anexo 2: Consentimiento Informado*).

***Entrevistas semiestructuradas a profesionales:*** Esta técnica de investigación fue incorporada una vez iniciado el primer semestre del Trabajo Final de Graduación (TFG), ya que se consideró necesario acudir a personas expertas en las diferentes temáticas trabajadas en este documento para sustentar los principales conceptos de la investigación. Se trabajó a partir de la construcción de una guía de entrevista semiestructurada

(Anexo 4: Guías de entrevistas semiestructuradas a profesionales), aunque los espacios se trabajaron a modo de conversación. Estas entrevistas consisten en “un intercambio de información entre dos sujetos, la persona entrevistada y quien la entrevista” (Ander- Egg, citado en Salinas y Cárdenas, 2009 p. 107), a partir del uso de una guía con preguntas abiertas que se van respondiendo y realizando a modo de conversación.

La utilidad de esta técnica recae en que se puede acceder a una gran riqueza de información, en este caso se pudo conocer no sólo el trabajo teórico realizado por las personas consultadas, sino también sus apreciaciones personales en torno a las temáticas. Asimismo, esta técnica de investigación social permite clarificar y dar seguimiento a las preguntas y respuestas de forma directa, así como enriquecer los datos recopilados y la creación de un espacio de intimidad (Abarca et al, 2012).

## **5.5. Procedimientos y técnicas para la sistematización**

Ellsberg y Heise (2007) señalan que existen diversas maneras para recopilar, codificar y analizar los datos cualitativos. Particularmente el proceso de sistematización implica organizar los datos y reducirlos a un formato más sencillo para su posterior análisis e interpretación.

Para realizar este procedimiento se trabajó con las grabaciones aprobadas por las mujeres, estas fueron transcritas literalmente en su totalidad. Se siguieron algunas recomendaciones planteadas por Hernández et al (2014) como la necesidad de apearse al principio ético de la confidencialidad y colocar seudónimos cuando se hablaba de una persona, clarificar cuándo intervenía la persona investigadora y la persona entrevistada, transcribir todas las palabras y otros elementos como expresiones significativas o emociones, interjecciones, pausas, silencios, sonidos ambientales, señalar cuando no se escuchaba alguna frase, si se incorporaba otra persona u otros aspectos que permitan recrear el ambiente de la entrevista.

También, se colocaron algunos comentarios al margen sobre posibles ideas para el análisis de la

información, esbozos de categorías o incluso se reportaron las sensaciones y sentimientos experimentadas por la investigadora en algunos momentos de la entrevista. Posteriormente, se procedió a leer y releer cada transcripción para:

(...) colocar etiquetas a diferentes segmentos del texto que están asociados con diferentes temas. La codificación es una manera de ayudar a separar la información en categorías o temas de manera que información de diferentes pueda organizarse y compararse con facilidad (Ellsberg y Heise, 2007, p. 220).

Estas etiquetas correspondían tanto a aspectos conceptuales revisados en la literatura como a códigos contruidos a partir de las ideas o lenguaje utilizado por las mujeres (Ellsberg y Heise, 2007). Esta combinación de aspectos permitió ir relacionando la información recopilada con los aspectos teóricos y conceptuales revisados y apegarse a los propios significados que construyen las mujeres a partir de sus vivencias.

Una vez definidas las categorías, se procedió a extraer en un documento aparte aquellas citas textuales de las transcripciones según los códigos propuestos. Adicionalmente se elaboró un cuadro matriz que se presentará a continuación:

Tabla 5  
*Categorías y subcategorías identificadas en la sistematización*

<b>Nombre del código-categorías</b>	<b>Nombre del código-subcategorías</b>	<b>Explicación</b>
Concepciones sobre la maternidad antes del parto	1. Ser primeriza 2. Embarazo no deseado 3. Embarazo deseado 4. Complicaciones para quedar embarazada 5. Reacciones de la familia	Esta categoría reúne algunas nociones de las mujeres en torno a ser madres cuando reciben la noticia del embarazo. Estas ideas entran en conflicto con la experiencia de violencia obstétrica e incluso influyen en cómo se significa este evento.
Expectativas del proceso de parto	1. Ilusión 2. Emociones	Contiene las narraciones de las mujeres en torno a recibir la noticia del embarazo y sus

	<ul style="list-style-type: none"> <li>3. Paraíso</li> <li>4. Felicidad</li> </ul>	ideas preliminares de cómo iba a ser el momento del parto.
Manifestaciones de violencia obstétrica	<p><b><u>Antes del parto</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Verbal</li> <li>2. Comentarios sobre el cuerpo</li> <li>3. Física</li> <li>4. Realización de procedimientos sin consentimiento: <ul style="list-style-type: none"> <li>4.1. Tactos,</li> <li>4.2. Rompimiento de membranas y</li> <li>4.3. Rompimiento de fuente</li> </ul> </li> <li>5. Negación de la alimentación</li> <li>6. Negación de la atención</li> <li>7. Medicalización</li> <li>8. No brindar información</li> </ul>	Recopila las diferentes manifestaciones de violencia obstétrica vivenciadas por las mujeres en los momentos anteriores al parto.
Manifestaciones de violencia obstétrica	<p><b><u>Durante el parto</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Verbal</li> <li>2. Comentarios sobre el cuerpo</li> <li>3. Física</li> <li>4. Anulación de expresión de sentimientos</li> <li>5. Aplicación de procedimientos</li> <li>6. Episiotomía</li> <li>7. Maniobra de Kristeller</li> </ul>	Recopila las diferentes manifestaciones de violencia obstétrica vivenciadas por las mujeres durante el parto.
Manifestaciones de violencia obstétrica	<p><b><u>Postparto</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Verbal</li> <li>2. Física</li> <li>3. Medicalización</li> <li>4. Negación de información</li> <li>5. Negación de sal pin</li> <li>6. Negación de acompañamiento</li> <li>7. Negación de la atención</li> <li>8. Negación de la alimentación</li> </ul>	Recopila las diferentes manifestaciones de violencia obstétrica vivenciadas por las mujeres en los momentos posteriores al parto.

	<p>9. Anulación de sentimientos</p> <p>10. Exposición a condiciones insalubres</p> <p>11. Control del cuerpo</p> <p>12. Lactancia:</p> <p>12.1. Experiencia traumática, 12.2. Presiones familiares, 12.3. No brindar acompañamiento o asesoría. 12.4. Señalamiento social, 12.5. Culpa</p> <p>13. Riesgo de muerte</p>	
Poder	<p>1. Relaciones de poder entre el personal médico</p> <p>2. Relaciones de poder entre el personal médico y las mujeres</p>	Abarca diferentes momentos en los que se puede reconocer situaciones de desigualdad dentro de las relaciones del mismo personal médico y entre este equipo y las mujeres.
Nombres de la experiencia obstétrica	<p>1. Trauma</p> <p>2. Calvario</p> <p>3. Lo feo</p> <p>4. El susto</p> <p>5. Carnicería</p> <p>6. Agresión</p> <p>7. Abuso</p> <p>8. Negligencia</p> <p>9. Trauma</p> <p>10. Una cosa deshumanizada</p>	Comprende las diferentes denominaciones que utilizan las mujeres para definir la experiencia que vivieron.
Conocimiento sobre el término violencia obstétrica	<p>Conocimiento</p> <p>Desconocimiento</p>	Especifica si las mujeres poseían conocimiento sobre el término violencia obstétrica y algunos aspectos asociados.
Explicaciones sobre los eventos de violencia obstétrica	<p>1. Desquite</p> <p>2. Desinterés</p> <p>3. Falta de humanismo</p> <p>4. Visión negativa sobre las mujeres</p> <p>5. Interés en el dinero</p> <p>6. Xenofobia</p> <p>7. Cansancio</p>	Presenta las diferentes explicaciones o interpretaciones que realizan las mujeres para la ocurrencia de la problemática de la violencia obstétrica.

	8. Pereza 9. Recarga de labores 10. Normalización del proceso y del dolor ajeno 11. Normalización de la violencia 12. Poder y control 13. Falta de ética 14. Falta de pasión	
Experiencias de violencia obstétrica de otras mujeres	1. Redes sociales 2. Vecina 3. Amistades 4. Hermanas 5. Otra familiar 6. Desconocidas	Contiene diferentes narraciones o ejemplos de violencia obstétrica que son conocidos por las mujeres. Estas experiencias suelen ser tanto de personas allegadas como desconocidas.
Interseccionalidad	1. Condición migratoria 2. Edad 3. Económico	Esta categoría atraviesa los diferentes relatos, pero se pueden extraer algunos ejemplos concretos dentro de las narraciones de las mujeres sobre cómo afectó la condición migratoria, la edad y el aspecto económico en la experiencia y la atención que les fue brindada.
Impacto psicosocial	<p><b><u>Nivel subjetivo</u></b></p> 1. Maternidad:  1.1. Ser mamá, 1.2. Significado de la maternidad, 1.3. Tener más hijos e hijas, 1.4. Señalamientos sociales, 1.5. Instinto materno, 1.6. Culpa  2. Significado de la experiencia:  2.1. Indignación, 2.2. Trauma, 2.3. Fortaleza. 2.4. Angustia, 2.5. Normalización  3. Reacciones ante el evento:	Abarca diferentes aspectos asociados a cómo las mujeres vivencian la maternidad luego de atravesar la experiencia de violencia obstétrica, cuál es el significado de este acontecimiento para ellas y cuáles fueron sus reacciones ante el evento.

	3.1. Desconocimiento, 3.2. Miedo, 3.3. Ser educada, 3.4. Silencio, 3.5. Impotencia, 3.6. Denuncia	
Impacto psicosocial	<p><b><u>Nivel emocional</u></b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tristeza- depresión</li> <li>2. Enojo</li> <li>3. Impotencia</li> <li>4. Estrés- angustia</li> <li>5. Miedo</li> <li>6. Frustración</li> <li>7. Cansancio</li> <li>8. Soledad</li> </ol>	Enumera las diferentes emociones experimentadas por las mujeres al atravesar las situaciones de violencia obstétrica.
Impacto psicosocial	<p><b><u>Nivel psicológico</u></b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Aislamiento</li> <li>2. Alucinaciones</li> <li>3. Depresión postparto</li> <li>4. Aumento de consumo de alimentos</li> <li>5. Apoyo psicológico</li> <li>6. Recordar la experiencia</li> <li>7. Narrar la experiencia</li> </ol>	Reúne diferentes reacciones psicológicas de las mujeres ante los eventos de violencia obstétrica, señala si contaron con algún tipo de acompañamiento psicológico y algunas reflexiones sobre los procesos de recordar o narrar la experiencia.
Impacto psicosocial	<p><b><u>Nivel físico</u></b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Cesárea: <ol style="list-style-type: none"> <li>1.1. Cicatriz de la cesárea, 1.2. Complicaciones</li> </ol> </li> <li>2. Imagen corporal: <ol style="list-style-type: none"> <li>2.1. Autoestima, 2.2. Subir de peso</li> </ol> </li> <li>3. Otras complicaciones de salud: <ol style="list-style-type: none"> <li>3.1. No contener la orina, 3.2. Dolor en el vientre, 3.3. Cambios en la</li> </ol> </li> </ol>	Incluye las principales marcas o afecciones que fueron experimentadas a nivel físico-corporal por las mujeres.

	<p>presión, 3.4. Cansancio, 3.5. Deshidratación, 3.6. Hemorragia, 3.7. Accidente cerebrovascular, 3.8. Dolor de cabeza, 3.9. Vértigo, 3.10. Desgarro vaginal</p>	
Impacto psicosocial	<p><b><u>Salud sexual y reproductiva</u></b></p> <p>1. Relaciones sexuales:</p> <p>1.1. Retomar relaciones sexuales, 1.2. Sangrado durante las relaciones sexuales</p> <p>2. Uso de métodos anticonceptivos:</p> <p>2.1. Inyección anticonceptiva, 2.2. Pastillas anticonceptivas, 2.3. Métodos naturales, 2.4. Preservativo, 2.5. Vasectomía, 2.6. Salpin</p>	Abarca diferentes aspectos ligados a la salud sexual y reproductiva de las mujeres al vivenciar un evento de violencia obstétrica.
Impacto psicosocial	<p><b><u>Nivel laboral</u></b></p> <p>1. Retorno al trabajo 2. Despido 3. Relaciones con compañeras y compañeros de trabajo</p>	Presenta las apreciaciones de las mujeres en torno a cómo volver al espacio laboral luego de la vivencia de violencia obstétrica. Esto implica relacionarse con las personas, retomar sus labores e incluso dejar a sus bebés en casa.
Impacto psicosocial	<p><b><u>Nivel estudios</u></b></p> <p>1. Retorno a los estudios</p>	Contiene las apreciaciones de las mujeres en torno a cómo volver al espacio de estudios luego de la vivencia de violencia obstétrica. Esto conlleva combinar la maternidad con los proyectos personales y otros aspectos como la relación con otras personas.
Impacto psicosocial	<p><b><u>Nivel pareja</u></b></p> <p>1. Relación de pareja</p>	Reúne los cambios experimentados a nivel de pareja tras la experiencia de violencia obstétrica. y las reacciones de las parejas cuando aconteció el evento.

	<p>2. Reacciones de la pareja ante el evento:</p> <p>2.1. Enojo, 2.2. Buscar apoyo externo, 2.3. Angustia, 2.4. No querer tener más hijos e hijas</p>	
Impacto psicosocial	<p><b><u>Nivel familiar</u></b></p> <p>1. Relaciones familiares</p> <p>2. Reacciones de la familia ante el evento:</p> <p>2.1. Enojo, 2.2. Indignación, 2.3. Incertidumbre, 2.4. Tristeza, 2.5. Miedo, 2.6. Silencio, 2.7. Búsqueda de apoyo, 2.8. Denuncia</p> <p>3. Reacciones de otros hijos o hijas</p>	<p>Recopila los cambios que se dieron a nivel familiar tras el conocimiento de la situación de violencia obstétrica y las reacciones que tuvo la familia ante esta.</p>
Impacto psicosocial	<p><b><u>Nivel amistades</u></b></p> <p>1. Apoyo</p>	<p>Presenta de manera concreta la importancia de contar con otras redes luego de experimentar una situación de violencia. Es importante acotar que esta categoría no estaba contemplada en un inicio por la investigadora y fue un resultado novedoso tras la realización de las entrevistas.</p>
Salud	<p><b><u>Condiciones de salud previas</u></b></p> <p>1. Amenaza de aborto</p> <p>2. Emergencias médicas</p> <p>3. Problemas de salud no detectados</p> <p>4. Otros problemas de salud</p>	<p>Incluye algunas narraciones de las mujeres sobre algunas problemáticas de salud presentadas antes del parto que fueron o no identificadas por los centros médicos.</p>
Salud	<p><b><u>Salud pública y salud privada</u></b></p> <p>1. Acceso a servicios de salud</p> <p>2. Diferencias de trato en la salud pública y privada</p>	<p>Abarca algunos señalamientos que realizan las mujeres sobre las diferencias entre la salud pública y la salud privada. Permite reflexionar en el papel de estas instancias a la hora de atender los procesos de embarazo, parto y postparto.</p>

	3. Adelanto de citas en servicio público 4. Diferenciación de la atención a mujeres y a personal médico	
--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

Elaboración propia a partir de las entrevistas realizadas a las mujeres.

Tal como se puede apreciar, este cuadro reúne las categorías y subcategorías producto de la lectura y reflexión de la investigadora. Se pueden identificar elementos variados en torno a la problemática e incluso diferentes elementos para discutir los conceptos de violencia obstétrica, impacto psicosocial, salud, poder y maternidad. Estas clasificaciones facilitaron el análisis y tal como afirman Hernández et al (2014), permiten revelar significados e ideas preliminares para la revisión de los objetivos de investigación propuestos.

### 5.6. Procedimientos y técnicas para el análisis

El proceso de análisis inició con la organización de la información recolectada en las categorías y temas emergentes producto de la recopilación de datos. Se enriqueció con la constante revisión e inclusión de literatura, las anotaciones e impresiones registradas por la investigadora en cuadernos- bitácoras y los aportes del equipo asesor. Implicó la lectura y relectura de las transcripciones, la literatura consultada, así como las diversas reflexiones generadas por la investigadora.

Esta etapa de la investigación partió de los siguientes propósitos expuestos por Hernández et al (2014): 1) explorar los datos, 2) estructurar y organizar los datos, 3) describir las experiencias de las personas con las que se trabajó, 4) descubrir conceptos, categorías, temas, así como los vínculos que poseen entre sí para poder dotarlos de sentido, 5) comprender el contexto en el que se enmarcan los datos, 6) reconstruir hechos o historias y 7) vincular los datos recopilados con el conocimiento disponible y 8) generar teorías o interpretaciones sobre

los datos.

Para esto, se recurrió al uso de dos técnicas de análisis de datos cualitativos. Estas son:

- 1) *Análisis narrativo*: Parte de la idea central que las historias particulares de las personas pueden dar pistas para la comprensión de determinado problema (Hernández et al, 2014). Estas permiten “entender la sucesión de hechos, situaciones, fenómenos, procesos y eventos donde se involucran pensamientos, sentimientos, emociones e interacciones, a través de las vivencias” (Hernández et al, 2014, p. 487).

En palabras de Carrillo (2015) la narrativa permite recuperar la reflexividad de los sujetos sobre las historias que construyen sobre sí mismos, pero también involucra un encuentro de subjetividades entre la persona que narra sus vivencias y quien le entrevista. La persona investigadora interviene a la hora de realizar preguntas y al escribir el texto donde se reporten estos relatos. Esto a su vez, permite generar datos para entender determinado objeto de estudio y construir conocimiento a su alrededor.

En consecuencia, con estas ideas, se afirma que el uso de este enfoque en una investigación “se orienta a una vivencia singular de lo social; la experiencia subjetiva en la vida cotidiana y la manera en que se resuelve la posición y situación en el contexto en que se desenvuelve” (Silva, 2009, p. 449). Esto sugiere, lo ya señalado con anterioridad, sobre la potencialidad de los relatos de vida para exponer y dar cuenta de elementos de los contextos sociales en los que habitan las personas.

Esta técnica de análisis permitió trabajar tanto el objetivo general como los objetivos específicos propuestos para esta pesquisa. El material utilizado fueron los relatos de vida de las mujeres y las entrevistas realizadas a personas expertas. Primeramente, se realizó un análisis de cada relato para identificar su contenido en relación con las categorías propuestas y, en segundo lugar, se realizó un análisis entre los relatos para poder crear relaciones entre sí y analizar los diferentes conceptos utilizados en este trabajo.

2) *Análisis comparativo*: Bertaux (2005) afirma que los relatos de vida permiten comprender cómo las relaciones y mecanismos sociales influyen en la construcción de la subjetividad y en la cotidianidad de las personas. Esto es vital dentro de esta investigación, ya que se trabaja desde un abordaje psicosocial. Uno de los retos dentro de esta técnica analítica es “(...) identificar las palabras que remiten a un mecanismo social que ha influido en la experiencia vivencial” (Bertaux, 2005, p. 92). Por esto, se recomienda realizar varias lecturas de la información recopilada para ir reconstruyendo sus significados y generar datos más abundantes.

El análisis comparativo inicia desde la recuperación del segundo relato, ya que la persona investigadora puede relacionar las diferentes experiencias e ir perfilando temáticas comunes. Esta revisión de los relatos y la visibilización de los aspectos que comparten pueden dar luces a los mecanismos sociales o fenómenos culturales bajo los cuales acontecen los sucesos.

Además, este ejercicio permite “(...) adquirir poco a poco conciencia del impacto de los fenómenos históricos y colectivos y de los procesos de cambio social en los itinerarios biográficos” (Bertaux, 2005, p. 86). Dentro de este trabajo es fundamental rastrear este impacto, ya que se analiza un tema como la violencia contra las mujeres y se comprende, desde una mirada psicosocial, que sus causas se encuentran en las relaciones sociales desiguales de poder e inmiscuidas en la cultura patriarcal.

En síntesis, el análisis comparativo implica contrastar los diferentes relatos para poder extraer sus significados más relevantes, y de esta manera establecer la relación entre las experiencias subjetivas y los fenómenos socioculturales. El material utilizado para esta fase fueron los relatos de vida y las diferentes investigaciones sobre violencia obstétrica. En un primer momento, se realizó un análisis entre los relatos; y, en segundo lugar, se enriqueció este análisis con la literatura revisada a modo de comparación. El uso de esta técnica facilitó el trabajo del tercer objetivo específico y del objetivo

general.

En suma, el período de análisis se extendió desde el acercamiento al objeto de estudio hasta las últimas fases de la investigación. Esencialmente consistió en una constante reflexión, descripción e interpretación de los datos y abarcó la redacción de este documento (Schettini y Cortazzo, 2015).

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

Si bien es cierto, la perspectiva trabajada desde esta investigación es de corte cualitativo y su interés recae en “establecer el significado que determinados actos sociales tienen para sus actores, y enunciar lo que este hallazgo muestra en su contexto” (Salinas y Cárdenas, 2009, p. 344), es importante considerar algunas nociones para garantizar la calidad de la información presentada en este documento.

La principal estrategia metodológica utilizada para este fin fue la triangulación, la cual “utiliza una variedad de fuentes de datos, de investigadores, de perspectivas (teorías) y de métodos, contrastando unos con otros para confirmar datos e interpretaciones” (Salinas y Cárdenas, 2009, p. 345). Permitió relacionar los datos entre sí y contrastarlos para darles mayor fiabilidad.

Particularmente se realizó una triangulación de métodos de investigación (Banister et al, 2004, Ellsberg y Heise, 2007 y Salinas y Cárdenas, 2009), utilizando las técnicas de entrevistas semi estructuradas a profesionales y los relatos de vida de siete mujeres costarricenses. También, se utilizó una triangulación teórica, la cual según Banister et al (2004) permite contrastar teorías múltiples, así como reconocer la diversidad y complejidad que poseen las realidades sociales. Concretamente se utilizaron los aportes teóricos de la psicología social, la psicología política y las teorías feministas.

Asimismo, desde el primer momento de esta investigación se contó con el apoyo del equipo asesor

conformado por una directora y dos lectoras de tesis. El mismo fungió el papel de acompañante en los diferentes momentos de la investigación, procurando y garantizando que tanto la construcción de las entrevistas y la realización de estas se diera de una forma ética. Aparte de esto, sus áreas de experticia (psicología, sociología, filosofía, feminismos, entre otros) permitieron no sólo enriquecer el análisis de los datos realizados sino fortalecer los aspectos metodológicos llevados a cabo durante el proceso de investigación.

Por último, es necesario mencionar que a lo largo de este documento se presentan citas textuales de las entrevistas realizadas a las diferentes personas participantes de la investigación, las cuales fueron transcritas en su totalidad asegurando la fidelidad de sus palabras. Este aspecto es importante, ya que implica dar un lugar central a las perspectivas, experiencias y narraciones de cada participante. A su vez, que da cuenta cómo fueron atravesadas y son narradas sus experiencias personales.

“Los doctores y enfermeras que, de tanto en tanto, venían a rondarme, hacían comentarios sobre lo joven que era (...) Aferrándome a pensamientos épicos, sobrellevé el dolor y las vergüenzas a que me sometieron en el hospital. Primero, la enfermera que me afeitó el vello púbico. No sólo me perturbó que una perfecta extraña se ocupara de la más secreta porción de mi anatomía, me dio terror. Su velocidad y determinación pasmosa me hicieron temer una clitoridectomía involuntaria. Me quedé tan quieta como pude, casi sin respirar, con los ojos cerrados. Después la misma enfermera me aplicó un enema haciéndome yacer de costado. Con la bata del hospital abierta por detrás y mi gran barriga, aquella carrera al baño casi acaba con mi dignidad. Cuando pensaba que cesaban mis vergüenzas, empezó una constante procesión de doctores que indagaban sobre el proceso de dilatación de mi cérvix. Uno a uno llegaban y sin más revisaban mis intimidades, asomándose entre mis piernas como si se tratara de un open house. Los médicos se referían al bebé como «el producto», como si yo fuera una máquina ensambladura a punto de escupir alguna herramienta de jardín.

Al fin llegó mi médico, el doctor Abaunza. Alto, de anchas espaldas y gruesos bigotes, con su bata blanca impecable, almidonada, y su sonrisa de tener todo bajo control. Era un Dios. Podía confiar en su voz sonora, sus manos fuertes”

(Gioconda Belli, 2001, p. 24).

## **CAPÍTULO 6: Presentación y análisis de resultados**

Este capítulo contiene los principales resultados que arrojó esta indagación, se compone de la presentación de la información obtenida a través de los instrumentos utilizados para recopilar los relatos de las mujeres, las entrevistas realizadas a profesionales, la literatura revisada y las reflexiones realizadas por la autora de este documento. Es una integración entre los aspectos teóricos que usualmente se presentaría en un apartado de marco teórico y los resultados obtenidos en esta investigación.

Constituye un esfuerzo por agrupar y analizar los datos recopilados, así como un empeño por mirar críticamente la violencia obstétrica desde las diferentes herramientas que ofrecen la psicología social, la psicología política, las teorías feministas y el enfoque de derechos humanos. Además, pretende realizar un abordaje a la temática a partir de la visibilización de elementos socioculturales, históricos y psicosociales que se encuentran enraizados en la expresión de esta forma de violencia.

Hasta el momento se han detallado algunos aspectos introductorios, la justificación, antecedentes, un breve contexto sociohistórico sobre el desarrollo de la obstetricia, el marco teórico (aportes de la psicología social, psicología política, teorías feministas y el enfoque de derechos humanos), un marco sobre derechos sexuales y reproductivos, el problema y los objetivos de investigación; y el marco metodológico. Este capítulo se compone de varios subapartados que agrupan diferentes ideas sobre el patriarcado como sistema social y cultural que legitima la desigualdad, la violencia contra las mujeres como una expresión del patriarcado, la violencia obstétrica: sus perspectivas, delimitaciones, escenarios, manifestaciones experimentadas por las siete mujeres entrevistadas, conocimiento sobre el término y explicaciones que le dan las mujeres a este fenómeno y el reconocimiento de otras situaciones de violencia obstétrica que atravesaron mujeres conocidas o desconocidas. Además, se reflexiona sobre el poder como una garantía para el orden social y el mantenimiento del status quo, y el impacto psicosocial de la violencia obstétrica en diferentes niveles, incluyendo el subjetivo,

emocional, psicológico, físico, salud sexual y reproductiva, laboral, educativo, de pareja, amistad y otras consecuencias psicosociales de la violencia obstétrica.

A modo introductorio, es necesario recordar que los siguientes elementos recopilan los relatos de vida de siete mujeres habitantes de cada una de las provincias del país. Todas son mujeres jóvenes con edades entre los 23 y 36 años, sus estado civiles varían (unión libre, casadas y solteras), poseen diferentes niveles de escolaridad (secundaria completa, secundaria incompleta, universitaria completa y universitaria incompleta), poseen entre 1 y 2 hijos, y también, se dedican a actividades laborales fuera y dentro del hogar o a estudiar. Cada una de ellas presenta condiciones de vida diferentes tanto a nivel socioeconómico como cultural y personal, pero comparten el haber atravesado una experiencia de violencia obstétrica que debe leerse a la luz de esta diversidad.

### **6.1. Del patriarcado: sistema social y cultural que legitima la desigualdad**

El análisis del patriarcado como categoría teórica surge a partir de una preocupación sobre la condición de la mujer en la sociedad y por el afán de explicar el surgimiento de diferentes instituciones y relaciones sociales a lo largo de la historia (Lagarde, 2005). En términos más amplios alude a la palabra patriarca, la cual proviene del latín *patriarcha* y se compone de dos términos: *pater* o “padre”, y *arché* o “gobierno” y “dominio” (González, 2013). Remite a “la máxima autoridad familiar y a la máxima autoridad política, a un varón que, por su condición de padre (y por su edad), ejerce autoridad en el seno de la familia y sobre otros colectivos” (González, 2013, p. 491).

También, en términos generales, representa “la manifestación y la institucionalización del dominio masculino sobre las mujeres y los niños de la familia y la ampliación de ese dominio masculino sobre las mujeres a la sociedad en general” (Lerner, 1989, p. 340-341). Así, resulta ser un fenómeno social de suma

complejidad y de ordenamiento de las sociedades.

A lo largo de la historia han existido diversas formas para conceptualizarlo, muchas de las cuales responden al propio contexto desde el cual se sitúan sus investigadoras. Es desde la conjunción marxismo-feminismo que se asientan las bases para generar una explicación sobre el origen del patriarcado (Lagarde, 2005). Desde esta perspectiva, se analizan los modos de producción de sociedades antiguas y se vislumbra el papel que ha sido designado a las mujeres en estos períodos. En adición, se concluye que las bases del patriarcado son la conjunción entre la forma en que se conciben la propiedad privada, la familia y el Estado.

Al respecto Lerner (1989) señala que el patriarcado es una creación histórica elaborada tanto por hombres como por mujeres que se consolida a lo largo de 2500 años e inicia en el estado arcaico, siendo su unidad básica la familia patriarcal. Desde esta unidad la sexualidad de las mujeres es valorada exclusivamente como una mercancía, en la que su capacidad reproductiva y los servicios sexuales se utilizan como objetos de intercambio entre tribus. Estos actos inauguran el inicio de la esclavitud femenina, así como la opresión y explotación económica de las mujeres (Lerner, 1989; Fernández, 2013).

Estas explicaciones buscan situar el origen histórico del patriarcado como fenómeno social y señalar cuáles fueron las bases sobre la cual se reafirma y legitima la explotación de las mujeres en las diferentes sociedades. Algunas autoras como Gayle Rubin (citada en Fernández, 2013) plantean que es necesario hablar de otras categorías como el sistema sexo-género, ya que para ellas el término patriarcado evidencia solamente una parte de la represión existente sobre la sexualidad humana. Para efectos de este trabajo se continuará haciendo referencia a este concepto, considerándolo un sistema de ordenamiento sociocultural en el que se legitiman diferentes formas de desigualdad que serán enumeradas en los próximos párrafos.

Ahora bien, tras las elaboraciones del feminismo radical y de autoras como Kate Millet y Sulamith Firestone, se concibe el patriarcado como el:

Sistema de dominación sexual que es, además, el sistema básico de dominación sobre el que levantan el resto de las dominaciones, como la de clase y raza. El patriarcado es un sistema de dominación masculina que determina la opresión y subordinación de las mujeres (Varela, 2008, pp. 84-85).

En este sentido, se reconoce que desde este sistema de dominación sexual se crean las categorías de género (masculino/ femenino) en la que interesa resaltar la creación de una construcción social de la feminidad y la instauración de diferentes formas de opresión que son compartidas por las mujeres (Varela, 2008). A su vez, este sistema se interseca con otras opresiones como la clase social, la nacionalidad, la etnia, la discriminación religiosa, política, lingüística y racial, entre otras (Lagarde, 2005).

Asimismo, este orden genera normas sobre cómo deben ser y cómo deben comportarse las personas, crea relaciones desiguales de poder, provoca un antagonismo entre ambos géneros, oprime mayoritariamente a las mujeres, crea enemistades entre las mujeres, planta el machismo como un fenómeno cultural en el que se exalta el poder masculino y se legitima la discriminación de las mujeres, entre otras características (Lagarde, 2005; Varela, 2008; González, 2010).

Algunos de los mandatos que se les asignan a las mujeres se basan en cómo debe ser la relación que posean consigo mismas y con sus propios cuerpos. Una muestra de esto, son algunos de los comentarios que recibieron las mujeres entrevistadas sobre sus cuerpos. El personal médico no sólo alude a su peso (Katrina, comunicación personal, 23 de agosto de 2018), si no a cómo este no cumplía con otros estándares. Por ejemplo, “Mirá. Es que su cuerpo. Digamos, fisiológicamente no está apto. No tiene condiciones para tener un hijo natural” (María, comunicación personal, 29 de agosto de 2018). Estas alusiones inciden en cómo las mujeres ven que son miradas por otras personas y generan conflictos y culpas al no cumplir con los requerimientos que

se esperan para ejercer “la maternidad”. Asimismo, se exponen a diferentes mensajes provenientes de la publicidad o de otros medios sobre cuáles son las formas de belleza ideales.

Socialmente se ha instituido una única forma de feminidad que responde a comportamientos, actitudes, creencias, mentalidades y lenguajes legitimados desde el patriarcado (Lagarde, 1990). Principalmente se han colocado la reproducción y el ejercicio de la maternidad como un mandato; y se ha eliminado la vinculación con el propio cuerpo y el disfrute de la sexualidad (Salazar, 2001; Lerner, 1989; Butler, 2002; Preciado, 2014). Se pueden encontrar rastros de este último aspecto en el discurso médico- legal positivista y el discurso católico de la Costa Rica de los siglos XIX y XX (Hidalgo, 2004).

De igual manera, hasta el día de hoy se sigue sosteniendo esta equiparación de las mujeres al ser madres y se sigue valorando esta condición, “(...) al parir- al “dar a luz”, al “dar la vida”, al “traer hijos al mundo”-, la mujer nace como tal para la sociedad y para el Estado, en particular para la familia y el cónyuge (existente o ausente), y para ella misma” (Lagarde, 2005, p. 386). Esta idea mella en la experiencia de vida de muchas mujeres y posee gran relevancia a la hora de hablar de la violencia obstétrica, aspecto que se trabajará más adelante.

En las últimas décadas, desde las teorías feministas se ha buscado explorar cómo el sistema patriarcal, concebido como un sistema político, se extiende y expresa en diversos espacios como las familias, las relaciones sexuales, las relaciones laborales, las relaciones económicas y otras manifestaciones como la violencia de género (Lagarde, 2005; González, 2010; González, 2013). Existe un interés por saber hasta dónde se extienden el control y el dominio sobre las mujeres, ya que se considera que el patriarcado posee una adaptación al tiempo y al contexto histórico, social y cultural.

Finalmente, y siguiendo esta misma línea, interesa resaltar algunos elementos sobre cómo se expresa el sistema patriarcal dentro del campo de la medicina para ir dibujando su relación con la violencia obstétrica

Turbau (2017), señala que puede rastrearse tanto dentro de los contenidos que se estudian en las facultades como en las relaciones médico-paciente.

En el primer caso, menciona que en materias como ginecología no se habla de temas como los mecanismos de placer en las mujeres u otros temas asociados, sino que los contenidos exploran las patologías, la menopausia, la anticoncepción y las infecciones de transmisión sexual (ITS). Suele generarse una equiparación constante a estos temas con la reproducción y la capacidad reproductiva de las mujeres. Por supuesto, que esta información deja por fuera las particularidades, la subjetividad de cada persona y a la mujer como sujeta de derechos.

Turbau (2017) afirma que se fomenta el aprendizaje y la aplicación de lo general como si no existieran singularidades. Esta premisa es evidente en algunas de las experiencias de las mujeres:

La muchacha siempre hacía gestos que yo dije: “Pero es que esto no es conveniente” (...) “O sea, ¿Cómo me va a decir que no sé pujar?” (...) “¿Cómo me va a hacer una mala cara porque no tengo dolores?” (...) ¡Por Dios! Esto debería ser más empatía o más solidaridad que, que molestia. Ella se supone que está para atenderme, no para regañarme” (Susana, comunicación personal, 29 de agosto de 2018).

Y: “Doctora, ¿cómo?”. “Estoy revisándolos. Un momento. Necesitas esto, esto, esto. Hay que hacerle los, las recetas”. Y: “Doctora, pero...”. “Señora, pero entienda. No puedo quedarme hablando con usted porque tengo que ver todos los demás”. Y uno se queda: “Entonces pase más seguido o tenga más, más, más días”. Hace: “Tengo una hora para hacer esto y son

demasiados bebés. No puedo”. Entonces, deberían de tener más doctores” (Katrina, comunicación personal, 23 de agosto de 2018).

En ambas situaciones se puede rastrear que el personal conoce una sola forma de realizar su trabajo y que, además, esta no debe ser cuestionada. En el caso de Susana, existe un reclamo por la generalización que realiza la profesional que le atiende de cómo debería comportarse una mujer durante el parto. Mientras que, en el segundo caso, Katrina cuestiona la carencia del sistema de no contar con más profesionales que puedan dar una atención más personalizada.

Desde la medicina se espera que el estudiantado adquiera estos conocimientos de forma acrítica y mecánica (Turbau, 2017). Esto se refleja en las narraciones de María y Susana:

A uno le hacen revisión. ¿Y eso, qué implica? “Mi amorcito. Acuéstese. Abra las piernas y te vamos a revisar”. Entonces cada vez que a usted le hacían revisión, no era sólo el doctor de turno o la enfermera del turno (...) Eran también todos los estudiantes que estaban haciendo práctica. Que ni siquiera con tu consentimiento (María, comunicación personal, 29 de agosto de 2018).

Uno dice: “Sí, algo estaba pasando allí”. Porque ella no se veía tranquila, ni se veía convencida de lo que estaba haciendo. Lo que nos preocupó fue que nunca pidió ayuda. O sea, tampoco volvió a llamar a nadie para que la asistiera (...) Si no simplemente terminó de hacer lo que estaba haciendo. Empezó a coserme. Ahí sí me dolió (Susana, comunicación personal, 29 de agosto de 2018).

Estos ejemplos denotan que los métodos de enseñanza utilizados para el aprendizaje no consideran lo que una mujer tendría que decir sobre su estado o siquiera refuerzan la importancia de contar con su consentimiento. María señala cómo pasan persona por persona realizando un tacto vaginal, sin dirigirse a ella, ni cuestionar por qué debe realizarse de esa manera. En el otro caso, Susana da cuenta de cómo se les enseña al personal que deben asumir una investidura de saber. Esta máscara debe ser sostenida frente a las mujeres que son atendidas e incluso frente a otras y otros profesionales.

En el caso de las relaciones médico-paciente no suele aplicarse lo que se enseña a nivel teórico, ya que a la hora de incorporarse a la práctica hospitalaria se encuentran situaciones muy diferentes. Turbau (2017) habla del aprendizaje por imitación y enumera algunas situaciones en las que los médicos/ profesores toman actitudes como dar malas noticias a los pacientes de golpe, regaños ante las preguntas de las personas, terminar las consultas sin atender las necesidades emocionales o dudas de las personas, comentarios ofensivos, culpabilización a los pacientes, entre otras. Por ejemplo, una de las situaciones que describen las mujeres es la siguiente:

Ningún doctor te decía: “Mirá, es esto y esto y esto lo que tenés”. Aunque si una consultaba, te decían: “¿Para qué te voy a contar si igual no vas a entender? Sos una ignorante en el tema”. Entre ellos hablan cuestiones muy técnicas (...) Di, uno queda como una idiota. Casi como un objeto. “Mirá. Un objeto de experimento. De estudio”. Simplemente la gente pasa sobre mi cuerpo. Me revisa y punto. Pero: “¿Yo qué? Mi derecho a información de mí. ¿Qué?” (María, comunicación personal, 29 de agosto de 2018).

Este trato no proviene de la nada, sino que es transmitido dentro de la enseñanza y práctica médico-obstétrica. Las mujeres reclaman reiteradamente esa demarcación que genera un distanciamiento con el

personal, ya que alude incluso a la invisibilización que sufren, la cual invalida su condición de existencia.

Ambos casos evidencian una desigualdad y un ejercicio de poder que permea tanto la enseñanza como las relaciones entre el personal médico y las personas que atiende. Asimismo, se puede afirmar que existe una transmisión de los mandatos de género, particularmente de la maternidad; y se legitima el ejercicio de la violencia. De ahí, surgen expresiones como la violencia obstétrica en la que la violencia se encuentra dirigida a los cuerpos y psiques de las mujeres de manera insistente (Arguedas, 2014).

## **6.2. Violencia contra las mujeres: una expresión del patriarcado**

La violencia contra las mujeres (V.C.M.) es una de las formas de violencia más extendidas a lo largo del mundo y también, una de las expresiones de maltrato más negadas e invisibilizadas a lo largo de la historia (Ellsberg y Heise, 2007). Su reconocimiento como problemática es reciente, de la mano con su investigación y promulgación de legislaciones para su censura y penalización.

Diversas autoras como Segato (2003) y González (2010) insisten en que la violencia contra las mujeres es una de las formas de opresión privilegiadas del patriarcado. Justamente, “en las sociedades patriarcales, la dimensión simbólica legitima la institución de un orden social que necesita del ejercicio de la violencia contra las mujeres para su instauración y reproducción” (Sciortino, 2013, p. 13).

Como se mencionó en el apartado anterior, el sistema patriarcal instaura diversos roles y mandatos sobre las mujeres. Estos van desde ser “madresposas”, “monjas”, “putas”, “presas”, “locas”, “santas”, “vírgenes”, entre otras (Salazar, 2001; Lagarde, 2005). Esta transmisión de ideas se cola en el sistema hospitalario y se pide a las mujeres que las cumplan. Por ejemplo:

A como pude pase a la cama, a una cama limpia. Me acuerdo que la bata se me abrió. Y la muchacha se molestó porque la bata se me abrió. Me dijo: “Pero tápese. ¿Qué le pasa?”. Ahí había un muchacho y ese muchacho era el que me estaba cambiando de camilla. Y iba a llevarme para la sala de operación. Y a ella le molestó que la bata se me abriera. Y yo: “Por Dios. Cómo me voy a poner a ver si se me abre o no la bata. Es lo que menos me importa en este momento” (...) “Solo quiero descansar”. Y yo me tiré en la cama” (Susana, comunicación personal, 29 de agosto de 2018).

De forma solapada se puede leer una serie de ideas en torno al “recato”, “la desnudez”, “la decencia”, y otras afines, sobre cómo debería comportarse una mujer frente a otras personas, sobre todo frente a otros hombres desconocidos. A través de la reacción de la enfermera se refuerza una exigencia social para que Susana corrija su comportamiento.

Paralelamente a estos roles, socialmente se exige una “silenciosa y alarmante complicidad social, a ser el receptáculo de agresiones verbales, físicas y sexuales, en la calle, en la casa y en los hospitales” (Salazar, 2001, p. 6). Así, a pesar de la existencia de estadísticas y el desarrollo teórico alrededor de la definición de la violencia contra las mujeres, Segato (2003) afirma que existen múltiples problemas para su reconocimiento, denuncia, proceso y punición. Esto se debe, principalmente, a que existe una gran naturalización de esta forma de maltrato, siendo legitimada dentro de los mismos sistemas culturales a partir de la jerarquización de los géneros y los roles asignados a hombres y mujeres (Segato, 2003). En este sentido, “la violencia circula como mecanismo de control que amenaza a cualquier mujer que intente correrse del lugar que la sociedad (patriarcal) le ha asignado” (Sciortino, 2013, p. 20).

Ahora bien, desde la *Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia*

*contra la mujer o Convención de Belém do Pará* (OEA, 1994), se reconoce que la violencia contra las mujeres es una manifestación de esta desigualdad y de las relaciones de poder históricamente dispares entre mujeres y hombres. Esta se define como “(...) cualquier acción o conducta, basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado” (OEA, 1994, p. 76-77).

Como se puede observar es un fenómeno muy amplio que se expresa tanto en la familia o unidad doméstica, dentro de una relación interpersonal, en la comunidad, lugares de trabajo, instituciones educativas, establecimientos de salud y puede ser perpetrada por el Estado o sus agentes (OEA, 1994). Algunas de sus expresiones pueden ser la violencia física, violencia psicológica, violencia sexual, violencia patrimonial, tortura, trata de personas, prostitución forzada, secuestro, acoso sexual, hostigamiento laboral, discriminación, inequidad, segregación, entre otras (OEA, 1994; Ellsberg y Heise, 2007; Asamblea Legislativa, 2007; Sciortino, 2013). También, la violencia obstétrica se agrupa dentro de esta categoría como una forma de violencia contra las mujeres que se expresa principalmente en los centros de salud y está naturalizada dentro del sistema estatal de salud pública.

La violencia afecta tanto a mujeres y niñas, pero, siguiendo la propuesta de interseccionalidad de Crenshaw (1989), es necesario decir que varía según la clase, raza o grupo étnico, nivel de ingresos, cultura, nivel educativo, contexto, edad o religión a la que se pertenezca. Aun así, es posible afirmar que es un fenómeno extendido a todas las sociedades, que representa una forma de violación a la dignidad humana y a los derechos humanos; y que es un grave problema de salud que afecta tanto a nivel físico como mental (Ellsberg y Heise, 2007).

Por último, es necesario señalar que bajo estas premisas se concibe que la violencia obstétrica es una de las expresiones de la violencia contra las mujeres y que a través de su ejercicio se reafirma el control del

cuerpo de las mujeres y de su capacidad reproductiva (Sciortino, 2013). Esto es confirmado por algunas de las experiencias de las mujeres entrevistadas. Entre estas:

Hago el ingreso y ahí el cuento de la mayoría: “Como es primeriza, déjenla batallar”. “Como es primeriza, la fuente, en cualquier momento le agarran dolores” (...) Le dijeron al papá: “Vaya y vuelva aquí a las cinco de la mañana, porque cuando es así, como es primeriza dura” (...)” (Mariana, comunicación personal, 18 de julio de 2018).

De nuevo, se observa cómo el personal asume y generaliza cómo son los procesos de las mujeres, sin considerar las particularidades de cada una o incluso el surgimiento de alguna complicación. Existe una confianza plena en que son las y los poseedores del conocimiento sobre cómo se dan los procesos de parto.

Además, se reduce el cuerpo de las mujeres al estatuto de instrumento y objeto:

No, simplemente todo mundo viéndote la vagina. (Baja un poco la voz). Ya sea que uno dice: “Putita, todo el hospital me conoció la vagina”. Es increíble: “Mi amor, abra las piernas y ya”. “Abra las piernas y relaje”. Uno dice: “¿A dónde está mi privacidad? ¿A dónde está mi derecho de elegir de que a quién quiero que me esté atendiendo o no?” (...)” (María, comunicación personal, 29 de agosto de 2018).

Incluso, se asume total libertad para decidir hasta dónde llega la capacidad reproductiva de las mujeres, partiendo desde la visión personal y a la vez, social, del personal médico:

Bueno, me negaron el salpin. Yo les dije. Ya vos no tenés derecho a que te hagan el salpin si vos querés. Nosotros pensamos que dos hijos son suficientes. Queremos darles una buena educación (Mariana, comunicación personal, 18 de julio de 2018).

A partir de estos ejemplos y los elementos colocados en este apartado, se comprende que las bases de la violencia obstétrica pueden encontrarse al analizar cómo se expresa la violencia contra las mujeres en las sociedades, pero considerando que esta es ejercida desde el espacio hospitalario y desde la disciplina obstétrica. Más adelante se ahondarán estos aspectos y se analizará porqué es una violencia con un alto grado de legitimidad social.

### **6.3. Violencia obstétrica: perspectivas y delimitación**

Hablar de violencia obstétrica como tal es un hecho reciente, el término surge dentro del activismo feminista en torno a los derechos reproductivos y aparece formalmente en el año 2006 en la *Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia* en Venezuela (Arguedas, 2014). Posteriormente, se incluye en otras legislaciones mexicanas y en Argentina, lo cual le da un mayor reconocimiento público al tema.

Aun así, continúan existiendo diferentes perspectivas y abordajes para señalar cuáles son las causas de este fenómeno, cómo describirlo y delimitar sus manifestaciones. Esto se complejiza con la creciente cantidad de investigaciones que van ampliando el conocimiento sobre el tema, lo cual representa un gran aporte para su comprensión y un enorme reto para su trabajo. Antes de presentar la definición que se utilizó a lo largo de esta investigación, se hará un breve repaso por las diferentes categorías bajo las que otras investigaciones han comprendido la violencia obstétrica. Estas fueron identificadas en la recopilación y revisión de literatura y

permiten vislumbrar la complejidad de esta forma de violencia. Más adelante se presentarán algunas consideraciones sobre los conceptos de embarazo, parto y postparto, así como de los hospitales públicos costarricenses. Seguidamente se expondrán las principales características de las manifestaciones de violencia obstétrica reportadas por las mujeres en los relatos de vida.

### **6.3.1. Miradas y perspectivas en torno al concepto violencia obstétrica**

Como se sugirió anteriormente, a la hora de hablar sobre la violencia hay que partir de un hecho: esta es sumamente compleja. Martín-Baró (2000) señala al respecto que, “no sólo hay múltiples formas de violencia, cualitativamente diferentes, sino que los mismos hechos tienen diversos niveles de significación y diversos efectos históricos” (pp. 364-365). En este sentido, hay que considerar que la violencia se da dentro de un contexto social que la posibilita. En el caso de la violencia obstétrica acontece y se sostiene tanto dentro del patriarcado como de la institucionalidad.

Aunque alrededor del concepto de violencia obstétrica no existe una sola definición, hay algunos consensos sobre lo que esta implica. Es catalogada como violencia de género, y en algunas investigaciones se delimita como una forma de violencia contra las mujeres, se reconocen diversas manifestaciones de violencia obstétrica (física, verbal, psicológica, emocional, simbólica, negligencia, faltas éticas, entre otras), se puntúa que está marcada por la patologización y la medicalización del parto, se identifica la existencia de relaciones de poder desiguales entre el personal médico y las mujeres; y se caracteriza como una violación a los derechos humanos de las mujeres, principalmente a sus derechos sexuales y reproductivos.

De estos aspectos se desligan cinco categorías para clasificar la violencia obstétrica: 1) como violencia institucional, 2) como una violación a los derechos sexuales y reproductivos, 3) como negligencia médica, 4) como una forma de violencia de género, y 5) como una forma de violencia contra las mujeres. Estas categorías

corresponden a las diferentes explicaciones que han sido utilizadas en la literatura para conceptualizar la problemática. En ocasiones dentro de una misma investigación, se caracteriza la violencia obstétrica en dos o más de estas categorías, por ejemplo, se define que esta es una forma de violencia de género que, a su vez, violenta los derechos humanos de las mujeres. Estas categorías centran su atención en diferentes particularidades de la violencia obstétrica, podría decirse que describen diferentes aristas del mismo fenómeno, por lo que, es esencial considerar cuáles son los aportes de su uso y las dificultades a la hora de reducir la mirada y considerarlos como elementos separados.

A continuación, se detallará cada una de estas miradas y posteriormente, se presentará la definición de violencia obstétrica utilizada en esta investigación:

*a. Violencia obstétrica como una forma de violencia institucional:* Algunas autoras y autores enmarcan la violencia obstétrica como una forma específica de violencia que se da dentro de las condiciones de una institución médica y una estructura determinada por el poder y la desigualdad entre mujeres y personal médico. Reconocen que para su comprensión deben analizarse los siguientes elementos: la legitimación social del saber médico y su indisputabilidad; y las dinámicas que se dan en el contexto hospitalario.

Al respecto, Magnone (2011) categoriza la violencia obstétrica como un producto de la intersección entre la violencia contra las mujeres y la violencia institucional en salud. Sobre esta última señala que es aquella violencia física o psicológica que es consecuencia de las condiciones inadecuadas de una institución y los sistemas públicos. Es posible debido a la existencia de poderes jerárquicos dentro de este espacio que se caracterizan por “las asimetrías de poder y por la apropiación del sistema sobre las decisiones vitales sobre el cuerpo de sus usuarios/as” (Magnone, 2011, p. 4).

Cassiano et al (2016) también entienden la violencia obstétrica de la misma manera, y distinguen cinco categorías en las que se manifiesta la violencia institucional: 1) en las relaciones de poder, 2) aquella que

comprende los actos dirigidos al cuerpo femenino, 3) a través de la comunicación, 4) en la modalidad de servicio, y 5) como una violación a los derechos humanos. Algunas de las causas de esta violencia son “la precarización del sistema de salud, a las reducidas inversiones en maternidades, la conducta poco ética e irrespetuosa de los profesionales, la utilización indiscriminada de la amniotomía, episiotomía, oxitocina sintética, anillos vaginales repetitivos, indicación de cesáreas innecesarias y la utilización de palabras y expresiones irónicas dirigidas a la mujer durante el trabajo de parto” (Cassiano et al, 2016).

Otras características para considerar en esta perspectiva son la naturalización y la normalización de los actos de violencia obstétrica dentro las instituciones médicas y fuera de estas, ya que en muchas ocasiones las personas asumen que estos hechos son parte de la dinámica, las “formas” en las que atiende el personal médico o parte de la personalidad de quien presta el servicio. Ahora bien, el problema de reducir la violencia obstétrica a estas ideas o incluso a considerarla solamente como una forma de violencia institucional, pasa por invisibilizar que es una forma de violencia específica contra los cuerpos de las mujeres.

***b. Violencia obstétrica como una violación a los derechos sexuales y reproductivos:*** Desde este punto de vista las distintas expresiones de violencia obstétrica son una violación a los derechos humanos, puntualmente a los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres (Quevedo, 2012; Belli, 2013; García, 2014; Castro, 2014; Almonte, 2016; Álvarez y Russo, 2016). En este sentido, las investigaciones comparan el concepto de violencia obstétrica con los diferentes instrumentos legales que agrupan estas garantías.

Al respecto, Belli (2013) afirma que a pesar de la promulgación de los diversos instrumentos internacionales que abogan por los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, se siguen presentando situaciones dentro de los hospitales que afectan la salud de las mujeres en el ámbito reproductivo. Además, puntualiza que la violencia obstétrica atenta fundamentalmente contra el derecho a la salud, y este se interconecta con otros derechos humanos como la dignidad, la integridad personal, la privacidad y la intimidad,

la información y toma de decisiones, no recibir tratos crueles o degradantes y estar libre de discriminación.

A estos derechos, se suman los señalados por Quevedo (2012) que conforman el decálogo de los derechos de la embarazada: 1) derecho a que no la consideren a una enferma, 2) a pedir la participación de su pareja, 3) a tener miedo, 4) a elegir, 5) a sentirse dueña de su cuerpo, 6) a no someterse a rutinas médicas innecesarias, 7) a sentir placer y dolor, 8) a expresarse según su necesidad, 9) al vínculo inmediato con su hijo o hija, y 10) al buen trato.

Cabe recordar también que el término violencia obstétrica como tal, surge en el contexto de promulgación de la ley venezolana, por lo que esta es una definición legal que se traslapa a posicionar el tema a nivel social (Arguedas, 2014). Antes de esto, se hablaba de “malos tratos”, “trato deshumanizado”, “negligencia médica” o situaciones de violentas que acontecían en la atención obstétrica, pero no existía la tipificación de esta forma de violencia. El hecho de poner a disposición esta información, permite que las mujeres puedan exigir que se respeten sus derechos en la atención del parto y sus procesos.

En Costa Rica, no existe un reconocimiento de la violencia obstétrica a nivel de legislación, sin embargo, la mera promulgación de un instrumento de este tipo requiere un trabajo paralelo a nivel sociocultural y educativo para que las mujeres puedan acceder a la información. Aun así, es importante considerar que las condiciones políticas del país no han sido favorables para un acceso real al disfrute de los derechos sexuales y reproductivos. Durante el 2018 han existido fuertes debates en torno a temas como la implementación de educación sexual en instituciones y el aborto terapéutico. Inclusive el vicepresidente Rodolfo Piza solicitó que se excluyera el concepto de “parto humanizado” de un acuerdo político que había alcanzado en conjunto con el presidente Carlos Alvarado y la ministra de la condición de la mujer, Patricia Mora (Cambroner, 2018).

Por último, es necesario reflexionar que, si solamente se considera la violencia obstétrica como una violación a los derechos, se dejan lado otras temáticas importantes como el poder, las causas estructurales y

las causas socioculturales que posibilitan la expresión de esta forma de violencia. No obstante, es fundamental tener presente que con el ejercicio de la violencia obstétrica efectivamente hay una violación a las conquistas realizadas en materia de derechos sexuales y reproductivos.

*c. Violencia obstétrica como negligencia médica:* Otra perspectiva de análisis para la violencia obstétrica es considerarla un producto de la negligencia médica que acontece en los hospitales (Valdez et al, 2013; Vergara, 2014). Esta refiere al castigo sistemático y disuasivo que se ejerce sobre las mujeres a la hora de la atención e implica actos como no brindar atención oportuna a las mujeres, aplazamiento de intervenciones, realizar de manera inadecuada alguna intervención o no realizarla, no realizar algún diagnóstico durante el embarazo que puede tener consecuencias en el parto, entre otras (D'Oliveira et al, 2002). Estas situaciones pueden desembocar en un daño momentáneo o permanente para la mujer o el feto.

Castro (2014) señala que en muchos estudios suele justificarse la violencia obstétrica apuntando que el personal debe enfrentarse a difíciles condiciones de trabajo, atender un número elevado de personas en pocas horas o que no posee formación ética. Para este autor, esta afirmación presenta algunos problemas, ya que la solución que se plantea es “humanizar” al personal médico, pero no se caracteriza la problemática, ni se realizan propuestas concretas para su modificación. Aunque estas condiciones se den dentro de los hospitales, no pueden ser utilizadas para excusar la desigualdad de poder y los actos de violencia que se ejercen en estas instituciones. No sólo sería problemático reducir la ocurrencia de la violencia obstétrica a estas deficiencias, sino que implicaría cierta complicidad y legitimación de los actos.

Al igual que el caso de la violencia institucional, hay que considerar solamente que la violencia obstétrica es una forma de negligencia médica invisibiliza que esta es una forma de violencia dirigida hacia las mujeres. Además, deposita toda la responsabilidad en el personal médico dejando de lado las causas

estructurales y socioculturales asociadas al patriarcado.

*d. Violencia obstétrica como una forma de violencia de género:* Diversas investigaciones han sostenido con diferentes argumentos que la violencia obstétrica es una expresión de la violencia de género que se da en el sistema médico obstétrico (Villegas, 2009; Quevedo, 2012; Aguirre et al, 2013; Belli, 2013; Camacaro, 2013; Machado, 2014; Bellón, 2015). Esto principalmente porque:

La violencia obstétrica en tanto violencia de género pone de manifiesto la asimetría que existe entre hombres y mujeres en las relaciones de saber/poder y que regula el conjunto de las prácticas concretas en los procesos reproductivos de las mujeres (Belli, 2013, p. 30).

Otras de las razones puntualizan que en esta forma de violencia se pueden rastrear concepciones y estereotipos de género dentro de las prácticas de violencia obstétrica, la no validación de los derechos sexuales y reproductivos, la expropiación y el control a las mujeres de sus cuerpos, sexualidades y reproducción, actitudes misóginas, relaciones de poder que están basadas en el sistema sexo-género (masculino/ femenino) y que esta es una de las manifestaciones más extremas de esta desigualdad entre los géneros (Villegas, 2009; Quevedo, 2012; Machado, 2014; Bellón, 2015).

Esta perspectiva reconoce el lugar del patriarcado como sistema social de ordenamiento de las relaciones de género que genera desigualdad y permite que se expresen diferentes formas de violencia contra los géneros. También, permite visibilizar cómo esta forma de violencia se entremezcla con la violencia simbólica. Particularmente, al demandar a las mujeres ser buenas madres para cumplir con su rol asignado

socialmente.

Si bien es cierto colocar la violencia obstétrica como una forma de violencia particular que se encuentra atravesada por la categoría género es de suma importancia, hablar del género en plural excluye y no reconoce que esta forma de violencia es una forma específica que se ejerce sobre los cuerpos y psiques de las mujeres. En relación con esto, Lira (2018) señala que, aunque en muchas ocasiones se suelen equiparar los términos “violencia de género” y “violencia contra las mujeres”, es necesario recordar que el género no es exclusivo o equiparable a la situación de las mujeres. De igual manera, en su conceptualización la violencia de género recopila diferentes formas de violencia que son ejercidas contra personas o grupos de personas con base en algún género (Lira, 2018).

*e. Violencia obstétrica como una forma de violencia contra las mujeres:* En la literatura consultada se pueden rastrear pesquisas que enfatizan que la violencia obstétrica es una forma de violencia contra las mujeres que posee lugar dentro de los servicios de salud asociados a los procesos reproductivos (Magnone, 2011; Quevedo, 2012; Castro, 2014; Fernández, 2015; Villanueva et al, 2016; Pereira, 2017; Rodríguez y Aguilera, 2017; Lira, 2018). Algunas de estas indican que la violencia contra las mujeres es una subcategoría de la violencia de género, alegando que evidencia las formas de violencia dirigidas exclusivamente contra las mujeres por el hecho de serlo (Pereira, 2017; Lira, 2018).

Los principales argumentos para realizar esta afirmación son el reconocimiento de la naturalización de la desigualdad a partir del control, opresión, subordinación, represión y condena a las mujeres por “contrariar” las normas sociales que le han sido asignadas (Pereira, 2017; Rodríguez y Aguilera, 2017). Esto a su vez, genera un proceso ideológico dirigido a la domesticación de las mujeres para que cumplan este papel y el uso de la violencia como un castigo directo sobre sus cuerpos.

En segundo lugar, se reconoce que su origen es la estructura social fundada en el patriarcado que legitima actos de discriminación contra las mujeres (Lira, 2018) y múltiples estereotipos acompañados de actos de misoginia (Fernández, 2015). En este sentido, se califica la violencia contra las mujeres como uno de los fenómenos universales y específicos en cada sociedad en la que se vulneran los D.D.H.H. de las mujeres (Villanueva et al, 2016; Quevedo, 2012; Pereira, 2017). Inclusive Quevedo (2012) y Villanueva et al (2016) subrayan que hay un irrespeto de diversas declaraciones y convenciones promulgadas en pro de las féminas como la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (1979), la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra las Mujeres (1993), la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres, Belém do Pará (1994), la Conferencia Internacional de las Mujeres (1995) y los acuerdos planteados en la Cumbre del Milenio (2000).

En tercer lugar, se sitúa la violencia obstétrica como una violación que afecta la salud reproductiva de las mujeres, esto implica reconocer que ocurre durante los procesos de embarazo, parto y postparto experimentados de forma muy vívida y exclusiva en los cuerpos de las mujeres (Villanueva et al, 2016). Asimismo, existe un no reconocimiento de estas como sujetos morales, lo cual representa una problemática y una muestra del mantenimiento de estereotipos y concepciones asociadas al ser mujer.

Una última tesis para realizar esta categorización es reconocer que al igual que en otras formas de violencia contra las mujeres, en la violencia obstétrica se suele victimizar a las mujeres señalando que ellas son las culpables de lo acontecido (Fernández, 2015). Esto provoca una serie de repercusiones a nivel de salud y a nivel psicológico tanto para quienes la experimentan como para la sociedad en su conjunto.

Ahora bien, es necesario posicionar que la violencia obstétrica es una forma de violencia contra las mujeres debido a que históricamente ha sido invisibilizada y naturalizada en el espacio hospitalario contando con poco reconocimiento social. Asimismo, como ya se mencionó, es innegable que es una forma de violencia

ejercida históricamente sobre cuerpos feminizados afectando directamente su subjetividad. Mediante el ejercicio de poder se busca homogenizar la vivencia de la feminidad, se crea una visión del cuerpo femenino como simple máquina que realiza de manera mecánica el acto de parir y se anula su capacidad de decisión junto a la posibilidad de generar conocimiento sobre los procesos que atraviesa en estos momentos.

Por otra parte, debe recordarse que al hablar de la violencia obstétrica como una manifestación de la violencia contra las mujeres es necesario considerar cómo afectan los diferentes procesos sociales, económicos, políticos, culturales y simbólicos las experiencias que atraviesan las mujeres (Crenshaw, 1989). Más allá de esto, se debe tener presente que hay una interrelación entre diversas categorías como raza, sexo, edad, entre otras.

*f. ¿Cómo se conceptualiza la violencia obstétrica en esta investigación?:* Una vez trabajadas las diferentes miradas y formas de comprensión de la violencia obstétrica es necesario puntualizar y posicionar cuál es el concepto retomado en esta investigación. No sólo es vital recordar que se trata de una forma de violencia con muchas aristas y que día con día se sigue generando conocimiento para su comprensión.

Tras estas consideraciones, se entiende que la violencia obstétrica es una forma específica de violencia contra las mujeres que se encuentra atravesada por relaciones desiguales de poder y comprende "(...) un conjunto de prácticas que degrada intimida y oprime a las mujeres y a las niñas en el ámbito de la atención en salud reproductiva y, de manera mucho más intensa, en el período del embarazo, parto y postparto" (Arguedas, 2014, p. 146). Esta es ejercida por "el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales" (Belli, 2013, pp. 29-30).

Esta definición reúne aspectos señalados en los apartados anteriores y permite situar el contexto en el

que se expresa la violencia obstétrica, a quién se encuentra dirigida, por quiénes es ejercida mayoritariamente, rescata la diversidad de manifestaciones que posee y describe la existencia de procesos particulares que se pueden rastrear en la atención del parto (medicalización y patologización).

Finalmente, es necesario retomar que entre el conjunto de prácticas que comprenden la violencia obstétrica se han identificado la violencia física, verbal, psicológica, faltas éticas, medicalización, discriminación, entre otras. Tal como se mencionó en el apartado de antecedentes, estas formas van desde inmovilizaciones, aplicación de medicamentos sin consentimiento, obligación a callar o ignorar a la mujer, presencia de personas externas a la labor de parto, uso de episiotomías, entre muchas otras (Vergara, 2014).

### **6.3.2. Escenarios de la violencia obstétrica<sup>2</sup>: embarazo, parto y postparto en la atención brindada en hospitales públicos costarricenses**

Dentro de esta investigación se decidió trabajar con experiencias de violencia obstétrica que acontecieron durante los períodos de parto y postparto en hospitales públicos costarricenses. No obstante, tras la realización de las entrevistas se obtuvo información de situaciones de violencia obstétrica acontecidas durante el período de embarazo o la atención prenatal que se incluirán dentro de este documento.

Antes de detallar cuáles fueron estos eventos, es importante acotar algunas precisiones en torno a los hospitales públicos del país, justificar la elección de trabajar en este contexto y presentar una definición de cómo se entienden los períodos de embarazo, parto y postparto. Esto permite situar la problemática y conocer

---

<sup>2</sup> Las investigadoras Ana Carcedo y Montserrat Sagot (2002) retoman la idea de los escenarios de femicidio, su principal aporte es señalar que existe una producción propia de los femicidios según el contexto sociocultural en el que se enmarquen. No sólo la existencia del patriarcado, o aspectos sociopolíticos pueden revisarse para entender estos fenómenos, sino que es necesario reconocer cuáles son sus particularidades. Así, es posible trasladar este concepto al tema de la violencia obstétrica para decir que en esta forma de violencia también se pueden ver diferentes dinámicas. Estas particularidades pasarían por reconocer elementos como la diversidad de las mujeres (su condición de raza, etnia, clase social, edad u otras), el contar con un sistema de salud pública, entre otros.

el marco del que se partió durante esta pesquisa.

Primeramente, es importante señalar que Costa Rica posee una gran fortaleza al contar con el acceso a seguridad social y múltiples instrumentos que protegen y garantizan el acceso de las mujeres embarazadas a recibir atención durante este proceso. Así como un interés en mejorar la calidad de sus servicios, por ejemplo, en el *Plan Nacional de Salud* (Ministerio de Salud, 2015) se señala la necesidad de promover los derechos en salud sexual y reproductiva, reducir la morbi mortalidad materno infantil, fortalecer los servicios de salud y ofrecer espacios educativos sobre estos temas. Además, en la *Ley General de Salud* (Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica, 2014) se establece que la salud es un bien de interés público que debe estar en manos estatales, lo cual implica que esta debe ser garantizada de manera universal. Sin embargo, no se deben invisibilizar las denuncias realizadas por situaciones de violencia acontecidas en diferentes centros de salud que dan cuenta de la ocurrencia de la violencia obstétrica como una práctica institucionalizada y apuntan hacia la necesidad de hacer cambios en el modelo utilizado para atender los procesos reproductivos (Oviedo, 2015; Vídarreá, 2015; Chaves, 2015; Oviedo, 2015).

De ahí que, esta investigación trabaje con mujeres que recibieron atención en el sistema de salud público y no a nivel privado. Se considera que ambos espacios poseen diferentes características en donde median factores económicos, el carácter institucional y cultural propio de la dinámica hospitalaria, existencia de marcos legales y éticos que dictan cómo debe realizarse esta atención, entre otras.

Ahora, volviendo al tema de la atención estatal a los procesos asociados a la reproducción, en el país existen diferentes centros de maternidad ubicados en las diferentes provincias y en diferentes hospitales que atienden la mayoría de los nacimientos que se dan en el país (CCSS, 2018). Estos son: el Hospital Maximiliano Peralta Valls y el Hospital William Allen Taylor en Cartago, el Hospital San Vicente de Paúl en Heredia, el Hospital San Juan de Dios, el Hospital de las Mujeres Adolfo Carit Eva, el Hospital Rafael Ángel Calderón

Guardia, el Hospital Fernando Escalante Padilla y el Hospital México en San José, el Hospital Carlos Luis Valverde Vega, el Hospital San Carlos, el Hospital Los Chiles, el Hospital San Francisco de Asís, el Hospital San Rafael y el Hospital Upala en Alajuela, el Hospital de la Anexión y el Hospital Enrique Baltodano Briceño en Guanacaste, el Hospital de Guápiles y el Hospital Tony Facio Castro en Limón, el Hospital Fernando Escalante Padilla, el Hospital de Ciudad Neily, el Hospital de Golfito Manuel Mora Valverde, el Hospital de Osa Tomás Casas Casajús, el Hospital de San Vito y el Hospital Víctor Manuel Sanabria Martínez en Puntarenas. Eso sí, otros espacios como los Centros de Atención Integral en Salud (CAIS) y los Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (EBAIS) también atienden estos procesos.

Esto indica que hay una gran cobertura a nivel nacional en cuanto a la distribución geográfica de los centros de salud que atienden a las mujeres durante el embarazo, el parto y el postparto, incluyendo clínicas y Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (EBAIS). También, en la *II Encuesta Nacional sobre Salud Sexual y Salud Reproductiva* (Ministerio de Salud, 2016) se exponen algunos datos sobre el acceso a los servicios de salud reproductiva. Interesa resaltar que en el informe se señala que la cobertura a las mujeres desde su primer trimestre de embarazo ha aumentado considerablemente desde el año 1999, y que la mayoría de las mujeres utilizan los servicios de salud pública para tener sus partos. Lo cual permite apuntar que este sistema de salud continúa siendo legitimado y de carácter accesible para la población.

Todos estos datos contribuyen a la necesidad de explorar y analizar el trasfondo de la violencia obstétrica en estos contextos, considerando que estas instituciones poseen autoridad en la atención de la salud reproductiva y de forma cotidiana ofrecen estos servicios.

Por otro lado, se concibe los procesos de embarazo, parto y postparto considerando las siguientes definiciones:

***Embarazo o gestación:*** “Período durante el que el embrión se desarrolla y crece en el interior del cuerpo

de la madre y cuya duración comprende desde la fecundación del óvulo hasta el momento del parto” (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Atención en el Embarazo y Puerperio, 2012, p. 9). Durante este momento se brinda la atención prenatal que corresponde a un “conjunto de actividades que deben realizar los servicios de salud en los diferentes ámbitos de acción, que permiten asegurar condiciones adecuadas en relación con el cuidado de la salud de las mujeres embarazadas y de sus hijas (os)” (CCSS, 2009, p. 19). Posee como fines identificar condiciones de riesgo en las mujeres o los fetos y fomentar la participación de las mujeres, sus familias y sus comunidades.

**Parto:** En condiciones normales “(...) inicia espontáneamente, es de bajo riesgo al iniciar y permanece así durante toda la labor y el parto. El (la) niño (a) nace espontáneamente, de vértice, entre las 37 y 42 semanas de gestación. Después del nacimiento la madre y el infante se encuentran en buenas condiciones” (C.C.S.S., 2009, p. 70). Aunque, es necesario tener presente que pueden existir diversas complicaciones durante el mismo que involucran una atención especializada.

Aparte de esto, existen algunas señales que preparan a las mujeres para el trabajo de parto. Estas son: el “aligeramiento” o bajada del feto a la parte inferior del útero y un aumento del flujo vaginal (NICHD.org, s.f.). Y propiamente, durante la labor de parto se presenta un aumento en la ocurrencia de las contracciones, la dilatación del cuello uterino y la fase de expulsión, en la que el feto sale (inatal.org, s.f.).

**Postparto o puerperio:** Comprende el período posterior al parto una vez que el feto sale, y se brinda atención tanto a la mujer como al niño o niña. Acerca de la duración de este no hay consenso, pero la C.C.S.S. (2009) habla de postparto inmediato y mediato. Este último refiere a un control precoz que se realiza durante los ocho y treinta días posterior al parto. En el postparto inmediato se requiere revisar la salida de la placenta, la evaluación del recién nacido o nacida, la ubicación de ambas personas en la

sala de alojamiento, valorar el estado de salud del niño o niña y de la mujer, hasta su egreso del hospital (C.C.S.S., 2009). El control precoz involucra orientación sobre el cuidado del bebé, autocuidado, orientación de la lactancia materna y planificación familiar, puede ser realizado en los EBAIS. Finalmente, se hablar de una evaluación en la octava semana posnacimiento en la que se consulte a la mujer por su estado de ánimo, explorando la presencia de la tristeza postparto o “baby blues” (C.C.S.S., 2009).

Seguidamente, se presentarán los resultados asociados a las manifestaciones de violencia obstétrica que fueron reconocidas por las mujeres dentro de sus relatos de vida. Se buscará sugerir algunas nociones sobre estas expresiones y el momento en el que acontecen con el fin de desenmarañar esta forma de violencia.

### **6.3.3. Manifestaciones de violencia obstétrica durante los momentos previos al parto, parto y postparto en la atención brindada a siete mujeres en hospitales públicos costarricenses**

Tal como fue señalado con anterioridad, uno de los esfuerzos realizados en las investigaciones sobre violencia obstétrica ha sido realizar una especie de inventario sobre cuáles son las diferentes formas o manifestaciones en las que esta se expresa. Esto permite no sólo tipificar esta forma de violencia sino ofrecer a las mujeres información para que puedan identificar estas situaciones.

Ahora bien, es importante enfatizar que, debido a la transformación del concepto de violencia obstétrica, su comprensión no debe limitarse a un listado o compendio de manifestaciones de manera cerrada, sino que debe ser comprendida como un fenómeno que se transforma y que presenta nuevas formas de expresión progresivamente.

A partir de estas consideraciones preliminares, este subapartado busca responder al primer objetivo

específico en el que se pretendía identificar las experiencias de violencia obstétrica experimentadas por las mujeres entrevistadas. Aunque solamente se buscaba conocer estas experiencias en los momentos de parto y postparto, como se mencionó anteriormente, las mujeres en sus relatos expusieron una serie de malos tratos que se dieron desde los momentos previos al parto y el embarazo. Por esto, se incluirán las manifestaciones reportadas durante este período en el análisis.

**Generalidades**

A través de los relatos de vida contruidos con siete mujeres se lograron identificar catorce manifestaciones de violencia obstétrica que se presentaron durante diferentes momentos de la atención. En el siguiente cuadro se puede apreciar de manera gráfica cuáles fueron estas formas de violencia obstétrica y en qué momento acontecieron:

Tabla 6  
*Manifestaciones de violencia obstétrica según momento de la atención*

Manifestación	Período		
	Momentos previos al parto	Parto	Postparto
Violencia Verbal	X	X	X
Violencia Física	X	X	X
Comentarios sobre el cuerpo	X	X	
Realización de procedimientos sin consentimiento	X	X	
Negación de la atención	X		X
Negación de la alimentación	X		X

Medicalización	X		X
No brindar información	X		X
Anulación de sentimientos		X	X
Negación de salpin			X
Negación de acompañamiento			X
Exposición a condiciones insalubres			X
Control del cuerpo			X
Violencia psicológica durante la lactancia			X

Elaboración propia a partir de las entrevistas realizadas a las mujeres.

Estos resultados arrojan que la violencia verbal y la violencia física fueron reportadas por las mujeres en los tres momentos de la atención, a saber, los momentos previos al parto, el parto y el postparto. Esto quiere decir, que según las experiencias de estas mujeres estas son las formas más comunes de violencia obstétrica que recibieron durante los procesos y su estancia en las instituciones hospitalarias. Es importante destacar que ambas formas de violencia son las más reconocidas cuando se trabajan las diferentes expresiones de violencia contra las mujeres, y, por ende, puede que fuese más fácil para las mujeres reconocerlas y señalarlas. Se reporta que fueron ejercidas por diferentes integrantes del personal, tanto por quienes ejercen la medicina o enfermería obstetra como por el personal administrativo de la institución médica. Sobre estos últimos, es importante acotar que poseen contacto con las mujeres durante el período de embarazo y los momentos previos al parto. Mientras que el personal médico y de enfermería les atiende durante los tres momentos de la atención.

Existen otras manifestaciones de violencia obstétrica que fueron reportadas en dos momentos de la atención. Durante los momentos previos al parto y el parto se presentaron comentarios sobre el cuerpo de las

mujeres y la realización de procedimientos sin consentimiento. Ambas expresiones fueron realizadas por el personal médico y de enfermería, buscaban acelerar el proceso de parto para que el feto naciera con la mayor brevedad posible y expresan juicios hacia las mujeres. En el parto y el postparto se reportó la anulación de sentimientos, lo cual indica que hay una demanda a las mujeres de soportar todos los procesos y no expresar ninguna sensación o emoción que dé cuenta de su subjetividad. Mientras que en los momentos previos al parto y el postparto se indicaron la negación de la atención, la negación de la alimentación, la medicalización y el no brindar información. Estos actos se caracterizan por una desatención a las necesidades básicas de las mujeres, una aceleración del proceso para llegar al parto o el momento en que las mujeres se egresan del hospital y una invisibilización de ellas mismas como personas. Son dejadas de lado, sensación que suelen experimentar mayoritariamente durante el postparto.

Otras manifestaciones solamente fueron experimentadas en el período de postparto, estas son la negación del salpin, negación del acompañamiento, exposición a condiciones insalubres, control del cuerpo y violencia psicológica durante la lactancia. Estas evidencian que las necesidades físicas y psicológicas de las mujeres son relegadas a un último plano, y que inclusive una vez que nace el bebé o la bebé no se les da seguimiento a menos que su vida se encuentre en riesgo. Asimismo, las mujeres reportan que el personal busca imponer sus visiones en torno a diferentes temas asociados a la maternidad, tales como la existencia del instinto materno para atender las necesidades de sus hijos e hijas, cómo debería ser el cuerpo de una mujer para dar de mamar, el rescate de algunas cualidades sobre la maternidad abnegada y que soporta todo sufrimiento, entre otras. En el siguiente cuadro se puede visualizar la cantidad de formas de violencia obstétrica experimentadas por cada mujer durante los tres procesos de la atención:

Tabla 7

*Cantidad de manifestaciones de violencia obstétrica experimentadas por cada mujer según momento de la atención*

Nombre	Período		
	Momentos previos al parto	Parto	Postparto
Katrina	5	0	4
Susana	3	1	5
María	6	1	2
Mariana	3	0	4
Giselle	1	3	2
Dara	3	0	1
Sofía	3	1	8

Elaboración propia a partir de las entrevistadas realizadas a las mujeres.

Se puede afirmar que todas las mujeres entrevistadas reportaron vivenciar violencia obstétrica durante al menos dos momentos de la atención e incluso cuatro de ellas durante los tres períodos. Además, en estos períodos fueron objeto de más de una manifestación de violencia obstétrica, lo cual implica que fueron expuestas a diferentes formas de violencia sistemáticamente.

También, sobresale el hecho de que en el período de postparto fue donde las mujeres señalaron haber experimentado una mayor cantidad de violencia no sólo sobre ellas mismas, sino también sobre sus hijos e hijas. Mientras que, a diferencia de muchas investigaciones, en el período de parto fueron pocas las formas de violencia reportadas. Este último aspecto puede relacionarse con que las mujeres señalan haber perdido noción

durante este momento debido a la magnitud y la novedad de todo lo que acontecía o incluso algunas estaban sedadas y no pudieron estar conscientes de lo que ocurría.

Asimismo, todas afirman haber experimentado alguna forma de violencia en el embarazo o durante los momentos preliminares al parto. Algunas de las entrevistadas señalan que parte de sus sensaciones a la hora de afrontar estas situaciones era una necesidad de salir rápido y tener a su hijo o hija pronto, incluso soportando los tratos recibidos sin protestar. Esto pudo haber influido en que durante el parto no se recuerde de manera tan específica algunas formas de violencia más sutiles como la psicológica u otras. Aunque, es importante decir que desde sus narraciones fueron los otros momentos los que estuvieron marcados por situaciones que las violentaban.

Este cuadro también permite hacer una comparación con la Tabla 3: *Datos generales de mujeres entrevistadas*<sup>3</sup>, para afirmar que independientemente de la edad de las mujeres y su nivel de escolaridad todas atraviesan formas de violencia obstétrica, no obstante, algunas de estas formas sí se encuentran atravesadas, desde la propia perspectiva de las mujeres, por otras características como su edad, su condición migratoria o su condición socioeconómica. Estas particularidades serán retomadas más adelante para ser analizadas con mayor atención.

Para concluir, a partir de los resultados se pueden abstraer tres impresiones de carácter general en torno a las dinámicas hospitalarias y la forma en la que cada institución atiende los procesos asociados a la reproducción. Primero, se puede afirmar que en todas las instituciones hospitalarias en las que fueron atendidas las mujeres se reportaron diferentes manifestaciones de violencia obstétrica experimentadas por ellas o por otras mujeres que se encontraban al mismo tiempo dentro del recinto. Todas estas reflejan la asimetría y desigualdad de poder existentes entre ellas y el personal.

---

<sup>3</sup> Ver página número 74.

En segundo lugar, aunque en todos los hospitales se reportaron situaciones de violencia, en los casos de las provincias de Guanacaste, Limón y Puntarenas las mujeres narran circunstancias en las que se puede identificar un mayor encarnizamiento contra sus cuerpos y una mayor desatención por parte del personal. Cabe señalar que dos de las mujeres presentan dificultades con respecto a sus condiciones económicas, aspecto que para ellas influye en los malos tratos recibidos. Sin embargo, estas valoraciones no pretenden ser generalizables, ya que hay que tener presente que solamente se trabajó con el relato de una mujer por cada hospital, y, por ende, en cada provincia. Asimismo, en los hospitales de San José, Heredia, Cartago y Alajuela se presentaron eventos similares a los narrados por las mujeres de estos lugares.

Esta impresión podría ahondarse en otra investigación para conocer cómo se expresa la violencia obstétrica según las regiones del país o las diferencias existentes entre hospitales. Esta indagación permitiría comprender y caracterizar cómo se expresa esta forma de violencia en Costa Rica incorporando el contexto particular de cada provincia, sus condiciones y necesidades.

En tercer lugar, las manifestaciones de violencia obstétrica son provocadas por los diferentes miembros del personal que laboran en los hospitales y reflejan las jerarquías existentes entre sí. Aunado a esta situación, se puede remarcar que este último aspecto incide en el alto grado de naturalización de la violencia obstétrica en estas instituciones. No sólo se invisibiliza la existencia de violencia, sino que existen una complicidad y encubrimiento mutuo cuando se da alguno de estos acontecimientos. Esto influye en la dificultad que poseen las mujeres para denunciar las experiencias que atravesaron.

### **Características de las manifestaciones de violencia obstétrica experimentadas por las mujeres**

Con el fin de clarificar cómo se expresa la violencia obstétrica en sus diferentes manifestaciones, seguidamente se hará una caracterización y análisis de cada una de las manifestaciones identificadas en los

relatos de vida de las mujeres con las que se trabajó. Estas se dividirán según las categorías brindadas por la OMS (citada en Castrillo, 2016), quien en su declaración “*Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención al parto en centros de salud*” (OMS, 2014) identifica cinco grandes subtipos de violencia obstétrica. Estos son:

- 1) Intervenciones y medicalización innecesarias y de rutina.
- 2) Maltrato, humillaciones, agresión verbal o física.
- 3) Falta de insumos o instalaciones adecuadas.
- 4) Ejercicios de residentes y practicantes sin autorización de las mujeres.
- 5) Discriminación por razones culturales, económicas, religiosas y étnicas.

Esta clasificación permite conglomerar las diversas manifestaciones de violencia obstétrica y discutir su complejidad, ya que este tipo de violencia posee una gran cantidad de formas en las que se expresa e incluso siguen apareciendo otras conforme se avanza en la investigación de la temática. Aparte de esto, la tipificación de la OMS engloba las manifestaciones reportadas por las mujeres en las entrevistadas realizadas.

Es necesario subrayar que la mayoría de las investigaciones solamente distinguen entre violencia física, violencia verbal y violencia psicológica o emocional. Como se ha enfatizado en diferentes ocasiones, la violencia obstétrica es un fenómeno complejo que involucra otras formas de violencia simbólica, faltas éticas y se entremezcla con la legitimación de diferentes exclusiones y formas de discriminación. De ahí, que también sea necesario ampliar sus categorías o manifestaciones básicas.

### ***1. Intervenciones y medicalización innecesarias y de rutina***

Quevedo (2012) afirma que a partir del proceso de institucionalización de los partos se han

estandarizado diferentes controles y procedimientos para la intervención de las mujeres, los niños y las niñas sin considerar su estado de salud, o sea, realizándose de forma rutinaria. Estas intervenciones pueden ser muy invasivas y también, pueden generar molestia o dolor en las mujeres, así como en sus hijos o hijas.

Diversas autoras han denominado este fenómeno como la industrialización del parto. En otras palabras, se ha identificado que existe un ansia por “acelerar las labores de parto, cual si se estuviera en una fábrica con líneas fordistas de producción” (Arguedas, 2014, p. 16). Bajo esta lógica productiva lo que interesa es “cumplir” con el procedimiento para que aumente la cuota de nacimientos, tal cual se estuvieran produciendo determinados objetos en una manufactura. Esto acontece de forma tan naturalizada y cotidiana que permea toda la atención que se brinda a las mujeres de forma mecánica.

Otra perspectiva para el análisis de esta categoría es la mencionada por Castro (2014), quien presenta el concepto de “encarnizamiento terapéutico”. Este refiere al uso innecesario de estas intervenciones, y señala que su ejecución se da porque el personal médico posee el poder para hacerlo. Lo cual implica reconocer el lugar central que posee el tema del poder dentro de las dinámicas de violencia obstétrica y en particular, en las relaciones interpersonales que se dan en el hospital. A partir de este encarnizamiento el personal interviene en los cuerpos de las mujeres sin brindarles información oportuna o considerar sus dudas y temores al respecto, naturalizando esta inequidad de poder (Magnone, 2011). Algunas de las intervenciones más comunes son el rasurado, el enema, el ayuno total, la administración de oxitocina artificial, obligar a la mujer a estar acostada boca arriba durante el proceso de dilatación o la episiotomía (Quevedo, 2012). En sucesión, se presentarán los procedimientos que fueron implementados en la atención de las mujeres entrevistadas.

### *Medicalización*

La medicalización, en este caso, remite al proceso en el cual la medicina interviene sobre los procesos

asociados a la reproducción a través del uso de medicamentos o determinados procedimientos. Según Quevedo (2012) este es un fenómeno de la modernidad que se relaciona con el desarrollo y poderío que adquiere la medicina científica e implica hablar de control, normativización y poder.

Estos últimos aspectos señalados por la autora dan cuenta de una necesidad social y de la disciplina médica de homogenizar la atención e intervención que se realiza a las mujeres durante la atención a su salud reproductiva. El principal problema de esta estandarización es que se genera una mirada que patologiza los diversos momentos asociados a la reproducción sin permitir que estos acontezcan con naturalidad (Almonte, 2016) y se utilizan diferentes tecnologías de forma rutinaria sin considerar que no son requeridas en todos los casos (Magnone, 2011; Quevedo, 2012). Esto quiere decir que hay una sobreintervención al aplicar medicamentos a las mujeres, que, en su mayoría, poseen la finalidad de apresurar el proceso de parto. A su vez, esta aceleración se realiza para la comodidad del personal médico que atiende los partos.

En los relatos de las entrevistadas se encontraron algunos eventos en los que se expresa esta forma de violencia obstétrica, cabe subrayar que la medicalización resulta ser implementada tras un ejercicio de poder en el que no se considera la opinión de las mujeres para su realización. Las intervenciones fueron señaladas por seis de las siete entrevistadas y refieren a múltiples colocaciones de sueros u otros medicamentos para la aceleración del proceso de parto, dormir totalmente a la mujer durante la cesárea o en los momentos posteriores al parto sin informarle que esto ocurriría ocasionando que no estuvieran conscientes mientras su hijo o hija nacía; y la aplicación del medicamento “tramadol” en el período de embarazo, a pesar que es contraindicado durante este, ya que puede provocar efectos negativos tanto en la mujer como en el feto. En las propias palabras de las mujeres:

Ahora las cesáreas son como epidural. A mí me durmieron toda. No sé si fue por la emergencia o qué, pero a mí me durmieron toda. Yo me desperté. No sé, como dos horas después (...) Y

ahí me di cuenta que había sido mamá y todo. Y que todo estaba bien (Mariana, comunicación personal, 18 de julio de 2018).

Y la muchacha me preguntó. Eso fue una cosa que me dejó a mí también como pensando en el asunto. Me dice: “¿Usted no siente nada?”. “No. Yo no estoy sintiendo nada”. “Con la cantidad de suero que le estoy poniendo, usted debería de estar revolcándose en esa cama” (Susana, comunicación personal, 29 de agosto de 2018).

Y ellos recuerdo que me aplicaron en varias ocasiones el tramadol (...). El tramal. Y según tengo entendido yo, eso es prohibido en el embarazo. Pero yo lo supe hasta cuando ya la niña estaba grande. De hecho, hasta hace poco fue que una amiga me contó. Me aplicaron en varias ocasiones eso y el otro. El otro, no me acuerdo (Dara, comunicación personal, 22 de agosto de 2018).

Ahora, tal como se sugirió anteriormente todas estas aplicaciones comparten la característica de haberse ejecutado sin brindar información a las mujeres sobre qué se les estaba colocando, las razones, efectos o consecuencias. A pesar que algunas de ellas sintieron incomodidad ante estas intervenciones, señalan que no se sentían con la capacidad de oponerse a las mismas. Esta sensación es calificada por Quevedo (2012) como el resultado de una normativización de la medicina como el único nicho para atender la salud y la enfermedad sin cuestionamientos. Sumado a que muchas de ellas no eran conscientes de estar atravesando situaciones de violencia obstétrica mientras estas acontecían.

Aun así, en el caso de las entrevistadas existe una incomodidad manifiesta tanto con la forma en la que se aplican estas sustancias, pero también con la utilización *per se* de las mismas. Aunque este cuestionamiento en ocasiones es posterior al momento en que ocurrió, las mujeres apuntan que tras este acto se puso en riesgo sus vidas, se les negó la posibilidad de presenciar el nacimiento de sus hijos o hijas y que se anuló su capacidad de decidir si querían esta intervención.

### *Realización de procedimientos sin consentimiento*

Esta manifestación implica la ejecución de determinados procedimientos sobre el cuerpo de las mujeres en los que hay una anulación de su capacidad de decisión sobre si quiere que le realicen determinada intervención. Al igual que en el caso anterior, el personal médico ejecuta estas acciones sin brindar información sobre las mismas y aunque solamente deben usarse en caso extremo durante los partos, en ocasiones suelen aplicarse con la única finalidad de acelerar los procesos (Magnone, 2011).

Detrás de esta acción, algunas autoras afirman que existe un miedo del personal médico de no controlar “un evento natural llevado adelante “en el y por el cuerpo” de las mujeres, de esta forma se naturaliza la creencia social de que se puede controlar la vida, la enfermedad y la muerte” (Machado, 2014, p. 23). Bajo esta lógica el personal tiene todos los conocimientos y capacidad de dirigir el proceso de parto e indicar cuáles deben ser las intervenciones para realizarse sobre el cuerpo de las mujeres. De esta manera, siente que al tener control del transcurso del parto puede reducir la ocurrencia de emergencias ocasionales, pero termina realizando un ejercicio de violencia (Camacaro, 2009).

Las entrevistadas reportaron la realización de la separación de membranas y rompimiento de fuente sin

previo aviso, realización de episiotomía<sup>4</sup> y realización de la maniobra de Kristeller<sup>5</sup>. Susana señaló que a ella le pareció que en su caso sí debía aplicarse la episiotomía y que su hija salió con mayor facilidad: “entonces, incluso yo en algún momento pensé: “Si esta muchacha no sugiere. Yo se lo voy a sugerir” (...) Porque si Helena no me sale. Yo no quiero desgarrarme porque eso es peor. El piquete al menos es una cortadita controlada” (Susana, comunicación personal, 29 de agosto de 2018).

Mientras que Sofía narra haber sentido una sensación muy fea, ganas de apretar algo y de vomitar cuando le aplicaban la maniobra de Kristeller:

Porque ella estaba aquí arriba, entonces ellos como que me comenzaron a estripar. Verdad. Ella no me estaba bajando, entonces como dos, dos enfermeros que estaban a la par mía. Ellos me estripaban. Y me estripaban. Y me estripan. Y yo ya llegó un punto que yo dije: “Tengo muchas ganas de vomitar” (...) Yo ya tenía muchas horas sin comer. Sin tomar agua. Yo ya no tenía nada en el estómago. Y yo me acuerdo que, como que yo empecé a agarrar algo y como que a desbaratarlo porque yo sentía una sensación muy fea (Sofía, comunicación personal, 7 de setiembre de 2018).

Como se sugirió, ambos procedimientos se encuentran contraindicados porque pueden producir consecuencias a corto, mediano y largo plazo en la salud física de las mujeres o de sus bebés. Particularmente

---

<sup>4</sup> La episiotomía es una técnica que debe ser utilizada sólo en caso de un parto vaginal complicado, cicatrización deformante por mutilación genital femenina o desgarros de tercer o cuarto grado y sufrimiento fetal (C.C.S.S., 2009). Su fin es prevenir desgarros perineales severos durante la salida del feto de la vagina, pero se ha censurado su uso rutinario. Consiste en un corte quirúrgico para agrandar la apertura de periné (Magnone, 2010).

<sup>5</sup> La maniobra de Kristeller es una maniobra en la que se busca expulsar al feto intempestivamente (C.C.S.S., 2009). Se aplica ejerciendo presión sobre el vientre materno, empujando al feto a salir de la vagina (Vallana, 2016).

en el caso de la maniobra de Kristeller, desde la misma OMS se concibe como una práctica poco segura en la que su mal aplicación podría “provocar graves problemas como el desprendimiento de la placenta y ruptura uterina, o bien, fracturas en el bebé” (Quevedo, 2012, p. 85). Sin embargo, sigue siendo utilizada frecuentemente, aunque no se cuente con formación para su ejecución y muchas veces sin reportar su aplicación en el expediente de la mujer.

En el país se siguen utilizando estos procedimientos y se reporta que “hemos tenido casos que las mujeres cuentan que sus bebés terminan en el CENARE, en el Centro de Rehabilitación (...) A veces sacan los bebés con mucha fuerza, entonces hay bebés que presentan hematomas por el uso de fórceps (...) O que los halan del hombro, entonces hay dislocaciones en el brazo” (Viviana Guerrero, comunicación personal, 23 de julio de 2018). El mayor problema al respecto sigue siendo la invisibilización de la violencia obstétrica a nivel social.

## ***2. Maltrato, humillaciones, agresión verbal o física***

Dentro de esta categoría se encierran las formas más reconocidas de violencia obstétrica, estas son la violencia física, violencia verbal, violencia psicológica y otras formas de control sobre los cuerpos de las mujeres y sus psiques (Arguedas, 2014). Han sido reportadas en la mayoría de las investigaciones revisadas, debido a que existe una necesidad palpable de visibilizar su ocurrencia en los diferentes países para que la sociedad reconozca esta forma de violencia (Camacaro, 2009; Magnone, 2011; Valdez et al, 2013; Machado, 2014; García, 2015; Rodríguez y Aguilera, 2017).

En términos generales, refieren a una serie de prácticas invasivas y acciones que directa o indirectamente generan un sufrimiento o daño físico a la mujer (Restrepo et al, 2016), pero también actos que afectan la privacidad de la mujer, reflejan una insensibilidad frente al dolor de las mujeres, una infantilización

de estas, silencios, indiferencia, discriminación y culpabilización al responsabilizarlas si sucede algún efecto adverso durante el parto (Cerpa y Velásquez, 2015; Álvarez y Russo, 2016; Restrepo et al, 2016; Ayesta y Vásquez, 2017; García, 2018).

### *Violencia verbal*

Esta forma de violencia obstétrica se manifiesta a través de diferentes comentarios o expresiones verbales utilizadas por el personal que presta atención a las mujeres. Transmiten juicios de valor, regaños, humillaciones, amenazas, manipulación de información, gritos, indiferencia, entre otras (Cerpa y Velásquez, 2015; Almonte, 2016).

Se identifica que son dichas tanto por el personal médico obstetra, enfermeras obstetras o incluso por el personal administrativo, lo cual permite afirmar que son una práctica instalada en la forma en que el personal se dirige a las mujeres. Sumado a esto, es posible señalar que en muchas ocasiones este conjunto de frases se encuentran cargadas de valoraciones culturales sobre el rol de género asignado socialmente a las mujeres (Almonte, 2016).

Las mujeres entrevistadas reportan diferentes situaciones en las que se dio violencia verbal, estas pueden ser enumeradas a continuación:

- Expresión de discriminación y estereotipos hacia personas extranjeras, en este caso a una mujer joven nicaragüense: Se reportaron comentarios en los que el personal administrativo enfatizaba la condición migratoria de una de las mujeres y realizó juicios cuando ella reclamó este trato, señalando: “¿Para qué se ponen a tener niños?” (Dara, comunicación personal, 22 de agosto de 2018). Este evento refuerza la idea de la transmisión de juicios de valor encerrada en esta forma de violencia obstétrica (Almonte,

2016).

- Reclamamos a las mujeres por sus reacciones, por su negación a que se les realice algún procedimiento o por “no saber” cómo reaccionar durante algún momento del parto: Las mujeres señalaron que el personal médico les reclamaba cuando ellas realizaban alguna pregunta o les regañaba de forma constante si ellas no sabían cómo reaccionar mientras acontecía el parto:

Y no llega y me dice: “¿Por qué está aguantando tanto?” (...). “Diay, mirá porque es muy divertido aguantar”. Yo estoy viviendo un jolgorio. Yo estoy viviendo un festín aquí aguantando que no salga el bebé”. “Está moviendo el cuerpo de más” (Susana, comunicación personal, 29 de agosto de 2018).

Entonces él llegó y me dijo: “No, yo creo que usted sí la puede tener. Hagamos algo: yo le provocho los dolores y usted la tiene por parto normal”. Entonces yo le dije: “Es que ya mi doctor me dijo que no”. Entonces él se volvió y me dijo: “O sea, usted vino aquí a dormir”. Verdad. Entonces yo le dije: “Claro, es que a todos nos gusta venir a dormir a un hospital, verdad, es super lindo” (Sofía, comunicación personal, 7 de setiembre de 2018).

Parecían asumir que todas las mujeres debían saber cómo pujar o atravesar este momento de forma mecánica sin considerar los temores, dudas u otras sensaciones que ellas experimentarían. Asimismo, existía una exigencia de que estas fueran sumisas frente a todas las intervenciones y ejecutarán las acciones como si fueran cuerpos máquina (Davis- Floyd, 1993; Machado, 2014).

- Comentarios sobre el estado de salud o condiciones del bebé ignorando que las mujeres se encuentran presentes y sin dirigirse directamente a ellas: Esta manifestación posee la particularidad de que, aunque las mujeres estén presentes son ignoradas por el personal, y solamente se da comunicación entre las enfermeras y el personal médico, que usualmente suele ser masculino. Con esto se genera tal ambiente que ellas asumen esta anulación y no se atreven a preguntar sobre lo que se está diciendo:

Fue que cuando yo entré al quirófano, el doctor que me iba a hacer cesárea estaba acostado en una banca dormido. Entonces cuando yo entré, yo vi ahí a un señor vestido de verde (...). Y yo digo: “¡Qué raro!”. Y la enfermera que me trajo llega y dijo: “Doctor, ella es la que viene para cesárea”. Entonces el doctor dijo: “¡Ah, ella es la que el bebé ya no tiene campo!”. Verdad. Entonces yo ahí en ese momento (...). Yo dije: “Sí, a mi bebé algo le pasa”. Entonces ella le dijo: “Sí, doctor”. Y le hizo, así como una voz como que cálese (Sofía, comunicación personal, 7 de setiembre de 2018).

Este desconocimiento genera un aumento de la preocupación de estas que repercute en su estado emocional durante el proceso de parto y postparto. Álvarez y Russo (2016) señalan al respecto que el personal suele expresar indiferencia hacia las mujeres y una insensibilidad frente al dolor que estas pueden estar experimentando, de ahí que no exista mayor cuidado a la hora de hacer comentarios sobre las dificultades de salud de los fetos.

- Expresar órdenes de forma violenta e imperativa: Esta es una de las principales características de la violencia verbal, ya que comúnmente se da a través de gritos u órdenes (Pereira et al, 2015; Cassiano et al, 2016). Algunas de las frases que dan cuenta de esta manifestación son: “*Abrite de piernas*”, “*Te*

*voy a romper las membranas y aguántá”, “No grités porque cuando estabas haciendo el niño no gritastes”* (Giselle, comunicación personal, 24 de agosto de 2018). Están dirigidas a controlar las acciones de las mujeres y a una censura de la expresión de dolor. Representan una exigencia a estas de anular su subjetividad e incluso pareciera existir una objetivación de las mujeres a partir del ejercicio de poder en donde la médica o el médico poseen la potestad de obligar a la mujer a ejecutar sus deseos.

- Censurar las expresiones emocionales de las mujeres: Esta forma de violencia obstétrica verbal suele ser una de las más frecuentes y posee relación con la manifestación anteriormente citada. Existe una exigencia a las mujeres por parte del personal de tener que aguantar el dolor, el llanto, las ganas de gritar e inclusive demostrar otras emociones como felicidad: “el dolor tiene que aguantarlo uno callado porque no puede gritar porque a él le molesta que una mamá grite y se exprese” (Giselle, comunicación personal, 24 de agosto de 2018).

Esto se relaciona con la tecnificación del proceso de atención de parto (Davis-Floyd, 1993; Quevedo, 2012), en la que no hay lugar para la emocionalidad sino solamente para los pasos a seguir que dictan los manuales o los paradigmas biomédicos.

- Realizar comentarios sobre la sexualidad de las mujeres: En diversas ocasiones se utiliza este recurso para señalarle a las mujeres que deben soportar el dolor o la atención que recibieron debido a que a partir del ejercicio de su sexualidad quedaron embarazadas. Hay un regaño implícito y un castigo por haber tenido relaciones sexuales que posee raíces patriarcales, ya que socialmente se visualiza la sexualidad asociada al fin de la reproducción; y a su vez, esta está ligada a diferentes imaginarios sobre cómo debe darse el parto. Almonte (2016) señala al respecto que pareciera que el personal médico realiza estos juicios de valor sobre la sexualidad de las mujeres para imponer sus propias ideas,

penalizando públicamente a las mujeres por no cumplirlas.

- Calificar de necesidad cuando las mujeres consultan por el estado de sus bebés: Estas ofensas se realizan a modo de regaño y sugieren que las mujeres deben dejar todo en manos de las y los profesionales de manera subordinada, ya que son quienes tienen el derecho de decidir en qué momento se brinda la información y qué tipo de datos se proporcionan (Álvarez y Russo, 2016). Cabe decir que las mujeres que señalan haber experimentado esta forma de violencia obstétrica llevaban esperando conocer el estado de salud de sus bebés durante horas y el personal médico insistentemente les decía que no tenían ninguna idea sobre este.
- Juzgamientos a los modales o al comportamiento de las mujeres: No sólo existe una censura a las emociones de las mujeres o que exista espacio para su expresión, sino que también hay un disciplinamiento en torno a cómo deben comportarse:

Suena feo y asqueroso lo que voy a decir, pero en esos momentos una mujer no puede ponerse de pie para estar yendo al baño. Y yo le dije a una enfermera malcriada que hay ahí, que yo no me podía levantar para ir a expulsar mis gases al baño. Y me dijo: “No sea cochina, tiene que pararse de ahí a como dé lugar”. Y yo apenas venían sacándome la infección. Yo no podía (...) Y la respuesta de ella fue: “No sea cochina, usted puede pararse de ahí. Pendeja” (Giselle, comunicación personal, 24 de agosto de 2018).

Esta exigencia incluye la sumisión, “buenos modales”, no mostrar o exhibir la piel, entre otras. Machado (2014) señala que el disciplinamiento es un anhelo de la modernidad y producto de la instalación del capitalismo al requerir sujetos racionales acorde a las normas. Este deseo se extiende y complejiza para generar

diferentes mecanismos de control a los cuerpos y las conductas de las personas. En este caso, el hospital sirve como lugar para normar los comportamientos de las mujeres acorde los roles requeridos desde el sistema.

Ahora bien, estas expresiones están dirigidas a descalificar a las mujeres señalando tanto sus acciones como su capacidad de decisión. El uso del regaño se encuentra cargado de juicios morales y órdenes hacia lo que deben hacer las mujeres y cómo deben comportarse (Almonte, 2016). Esto denota una verticalidad en la que el profesional en medicina toma el control del proceso e incluso ridiculiza a la mujer a la que atiende.

A su vez, existe un trato infantilizador a las mujeres en el que se les despoja de su capacidad de decisión y el personal médico actúa en diferentes papeles. Por ejemplo, es interventor del proceso señalando qué se debe hacer en este y cómo debe darse, es “educador moral” al indicar cómo deben comportarse las mujeres y tiene la potestad de corregirlas (Quevedo, 2012; Álvarez y Russo, 2016).

### *Comentarios sobre el cuerpo*

Esta manifestación se caracteriza por los juicios realizados por el personal sobre la apariencia física de las mujeres o sobre su capacidad reproductiva. No sólo son comentarios que no poseen un sustento científico, sino que transmiten ideas erradas sobre las mujeres y generan sentimientos de incomodidad y culpabilidad en las mismas.

Se optó por colocar esta manifestación aparte de la violencia verbal por poseer la particularidad de estar atravesada de forma manifiesta por diferentes cuestiones ideológicas y construcciones socioculturales. Por ejemplo, una de las entrevistadas reportó que el personal realizó un juzgamiento sobre su peso alegando que ella tenía mucha grasa:

Nada más. ¡Ay, lo hacen a uno sentir! “Es que usted se movió... o es que usted”. Yo: “Pero”.

“Es que tiene, es que está”. Una dijo: “Es que está, es que tiene mucha grasa”. “Sí, pura vida”.  
Me dijo gorda. Verdad (Katrina, comunicación personal, 23 de agosto de 2018).

En esta situación se puede identificar una construcción social de los cuerpos, en los que existe una valoración de cómo debería ser un cuerpo femenino y cuáles cuerpos no están dentro de este estándar (Salazar, 2001). La particularidad de esta acción es que al intrincarse con la expresión de la violencia obstétrica deja una huella en el cuerpo, Katrina afirma: “Llegaron a ponerme la epidural. Me hicieron un colador en la espalda muchacha, que usted no se imagina” (Katrina, comunicación personal, 23 de agosto de 2018). Este colador es la marca visible del “tener mucha grasa”, ya que las enfermeras alegan no poder encontrar el lugar correcto donde colocar la inyección.

Las entrevistadas también reportaron que el personal realizó señalamientos de no tener un cuerpo indicado o apto para tener un hijo o hija por la “vía natural” y señalamientos de no tener los senos grandes y, por ende, “no poder” amamantar o satisfacer las necesidades alimenticias de su bebé:

El doctor *Rosales* es un gruñón. El peor doctor que pueda existir en el hospital. Me dijo que no que yo tenía buena pelvis y que yo podía parir. Duré cuatro días con dolores. En cinco centímetros. Y él seguía diciendo que yo podía y que yo podía (Giselle, comunicación personal, 24 de agosto de 2018).

O le decían a uno: “No mamá, ya vimos que usted no va a ser buena vaca”. Cosas así, que yo decía, o sea, no. Yo no soy una vaca, verdad (Sofía, comunicación personal, 7 de setiembre de 2018).

Estas acciones exponen una visión biologicista sobre el cuerpo de las mujeres en las que se equipara

este sólo a su capacidad reproductiva, y a parte, se refleja el permiso que se da el personal médico para juzgar el cuerpo de las mujeres a partir de sus propias ideas y valores sobre lo que debe ser un parto y un cuerpo “normal” (Vallana, 2016). Al respecto Camacaro (2008) señala que social e institucionalmente existe una percepción negativa sobre las mujeres cuando los partos no se realizan a través de la vía vaginal debido a que se considera que estos deben estar marcados por el dolor que suele acompañar esta experiencia.

### *Violencia física*

Esta manifestación expone el ejercicio de la violencia sobre el cuerpo de las mujeres que deja marcas visibles o algún grado de tortura (Almonte, 2016; Restrepo et al, 2016). Según lo expresado por las mujeres, estas acciones fueron realizadas de manera intencional por el personal:

- Mandar a la mujer a hacer sentadillas para que dilatara más rápido: “Me ponían a hacer sentadillas (...) Con esa panza, pesaba casi 100 kilos. Con esa panza, que yo ya ni me la aguantaba” (Mariana, comunicación personal, 18 de julio de 2018).
- Múltiples punzadas o cicatrices en la espalda para colocar la inyección de epidural: “Y me punzaba, y me punzaba, y me punzaba (...) Hasta que ya después de como 12, y porque mi mamá me las contó al otro... Cuando yo le dije: “Mami, ves que montón”. Y toda la espalda la tenía llena de eso” (Katrina, comunicación personal, 23 de agosto de 2018).
- Rompimiento del borde de la vagina al realizar un tacto vaginal: “No sé qué hizo. Pero lo hizo de una manera tan concha, que lo que hizo fue romper todo el borde. O sea, me rompió el borde de la vagina (...) Yo no sé si fue a propósito” (María, comunicación personal, 29 de agosto de 2018).
- Amarrar a la mujer a la cama durante el proceso de parto: “A usted llega y la amarran. Eso fue algo que yo no sabía. (Risa). Digamos, usted llega. La amarran (...) Como una faja que la amarran. Entonces ya,

ahí nació mi hijo” (María, comunicación personal, 29 de agosto de 2018).

- Arrancar sondas a la fuerza del brazo de la mujer: “Me levanta a las dos de la mañana y me dice: “Vaya báñese”. Y yo: “¿Cómo?”. Me dice: “Vaya báñese”. Y, y fijate que entonces me dice: “Ya le quito la sonda”. Mirá, la bendita enfermera que me quitó la sonda, lo hizo como si se lo estuviera haciendo a un pollo muerto. Nada más me haló aquello que yo sentí que con la sonda iba el corazón” (Mariana, comunicación personal, 18 de julio de 2018).
- Dejar moretes en los brazos por el uso de la fuerza ejercida sobre la mujer para forzar el proceso de lactancia: “Fue espantoso (...) Esas son las razones que a mí me llevó, por ejemplo, a pensar: “Tengo que salir de aquí del hospital”. Yo dije: “Yo necesito irme de aquí. *Helena* no quiere comer. Esta mujer nos está obligando. Me está golpeando”. Porque a mí me estaba moreteando los brazos para poder hacerlo” (Susana, comunicación personal, 29 de agosto de 2018).
- Tirar a la mujer de cama en cama de forma brusca asumiendo que no tiene consciencia de lo que está ocurriendo: “Yo le digo a mi mamá: “O me sedaron o yo me descompose, porque no me acuerdo ya de más”. Cuando yo desperté me estaban cociendo, me hacían tirada de cama en cama. Entonces me agarraban los pies, las manos y me hacían tirada en otra cama (...) Lo pasan a uno como un títere. Y yo hasta que sonaba en la cama donde caía. Y yo recién operada y aquel dolor tan terrible que es una cesárea y así me hicieron pasada dos veces de cama” (Sofía, comunicación personal, 7 de setiembre de 2018).

En estos actos pareciera que se genera un castigo más directo sobre el cuerpo de las mujeres que incluso deja marcas visibles como moretones, dolores o cicatrices. En algunas de estas acciones, como el caso de la lactancia o la realización de tactos, se busca generar un disciplinamiento a partir del uso de la fuerza. Por ejemplo:

Al tema de la lactancia en el hospital. Es una cosa pavorosa. La muchacha me agarraba de atrás. Me empujaba el brazo. Empujaba a *Helena*. Me presionaba contra la bebé. *Helena* gritaba y lloraba. Ella seguía empujándome. Me agarró con mucha fuerza en algún momento tenía la sonda (...) Tenía vías en ambos brazos. La muchacha me agarraba los brazos con mucha fuerza. En algún momento yo dije la sonda... la vía se me va a zafar porque esta mujer me toma con tanta fuerza (...) Con violencia. O sea, me dejó los brazos. Cuando ella se fue me dejó los brazos marcados. Cuando ella se fue a mí se me hicieron moretes en los brazos (Susana, comunicación personal, 29 de agosto de 2018).

Justamente Magnone (2011) hace referencia a cómo desde el ejercicio del poder simbólico se recurre al uso de mecanismos de dominación más explícitos, sobre todo cuando el personal de salud percibe que las mujeres no están acatando las disposiciones que les imponen.

A su vez, se vuelve a recaer en una objetivización de las mujeres, en donde sus cuerpos son vistos como un material que debe ser intervenido anulando su condición de sujetas y su emocionalidad (Machado, 2014). En ocasiones, pareciera ser que desde la disciplina obstétrica no existe una formación o sensibilización para el abordaje a las mujeres en su labor de parto y los otros momentos de embarazo y puerperio.

### *Anulación de sentimientos*

En diferentes momentos las mujeres expresaron que ellas no podían expresar sus emociones, hablar, preguntar o gritar porque el personal les ignoraba, les trataba mal, se enojaban o les gritaban. Cuando se presentaba una situación en la que ocurría alguna de estas expresiones el personal expresaba enojo si una mujer

gritaba porque sentía dolor, le decían que debía aguantar el dolor y estar obligada a ser fuerte, minimizaban el llanto o la situación que atravesaban las mujeres diciéndoles: “*por eso no se llora*”; y en general, se daba una fuerte represión a todos los sentimientos:

“Aguántese”, como x, “Usted tiene que aguantar”. Y el nivel del dolor, o la forma de tolerarlo, no es la misma que la tuya, que la mía, que la de... Hay unas mamás que con una cortada y se descomponen. Ahí no tenés derecho, ahí vos tenés que hacerte la fuerte porque si no les caés mal (Mariana, comunicación personal, 18 de julio de 2018).

Ellas le decían a uno: “Pero ya, no llore”. “Por eso no se llora”. Verdad, le decían a uno. O tal vez, uno sacándose leche y a uno le bajaban las lágrimas del dolor. De la desesperación de saber que a uno no le bajaba la leche. Y ella le decía: “Si usted llora, menos que le va a bajar la leche”. Decía: “Por eso no se llora” (...) “Uno llora cuando se le muere la mamá” (Sofía, comunicación personal, 7 de setiembre de 2018).

Se evidencia una censura a las mujeres, sus sensaciones y emociones, las entrevistadas señalan que comúnmente ellas asumían esta represión, ya que si no se expresaban más situaciones de violencia o peores tratos. Inclusive comentan que otras mujeres les habían recomendado quedarse calladas o ellas mismas optaban por esta actitud al observar cómo reaccionaba el personal cuando alguna mujer intentaba expresar su sentir. Aun así, Mariana afirma que, en su caso, a pesar de optar por esta actitud, recibió una mala atención y atravesó situaciones de violencia obstétrica (Mariana, comunicación personal, 18 de julio de 2018), lo cual permite señalar que no se trata del comportamiento de las mujeres sino de la forma en que es ejercida la disciplina obstétrica y cómo se constituyen las relaciones entre el personal y las personas a las que atiende.

Para Viviana Guerrero esta situación:

Es muy difícil de romper, porque a ellos les enseñan en prácticamente todos los cursos que el cuerpo humano es un objeto y eso despersonaliza, deshumaniza a los pacientes”. Aprenden partes del cuerpo, anatomía, patologías, etcétera y no aprenden a volver a unir todo eso para comprender que delante suyo hay personas con derechos y sentimientos (Viviana Guerrero, comunicación personal, 23 de julio de 2018).

Además, desde la medicina obstetra se quiere normar todos los procesos y se espera que estos acontezcan de la misma manera siempre. Esto responde a una mecanización del proceso, en el que se espera que este se encuentre desprovisto de cualquier novedad o aspecto que no se pueda controlar desde la medicina (Davis-Floyd, 1993; Vallana, 2016). Asimismo, refleja cómo se concibe desde el patriarcado que las mujeres deben acatar siempre las órdenes y mostrarse sumisas frente a lo que el personal sanitario les demande (Arguedas, 2014).

### *Control del cuerpo*

Desde el espacio hospitalario existe una regularización y una normalización de cuáles son los comportamientos que deben tener las mujeres durante su estadía en este lugar. En ocasiones se llega a censurar alguna acción que estas realizan y casi que se espera que no vuelva a repetirse al salir de la institución.

Este ordenamiento no siempre es acatado por las mujeres y suele generar mucha incomodidad para ellas, ya que estos mandatos que realiza el personal buscan controlar su forma de estar acostadas, cómo sentarse

para comer, aparte de una asignación para los tiempos de comida o bañarse. Katrina señala que para ella esto generaba mucha incomodidad, puesto que en ocasiones sentía mucho dolor y quería cambiar de posición, pero le indicaban que así no podía estar:

Y entonces uno se acostaba de espaldas y ella decía: “No, es que así no puede estar. Tiene que estar de lado”. Entiéndame, usted va a entender. A uno como mujer le duele estar así. ¿Por qué? Porque usted tiene el peso aquí, todavía los órganos están desacomodados (Katrina, comunicación personal, 23 de agosto de 2018).

“¡Coman!” “¡Desayunen!” “Coman sentadas”. “¿Ya se bañaron?”. O sea, a todas, no sólo a mí como a otras. O como a otras que: “¡Ay, deje de estar llorando!” (Katrina, comunicación personal, 23 de agosto de 2018).

Cabe recordar que desde la mirada médica el cuerpo es visualizado como un objeto, por lo tanto “convertido en objeto de conocimiento se vuelve objeto de intervención” (Machado, 2014, p. 14), lo cual contribuye a la anulación de la mujer como sujeto y ser autónomo.

### *Violencia psicológica durante la lactancia*

Uno de los temas que cobra protagonismo en los relatos de las mujeres es lo traumático de sus experiencias durante la lactancia. Estas son calificadas de esta manera dado que reciben poco o nulo acompañamiento por parte del personal y se enfrentan a una serie de juicios que las enfrentan a sus propios temores asociados al ejercicio de la maternidad y a designaciones sociales sobre cómo debe ser su rol como madres.

Particularmente reportan haber experimentado señalamientos sociales sobre cómo debe ser o cómo debe darse el proceso de lactancia por parte del personal. Estos señalamientos poseen como trasfondo la idea

de que existe un instinto en la mujer para amamantar a su hijo o hija. Por supuesto que esto genera una gran sensación de culpa en las mujeres que se ve reforzada por los comentarios que realiza el personal:

Mi hijo inicialmente no agarraba la teta. Entonces los doctores y las enfermeras decían que era yo, que mis pensamientos negativos que él estaba rechazando la teta. Que la culpa era mía. Que la culpa era que yo no sabía dar. Que la culpa era que yo no hacía. Pero yo les dije: “Sí, yo siento que estoy haciendo todo bien” (María, comunicación personal, 29 de agosto de 2018).

“Vamos, mamá, no sea vaguita, póngale”, verdad, le decían a uno. Y uno con tanta carga, verdad, tener la bebé ahí, uno sin comer, sin dormir y, para variar, que una enfermera lo trate a uno así. O ellas me decían: “Mamá, pero es que usted qué va, seguro lo está haciendo mal”, Entonces yo le decía: “Pero explíqueme, o sea, explíqueme cómo se hace y yo lo puedo hacer bien” (Sofía, comunicación personal, 7 de setiembre de 2018).

A pesar de esta petición, las mujeres señalan que no contaron con un adecuado acompañamiento o asesoría, aunque el personal observaba que estaban teniendo algún tipo de dificultad. Más bien les regañaban y ridiculizaban al decir que sus dudas eran cuestiones lógicas. De igual manera, en esta forma de violencia obstétrica se suele ignorar la frustración de las mujeres al no conocer los procedimientos y se censura la expresión de emociones a través del regaño.

También, es posible afirmar que estas afirmaciones materializan creencias y estereotipos en torno a la lactancia, el ser madre y el ser mujer que enfrentan a las mujeres a tener que hacer un ejercicio de desculpabilización por no cumplir con esos ideales. Calafell (2015), Ayesta y Vásquez (2017) y García (2015, 2018) afirman que los partos traumáticos afectan la lactancia materna y el establecimiento del primer vínculo afectivo entre las mujeres y sus bebés.

### ***3. Falta de insumos o instalaciones adecuadas***

Esta categoría engloba diferentes situaciones en las que las mujeres ven negado su acceso a una atención de calidad, y, por ende, a la garantización de derechos básicos como el acceso a la salud. Reflejan diversas carencias que poseen las instituciones su adecuado funcionamiento, entre estas la falta de recursos y las malas condiciones en infraestructura (Álvarez y Russo, 2016; Villanueva et al, 2016; Lira, 2018; Maldonado, 2018; Sosa, 2018). Así como otros eventos en los que se niega la prestación de servicios que debería dar las instituciones médicas, esto genera que estas reciban una atención no digna (Borja, 2017).

#### *Negación de la atención*

Esta manifestación involucra diferentes situaciones en las que las mujeres ven obstaculizado su acceso a una atención oportuna. Se reportaron hechos como el atraso de las citas de control durante horas, la negación de realización de ultrasonido por la condición migratoria de la mujer, el aplazamiento de la realización de una cesárea, ya que a la mujer le daban diferentes instrucciones que contradecían los preparativos para poder realizar este procedimiento, o por estar cerca de terminar el turno del médico a cargo, la no revisión física del estado de la mujer, sino que a partir de la mirada se indica que la mujer puede tener un parto normal, a pesar que ya se le había recomendado practicar una cesárea y la negación de la atención postparto a la mujer o a su bebé por cambio de domicilio de una provincia a otra:

Y cuando empezaron los dolores, yo iba a emergencias porque ya era mucho. Y emergencias era igual. Diay, era pasar todo el día esperando a que lo atendieran a uno hasta en la tarde o hasta que ellos quisieran. Por estar con teléfonos, porque tenían que ver otros pacientes.

Supuestamente, y en realidad, no era cierto (Dara, comunicación personal, 22 de agosto de 2018).

Que, si quería que me atendieran, y que lo único que me podían dar eran las acetaminofén y que la consulta me costaba veinticinco mil colones. Así. O sea, muy así. Y, de hecho, según tengo entendido ese hospital lo han demandado lo han demandado varias veces ya, el hospital de Liberia. Por lo mismo, por los tratos a los pacientes. Por la forma en que ellos atienden (Dara, comunicación personal, 22 de agosto de 2018)

Tal como se puede apreciar existe una diversidad de eventos en los que se obstaculiza la atención a las mujeres, esta negación se da debido a la condición migratoria de una de las mujeres o por los intereses propios del personal médico. Se observa cómo las mujeres y sus necesidades son colocadas en un segundo plano sin importar si esto puede generar alguna complicación en su estado de salud físico o emocional.

En el caso de la negación de la cesárea existe un componente de castigo en el que se aplaza este procedimiento debido a que quedaba poco tiempo para el cambio de turno y se da una riña entre el médico y la mujer al respecto:

Entonces él me dijo: “Yo no la opero. Son las 10 de la noche. Bueno, son las 9:40 y yo me voy a las 10 de la noche. Entonces por mí si quiere pase toda la noche aquí”. Yo le dije: “Diay, sí, está bien, no me opere” (Sofía, comunicación personal, 7 de setiembre de 2018).

Esta actitud del médico había sido motivada porque le había dicho a Sofía que ella podía tener un parto natural, pero ni siquiera la había revisado para comprobar esta afirmación. Ella le había comentado que su doctor privado le indicó que debía aplicarse una cesárea, pero este médico con sólo mirarla: “(...) me dijo que él me iba a provocar los dolores, que yo aguantaba y que la paría normal. Que, si yo veía que no podía parirla, entonces él me hacía cesárea” (Sofía, comunicación personal, 7 de setiembre de 2018). Ante esto Sofía se niega rotundamente y espera hasta que se realiza el cambio de turno, le comenta la situación a otra doctora quien al revisarla le dice: “Mamá, por ahí no le sale ni un pie de esa chiquita” (Sofía, comunicación personal, 7 de setiembre de 2018).

En este mismo acto se puede percibir una anulación de la mujer como capaz de informar sobre su estado, sino que prima el uso de la mirada para recomendar cuál procedimiento debe o no realizarse. A su vez, existe una disputa por el poder y por posicionar quién posee el conocimiento, siendo el profesional quien tiene toda la potestad para decidir cuál es la forma legítima de intervenir. Al encontrar una negativa en la mujer le amenaza con no realizar el procedimiento aludiendo que ella pasará toda la noche sin intervención. Este hecho ejemplifica el uso de mecanismos de dominación explícitos sobre las mujeres (Magnone, 2011), ya que el médico juega con la posibilidad de culpabilizar a Sofía si le ocurre algo malo a ella o a su bebé, sin embargo, ella no cede a esta presión.

En el caso de Dara, esta negación de la atención se da, según ella, debido a su condición migratoria y al cambio de domicilio que realizó durante los últimos meses de su embarazo por problemas con su pareja. Señala que en varias ocasiones se le dijo que si quería recibir atención que debía pagar una consulta privada. Ella no contaba con los medios necesarios, por lo que tanto ella como su bebé quedaron desprotegidas durante el postparto. Más adelante se ahondará en el ejercicio de la discriminación por condición migratoria.

## *Negación de la alimentación*

Tal como se encuentra en su título, esta manifestación alude al cese de la alimentación de las mujeres en diferentes momentos. En el caso de las entrevistadas incluye las siguientes dos situaciones:

- Dejar sin comer a las mujeres incluso hasta dos días antes de realizar el procedimiento de la cesárea. En algunas ocasiones ni siquiera se tenía certeza de cuándo se realizaría la intervención: “En el día que a mí me internaron para la segunda cesárea hubo otra negligencia en el hospital. También, la doctora Salas, que era la que me tenía que operar. Por pereza de practicarme la cesárea, me hizo aguantar hambre dos días” (Giselle, comunicación personal, 24 de agosto de 2018).
- Dejar sin comer a la mujer luego del proceso de parto: Debido a que la vida de Susana estaba en riesgo, debía ser trasladada a diferentes salas, pero no se reportaba su condición en el expediente. En este caso el retraso se daba durante horas y familiares de la mujer conseguían algo de comer persiguiendo al personal que estaba a cargo de la alimentación: “Y yo le decía: “Muchacho, pero es que yo necesito comer algo”. Le decía a mi esposo: “Tengo hambre”. Y me decía: “No, usted puede todavía recibir alimentos hasta que sepamos qué le está pasando” (...)” (Susana, comunicación personal, 29 de agosto de 2018).

Existe un descuido de las condiciones básicas necesarias de las mujeres y se refleja la falta de comunicación existente entre el personal para señalar cuál es la condición de salud de la mujer y una incapacidad para coordinar e informar cuáles deben ser los cuidados a seguir en esta materia. Pareciera que hay un desentendimiento de las y los médicos con respecto a estas necesidades, y limitan su accionar a las actividades acorde con su jerarquía.

Por otro lado, es necesario mencionar que, en la *Guía de Atención Integral a las Mujeres, Niños y Niñas*

*en el período prenatal, parto y postparto* (CCSS, 2009) se contraindica la anulación de la alimentación para el estado de salud de las mujeres e incluso se afirma que la deshidratación o la falta de alimentación inciden en el cansancio que estas puedan experimentar durante el proceso de parto. También, es posible afirmar que durante el postparto acceder a una alimentación adecuada permite que las mujeres estén en mejores condiciones para recuperarse y poder atender las necesidades inmediatas de sus hijos o hijas.

### *No brindar información*

Esta expresión atraviesa otras formas de violencia obstétrica, pero por sí misma constituye un eje a analizar. Contiene de forma manifiesta la separación tácita que se realiza de forma jerárquica en la dinámica hospitalaria. De manera particular, la división que establece el personal médico para con las mujeres en términos de quién es poseedor de conocimiento y la visualización de las mujeres como ignorantes.

Por esto, se presentan las siguientes situaciones: no informar a las mujeres lo que veían cuando las revisaban en los momentos previos al parto, solamente anotaban la información en una hoja del expediente y el dar información incompleta a las mujeres. Por ejemplo:

Y no que simplemente. O sea, entre ellas hablaban. Y hacían comentarios, así como. Como cuando: “¡Ah! Esa es la bebé que no está respirando”. Y ya, cosas así que para uno: “Suave un toque. ¿Qué es esto? A mí no me han dicho nada”. Y ya le dijo: “No. Ajá. Sí, verdad”. Le hizo un comentario un toque feo (Sofía, comunicación personal, 7 de setiembre de 2018).

A María se le indica que a partir de determinado momento se le va a atender en el hospital debido a que

presenta un embarazo de alto riesgo, pero no le dan recomendaciones de cuidados o mayores explicaciones sobre su condición. También a Susana la monitorean debido al riesgo de muerte que corre luego del parto debido a que durante los momentos previos no se detectó la eclampsia y durante el parto se da una hemorragia muy fuerte, pero no le dan información a ella o a sus familiares sobre su estado de salud o posibles mejoras que tuviera.

Hay una anulación de la condición de sujeto de las mujeres que incluso se extiende a sus familiares, ya que el conocimiento sobre su estado de salud o el de sus hijas e hijos solamente está reservado para las y los profesionales de salud. Incluso María afirma que esta manifestación se da porque el personal asume que las mujeres son ignorantes, y que se demarca la línea afirmando que son las únicas personas que saben.

Además, el hecho que se anote alguna información en hojas aparte o en el expediente implica que solamente se da una comunicación para el personal médico. De nuevo, pareciera que las mujeres son despojadas de su condición de sujetas y colocadas en un lugar de objeto (Álvarez y Russo, 2016).

### *Negación de salpin*

Esta situación fue reportada por una mujer, quien señala que se le niega la realización del procedimiento de salpin alegando que era muy joven y que debía contar con una aprobación de su esposo. Ella cuestiona este actuar señalando:

Vos no tenés derecho a decir en qué momento no más hijos. Ni te los van a mantener tampoco, verdad (...) Para que te puedan hacer el salpin tu esposo tiene que estar de acuerdo. Y tampoco.

O sea, el cuerpo es mío, pero también mi esposo (Mariana, comunicación personal, 18 de julio de 2018).

Asimismo, ella señala que para que le dieran el visto bueno para realizar el proceso seguro debía tener cinco hijos o hijas como mínimo. Justamente, se asume que al ser una mujer joven todavía posee la capacidad reproductiva y no debe eliminarla.

En general, en esta manifestación se despoja a las mujeres de su poder de decisión sobre su cuerpo y la cantidad de hijos o hijas que quiere tener. No sólo se le otorga el papel de dar el permiso al personal médico, sino también a su esposo. Continúa reforzándose la idea de que las mujeres son propiedad de los hombres y desposeedoras de una autonomía propia.

### *Negación de acompañamiento*

Una de las entrevistadas señala que no le permitieron contar con la presencia de su esposo, a pesar de las complicaciones experimentadas en su salud: “no me dejaron tener compañía (...) Mi esposo ya a las seis de la tarde, ya él se tenía que devolver para la casa” (Sofía, comunicación personal, 7 de setiembre de 2018). Ella señala que por obligación podía contar con este acompañamiento y que hubiese implicado una gran diferencia a la hora de afrontar toda la situación de violencia obstétrica.

Es necesario replantear cómo en este caso existe un aislamiento de las mujeres de sus redes de apoyo y no se considera que, en ocasiones, las y los familiares pueden ser recursos para su recuperación. Existe una mirada individualizada sobre cómo debe ser la atención y sobre quién está dirigida. En este caso, se privilegia lo físico frente a lo psicológico, emocional o incluso lo psicosocial.

### *Exposición a condiciones insalubres*

Dos de las mujeres entrevistadas debieron permanecer en el hospital durante más días debido a complicaciones de salud de sus bebés. Aunque fueron atendidas en diferentes hospitales, ambas señalan que las condiciones en las que estuvieron provocaron la infección de las heridas de la cesárea. Inclusive una de ellas afirma que debía dormir en el suelo y utilizar baños en los que había sangre en el piso, situación que era compartida con otras mujeres:

Y había mamás que dormían en el baño porque ya en el área de neonatos ya no había campo. Los pasillos di, no eran como lugares para dormir, entonces ya era tanto el cansancio de uno y tantas noches sin dormir. Que uno iba, se metía a un baño y dormía (Sofía, comunicación personal, 7 de setiembre de 2018).

Estos hechos apuntan que hay un faltante de espacios e infraestructura para la atención de las mujeres en el período de postparto. Las mujeres señalan sentir que no son nadie una vez que son egresadas, ya que en el hospital se invisibilizan sus necesidades de cuidados posteriores al parto, su salud física y no existe una mínima consideración de sus necesidades psicológicas. Esta situación se extiende a las condiciones generales de los centros de salud aunada a la falta de otros recursos como la carencia de personal o implementos médicos (Sosa, 2018).

#### ***4. Ejercicios de residentes y practicantes sin autorización de las mujeres***

Esta suele ser una de las manifestaciones más reportadas en la literatura para referirse a la violencia

obstétrica y se asocia a la realización de múltiples tactos vaginales a las mujeres. Estos procedimientos son calificados por las mujeres como repetitivos, dolorosos, innecesarios y excesivos e incluso pueden llegar a generar algún tipo de infección en sus genitales (Vallana, 2016; Sosa, 2018). Suelen aplicarse por más de una persona sin el consentimiento de las parturientas, sin esperar que estas se relajen y bajo el grave irrespeto a su intimidad (Cerpa y Velásquez, 2015; Rodríguez y Aguilera, 2017). Implican una fuerte instrumentalización del cuerpo de las mujeres utilizándolas como un recurso para el estudio y la práctica de estudiantes de medicina obstetra (Sosa, 2018).

#### *Realización de múltiples tactos vaginales por personal médico, enfermeras y estudiantes*

Tal como se mencionó, la principal característica que posee este acto es la anulación del consentimiento de la mujer para que se realicen intervenciones sobre su cuerpo, ya que ni siquiera se les explica o consulta si ellas permiten estas intromisiones. En palabras de Quevedo (2012) existe una violación al derecho a la intimidad de las mujeres en el que se viola su privacidad de forma no consentida.

Además, se da una objetivación de esta y una reducción a ser un “cuerpo” o “cosa” que puede ser explorado por personas desconocidas eliminando su condición de sujeto:

Pasó un grupo de doctores como a las 6 de la tarde. El ginecólogo de turno con 10 estudiantes. Nada más: “Abra las piernas”. Y todos hicieron el tacto. ¡Todos! (grita). O sea, imagínate. Y yo me acuerdo que a mí me dolía (...) “¡Mamá, ellos son estudiantes necesitan aprender!”. Ni siquiera. Ya yo después vi que ellos tenían que pedir mi autorización, y yo tenía que decidir si sí o no (Mariana, comunicación personal, 18 de julio de 2018).

En el relato de Mariana se hace explícito lo anteriormente mencionado en torno a esta manifestación y se percibe cómo ella se siente violentada en sobremanera. En sus propias palabras: “Me sentí abusada (...) Para mí eso, y a la fecha es algo que yo siento que me marcó montones. Me duele montones” (Mariana, comunicación personal, 18 de julio de 2018). Estas frases dan pistas para ir elaborando y pensando cómo la violencia obstétrica deja marcas en las vidas de las mujeres aspecto que será ahondado en el apartado de impacto psicosocial.

La médica Ileana Quirós, enfatiza que:

Una mujer no puede tener encima a medio mundo, estarle metiendo la mano. Por eso es la cuestión del apoyo y todo eso. Pero es un apoyo efectivo, un apoyo personalizado. Yo puedo acompañar a una señora en silencio y nada más darle la mano y ese es un apoyo efectivo. El personal de salud lo puede hacer perfectamente. Hay un montón de mujeres que quieren estar solas y hay que respetárselo (Ileana Quirós, comunicación personal, 10 de agosto de 2018).

Este acompañamiento garantiza que no exista una sobreintervención de los procesos reproductivos para que puedan darse de forma natural, espontánea y respetando el tiempo de cada mujer. Es necesario que las personas profesionales en obstetricia intervengan solamente cuando se requiera su participación, para esto se requiere un cambio de paradigma en el modelo de atención actual.

##### ***5. Discriminación por razones culturales, económicas, religiosas y étnicas***

Para Restrepo et al (2016) en la violencia obstétrica se pueden encontrar diversas manifestaciones en las que se expresan muestras de violencia simbólica. Esta reproduce las relaciones de dominación, desigualdad,

exclusión y discriminación que existen en las relaciones sociales.

Este reconocimiento implica reconocer que las prácticas de violencia obstétrica “no recaen de la misma manera en todas las mujeres y son atravesadas por variables como el nivel socioeconómico, la edad, la raza y la religión” (Restrepo et al, 2016, p. 72). Asimismo, esta idea permite visibilizar cómo estas relaciones desiguales provocan el aumento de los malos tratos y una mayor impunidad de estos.

### *Condición migratoria*

Es señalada por Dara durante la atención que recibió en los períodos de embarazo y postparto. Comenta que ella no tiene cédula de residencia, pero que al conocer del embarazo le brindaron el seguro por el Estado. Cabe resaltar que tanto ella como su pareja no contaban con trabajos formales, ni con un seguro otorgado por quienes les empleaban.

A pesar de contar con este acceso a la seguridad social por mandato estatal, Dara afirma que siempre que asistía al Hospital de Liberia por algún motivo de emergencia, ya que presentó algunas complicaciones de preeclampsia y eclampsia durante el embarazo, recibió malos tratos de manera constante. Señala que la secretaria del hospital se comportaba de manera muy odiosa y solía decirle que ella no tenía los documentos necesarios para realizar los trámites en el centro de salud. Además, le atrasaban las citas durante horas y en una ocasión que ella reclamó esta demora, la secretaria le dijo de muy mala forma: “¿Para qué se ponen a tener niños?” (Dara, comunicación personal, 22 de agosto de 2018).

Aunque en el país se ha planteado desde la Ley General de Salud (Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica, 1973) que debe brindarse atención en salud a todas las personas que habiten en el territorio nacional, el Consejo Nacional de Migración (2013) señala que una de las principales limitaciones de las

mujeres migrantes ha sido el acceso a los servicios ligados a la salud sexual y reproductiva.

Esta situación se agrava cuando las mujeres migrantes no cuentan con un seguro de salud y enfermedad o cuando sus jefaturas poseen algún tipo de deuda con la C.C.S.S. Esta denuncia se realiza en el periódico El mundo cr (2018) afirmando que se han presentado diversas quejas de mujeres por las dificultades de acceso en la atención prenatal, ante las cuales la Gerencia Médica y Financiera de la C.C.S.S. debió emitir una circular en la que se recuerda que el otorgamiento de estos servicios de salud debe ser una prioridad.

Para Dobles, Vargas y Amador (2014), la xenofobia y la discriminación hacia las personas migrantes puede expresarse en un trato diferencial debido a alguna característica que ha sido adscrita a determinado grupo social. En este caso, a Dara se le da un trato diferenciado en el servicio de salud debido a su condición migratoria lo que repercute directamente en su cuerpo, en su estado de salud físico y emocional; y en su acceso al derecho a la salud.

### *Edad*

Otra de las razones que las mujeres reconocen como un foco de discriminación y de los malos tratos recibidos es su edad. Tanto María como Mariana hacen énfasis en que mientras más joven sea una mujer, reciben mayores muestras de violencia verbal aludiendo a su edad, su inexperiencia y se remarca el ejercicio de su sexualidad.

Estos señalamientos colocan a las jóvenes en una situación de desventaja, ya que comúnmente se encuentran solas y se sienten apabulladas e impotentes frente al personal. Mariana lo define como un fuerte rechazo y un trato despectivo e incomprensivo. En sus palabras, al personal le molesta que se embaracen tan jóvenes. Ella señala el uso de algunas frases que demarcan esta división: “Diay, ¿para qué se embaraza?”,

“Diay, usted está aquí porque se embarazó”, “Usted está aquí porque abris las piernas”, “Usted está así porque quiso”, entre otras (Mariana, comunicación personal, 18 de julio de 2018).

En estas expresiones existe un juzgamiento y la expresión del regaño como castigo a las jóvenes por haber ejercido la sexualidad y se enfatiza que los dolores o que la situación que están atravesando debe ser soportada porque es resultado de sus acciones:

Pero la gente tiene como un repudio, una cosa, por las adolescentes y por las muchachas jóvenes embarazadas que dan a luz (...) Eso percibo yo. Porque si llega una señora ya después de los treinta la van a tratar como con más respeto (...) Yo siento que es muy marcado, de los 18 a los 27, tal vez el trato. Como que les molesta que se embaracen tan jóvenes o no sé, es como un rechazo del personal (Mariana, comunicación personal, 18 de julio de 2018).

Aparte de esto, se refuerza la relación desigual poder/saber, ya que, si comúnmente el conocimiento se relega al personal médico, en el caso de las jóvenes se refuerza esta división por su condición etaria. Se parte de la idea de ejercer un paternalismo desde un lugar de regaño y censura hacia las mujeres jóvenes o que físicamente se ven menores de lo que son, como el caso de María. Asimismo, hay un acercamiento adultocéntrico a estas que permea esta forma discriminatoria, que, en conjunto con el paternalismo anulan el ejercicio de la autonomía y la libre determinación de la mujer (Arguedas, 2014, 2016).

### *Razones económicas*

Aunque no existió una alusión explícita por parte del personal sobre esta condición, es importante

rescatar la perspectiva de Giselle al respecto. Cuando en la entrevista se le consulta por las razones que le impidieron presentar una demanda, ella señala:

No es tanto susto, es porque como uno es de bajos recursos no tiene la capacidad económica para enfrentar una demanda, un juicio y todo eso. Pagar abogados. Por eso, uno no tiene cómo cubrir eso. Entonces de eso ellos se valen. De que uno es pobre y no puede cubrir una demanda (Giselle, comunicación personal, 24 de agosto de 2018).

Es importante retomar que ella percibe que la situación de violencia obstétrica que experimentó estuvo atravesada por no pertenecer a un grupo con mayor poder económico. Su experiencia coloca la discusión sobre la división de clases sociales económicas y cómo atraviesa la atención que se brinda en las instituciones públicas.

Al respecto, la OMS (citada en Restrepo et al, 2016) reconoce que el empobrecimiento o la pertenencia a un nivel socioeconómico bajo suele aumentar la posibilidad de sufrir tratos irrespetuosos y ofensivos en la atención hospitalaria. En otras palabras, el personal que labora en estas instituciones reproduce ideas y actos discriminatorios contra las mujeres que no cuentan con altos ingresos económicos. Esta idea es subrayada por Viviana Guerrero, quien a partir de su experiencia en el Observatorio de la Violencia Obstétrica del CIEM afirma que “la violencia obstétrica más cruda, la violencia obstétrica más peligrosa casi siempre es con mujeres de condiciones socioeconómicas bajas” (Viviana Guerrero, comunicación personal, 23 de julio de 2018).

Por otro lado, la vivencia de Giselle da cuenta de cómo se ejerce poder por razones económicas traducido a una experiencia como el proceso reproductivo de una mujer, en el que no sólo se intersecan las

condiciones de género, sino la clase socioeconómica. Cabe agregar que el ejercicio de la medicina es uno de los mejores pagados y goza de un fuerte reconocimiento social.

Para ella, el doctor que le atiende y el hospital en general, pueden ejercer la violencia, ya que parten del hecho de que ella no podrá defenderse legalmente. Esto da cuenta no sólo de la legitimidad de las situaciones de violencia, sino de la impunidad frente a los actos de negligencia que acontecen en estos lugares. Esto coloca a las personas que atraviesan estas situaciones en un lugar de desprotección y vulnerabilidad.

#### **6.3.4. Nombrar la experiencia de violencia obstétrica**

Las mujeres brindan diferentes significados a las experiencias que atravesaron, ya que son situaciones que marcan un antes y un después en sus vidas. Al consultarles cómo denominarían este acontecimiento de violencia sobresalen palabras y frases como “el trauma”, “el calvario”, “ser abusado”, “el susto” (Mariana, comunicación personal, 18 de julio de 2018), “es una carnicería” (Katrina, comunicación personal, 23 de agosto de 2018), “una agresión”, “(...) no hay forma de decirlo, para ellos somos un chanchito que están destazando y ya”, “abuso”, “negligencia” (Giselle, comunicación personal, 24 de agosto de 2018), y “ es una cosa completamente... deshumanizada” (Susana, comunicación personal, 29 de agosto de 2018).

Estas descripciones plantean que las mujeres no sólo reconocen que fueron objeto de una forma de violencia, sino que también distinguen que esta les generó sufrimiento, miedo y otras huellas en su subjetividad hasta el día de hoy. Igualmente, existe claridad en que la violencia obstétrica fue ejercida por el personal de salud y que este no siempre asume una postura ética y responsable a la hora de la atención.

Sobresale la sensación de las entrevistadas de haber sido objetivizadas y despojadas de su humanidad y condición de sujetos cuando afirman que fueron a una carnicería. Esta es una de las características

comúnmente asociadas a la violencia obstétrica, Álvarez y Russo (2016) mencionan que en las instituciones de salud se da una despersonalización de las mujeres a tal punto que estas son tratadas como objetos y no como sujetos de derechos.

Aunque las mujeres con las que se trabajó no poseen ningún tipo de relación entre sí, sobresalen las coincidencias a la hora de caracterizar la experiencia vivida en los hospitales. Esto sugiere que existen rasgos distintivos de la violencia obstétrica que no varían de un hospital a otro y que se encuentran inmersos en las dinámicas hospitalarias.

Asimismo, la capacidad de dar un nombre a la violencia experimentada permite dar sentido a lo que se vivió y aporta a la visibilización de la problemática a nivel social. Implica un posicionamiento de las mujeres en el que hacen eco de lo que experimentaron, lo apalabran y es validado, al menos dentro de estas páginas.

### **6.3.5. Conocimiento sobre el término violencia obstétrica**

Tal como se planteó al inicio de este documento, la investigadora partió de la idea que el término violencia obstétrica no se encontraba incorporado en el ámbito popular y que su uso en el país era sumamente reciente. De igual manera, se consultó a las mujeres si habían escuchado el concepto y qué conocían de él.

Dara y Giselle manifestaron no haber escuchado el término con anterioridad, y Mariana señaló que era algo como ajeno a ella:

No lo había escuchado. Me tocó vivirlo para ponerlo más atención y empezar a averiguar. Y como qué abarca. Y entonces ahí vi que sí tuve violencia obstétrica, yo sí lo pasé, yo lo viví (Mariana, comunicación personal, 18 de julio de 2018).

Por su parte, Katrina, Susana, María y Sofía afirman haber escuchado sobre el tema, ya sea por experiencias de otras mujeres de su familia o porque ellas mismas investigaron sobre este. También, María comenta que ella había asistido a un foro en la Universidad de Costa Rica (UCR) en la que se brindó información sobre esta forma de violencia.

Aun así, a pesar de tener algún conocimiento sobre la violencia obstétrica o de alguna de sus manifestaciones, las mujeres enfatizan que no es lo mismo estar en el momento del parto. En palabras de Susana: “(...) entonces a pesar de que uno conozca el término y sepa maso menos por dónde va el asunto (...) Cuando uno está ahí. Es otra cosa” (Susana, comunicación personal, 29 de agosto de 2018).

Esa afirmación plantea un reto para el abordaje de la temática a nivel social, ya que no sólo es importante que las mujeres sepan qué es violencia obstétrica, cómo se manifiesta, cuáles son sus derechos o cómo denunciar, sino que habla de la situación de desigualdad y ejercicio de poder que se encuentra enraizada en la ocurrencia de esta forma de violencia. Así, se requiere un trabajo paralelo para incidir dentro de las instituciones de salud en la que se generen cambios dentro de la cultura hospitalaria y generar mecanismos de denuncia más ágiles y accesibles para las mujeres, sin importar su condición socioeconómica o estatus migratorio.

### **6.3.6. Explicaciones sobre los eventos de violencia obstétrica: ¿por qué creen las mujeres que se dan estas situaciones?**

La última parte de la entrevista realizada a las mujeres se enfocó en facilitar la significación y descripción de la experiencia de violencia obstétrica desde sus propias palabras y pensamientos. Por esto, se les preguntó por qué creían ellas que acontecían estas situaciones. En respuesta surgieron quince razones diferentes que vale la pena describir brevemente en consecuencia:

*Desquite:* La violencia obstétrica se ejerce a modo de venganza cuando las familias de las mujeres reclaman los malos tratos de los que estas están siendo objetos.

*Desinterés:* El personal ejecuta de manera mecánica las acciones para atender los partos y ven a las mujeres como una más.

*Falta de humanismo:* El personal no posee vocación, amor, ni sensibilidad y reconocimiento de las mujeres como personas.

*Visión negativa sobre las mujeres:* Las mujeres son invisibilizadas y el personal solamente se interesa por los niños o las niñas. Además, existe una reducción del cuerpo de la mujer a su función reproductora y una imagen de esta como máquina.

*Interés en el dinero y no en la profesión:* Al personal solamente le interesa estudiar y dedicarse a estas carreras debido a la alta remuneración económica que reciben. Por lo que, no prestan atención a las necesidades de las mujeres en este proceso, ni a las complicaciones que puedan surgir.

*Xenofobia:* El hecho de ser una persona migrante es objeto de discriminación *per se* y genera un aumento de las formas de violencia obstétrica sin censura.

*Cansancio:* Las largas jornadas de trabajo provocan que el personal obstetra se encuentre sumamente cansado, lo cual provoca su indiferencia y reacciones negativas hacia las mujeres.

*Pereza:* El personal prefiere que las mujeres vuelvan a sus casas si todavía no inicia el proceso de parto, ya que esto implica que no deben prestarles atención y pueden ocuparse de menos personas o incluso no hacer nada.

*Recarga de labores:* Quienes trabajan a nivel estatal suelen tener una recarga de labores y atender diferentes tareas al mismo tiempo, lo cual les puede generar una gran presión al tener que cumplir con todas estas quehaceres.

*Normalización del proceso y del dolor ajeno:* El personal médico está expuesto de manera cotidiana a atender partos, por lo que se da una normalización de estas situaciones. También, al tener que lidiar con

el dolor de las otras personas existe una desensibilización de este.

*Normalización de la violencia:* No sólo se legitiman los actos de violencia que se dan en los hospitales, sino que el personal suele cubrirse entre sí y silenciar los casos que ocurren.

*Poder y control:* Existe un placer a la hora de ejercer poder y control sobre otras personas. El personal médico goza de tener el conocimiento, intervenir sobre el cuerpo de las mujeres, mandar, manipular y controlar toda la atención de principio a fin.

*Falta de ética:* No hay formación ética en la educación que se brinda a estas y estos profesionales.

*Falta de pasión:* El personal médico no posee pasión por lo que hace, ni por su profesión.

*Superioridad:* El personal se siente superior a las mujeres por tener un título académico y una profesión, se olvida que las mujeres están pagando su seguro social y solicitando la prestación de un servicio.

Como se puede observar existe una gran diversidad de razones desde la perspectiva de las mujeres, muchas de ellas remiten a la situación laboral del personal médico, a sus actitudes, sus intereses económicos, la normalización de sus labores, falta de marcos éticos hasta condiciones estructurales como percepciones y estereotipos de género, poder y control. Es sumamente interesante que estas explicaciones propuestas por las entrevistadas coinciden con la literatura revisada, Castro (2014) apunta que dos de las explicaciones más comunes para justificar la violencia obstétrica son señalar que esta se debe a las difíciles condiciones laborales que enfrenta el personal de salud y que hay un problema de falta de formación ética.

El autor plantea que no deben dejarse de lado las causas estructurales que legitiman todo el espectro de violencia contra las mujeres, aunque estas condiciones laborales del personal son verídicas y dan cuenta de las diferentes necesidades que requieren corregirse el sistema médico público. En consonancia con esta idea, es importante visibilizar la desigualdad de poder que hay en las relaciones entre el personal médico y las mujeres, y las desigualdades que atraviesan las categorías sexo, género, raza, etnia, clase social, edad, entre otras (Crenshaw, 1989; Arguedas, 2014, 2016; Pereira, 2017).

Además, no puede dejarse de lado que el sistema patriarcal produce un contexto que facilita la ocurrencia de esta forma de violencia. Como señala Viviana Guerrero no puede perderse de vista que “el fenómeno central causante de esta forma de violencia es el patriarcado que concibe los cuerpos de las mujeres como cosas y concibe a las mujeres como un agente moral inferior” (Viviana Guerrero, comunicación personal, 23 de julio 2018). Estas nociones se traducen en el despojo de protagonismo de las mujeres en el proceso de atención, una censura a la expresión de su subjetividad y sus emociones, la infantilización, el no reconocimiento de los saberes propios en torno a las sensaciones que experimentan durante el proceso de parto y una negación rotunda a que las mujeres puedan tomar sus propias decisiones sobre sus cuerpos utilizando sus capacidades personales.

Otras condiciones que permiten la expresión de esta forma de violencia dentro de los hospitales tienen que ver con la existencia de un paradigma medicalizado e intervencionista que concibe la atención de los procesos reproductivos como una responsabilidad exclusiva del personal médico y, por ende, un espacio para el despliegue del uso de todas las tecnologías creadas por esta disciplina a nivel obstétrico (Ileana Quirós, comunicación personal, 10 de agosto de 2018). Sumado a esto, se reconoce que las dinámicas hospitalarias están marcadas por un fuerte autoritarismo y un paternalismo duro en el que el poder, el saber y la autoridad están solamente en manos del personal médico. Este posee un dominio del territorio que suele generar disputas en las mismas relaciones que posee el cuerpo profesional, y entre este y las mujeres (Ileana Quirós, comunicación personal, 10 de agosto de 2018).

No debe dejarse de lado que existe una necesidad real de abordar estos ejes en el proceso de enseñanza aprendizaje que se brinda en las instituciones educativas (Castro, 2014; Turbau, 2017). Es dentro de la formación que se transmite y legitima la cultura institucional de los hospitales, al punto que el estudiantado reproduce las relaciones desiguales de poder, la sobreintervención y la medicalización haciendo eco de los procedimientos que le enseñaron dentro de sus espacios de prácticas profesionales (Ileana Quirós, comunicación personal, 10 de agosto de 2018).

### **6.3.7. Experiencias de violencia obstétrica de otras mujeres**

Camacaro (2008) afirma que la ocurrencia de la violencia obstétrica se remonta a siglos atrás con el establecimiento de la posición de parir acostada como obligatoria. Estos hechos se ven reforzados por el paso de la atención de los procesos reproductivos en manos de las parteras a profesionales de salud, el paso de la atención de los partos de la casa al hospital y el desplazamiento de las mujeres de un rol protagónico desde esta atención (Camacaro, 2009; García, 2018).

Junto con estos fenómenos se comienzan a generar otros procesos, ya mencionados anteriormente, como la creciente medicalización de la sociedad en general y de los procesos reproductivos (Magnone, 2011), una patologización del parto y el embarazo afianzada en el discurso de los riesgos (Vallana, 2016), y una naturalización de prácticas rutinarias que provocan que se dé una tecnificación, industrialización y mecanización a la hora de atender estos eventos reproductivos (Quevedo, 2012). Todos estos abordajes producen una serie de abusos que comprenden la violencia obstétrica.

Los resultados de esta pesquisa arrojan que, aunque no todas las mujeres conocen el término violencia obstétrica o sus experiencias sean nombradas de otra manera, sí reconocen que en la atención de los procesos de embarazo, parto y postparto se dan situaciones en las que ellas se encuentran en desventaja. Inclusive comentan otras situaciones de violencia obstétrica que fueron experimentadas por otras mujeres conocidas o desconocidas. Mayoritariamente, hablan de familiares (primas, madres o hermanas), amistades o vecinas que han experimentado alguna situación de maltrato durante el parto. Estas mujeres cercanas aconsejan a las mujeres sobre cómo debe ser su comportamiento, y de alguna manera, sin querer refuerzan la normalización de la ocurrencia de estas situaciones.

Otras experiencias son vistas por las mujeres en redes sociales a través de comentarios que realizan otras mujeres en páginas o en sus perfiles. Estas plataformas sirven como espacio para denunciar, permiten

cierto desahogo de las mujeres al narrar sus vivencias, y generan cierto nivel de acompañamiento e indignación por parte de otras personas. Sin embargo, pareciera que su impacto en la erradicación o modificación de la violencia obstétrica es sumamente limitado.

En los relatos de María, Susana y Sofía sobresalen narraciones de experiencias de violencia obstétrica que ellas observaron mientras se encontraban en el hospital. Algunas de estas son:

Ella le decía como: "Aguante". "Eso es lo que duele". "Así duele y eso tiene que aguantar porque así duele". Y salía y se iba. La muchacha sí se quería, se seguía quejando. Decía: "Por favor llámeme a mi novio". Ella le decía: "Su novio se fue, yo no sé dónde está. Y yo no lo voy a buscar". Pero no se lo decía... (...) Amablemente (Susana, comunicación personal, 29 de agosto de 2018).

Había una muchacha. De hecho, de unos 16 años (...) Que la muchacha salió corriendo embarazada. Como que la muchacha se quitó la bata y salió corriendo (...) Donde ella sale corriendo. Entonces, di, los doctores la agarran. La prensan. Le gritan. Y a ella sí la tienen que también amarrar (María, comunicación personal, 29 de agosto de 2018)

Ambas narraciones exponen situaciones de violencia obstétrica que son ejercidas contra adolescentes, las entrevistadas señalan que suele existir una mayor desigualdad en el trato que se ejerce hacia esta población. Además, suele darse una fuerte recriminación y rechazo a las jóvenes por haber ejercido su sexualidad a estas edades. El presenciar estas reacciones del personal contra otras mujeres genera que las participantes de esta investigación experimenten temor al pensar que estos actos puedan ser ejercidos contra ellas e incluso modifica

su comportamiento para evitar a toda costa esta posibilidad.

Otros relatos son:

Conocí historias de historias. Verdad. Había una muchacha que ella y el esposo eran del mismo tipo de sangre. Entonces el bebé venía con un daño. Que en la vida sabía yo eso. Y dice que la doctora le decía: “¿Cómo se les ocurre traer al mundo bebés así? ¡Ustedes son el mismo tipo de sangre!”. Entonces como ella me dice: “Como si cuando uno conoce a alguien, uno le dice: ¡Mirá, vamos a hacernos un examen de sangre a ver si somos compatibles o no!” (Sofía, comunicación personal, 7 de setiembre de 2018).

Y ella me cuenta que ella tiene veintidós días con el feto muerto dentro de ella. Y cuando ella estaba hinchada, era que el feto se estaba descomponiendo. Que estaba en estado de descomposición, y que a ella más bien... Digamos, que ella se estaba también descomponiendo por dentro” (María, comunicación personal, 29 de agosto de 2018).

Estos relatos revelan que ante la falta de información existente sobre los acontecimientos que presencian, las mujeres sacan sus propias conclusiones. Esto sobresale en la historia que cuenta María, por supuesto, que el creer y hablar de la descomposición del bebé de la otra mujer, genera una mayor angustia al pensar que esto podría ocurrirle también. No sólo se crea una serie de imaginarios sobre los diferentes aspectos que podrían salir mal durante la atención, si no que aparecen múltiples miedos asociados al proceso y al personal encargado de la atención.

Aun así, estos eventos son comunes dentro de las dinámicas hospitalarias de manera cotidiana a pesar que desde hace décadas se viene discutiendo sobre el abuso de la praxis médica en la vida humana (Camacaro, 2009). Son presenciados por diferentes las mujeres que están siendo atendidas, lo cual permite pensar que el ejercicio de estas formas de violencia adquiere una función ejemplarizante para regular el comportamiento de las mujeres instaurando el mandato de ser “obedientes” y “educadas” (Arguedas, 2014).

No sólo quedan grabados en las mujeres entrevistadas, sino que les generan sentimientos de miedo, rabia e impotencia que repercuten en sus propios procesos de embarazo, parto y postparto. A su vez, siembran la semilla para que las mujeres se cuestionen si los eventos que ven o experimentan son actos de negligencia o violencia.

Esta última idea es vital, ya que da pistas para la generación de cambios y erradicación del fenómeno en cuestión. En relación con este punto, es importante rescatar la respuesta de Viviana Guerrero al preguntarse ¿por qué el tema de violencia obstétrica está saliendo a la luz?:

Las mujeres están empezando a darse cuenta que no es normal que les hagan piquetes. Entonces, claramente hay un sentido de alerta. Un sentido, digamos de un brinco que pega el personal médico cuando empiezan las mujeres a decir: “Un momentito doctor, usted a mí no me hable así”. Cuando lo normal, verdad, es que la figura del médico tiene un poder que es incuestionable prácticamente. O sea: “¿Cómo se atreve esta que no sabe casi ni leer, ni escribir a cuestionarme a mí que he pasado por la facultad de medicina durante veinte años?” (Viviana Guerrero, comunicación personal, 23 de julio de 2018).

Precisamente esta apreciación habla de una pugna dentro de las instituciones en las que el personal continúa reforzando su lugar de poder, pero las mujeres comienzan a tomar conciencia sobre las irregularidades que acontecen en la atención que se les brinda. Sólo el hecho de reconocer que experimentaron situaciones de violencia obstétrica y que presenciaron otros actos cometidos contra otras mujeres expone su incomodidad y la urgencia de trabajar el tema a nivel psicosocial.

#### **6.4. Poder: orden social y mantenimiento del status quo**

El problema del poder posee un lugar central a la hora de comprender la violencia contra las mujeres y, por ende, la violencia obstétrica. Inclusive es posible apuntar que ambos temas poseen una relación dialéctica, para efectos de esta tesis se decidió colocar algunas reflexiones sobre el poder una vez definida la violencia obstétrica con el fin de describir cómo se expresa este dentro del espacio médico hospitalario.

Primero, es importante mencionar que el poder suele asociarse solamente a la idea de control y dominación de unas personas sobre otras. Sin embargo, Foucault (1998) plantea que este debe comprenderse en un sentido más amplio considerando que existe una multiplicidad de relaciones de fuerza a nivel social y diversas luchas en las que estas relaciones se transforman.

En este sentido, habla de la existencia de relaciones de poder y precisa algunas consideraciones generales sobre este concepto (Foucault, 1998):

- 1) El poder no es algo que se adquiere o comparte, se ejerce en un juego de relaciones móviles y no igualitarias.
- 2) Las relaciones de poder son constitutivas de otras relaciones como las económicas, de conocimiento, sexuales, entre otras.

- 3) El poder viene “desde abajo”, o sea, que está presente en los aparatos de producción, las familias, grupos restringidos e instituciones.
- 4) Las relaciones de poder son intencionales y poseen un objetivo.
- 5) Donde hay poder, hay resistencia. De ahí el carácter relacional de las relaciones de poder.

Estas nociones permiten situar el poder dentro de las relaciones sociales y comprender sus dinámicas, por ejemplo, Foucault (1999) enfatiza que el poder se expresa de manera cotidiana y atraviesa tanto los cuerpos como los pensamientos. Esto quiere decir, que se expresa en las conductas de las personas; y a su vez, prescribe un orden que genera inteligibilidad y crea realidades. Así, si se analiza la intersección entre las relaciones de poder y las relaciones sexuales dentro de una sociedad patriarcal, se observa que existen diversas formas de control y dominación hacia las mujeres, sus cuerpos, sus comportamientos y sus psiques que muchas veces son interiorizadas. También, se pueden encontrar diversas formas de resistencia ante estas imposiciones, muchas de las cuales se encuentran en las propuestas feministas.

Por otra parte, existe toda una elaboración teórica feminista en torno al poder sobreentendido como dominación que es importante rescatar. De la Fuente (2013) señala que este desarrollo se da principalmente en la década de los sesenta desde el feminismo radical. Esta postura indica que la opresión femenina es la forma más fundamental de opresión, debido a que: 1) las mujeres fueron el primer grupo oprimido históricamente, 2) la opresión de las mujeres es la forma más extendida, ya que existe en todas partes, 3) es la forma más profunda de opresión, de ahí su dificultad para ser erradicada, y, 4) es la opresión que causa más sufrimiento, y tiene la capacidad de permitir entender otras formas de opresión.

Se retoma la idea de la dominación masculina a través del ejercicio del poder desde una lógica estructural, o sea, que la sociedad patriarcal está organizada en torno a la primacía de lo masculino frente a lo

femenino (De la Fuente, 2013). Esta idea se contrapone a la propuesta de Foucault (1998), ya que para este el poder no es una estructura, sin embargo, empata con su idea de considerar que el poder opera dentro de las prácticas sociales cotidianas.

Igualmente, se identifican tres mecanismos fundamentales de la dominación masculina: 1) la ideología o presencia de elementos psicológicos, culturales y simbólicos que la sostienen, 2) la explotación del trabajo a partir de la injusta retribución económica que perciben las mujeres por actividades como el trabajo doméstico, y 3) el control violento y jurídico de la sexualidad, la capacidad reproductiva y el cuerpo femenino (De la Fuente, 2013). Este trabajo se centra en explorar fundamentalmente el tercer mecanismo expuesto por la autora, sobre todo porque esta afirma que el instrumento clave de la opresión es la legitimación de la violencia sostenida en las costumbres y el orden jurídico-político de las sociedades.

La recopilación de estos elementos, tanto de la propuesta foucaultiana como feminista, dan pistas para ahondar en cómo se expresa el poder y la desigualdad en la violencia obstétrica, en el siguiente subapartado se ahondará en esta relación incorporando los relatos de vida de las mujeres entrevistadas.

#### **6.4.1. Relaciones de poder identificadas en los relatos de vida**

Es factible sostener que una de las características centrales de la violencia obstétrica en el espacio médico obstetra es el ejercicio de poder. Este genera relaciones dispares entre los sujetos, crea clasificaciones a nivel interno y ordena los espacios en los que se desenvuelven las personas. Siguiendo a Dreyfus y Rabinow (2001), se puede afirmar que esta situación se da en la dinámica hospitalaria cotidianamente, en la relación del personal médico-obstetra y las mujeres que acceden a los servicios de salud, y también, de forma palpable en la disciplina obstétrica.

Cabe señalar que socialmente se ha designado un poder específico al cuerpo médico-gineco-obstetra para la atención del parto y los procesos sexuales y reproductivos bajo la figura de autoridad médica (Machado, 2014; Arguedas, 2014). En general:

La experiencia de la maternidad en las mujeres ha sido regulada, en casi todas las culturas de las que se tiene registro, por medio de diferentes mecanismos de poder diseñados con el único fin de fijar los procedimientos que deben llevarse a cabo durante este proceso y, en contrapartida, señalar cuáles son aquellos que deben ser evitados (Belli, 2013, p. 25).

Estos procesos regulatorios poseen una función de control y vigilancia, generando discursos éticos, científicos y jurídicos de cómo deben intervenir los cuerpos y las mentes de las personas, en este caso de las mujeres (Castro, 2014). Ya se ha señalado como a partir de la institucionalización del parto se otorga el poder y el conocimiento al cuerpo obstetra para intervenir y dirigir los procesos reproductivos (Camacaro, 2008, 2009; Barria y Rivera, 2016; Álvarez y Russo, 2016; Pereira, 2017).

Desde este punto de partida, se procederá a presentar cuáles son algunas de las situaciones vivenciadas por las mujeres ante este ejercicio desigual de poder. Las entrevistadas reportan la existencia de jerarquías dentro del personal médico; y, en segundo lugar, diferencias marcadas entre el personal y las mujeres.

Sobre el primer caso, las entrevistadas describen acontecimientos en los que se demarcan los rangos de jerarquía existentes entre el personal. Comúnmente existe una pugna por posicionar y remarcar quiénes son los que poseen más conocimiento, quiénes son acreedores de la autoridad y cuáles son los roles que deben ocuparse dentro de la dinámica del hospital.

En el orden de cargos, el personal médico obstetra (sobre todo los médicos hombres) se posicionan en primer lugar, seguidos del personal en enfermería obstetra, estudiantes de medicina, personal administrativo y personas encargadas de la limpieza o alimentación. Esta clasificación demarca el accionar de cada persona durante la atención, sus roles con respecto a las otras personas, y su grado de saber o conocimiento sobre todos los procesos que acontecen dentro de la institución. Para Castro (2014) este orden de jerarquías dentro de la profesión es parte del currículum oculto que se transmite desde la enseñanza y que es interiorizado a través de la práctica profesional dentro del hospital.

Uno de los ejemplos más clarificadores en torno a esta división, se encuentra en la narración de Giselle, quien comenta que tras esperar cuatro días por una cesárea debido a que el obstetra se negaba a realizarla alegando que ella podía parir por vía vaginal, comienza a sentir que su hijo está a punto de nacer. Señala que una enfermera le dice que ella le puede ayudar y reventarle la fuente para acelerar el proceso, ella accede, pero interviene otro médico obstetra que se encontraba presente, señalando que “(...) ella no tenía que meterse en eso. Porque ella no tenía el título para hacer eso” (Giselle, comunicación personal, 24 de agosto de 2018).

Así, se crea un enfrentamiento entre ambas personas en los que las necesidades de la mujer se dejan en segundo plano para deliberar quién posee la razón. Giselle agrega que la enfermera le comenta al médico la situación, señalando que ella llevaba cuatro días en la labor y solamente cinco centímetros de dilatación. Por lo que este accede a realizar el procedimiento de rompimiento de fuente y de membranas.

Sin embargo, aparece el obstetra a cargo de la atención de Giselle y señala que deben esperar hasta que ella pueda parir por vía vaginal. En palabras de la entrevistada:

Pero cuando llegó el doctor *Rosales* y él de muy mala gana dijo que no, que yo podía parir. El mismo obstetra que al principio se negó en, en reventarme la fuente. Le dijo que no. Que tenía

que hacerme una cesárea urgente porque el niño se había obrado. Y ahí fue donde él accedió a hacerme la cesárea. Me durmió toda. Pero sí, él se puso muy malcriado cuando entró mi tía que trabajaba en ese hospital” (Giselle, comunicación personal, 24 de agosto de 2018).

Se puede observar cómo se demarcan los roles y lugares que debe ocupar el personal. En primera instancia se da una pugna entre un médico obstetra y una enfermera obstetra, mientras que luego, se da un roce entre dos médicos obstetras. En este último caso, el *Dr. Rosales* es calificado como un médico que posee mucho poder y reconocimiento en el hospital, por lo que de alguna manera ocupa un lugar de autoridad mayor que los otros protagonistas citados. Giselle señala que él se encontraba sumamente molesto porque le habían contradicho sus indicaciones y que este enojo aumenta cuando su tía aparece en la sala. Ella labora dentro de la misma institución en la sección de limpieza y va a acompañar a Giselle durante el momento de parto.

Este mismo ejemplo presenta el caso de la diferencia de opiniones y criterios médicos para atender la misma situación, en la que a la mujer se le hace esperar durante días bajo el riesgo de sufrir algún perjuicio en su salud o la de su bebé. Priman las valoraciones personales sobre el modo en qué se deben realizar los partos (por vía vaginal) frente a las propias necesidades físicas y emocionales de la mujer. Se da una disputa por lo que Foucault (1999) nombra relación poder/saber, en la que se busca posicionar quién tiene el discurso verdadero, y, por ende, reafirmar el estatus de ser el máximo acreedor de la verdad, que, ya de por sí está más o menos dado al pertenecer a la disciplina médico obstetra.

Otra situación en la que se presenta la diferencia de jerarquías es en la narración de Susana. Durante la atención no se identifica que ella posee signos de preeclampsia y eclampsia, por lo que durante el parto se genera una fuerte hemorragia y en el postparto, se da un accidente cerebrovascular que casi ocasiona su muerte, seguido por la persistencia de la hemorragia durante el período de cuarentena.

En el momento en que se percatan de esta equivocación y posterior a la atención de la emergencia, Susana narra cómo observa un doctor sancionando a la profesional en obstetricia que la atendió. Afirma que,

aunque no se podía escuchar porque había un vidrio en medio, se observaban los gestos que realizaban ambas personas:

(...) la muchacha tenía gesto de una persona a la que se estaba regañando. Porque estaba cabizbaja, con las manos en los muslos. Ella bajaba la cabeza. Y la persona que estaba con ella hablándole de frente le golpeaba la mesa. Levantaba las manos. De viaje se notaba que era una conversación fuerte o que le estaban llamando la atención o regañando porque la gesticulación de ellos era esa (Susana, comunicación personal, 29 de agosto de 2018).

Este caso ejemplifica cómo se utiliza la jerarquía para señalar las equivocaciones y sancionarlas. Aunque se alude a una acción en la que se puso en riesgo la vida de Susana, no se puede dejar de precisar que se evidencia la jerarquización existente dentro del personal y una dinámica de poder que se da entre un hombre adulto y una mujer joven. Lamentablemente, este último punto no puede profundizarse a falta de datos recopilados que permitan desarrollarlo, pero es necesario enunciarlo para dar cuenta de cómo el patriarcado atraviesa las diferentes situaciones que se dan en el espacio hospitalario. Al respecto, Castro (2014) describe diferentes interacciones entre el personal médico y las mujeres, interesa resaltar la noción de la existencia de la estructura de poder en la que se otorga a los médicos la posibilidad de educar y someter a las mujeres. Aunque cuando, esta situación no alude directamente a las relaciones internas del personal, aplica para examinar el ejemplo citado.

Una última escena en la que se pueden constatar las relaciones de poder dentro del personal recae en el uso de la influencia para conseguir algún fin. Katrina y Susana narran cómo en dos situaciones obtuvieron un mejor trato debido a conocer a alguna persona que laborara en el hospital en que fueron atendidas. La primera entrevistada señala cómo cambió el trato que le dieron para poder visitar a su hija y quedarse más tiempo con ella, cuando un amigo del jefe de su esposo les dice a sus compañeras y compañeros de trabajo que ella era

familiar suya. Mientras que Susana logra conseguir una fecha pronta para que le hagan unos exámenes tras conversar con una conocida.

Ambas circunstancias dan pistas de cómo dentro del espacio hospitalario se juegan situaciones en las que se favorece a algunas personas por tener algún vínculo con el personal. En cierta forma, se accede a gozar de ese poder con el que cuentan estas personas y se pasa a ocupar un lugar preferencial frente a otras mujeres.

Ahora bien, las relaciones de poder entre el personal y las mujeres poseen otras características, ya que comúnmente se parte de la idea de que las mujeres no poseen conocimientos e incluso son colocadas en segundo plano de manera constante. De hecho, algunas de las entrevistadas señalan que el personal demarca persistentemente que son superiores a ellas. Para Giselle, el personal suele aprovechar que poseen un título universitario y que trabaja dentro de la función pública para hacer hincapié en esta diferenciación. Ambos símbolos son percibidos como un recurso que usa el personal para que persista esta división en toda relación establecida entre este y las mujeres.

Otra de las formas en las que se expresa esta división es en la disputa por el saber, la mayoría de entrevistadas apuntan que en muchas ocasiones se descalificaron sus conocimientos en torno a su proceso de embarazo, incluyendo las sensaciones que tenían en su cuerpo. En algunas oportunidades ellas dejaban de hacer preguntas debido a que les hacían sentir que no sabían y que debían dejar todo en manos del personal:

Pero simplemente como que: “Mirá, usted es una carajilla. Sos un objeto. Yo soy el que tengo el conocimiento. Yo hago lo que a mí me dé la gana, porque soy yo el que tengo el conocimiento”. Es el primer control que accede (María, comunicación personal, 29 de agosto de 2018).

En esta cita se describe la lectura que realiza María del trato que recibió en esta cita de control. Para ella, se demarca una línea entre quiénes son los poseedores de saber y cómo las mujeres son colocadas en el

lugar de un objeto que está ahí para ser intervenido. Cuando María dice la frase: “*Yo hago lo que a mí me dé la gana, porque soy yo el que tengo el conocimiento*”, alude al ejercicio de poder en su máxima expresión, ya que es despojada de toda posibilidad de ejercer su autonomía, opinar sobre las intervenciones e incluso queda vaciada de su condición de sujeta.

Esto es calificado por Castro (2014) como un ejercicio en el que el personal está delimitando constantemente las reglas y el marco de referencia de cuáles son las conductas “apropiadas” de las mujeres. Desde este marco los médicos son los protagonistas del evento y la mujer sólo es un medio para la acción. Adicionalmente se genera un disciplinamiento y una reafirmación de las jerarquías que deben ocuparse dentro de ese sistema de relaciones.

Aparte de esto varias de las mujeres reportaron que la comunicación de su estado de salud o el de sus bebés nunca fue oportuna. Esta información siempre estuvo relegada para que el personal se comunicara entre sí a través de las anotaciones en los expedientes, sin brindarles datos a ellas o a sus familiares, siguiendo esta lógica de que no iban a entender.

Inclusive Susana señala que: “la gente no se presenta. Nadie te dice quién es enfermera, quién te va a atender. El nombre de nadie, completamente desconocido” (Susana, comunicación personal, 29 de agosto de 2018), lo cual refleja que no existe una condición igualitaria en la que se reconoce a las mujeres como pares, sino que la distancia se demarca reforzando la lejanía entre estas y el personal. Finalmente son colocadas en un lugar de no persona en el que se invalida su subjetividad e incluso su presencia, pasando a ocupar un lugar de objeto (Castro, 2014).

“No hay que gritar: Así: con los músculos en lucha, con la voz de grito presa, con la barbilla en el pecho, con las manos agarrotadas tirando, con los brazos acalambrados resistiendo, con el cuerpo contraído, con el espíritu cerrado, con el deseo anulado, con la voluntad muerta (..) Sudo, ¿verdad que sudo mucho?; me quejo, ¿verdad que me quejo blandamente?; me abandono, ¿verdad que me abandono dócilmente? Pasa el tiempo, ¿son ya muchas horas?, obedezco, ¿verdad que obedezco? Y una, y otra, y otra vez (...)”

(Yolanda Oreamuno, 2012, pp. 198).

## **6.5. Impacto psicosocial: huellas y marcas, entre lo subjetivo y lo colectivo**

### **6.5.1. Conceptualizando el impacto psicosocial**

Con la finalidad de clarificar el concepto de impacto psicosocial es importante presentar algunas consideraciones sobre lo psicosocial propiamente y dos conceptos base que permiten su elaboración. Estos son la noción de trauma psicosocial propuesta por Martín-Baró (1990) y la idea de daño psicosocial trabajada por Bruno Simoes (2014). La construcción de este concepto representó uno de los principales desafíos de la investigación, ya que los abordajes realizados al tema de violencia obstétrica no incluyen esta perspectiva, ni poseen un interés en abordar el tema. Debido a esta limitación, es necesario partir de una revisión general de estos conceptos anteriormente mencionados y así, proponer qué se entiende por impacto psicosocial.

En cuanto a la primera aclaración, la perspectiva psicosocial considera que los comportamientos, emociones y pensamientos de las personas o grupos deben ser enmarcados dentro de su contexto social y cultural (Berinstain, 2010). De igual manera, se comprende que los aspectos emocionales, psicológicos o subjetivos poseen una interrelación con aspectos sociales como la cultura, la política, lo interrelacional, el contexto, la clase socioeconómica, el género, la etnia, entre otras categorías (Moscovici, 1985; Bertaux, 2005; Maroto, 2005; Rodríguez, 2005; Cabanillas, 2010; ICBF, OIM y UNICEF, 2014). Esto quiere decir que existe una fuerte influencia de estos componentes sociales en la experiencia individual.

A propósito, Martín-Baró (2000) señala que uno de los principales intereses de la psicología social radica en comprender el momento en que las fuerzas sociales se materializan a través de los individuos y los grupos. Por esto, propone que a la hora de analizar determinados fenómenos se recupere la historia de estos, considerando la interrelación indisoluble entre persona y sociedad.

Esta idea es sumamente valiosa para entender la complejidad de problemáticas como la violencia. Sobre todo, considerando que esta posee múltiples formas, y a su vez, estas difieren cualitativamente, poseen

múltiples niveles de significación y efectos históricos variados (Martín-Baró, 2000). Algunas investigaciones que retoman esta temática abordan la relación entre violencia y guerra (Martín-Baró, 1990), las desapariciones forzadas (Centro Nacional de Memoria Histórica, 2014) y la violencia contra las mujeres (Moscoso, Pérez y Estrada, 2012). A su vez, estas pesquisas retoman el concepto de trauma psicosocial (Martín-Baró, 1990) que será detallado a continuación.

Más adelante, se expondrán algunas razones por las cuales se decidió hacer uso del término “impacto psicosocial” comprendiendo las diferencias y aportes que este puede realizar a estas otras conceptualizaciones citadas. Aún así, es necesario continuar trabajando los tres términos y sus posibles aplicaciones.

### ***Trauma psicosocial***

Martín- Baró (1990) comenzó a elaborar la conceptualización de trauma psicosocial a raíz del contexto bélico en El Salvador en la década de los ochenta. Al observar las dinámicas de este fenómeno comienza a indagar cómo estas se materializan en las relaciones concretas de la población salvadoreña. Define que el trauma psicosocial es la cristalización traumática de relaciones sociales que son sumamente deshumanizadoras (Martín- Baró, 1990). Afecta tanto a las personas como a grupos de personas de manera directa e indirecta. Asimismo, señala que:

La herida o afectación dependerá de la peculiar vivencia de cada individuo, vivencia condicionada por su extracción social, por su grado de participación en el conflicto, así como por otras características de su personalidad y experiencia (Martín- Baró, 1990, p. 78).

Dentro de esta propuesta sobresale la noción de considerar que determinadas situaciones o contextos pueden producir una herida en la vida de las personas e incluso una marca o residuo permanente. Esta herida es producida socialmente y su naturaleza se recrea en la relación individuo-sociedad (Martín- Baró, 1990).

En el contexto salvadoreño el autor identifica que el trauma psicosocial se caracteriza por una deshumanización de las otras personas, una creciente polarización social, la institucionalización de la mentira, la militarización de la vida social, la militarización de la mente, la generación de sentimientos de culpabilidad e inseguridad y la normalización de estas relaciones deshumanizantes. Mientras que en los textos “*Poder, ideología y violencia*” (Martín-Baró, 2003) y “*Psicología social de la guerra: trauma y terapia*” (Martín-Baró, 1990) el autor expone diversas consideraciones sobre las consecuencias psicosociales del terrorismo y la guerra psicológicas. Su interés es reconocer los efectos de estas acciones sobre las personas particulares y las consecuencias colectivas. Encuentra que estos pueden darse a nivel relacional, cognitivo, afectivo, físico, psicológico, de identidad, aprendizaje de hábitos, entre otros.

Estos hallazgos representan aportes esenciales para construir el concepto de impacto psicosocial, y así, visualizar de qué manera se puede conocer cuáles son los efectos que posee la violencia obstétrica en la vida de las mujeres y delinear cómo se puede realizar un abordaje a los mismos. Particularmente interesa resaltar el reconocimiento de las relaciones sociales como productoras de traumas, algunos posibles efectos de estas relaciones y la visibilización del contexto de cada individuo, lo cual repercute en la manera en que se vive la herida. A pesar que Martín-Baró (1990, 2003) se centra en el contexto salvadoreño y en experiencias de guerra, tanto la violencia obstétrica como estas situaciones obedecen a actuaciones provenientes desde actores estatales. Este último punto no debe dejarse de lado, ya que implica una falta de actuación, desprotección e indefensión de los derechos de las mujeres por parte del Estado. Así, estas se ven en un estado de indefensión frente al ejercicio de la violencia obstétrica, la cual también posee la particularidad de desarrollarse dentro de una institución estatal.

## *Daño psicosocial*

La noción de daño psicosocial posee como base las reflexiones de Martín-Baró (1990) sobre el trauma psicosocial, pero plantea que existe cierta movilidad de las consecuencias psicosociales. Es decir, que a nivel psicosocial se pueden reconocer ciertos quiebres en las relaciones sociales, pero que estos no precisamente se cristalizan como sí lo hacen cuando se habla de trauma. Este concepto fue ampliamente discutido durante el año 2018 por profesorado y estudiantado de la Escuela de Psicología de la Universidad de Costa Rica en dos espacios formativos:

- 1) Taller organizado por el *Módulo de Psicología y Procesos Agrarios* a cargo del profesor Dr. Ignacio Dobles Oropeza (Escuela de Psicología de la Universidad de Costa Rica) del 22 al 24 de mayo de 2018.
- 2) Seminario “*Daño psicosocial: dimensiones, efectos y estrategias de afrontamiento*” dictado por el Dr. Bruno Simoes (Psicólogo social de la Universidad de Río de Janeiro), realizado el 1, 4, 6 y 8 de junio de 2018.

Las principales reflexiones alrededor del concepto arrojan que, aunque existe una dificultad teórica-conceptual para presentar una definición alrededor del término, esta no es razón suficiente para dejar de investigar al respecto (Dobles y Rodríguez, 2019). También se señala que:

- 1) La noción de daño psicosocial busca conocer determinados efectos e implicaciones de experiencias colectivas en la vida de las personas tal como interesa advertir en el concepto de trauma psicosocial.
- 2) El término “daño” alude a la existencia de efectos que son relativamente permanentes. A la hora de analizarlos se debe considerar dos elementos: su intensidad y su temporalidad (mantenimiento en el tiempo).
- 3) Por último, el daño psicosocial origina heridas significativas en las relaciones y posee incidencia en

diferentes dimensiones como la individual, familiar, grupal, comunitaria y social (Dobles y Rodríguez, 2019).

Ahora bien, existen dos trabajos que retoman esta noción desde la psicología social y que permiten ver la aplicación del concepto a diferentes situaciones experimentadas colectivamente.

El primero, es un estudio del impacto de las petroleras de Texaco en comunidades amazónicas del Ecuador (Berinstain et al, 2009). Entre los resultados de este trabajo se registra un fuerte impacto cultural en la pérdida de territorio, pérdida de tradiciones, reestructuración de la vida cotidiana, procesos de aculturación forzada, pérdida de referentes culturales tradicionales, impacto de la contaminación en la salud física y psicológica, malos tratos laborales y aumento de la violencia sexual.

Secundariamente, Bruno Simoes (2014) realiza un documento que se denomina “Parecer técnico psicológico. Caso Reformatorio Krenak en Brasil”. En este visibiliza el impacto psicosocial de la violencia política y señala que la traumatización psicosocial colectiva corresponde al conjunto de síntomas psicosociales generados en una colectividad mediante un proceso histórico en el que se experimenta una intensa violencia política.

Recopila algunos elementos que contempla la traumatización psicosocial colectiva y que deben ser estudiados a la hora de realizar peritajes como el suyo: 1) salud mental analizada a la luz de los procesos históricos y las relaciones sociales, 2) trauma psicosocial o daño en las relaciones sociales, 3) heterogeneidad en cuanto a sus expresiones y efectos, 4) secuencialidad o acumulación del trauma y 5) transgeneracionalidad o efectos del trauma psicosocial en las generaciones siguientes a quienes tuvieron la vivencia de primera mano (Simoes, 2014).

Los resultados de este informe apuntan que existe una serie de síntomas psicosociales colectivos como

llanto, silencio compenetrado, reacciones psicofísicas, tortura, exilio, muerte de familiares, esclavitud, aumento de la violencia sexual y de género, violencia contra la niñez, incremento de la violencia policial, humillación social, miedo a la invasión, desconfianza y aislamiento, ira, tristeza, desesperanza, impacto en la cultura tradicional afectando sus prácticas sociales y sus valores ético- espirituales y su etnicidad, entre otras (Simoes, 2014). Estos síntomas no existían antes de la llegada de las petroleras a la zona, sino que se fueron conformando durante su estadía y mantenimiento en este lugar. Asimismo, surgen debido a los cambios que se generaron a nivel de relaciones entre la población originaria y quienes llegaron de afuera.

Finalmente, cabe resaltar que ambos documentos centran su atención en el análisis del daño o trauma psicosocial a poblaciones o agrupaciones específicas. Particularmente los dos informes dan cuenta de experiencias de población indígena. Los elementos presentados aportan a la construcción del concepto de impacto psicosocial y a la consecución de los objetivos de esta investigación para conocer cómo se da en el caso de la violencia obstétrica.

### ***Impacto psicosocial***

A partir de los elementos recuperados de los conceptos de trauma psicosocial (Martín- Baró, 1990), daño psicosocial (Simoes, 2014), las elaboraciones sobre el impacto psicosocial de otras formas de violencia estudiadas en Berinstain et al (2009), Berinstain (2010), Moscoso, Pérez y Estrada (2012) y el Centro Nacional de Memoria Histórica (2014), así como las entrevistas realizadas en esta investigación se comprende que el impacto psicosocial refiere a:

Las consecuencias psicosociales que son producto de una experiencia que ha causado un quiebre o

interrupción en la vida de una persona y su contexto inmediato, incluyendo sus relaciones de pareja, familiares o comunitarias, así como otras establecidas en espacios de carácter laboral, educativo u otro. Estas consecuencias psicosociales pueden ser cambios, lesiones o huellas visibles o invisibles a nivel físico, emocional, psicológico, subjetivo, salud o relacional, pero también pueden implicar el fortalecimiento de lazos afectivos, accesibilidad a recursos, formas de resistencia y aumento de redes de apoyo. Su intensidad varía de una persona a otra según los recursos personales y colectivos con los que cuenta.

Al igual que en el daño psicosocial se contempla que no debe visualizarse el impacto psicosocial como una marca de la cual las personas no pueden desprenderse, ni elaborar una imagen homogeneizante del impacto, ya que las experiencias de violencia no afectan de la misma manera a todas las personas (Berinstain, 2010). Mientras que, a diferencia del trauma y el daño psicosociales, es notable que el impacto psicosocial recupera aquellos cambios que implican la mejora de relaciones o la posibilidad de fortalecer los recursos o formas de resistencia con los que cuenta cada persona. Otras diferencias con respecto a los otros conceptos se enmarcan en la temporalidad de estos y la concepción de grupalidad que poseen. El trauma psicosocial reconoce efectos que son duraderos en el tiempo durante años e incluso que afectan a sociedades o grupos más amplios, mientras que el daño psicosocial pareciera reconocer efectos sostenidos en el tiempo, pero a un nivel más comunitario o de agrupaciones más concretas y definidas. Por el contrario, desde el impacto psicosocial se consideran tanto las consecuencias inmediatas como aquellas que se sostienen más en el tiempo.

Más allá de esto, el impacto psicosocial reconoce los efectos que posee esta experiencia de violencia en la vida de las mujeres a partir de la comprensión de las mujeres como una colectividad más amplia, pero que también posee diferencias a su interior (condición de clase, etnia, edad, entre otras). Además, no

precisamente las manifestaciones de violencia obstétrica se ejercen al mismo tiempo, ni de la misma manera contra las mujeres e inclusive no existe un solo responsable o perpetuador de esta forma de violencia. Las mujeres pueden llegar a personalizar la violencia obstétrica ejercida por alguna persona trabajadora de la institución hospitalaria, pero realmente existe un estado que falla y un choque cultural directamente con el sistema patriarcal, su estatus quo y su producción de subjetividades femeninas.

Sumado a esto, interesa mencionar un par de consideraciones sobre la importancia de utilizar el concepto de impacto psicosocial. Primeramente, se puede decir que al estar construido desde una perspectiva psicosocial busca evitar los análisis puramente psicológicos o focalizados en la individualidad (Berinstain, 2010). Particularmente, procura trascender el abordaje individual del daño o del trauma que ha caracterizado la atención y abordajes típicamente realizados desde la psicología como disciplina.

Esto permite que se dejen de patologizar procesos que son colectivos y trabajar porque se deje de privatizar el daño, o sea, que no se fomente la idea de que es un problema exclusivo de quien lo vive y que debe experimentarlo en silencio y aislamiento (Centro Nacional de Memoria Histórica, 2014). Este equívoco es muy usual cuando se trabaja con temáticas ligadas a la violencia contra las mujeres, apuntando que quienes ejercen la violencia poseen alguna “patología”, que se trata de un “crimen pasional” o incluso se culpabiliza a las mujeres por la violencia ejercida contra ellas (Moscoso, Pérez y Estrada, 2012). De ahí que es necesario enfatizar que estas formas de violencia son configuradas socialmente, no sólo en su origen sino también en su impacto.

En segundo lugar, considerar el impacto psicosocial de la violencia obstétrica permite comprender que los fenómenos de violencia no son hechos aislados, ni experiencias en sí mismas, sino que estas situaciones poseen implicaciones en diferentes ámbitos de la vida de las mujeres que las vivencian y son parte de prácticas institucionalizadas que generan efectos en las mujeres que las atraviesan y las mismas instituciones. Además,

es una forma de violencia que afecta a una gran cantidad de mujeres en la región latinoamericana y en otras regiones, siendo inclusive un tema relevante desde la política pública y desde la academia. Por esto, el concepto permite no aislar los hechos de violencia del contexto en el que se desarrollan y considerar la variabilidad cultural que encierra la misma forma de violencia.

Por último, es importante acotar que dentro de esta pesquisa se delimitaron los ámbitos psicosociales del impacto de la violencia obstétrica en la vida de las mujeres. Por esto, se analizaron los siguientes niveles: subjetivo, emocional, psicológico, físico, salud sexual y reproductiva, laboral, educativo, de pareja, familiar y amistad. Fueron trabajados a partir de una definición base que será colocada en cada subapartado y se retomaron algunas consideraciones breves que presentan otras investigaciones. En esencia, en cada uno de estos niveles se buscó explorar si hubo cambios, transformaciones, crisis, conflictos y apoyos luego de la experiencia de violencia obstétrica. Asimismo, se consultó a las mujeres cómo fue para ellas retornar a los espacios familiares, laborales o educativos cuando les correspondió retornar.

Seguidamente, se procederá a presentar los principales resultados según cada nivel explorado en la conceptualización de impacto psicosocial de la violencia obstétrica en siete relatos de vida de mujeres costarricenses.

### **6.5.2. Impacto psicosocial a nivel subjetivo**

Remite a la forma en que una persona vive determinada experiencia e involucra el sentido que se asigna a una vivencia (González, 2013). Este último surge a partir de aspectos adquiridos en la relación con otras y otros, la cultura y los microcosmos en los que se mueva esta persona. También, la subjetividad da cuenta de la singularidad de cada sujeto, así como de los efectos de sus acciones y de sus interrelaciones (González, 2013). Es necesario reconocer que históricamente ha existido una producción de la subjetividad de las mujeres

asociada al peso de la culpa, la vergüenza, el miedo y la humillación. Tanto Fernández (2010) como Burin (s.f.) reconocen algunos mitos sociales que han determinado la vida de las mujeres directa o indirectamente. Estos son la imposición de la maternidad, la pasividad y fragilización femenina, así como la asignación del mundo privado o el hogar como territorio de las mujeres.

Lo particular de citar estas referencias es que también se puede hablar de una producción social de los malestares de las mujeres. Burin (s.f.) considera que estas imposiciones sociales ofrecen una mayor probabilidad para que las mujeres tengan algún tipo de sufrimiento o malestar psíquico. En el caso de la violencia obstétrica como se verá existe una demanda de la institución de salud para que las mujeres asuman un rol de maternidad particular e incluso algunas de estas características citadas sobre la subjetividad hegemónica femenina.

Otras consecuencias que han sido reconocidas en la literatura como impacto psicosocial a nivel subjetivo son: dificultad en la toma de decisiones, incremento de inseguridad en sí mismas y maternidad afectada (Calafell, 2015; Castillo, 2017). Estas deben ser leídas críticamente para comprender la interrelación entre la cultura, la sociedad y la producción de subjetividades.

### ***Significado de la experiencia de violencia obstétrica***

Este subapartado presenta algunas consideraciones sobre el significado de atravesar una experiencia de violencia obstétrica según las mujeres entrevistadas. A grandes rasgos, las mujeres deben enfrentarse a la desigualdad de género de una forma inesperada y cargada de violencia, a verse objetivadas por el personal médico y de enfermería, no ser tomadas en cuenta para opinar u obtener información sobre lo que acontecía, enfrentarse a su propia fragilidad o al desamparo, sentir que se les negó la posibilidad de vivir una experiencia de calidad en el parto y en los otros momentos de la atención, pero también, a algunas mujeres como Sofía y

Mariana les permite experimentar fortaleza o la sensación de poder sobrevivir situaciones muy difíciles.

Así, la experiencia de violencia obstétrica les obliga a confrontarse consigo mismas, lidiar con la avalancha de emociones que experimentan y crear sus propias estrategias para reaccionar cuando acontecen los eventos. Las entrevistadas reportan que tuvieron las siguientes reacciones ante el evento de violencia obstétrica:

**1) Desconocimiento:** Esta fue una de las sensaciones que primó en las mujeres, ya que, aunque sabían que lo que estaban viviendo no era correcto, no entendían por qué se daba y cuál era el procedimiento que se debía seguir: “Como era primeriza. La misma ignorancia y todo. Para mí todo lo que decían que hiciera era normal” (Mariana, comunicación personal, 18 de julio de 2018).

De igual manera, aunque existiera mayor certeza o conocimiento sobre la violencia obstétrica:

Es muy complejo. Porque mi esposo y yo teníamos muy claro (...) Que esta muchacha no estaba tratando con, de la mejor forma. Y teníamos muy claro que las cosas se podían hacer mejor, pero no sabíamos cómo (Susana, comunicación personal, 29 de agosto de 2018).

En ambos casos las mujeres legitiman el saber médico y esperan que la confianza depositada en el personal sea retribuida. Tanto Mariana como Susana son primerizas y van con cierto susto al hospital a la espera de colaborar con lo que les soliciten. Al ver que las cosas no se están dando de la mejor manera, quedan paralizadas al no saber si existe algún medio para reclamar, al no conocer la estructura del hospital y al desconocer el procedimiento para que se dé un parto.

**2) Miedo:** Este sentimiento surge frente a la autoridad médica y la dificultad de dialogar con el personal:

Ellas me decían: “Di, pero mamá es algo lógico”. Y yo decía: “Pero, es que yo no estudio medicina”. Yo le puedo hablar a usted de mi tema, de mi universidad, de lo que yo estudio. Pero

no puedo hablarle de su carrera, porque no conozco el tema. Entonces, uno mismo hasta a veces sabe los derechos de uno, pero simplemente que le da miedo exigirlos. A mí me daba miedo exigirlos. A mí me daba miedo decirle a la enfermera que me explicara qué tenía mi bebé, o que me explicara qué pasó (Sofía, comunicación personal, 7 de setiembre de 2018).

**3) *Ser educada:*** Esta reacción se vuelve una forma de protegerse y evitar la violencia experimentada. Es un recurso que se usa para intentar cambiar el trato que se recibe del personal:

Y yo, mirá, y yo llegaba al doctor: “Sí, gracias doctor”. Trataba de ser lo más decente y educada posible para que no la... Porque yo decía: “No”. Yo decía: “¿A quién reclamo?”. Porque vos llegas con eso y todo el mundo te lo dice: “Ahí no reclame, hágase la fuerte. Ahí aguante como los machos porque si no es peor”. Entonces yo digo: me comporté bien, fui educada, cuidé siempre. Fui, cooperé. Este, y, aun así. O sea, no. Me fue mal (...) ¿Y por qué tenés que ir dispuesta a que tenés que ir así, así, así? O sea, no podés expresarte libre lo que sentís (Mariana, comunicación personal, 18 de julio de 2018).

Mariana comenta cómo desde antes de llegar al hospital ya le habían recomendado cómo comportarse, afirma que en todo momento usaba expresiones como “Sí, gracias doctor” (Mariana, comunicación personal, 18 de julio de 2018). Iba con la obligatoriedad de no expresar demasiado sus sentimientos, pero ninguna de estas medidas impidió que se presentaran los actos de violencia.

**4) *Silencio:*** Esta reacción también se vuelve una medida para mitigar las acciones y el ejercicio de violencia del personal:

Yo traté de estar lo más tranquila porque a mí me dijeron: “Mi amor, si te ponés malcriada. Si te ponés a gritar. Te van a (...)” Me lo habían dicho familiares. Como: “Mirá, mi amor. Mejor quédate calladita porque te va peor” (María, comunicación personal, 29 de agosto de 2018).

Y yo decía: “No”. Yo no tenía fuerzas. O sea, no tenía como pararme y decirle. Y también sabe por qué. Porque la gente le dice a uno (...) “No grite. No se ponga malcriada. No... porque si no la tratan mal”. Entonces yo decía: “Ok, en el parto entonces yo tengo que aguantar mucho. Yo tengo que respirar mucho. Tengo que hacer esto”. Verdad. “No puedo enojarme. No puedo llorar. No puedo gritar porque si no me tratan mal las enfermeras”. Y cosas así (Sofía, comunicación personal, 7 de setiembre de 2018).

Igualmente, el silencio funge como una herramienta para procesar lo acontecido y, en segundo lugar, se impone como única opción al sentir que no se tiene recursos suficientes para afrontar la situación de violencia de otra manera:

Sabía que yo para el veinte estaba. Era para que ese día me hiciera cesárea y, sin embargo, me tuvo cuatro días más. Entonces yo le dije: "No lo voy a acusar porque mi hijo está bien. Si a mi hijo le hubiera pasado algo, sí lo acuso". Ahora yo me doy cuenta que yo no debí hacer eso. Yo no debí acusarlo en el momento, pero como uno es humilde. Uno no tiene los recursos para hacer, hacer una demanda de esa magnitud (Giselle, comunicación personal, 24 de agosto de 2018).

Sin embargo, no existe satisfacción alguna en Giselle quien en otro momento de la entrevista cuenta que ella sentía un fuerte enojo hacia el doctor que la atendió y se lo hizo saber:

Yo cuando lo veo a él siento unas ganas de vomitar. Una vez se lo dije en la cara. "Yo a usted lo detesto señor" (...) Y seguí mi camino. Estaba con mi bebé alzado. No lo quiero. No lo puedo ni ver, me dan ganas de vomitar (Giselle, comunicación personal, 24 de agosto de 2018).

**5) Impotencia:** A la par del desconocimiento y las otras emociones que viven las mujeres se encuentra la enorme sensación de impotencia al estar insertas en la institución hospitalaria, cuya lógica, como ya se ha

mencionado en reiteradas ocasiones, las coloca en un segundo plano:

Yo recuerdo que mi mamá en algún momento me dijo (...) “¡Ah no! Es que cuando vos te dejás en el hospital, te regañan”. Y yo dije: “Que a mí nadie se me ocurra regañarme, porque yo voy de frente con esto” (...) Lo que sí es muy curioso es que, aunque vos sepas las cosas que están pasando, en el momento no tenés cómo remediarlas (Susana, comunicación personal, 29 de agosto de 2018).

El problema era, digamos, en este momento tal vez yo le hubiera respondido: “Mirá, me parece una falta de respeto. A usted le están pagando. Usted es profesional. Usted debería reproducir ese conocimiento técnico en lenguaje popular. Y decirme a mí. Y explicarme cuál es mi condición”. Ajá, el problema es que uno emocionalmente está afectado (...) Segundo, los dolores (María, comunicación personal, 29 de agosto de 2018).

En ambos discursos de las entrevistadas se ve que antes del llegar al hospital poseen una actitud defensiva ante los malos tratos que podrían llegar a recibir, no obstante, cuando entran a la institución se ven absorbidas por su funcionamiento. De alguna manera, la desigualdad y el ejercicio de poder, sumado a la experiencia del parto resultan abrumadoras. Aparte de esto, las mujeres reconocen que las situaciones que están atravesando no deberían ocurrir e incluso logran identificar respuestas posibles, pero no ven posible su ejecución debido al peso del poder institucional. Este poder incluye el sistema patriarcal dentro de la institución y la legitimidad del saber profesional médico obstetra, para ellas se vuelve más crucial priorizar la vida de sus hijas e hijos.

**6) Denuncia:** Solamente Sofía reportó haber realizado alguna denuncia contra la institución hospitalaria en la que fue atendida. Al respecto dice:

No fue una demanda, demanda. Pero sí fue como una queja contra él. Y yo sé que tal vez ni nunca tenga solución. Es más nunca nos mandaron respuesta, ni nada. Nunca nos mandaron respuesta. Pero, por lo menos ahí quedó y tal vez alguien la leyó. Y dijo: “Mirá lo que hizo este señor” (Sofía, comunicación personal, 7 de setiembre de 2018).

Más adelante en la entrevista reflexiona que no espera grandes repercusiones a raíz de su acción, ya que considera que en el hospital y en la Caja Costarricense del Seguro Social (C.C.S.S.) difícilmente van a aplicar alguna medida real contra quienes la atendieron. Aun así, para ella representa un alivio haber realizado esta denuncia y que quede algún tipo de precedente registrado.

En síntesis, se puede afirmar que a nivel subjetivo existe un cambio, un trauma o una experiencia sumamente dolorosa que representa un punto de quiebre en la vida de cada una. Algunas de ellas logran insertarse pronto a las dinámicas de su vida cotidiana, pero otras requieren más tiempo para elaborar y sanar lo vivido.

### ***Maternidad, subjetividad y violencia obstétrica***

Tal como afirman las entrevistadas la maternidad por sí misma origina una serie de cambios en distintos niveles, sumarle la vivencia de una situación de violencia implica enfrentarse a tener que simbolizar una experiencia sumamente dolorosa:

La maternidad es un proceso demasiado rápido. Demasiado rápido. De un día para otro. Es una serie de cosas que te saturan. Es como sentir que llega una bola de nieve que crece, que crece,

que crece. Que vos no podés parar. Que crece cada vez más y que es más grande. Y uno dice: “¿Por dónde le entro?”. Y a pesar de que tenía el apoyo de un montón de personas a mi alrededor (Susana, comunicación personal, 29 de agosto de 2018).

Es indiscutible que durante todo el proceso de embarazo, parto y postparto las mujeres tendrán que enfrentarse a la novedad de asumir la maternidad por primera vez o a volver a vivirlo con otro hijo o hija. Además, deben enfrentarse a las diferentes demandas y reclamos sociales alrededor del tema. Sumado a esto, en esta investigación se ha encontrado que muchas de las manifestaciones de violencia obstétrica aluden a una fuerte necesidad patriarcal de sostener una maternidad tradicional y reproducir la idea de la feminidad equiparada a la maternidad (binomio mujer-madre). Al respecto se afirma que:

El mito sexual de la madre es más sutil (...) A la madre se le atribuyen, por el mero hecho de ser madre, una serie de características y atributos idealizados: una madre siempre es buena, santa, abnegada, bella, acogedora, fiel (...) Ninguna mujer logra responder a todos esos atributos que, por el simple hecho de ser madre, le competirían connaturalmente (Martín- Baró, 2000, p. 177).

Muestra de esto es que, en las expresiones suscitadas por el personal médico, tanto profesionales de medicina como de enfermería de ambos sexos, se suele aludir a cómo debería ser la maternidad ejercida por las mujeres. De manera muy concreta se suele reiterar la idea de que las mujeres deberían saber por instinto cómo agarrar y alzar a su bebé, amamantar, conocer sus necesidades o cumplir con ciertos estándares:

Entonces me acuerdo cuando fui al EBAIS, que la mayoría de las enfermeras. Básicamente, había una (...) que un día me regañaron y decían: “Mirá, es que usted tiene el hijo desnutrido”. “Mirá, es que su hijo no cumple con las normas estándares de nutrición de un niño sano”. Por eso yo digo: “Las cosas no se hacen así”. De eso tuve que pagar a una pediatra aparte (...) Para que la mae me dijera. Digamos, para escuchar una voz que alguien me diera la razón. “En su familia todos genéticamente son delgados. Sí, por su naturaleza. Juega bien. Come bien. Y va al baño bien. Es sano. Un niño no debe de cumplir con el promedio” (María, comunicación personal, 29 de agosto de 2018).

También, cuando el personal hospitalario habla con las mujeres se refiere a ellas como “mamá”:

Vieras que eso fue muy curioso. A mí eso me llamó la atención montones en el hospital (...) Desde el momento en el que yo entré: “Mamá, venga”. “Mamá, vaya”. “Mamá esto”. “Mamá aquí”. “Mamá allá”. Era incómodo. Verdad, porque es incómodo que vos. Yo soy Susana. (Risas) (...) Pero, por otro lado, a mí me ayudó eso (...) A entender que ahora soy mamá. Y más cuando me quitaron a la bebé (Susana, comunicación personal, 29 de agosto de 2018).

Esta denominación provoca en Susana que ella incorpore la idea de que a partir de ahora es madre, sin embargo, despersonaliza a cada mujer y las encasilla dentro de esta generalización. Ahora bien, es posible que exista una dificultad a la hora de recordar todos los nombres de las mujeres a las que se atiende, pero no deja de llamar la atención el uso de este apelativo.

Otro tópico alrededor del trinomio maternidad, subjetividad y violencia obstétrica es el impacto que esta circunstancia posee en las ganas y planes de tener más hijas e hijos. La mayoría de las entrevistadas afirma que después de la situación de violencia disminuyen o desaparecen sus deseos de ser madre de nuevo. Esto se da sobre todo por el miedo que sienten de volver a pasar por otro evento de violencia obstétrica.

Inclusive a Susana la lleva a cuestionarse la idea del instinto materno:

La gente tiene la idea de que vos parís e inmediatamente un amor desbordado nace en tu corazón y inmediatamente sentís la necesidad de protección y de amor. Y que... No. Entonces uno se siente muy raro (...) Porque cuando yo llegaba a mi casa sin ganas de cuidar a Helena, porque venía cansada de una jornada de nueve horas de trabajo (Susana, comunicación personal, 29 de agosto de 2018).

Comenta que para ella es importante romper con este mito y por esto, le dice a su cuñada lo siguiente:

“Mari”. “No sienta el miedo si usted siente que no se le desarrolla el instinto materno después de que llega a parir”. Le digo yo: “Eso no es verdad”. “Eso es mentira”. Yo le dije: “Él no sale y automáticamente usted se convierte en una madre experta. Eso no es cierto” (Susana, comunicación personal, 29 de agosto de 2018).

Producto de la experiencia de violencia obstétrica las mujeres llegan a aislarse de otras personas, lo cual repercute en sus relaciones sociales, o a necesitar momentos sin la presencia de sus bebés. Esta lejanía no quiere decir que exista un rechazo de estas a sus hijas o hijos, sino que deben procesar la situación de violencia

obstétrica muchas veces de forma muy solitaria. Y, también, porque buscan mantener sus espacios de soledad para realizar otro tipo de actividades que les generan placer.

Esta última situación proviene de una gran incomodidad ante las imposiciones de la maternidad tradicional, la necesidad de replantearse su propia vida y defender que son más que madres.

En contraste, otras mujeres asumen la idea de la “maternidad sacrificial” desde que están en el hospital. Sobre todo, porque familiares les remarcan que deben olvidar lo “feo” que vivieron, agradecer que ya nació su bebé, que ya está con ellas y que, por todo esto, vale la pena haber atravesado todo ese sacrificio. Por un lado, esta idea les permite sentir cierta fortaleza para no sentirse tan afectadas emocionalmente, pero por otro, es una razón que encubre y justifica la violencia. No cabe duda, que es una gran demanda que puede llegar a generarles múltiples culpas por no cumplir con ese ideal de maternidad solicitado e incluso sentirse tristes y enojadas por lo acontecido.

Todos estos cuestionamientos implican una confrontación con la propia subjetividad, ya sea para asumir o para resistir esas demandas e imposiciones sociales. Cabría mencionar que para todas las entrevistadas menos María y Dará existía una gran ilusión y expectativas ante la posibilidad de convertirse en madres. En el caso de ellas dos, un factor común que poseen es su edad ya que ambas poseían menos de veintiún años cuando reciben la noticia del embarazo y asumirlo ponía en riesgo sus estudios (Dara) o la relación con su familia (María). Ambas entrevistadas permiten mellar el mito de la existencia del “instinto materno” y reafirman la idea de que la maternidad es una experiencia social. Ellas aceptan continuar con el embarazo, ya que no visualizan otra posibilidad, pero asumen la experiencia desde un lugar que implica cargar con mucho dolor e incluso soledad.

Las otras mujeres contaban con mayores apoyos tanto a nivel familiar, como el de su pareja, lo cual también genera mayores ventajas para enfrentarse a la noticia del embarazo y experimentar este período.

Ahora, aunque este es un tema sumamente amplio, en este subapartado solamente se sugieren algunos aspectos importantes de considerar, habría que ahondar con mayor precisión y detenimiento estas sugerencias en otra investigación. Por ejemplo, indagar en cómo la violencia obstétrica incide en la construcción de la maternidad permitiría explorar el problema más a profundidad, conocer su influencia en la producción de ciertas subjetividades e idear estrategias para trabajarlo e impactar la desigualdad existente a causa de la división sexual entre hombres y mujeres.

### **6.5.3. Impacto psicosocial a nivel emocional**

Este nivel retoma la idea de Vigotsky (como se cita en Sawaia y Busarello, 2018) de que toda experiencia que se atraviesa es emocional y que, a partir de las emociones los sujetos interactúan con el mundo y entre sí. Las emociones son experimentadas corporalmente de manera temporal y situada, surgen de actos sociales y cognitivos que son emocionales, pueden ir dirigidas a la persona que las experimenta o hacia otras personas (Denzin, 2009). Todas las emociones son relacionales, lo cual implica que poseen un carácter social que proviene del aprendizaje a través de las relaciones sociales inicialmente con el grupo familiar y posteriormente con otros grupos, son interpretadas en términos de relaciones sociales e incluso existe un vocabulario compartido que da cuenta del significado de cada emoción (Denzin, 2009).

Algunas de las emociones y sentimientos que ha generado la violencia obstétrica según las pesquisas son: vergüenza, indefensión, angustia, miedo, soledad, abandono, intimidación, desprotección, vulnerabilidad, culpabilidad, inseguridad, enojo, ansiedad, incertidumbre, desconfianza, humillación (Calafell, 2015; Restrepo et al, 2016; Opazo et al, 2017; Castillo, 2017; García, 2018).

En esta investigación se encontró que las diferentes manifestaciones de violencia obstétrica provocan que las mujeres deban enfrentarse a diferentes emociones que se caracterizan por: 1) ser intensas y extremas,

debido a que se puede pasar de la felicidad o la ilusión a la tristeza y el enojo de manera abrupta e intensa, 2) con duración variada, ya que pueden aparecer desde los primeros momentos del postparto hasta su regreso a los hogares, extendiéndose incluso durante meses, 3) aparecen en la actualidad cuando piensan o recuerdan el suceso que atravesaron, 4) poseen repercusiones directas tanto a nivel subjetivo como en su relación con otras personas (familiares, parejas o personas vecinas de su comunidad), y 5) no son estados que producen placer o bienestar, suelen generar mayoritariamente angustia y frustración en las mujeres e intensifican sensaciones como la soledad y el sentirse incomprendidas.

A continuación, se detallarán las emociones que fueron reportadas por las mujeres y las principales razones que las motivan. Es necesario acotar que se hará referencia a términos como “depresión”, “estrés” y “angustia” porque así fueron nombrados por ellas. Como es sabido, estos conceptos refieren a categorías diagnósticas, lo cual implica que se está realizando una valoración de corte más psicologista. La investigadora no pretende situarse desde esta perspectiva, pero sí busca colocar en este texto los significados expuestos por las mujeres. Se considera que estos términos suelen utilizarse con mucha frecuencia dentro del lenguaje popular e incluso son parte de la imagen hegemónica sobre la psicología, de ahí que las mujeres hagan uso de estas referencias. En las conclusiones se hará referencia a esta idea nuevamente.

**1) Tristeza y depresión:** Surge ante diferentes situaciones, entre estas recordar la experiencia, atravesar una segunda situación de violencia obstétrica con otra hija o hijo, por la incredulidad de haber pasado por la situación, por sentirse solas ante lo que vivieron o estaban atravesando u otros motivos. Aparece desde el período de postparto y puede llegar a extenderse meses después o incluso hasta un año como en el caso de Sofía. Algunos ejemplos:

“Me dio depresión. Y yo siento que la depresión me dio porque reviví otra vez todo. Porque yo decía, no puede ser. Otra vez se cagó en mí” (Mariana, comunicación personal, 18 de julio de 2018).

Igual todo el tiempo yo le decía lo mismo: “Yo no me siento bien”. “No, eso es normal”. Cuando yo dejé de trabajar, mi hija mayor iba a guardería. Entonces yo pasaba todo el día en la casa sola. Entonces me dio como depresión, yo un rato lloraba, otro me dormía y así pasaba” (Dara, comunicación personal, 22 de agosto de 2018).

**2) *Enojo*:** Se manifiesta al no poder encontrar una explicación de por qué les sucedió esta experiencia, por no recibir información sobre el estado de salud de sus bebés, y, por ende, por la atención que estaban recibiendo en el hospital. También, se presenta enojo consigo mismas por no haber reaccionado o denunciado lo que les ocurrió al salir del hospital, por volver a ver al personal que ejerció la violencia o por el mismo hecho de haber atravesado las situaciones de violencia obstétrica. Algunos testimonios que ejemplifican lo mencionado son:

Frustración, enojo, depresión. Después esa pregunta que no se te desaparece nunca (...) “¿Por qué a mí? ¿Por qué a mí? ¿Por qué otra vez a mí? ¿Por qué a otras les va bien con eso y a mí no? ¿Quién fue?” (Mariana, comunicación personal, 18 de julio de 2018).

Después de eso yo siempre he estado muy molesta por no haber reaccionado. Porque a pesar de que yo lo viví, no pude evitar que más mamás sufrieran lo mismo” (Giselle, comunicación personal, 24 de agosto de 2018).

Me volví insoportable (...) No quería que la gente me hablara o si me decían algo yo ya reaccionaba como de la peor manera, agresivamente (...) Yo estaba muy enojada por todo lo que había pasado (Sofía, comunicación personal, 7 de setiembre de 2018).

A través de ambos relatos es posible apuntar que existe una privatización del daño en el que las mujeres son asumidas como las responsables de la violencia obstétrica de manera culpabilizante. Incluso esta visión cala en ellas y se expresa a través de un enojo hacia sí mismas. Este podría ser uno de los mecanismos que permiten y sostienen la ocurrencia de la violencia obstétrica. Si las mujeres creen que ellas tuvieron la responsabilidad, se continuará invisibilizando la responsabilidad social y estatal frente al tema.

**3) Impotencia:** Es experimentada por las mujeres al sentir que no podían hacer nada para evitar o que dejara de suceder la situación de violencia, y, por haberse visto a sí mismas en una situación de vulnerabilidad:

Era una impotencia que yo sentí porque antes era yo quien llevaba a las personas al hospital. Entonces, yo escuchaba a todo el mundo: “Es que ella es muy fuerte”. Y yo sentía la fortaleza y no por fuerza física, sino fuerza de uno, uno mismo (...) Y cuando a mí me pasó eso, yo sentí que yo era igual que todo el mundo. Y yo sentí que estuve a punto de morirme igual que cualquier persona (Dara, comunicación personal, 22 de agosto de 2018).

**4) Estrés y angustia:** Se manifiestan por el desconocimiento de no saber el estado de salud de sus hijos e hijas en el período de postparto, y también, por la presencia de otros problemas como disputas con sus parejas o tener que enfrentarse al desempleo. Un ejemplo de esto es la siguiente expresión: “Pero nadie nos decía nada. Y eso genera mucha angustia” (Susana, comunicación personal, 29 de agosto de 2018).

**5) Miedo:** Surge al pensar que se podría volver a experimentar una situación de violencia obstétrica en otro momento, por temer por la vida de sus hijos e hijas o por la vida propia. En palabras de Giselle: “tenía un miedo terrible. Pasa por ver a mi pollito con la cabecita. Porque a él la cabecita se le quiso deformar de tanto

estar ahí” (Giselle, comunicación personal, 24 de agosto de 2018). Inclusive Sofía señala que ella sentía un miedo sumamente intenso, afirma que “era un miedo de mí misma (...) Entonces tenía miedo de salir. Tenía miedo de todo” (Sofía, comunicación personal, 7 de setiembre de 2018).

**6) Frustración:** Aparece desde el momento del postparto cuando las mujeres no tienen noticias de cómo se encuentran sus hijos o hijas, pero también cuando no se sienten con todas las capacidades físicas o emocionales para reaccionar ante la situación:

Con ella yo me tenía esa frustración de no poderla tener conmigo. Al punto que uno, ya ni siquiera. “Ya quitemen esta cochinada”. “Quíteme el medicamento”. “No me importa porque yo necesito ir a verla a ella”. Y entonces son sentimientos como de que frustrados” (Katrina, comunicación personal, 23 de agosto de 2018).

**7) Cansancio:** Se presenta cuando las mujeres vuelven a su casa luego de atravesar todo el proceso y aún no poseen noticias de sus bebés. Es experimentado tanto a nivel físico como a nivel psicológico: “entonces yo no me pude enfocar mucho en el momento de llegar a la casa y de sentirme mal. De ponerme a llorar. Porque en sí yo estaba cansada” (Katrina, comunicación personal, 23 de agosto de 2018).

**8) Soledad:** Aflora al no contar con el apoyo inmediato de familiares u otras redes. María reporta que, en su caso, solía escuchar muchos comentarios negativos y no recibía apoyo ante la vivencia novedosa de la maternidad: “a veces escuchas comentarios (...) Uno más bien se denigra. Y uno dice: “Mierda. ¿Con qué me enfrento?” (...)” (María, comunicación personal, 29 de agosto de 2018).

#### **6.5.4. Impacto psicosocial a nivel psicológico**

En un sentido amplio, el nivel psicológico hace referencia a una diversidad de aspectos de la experiencia

humana. Estos van desde los comportamientos, la experiencia inmediata, la personalidad, las cogniciones, lo psicosomático e incluso el sufrimiento psíquico (Arana, Meilán y Pérez, 2006).

En las investigaciones se reporta que las mujeres poseen recuerdos recurrentes del parto, se genera una desconexión con sus bebés, tienen una necesidad fuerte de entender lo que vivieron y hablarlo, fuerte desmotivación, entre otras (Calafell, 2015; Villanueva et al, 2016).

En este caso, las mujeres afirman pasar por diferentes situaciones que se pueden enmarcar dentro de un plano psicológico, estas son: aislamiento, experimentación de alucinaciones, depresión postparto y el aumento de consumo de alimentos. Las cuatro condiciones se dan cuando las mujeres retornan a sus casas y algunas pueden extenderse durante meses.

Es vital enfatizar que todas las emociones recopiladas en el apartado anterior como los “síntomas” de sufrimiento psíquico presentados a continuación, aparentemente “individuales”, son provocados por la experiencia de violencia y, por los mensajes y exigencias que reciben las mujeres. Como afirmaría Burin (s.f.) estas manifestaciones de sufrimiento psíquico son producto del costo subjetivo que deben pagar las mujeres ante la desigualdad y la violencia que experimentan desde el sistema patriarcal.

En suma, las mujeres reportan haber sufrido los siguientes cambios en su comportamiento:

**1) Aislamiento:** Este accionar se ha mencionado con anterioridad, responde a una lejanía que establecen las mujeres tanto con personas allegadas como otras pertenecientes a círculos de amistades o comunidades. En uno de los relatos se menciona:

Yo no quería salir. Yo estaba peleada con todo el mundo. Yo quería estar solo en mi casa. Mirá, duré peleada como un mes y medio (...) Y fue que ya después como que me obligaron (...)

Porque yo todo lo quería oscuro. No quería claridad. Esa gente. No soportaba que la gente llegara a verme (...) Ni a ver la chiquita (Mariana, comunicación personal, 18 de julio de 2018).

**2) Alucinaciones:** Dos de las mujeres entrevistadas reportaron experimentar algún tipo de alucinación durante el período de postparto. En el caso de Susana se narra una alucinación visual debido a complicaciones con su estado de salud, mientras que Sofía da cuenta de una alucinación auditiva que le recuerda diferentes momentos de su estancia en el hospital:

Recuerdo que una noche. Ya no tengo tan claro si la primera, o la segunda, o la tercera. Pero sí recuerdo que todo esto que te voy a contar se dio durante la primera semana y justo saliendo del hospital. En el cuarto donde yo estaba en la casa de mi mamá, yo tengo un clóset blanco al frente. Y yo recuerdo que una noche o una madrugada, cuando Helenita se despertó y yo le estaba dando la leche. Yo volví a ver el clóset y yo decía: “¡Ah!” (Expresión de asombro). “¡Que chiva el clóset se convirtió en oro!” (...) Porque yo lo veía dorado, dorado (...) Y yo volvía a ver el cuarto y todo me daba vueltas (Susana, comunicación personal, 29 de agosto de 2018).

Le decía a mi esposo: “¿Usted no escucha bebés llorando?”. Y me decía: “¡No!”. Y yo decía: “Yo escucho llorando”. A veces me despertaba porque las enfermeras llegaban y le decían a uno: “¡Mamá! ¡Mamá!”. Y le hacían a uno así, le pegaban en la cabe... Así en la cabeza le pegaban a uno. Y yo... Ya usted se despertaba, así como: “¿Qué pasó?”. “Venga, le toca”. No sé, ponerle alguna inyección. O, “Venga para tomarle temperatura”. Cosas así. Verdad. Eh. Entonces, son cosas que uno, verdad, queda... Queda como en shock. Como en shock. Aun así, me dio como siete meses (Sofía, comunicación personal, 7 de setiembre de 2018).

**3) Depresión postparto:** Sofía insiste en que la situación de violencia obstétrica le genera depresión

postparto, sin embargo, no señala que este fue un diagnóstico realizado por una persona profesional en salud. Pareciera que ella nombra todo lo que atravesó bajo este diagnóstico, como se mencionó anteriormente este es un término que proviene desde una psicología con pretensiones diagnósticas y hegemónicas sobre la salud mental, pero que se encuentra inmerso en el lenguaje popular. Señala:

Yo todavía estaba como en shock, verdad. A raíz entré en una depresión postparto después de todo lo que pasé y yo dije: “¡Nunca más! ¡No más hijos!” (Sofía, comunicación personal, 7 de setiembre de 2018).

**4) Aumento de consumo de alimentos:** Esta situación es reportada por Sofía, ella la califica como una medida que surgió para evitar la angustia que le producía recordar que había vivido una situación de violencia:

Porque yo siempre que pensaba en eso, era como una desesperación. Verdad. “Ok, no. Mejor no salgo. Mejor no estudio. Mejor no trabajo más”. Empiezo a comer como loca (Sofía, comunicación personal, 7 de setiembre de 2018).

Yo, no sé, quedé como tan en shock (...) Entonces yo llegaba, mi esposo llegaba de trabajar o apenas ni sabía salido y ya le mandaba un mensaje: “Cómprame tal cosa. Compre esto. Cómprame helados. Cómprame aquí” (...) Porque yo necesitaba algo (Sofía, comunicación personal, 7 de setiembre de 2018).

### ***Búsqueda de apoyo psicológico***

De todas las mujeres entrevistadas, solamente Susana señaló que a raíz del episodio de violencia obstétrica decidió buscar y pagar acompañamiento psicológico para elaborar la experiencia y trabajar la culpa

generada por no haber podido amamantar a su bebé. Ella comenta que debido a las complicaciones de salud tuvo que tomar medicamentos que le generaron fuertes cambios a nivel emocional:

Y yo iba a mis citas con la psicóloga. Ella me iba dando contención en esa parte porque efectivamente cuando yo dejé el medicamento sí hubo un cambio a nivel de emociones. Terrible. Ahí sí empezó el, el, parque de diversiones. (Risas). La montaña rusa de emociones (...) Porque había días que yo lloraba desconsoladamente. Otros días que me sentía terriblemente triste. Otros días me sentía terriblemente enojada. Pero casi nunca feliz (Susana, comunicación personal, 29 de agosto de 2018).

Aunado a estos cambios, señala que “hubo momentos en los que sentí ganas de morirme. Así. Abiertamente yo decía: “No. No quiero más. No puedo más con esto” (...)” (Susana, comunicación personal, 29 de agosto de 2018). Esta frase da cuenta del impacto psicosocial a nivel psicológico y emocional producto de la violencia obstétrica, es innegable que las consecuencias psicosociales que se generan afectan y marcan a las mujeres. En este sentido, la violencia obstétrica puede llegar a poner en riesgo la vida de las mujeres no sólo por complicaciones en el parto, sino también generar pérdida del sentido de la vida. Aunque solamente fue reportado por Susana de manera abierta, es un aspecto para indagar en futuras investigaciones.

Finalmente, aunque las otras mujeres no comentaron las razones por las que no optaron por la búsqueda de un proceso terapéutico, se puede especular que en algunos casos el factor económico influyó. Además, muchas de ellas señalan que es hasta tiempo después que caen en cuenta que atravesaron una situación violenta y la sensación de no saber qué hacer, las acompañó desde los primeros momentos en que se daba la violencia obstétrica. Aunado a esto, algunas señalan que preferían no hablar de lo que les había acontecido para poder olvidarlo más rápido. Habría que indagar si también influyó el peso de las ideas sociales en torno a la maternidad, ya que el acompañamiento psicológico podría ser interpretado por diferentes personas allegadas o

inclusive por ellas mismas como un evidenciarse como “malas madres” y aceptar que no se puede cumplir con los mandatos impuestos por el rol. Por ejemplo, aquel que señala que las mujeres deben aguantar todo el dolor vivenciado en el parto por sus hijas e hijos o la felicidad que viene acompañada con el nacimiento de una nueva persona. Asimismo, a nivel social en Costa Rica no existe una cultura de velar por la salud mental, ni tampoco existen facilidades de acceso a servicios psicológicos a nivel público, lo cual dificulta aún más que las mujeres reciban acompañamiento profesional.

### ***Recordar y narrar la experiencia***

Un último tema ligado al impacto psicosocial a nivel psicológico tiene que ver con los procesos cognitivos de recordar y narrar la experiencia de violencia obstétrica. Ambos momentos enfrentan a las mujeres a repasar los eventos que vivieron. En el primer caso, las entrevistadas afirmaron que los acontecimientos que experimentaron no pueden olvidarse fácilmente, y que una vez que retornaron a sus casas volvían a recordar o a tener imágenes de lo vivido en momentos cotidianos. Por ejemplo, en uno de los relatos se menciona:

Cosas que ya uno nunca olvida. Yo eso me tiene marcada a mí para siempre (...) Casi siempre lo recuerdo porque incluso yo a veces voy caminando y yo le digo: "¡Uy mami, siento que me están cosiendo!" (Giselle, comunicación personal, 24 de agosto de 2018).

Estos recuerdos evocan los sentimientos que tuvieron en ese momento y les genera temor volver a atravesar por una situación de este tipo o que le suceda a alguna familiar, vecina u otra persona conocida:

A veces lo hablo con mi esposo y me pongo a mariquear. (Risas). Me pongo a llorar. O, o como usted dice en el diario que uno está ahí haciendo oficio o quehaceres. O cuando alguien me pregunta si quiero tener más hijos. Verdad. Yo digo: “Ujum. No, suave un toque. No” (Sofía, comunicación personal, 7 de setiembre de 2018).

En el segundo caso, las mujeres mencionan que muchas veces prefieren no hablar de lo que sucedió para intentar olvidar los hechos y porque son experiencias cargadas de mucho dolor:

Algunas cosas prefería más bien no contarlas como para olvidarlas. Entonces prefería más bien como no decirles (...) Como para olvidarla, ya que pase y darle vuelta a la hoja (Mariana, comunicación personal, 18 de julio de 2018).

Fue muy duro. Hablarlo era algo difícil (...) Como le digo, el 24 de diciembre yo me senté en la sala. Estábamos hablando y mis tíos me dijeron: "Sofi, ¿cómo le fue?". Y yo lo que hice. Lo que hacía era llorar, y llorar, y llorar. (Risa). Y mis tíos decían: "No, tranquila. Mejor no nos cuente. Mejor no nos cuente". Verdad. Porque sí. Obviamente para uno era difícil volver a recordar todo eso (Sofía, comunicación personal, 7 de setiembre de 2018)

También, señalan que a la hora de hablar con otras mujeres que van a recibir atención en hospitales públicos ellas prefieren solamente contarles “las cosas bonitas” que vivieron y no las experiencias de violencia obstétrica con la finalidad de no asustarlas o predisponerlas. Solamente Giselle afirmó que ella cada vez que puede se desahoga con otras personas y les cuenta lo que vivió.

### **6.5.5. Impacto psicosocial a nivel físico**

Involucra aquellas afectaciones directas al cuerpo e involucra tanto aspectos anatómicos como simbólicos y sociales en torno al mismo. Además, tal como señala Salazar (2001), pensar o hablar del cuerpo implica considerar bienestares, malestares, salud, enfermedades, muerte, placer, entre otros procesos que acontecen en él.

En las investigaciones se ha reportado dolor físico producto de la episiotomía, heridas de la cesárea, mala cicatrización, inflamaciones, infecciones, desgarros desde la vagina hasta el ano, incontinencia urinaria o fecal, lesiones internas o externas, heridas, hematomas, cambios en la apariencia corporal, dificultades en la lactancia materna, hemorragias y desgarros (Fernández, 2015; Marques, 2015; Restrepo et al, 2016; Opazo et al, 2017; García, 2018; Lira, 2018).

A partir de las entrevistas realizadas, el impacto psicosocial de la violencia obstétrica a nivel físico se caracteriza por las marcas que quedan en el cuerpo luego de la experiencia, los cambios en la visión que las mujeres poseen de su cuerpo y otros efectos a nivel de salud que generan malestar.

Estos últimos son experimentados tanto de manera temprana al culminar el proceso de parto, durante el período de postparto estando en el hospital o incluso se generaron algunos efectos cuya duración puede ser más larga o indefinida.

#### ***Marcas y cicatrices en la piel***

Las cicatrices de la cesárea ocuparon un protagonismo dentro de los relatos de varias de las entrevistadas, ya que en muchas ocasiones fueron producto de una mala praxis a la hora de realizar el procedimiento: “la herida es horrible. Me quedó espantoso. Me colgaba un pellejo donde ellos me tuvieron que estripar” (Sofía, comunicación personal, 7 de setiembre de 2018).

Solamente en uno de los casos se había previsto que este procedimiento (la cesárea) debía realizarse, pero por negación del médico obstetra a cargo se pospuso hasta generar complicaciones de salud tanto para la mujer, como el feto. La entrevistada cuenta que:

A los ocho días de yo estar aquí, la cesárea se me abrió por infección. Porque él me había dejado un pedazo de hilo por dentro de la cesárea que no... O sea, no tenía que estar ahí. Y él no me había querido decir que yo tenía eso. Quedé con la inmunoglobulina en siete. Me hicieron transfusión de sangre. Y a lo último... Ya cuando la cesárea me la volvieron a, a cocer. Llegó una enfermera que no me acuerdo ni el nombre. Me hundía los dedos así. (*Hace la mímica con las manos*). Me, me estaba sacando... Ella decía que era sacándome lo podrido. Por decir de la herida. Pero ya lo que me salía era sangre (Giselle, comunicación personal, 24 de agosto de 2018).

En los otros casos, la realización de la cesárea debió ejecutarse debido a complicaciones que se generaron por no brindar a las mujeres una atención oportuna, y en varios momentos por no escuchar sus opiniones sobre lo que acontecía en su cuerpo. Para las mujeres que experimentaron esta situación, se vuelve sumamente difícil ver los efectos que esta desprevisión tuvo en sus cuerpos:

Cuando yo me quité la gasa para verme la herida. ¡Ay!, yo nada más dije: “No puede ser”. Generalmente, todas las hicieron horizontales. Todas las cesáreas (...) yo, era la única del parto que era así vertical. Y terriblemente dolorosa, porque para sentarte. Era como el zipper del

pantalón. Entonces se te hace igual para sentarte. Acostarte. Lo que fuera. Es super incómoda. Yo: ¿pero por qué a mí me hicieron esto? Me preguntaba yo en mis adentros con una frustración. Harta de diablo, verdad. Porque yo decía ¿cómo es posible que hasta que me hicieron batallar tanto? Porque casi se me muere la criatura. Y me hagan esta injusticia” (Mariana, comunicación personal, 18 de julio de 2018).

Pero tres días después a mí se me abrió la cesárea. Entonces cuando ya, mi papá, mi mamá me revisaban, mi esposo, y me limpiaban nos dimos cuenta que tenía ampollas con pus en la cesárea (Sofía, comunicación personal, 7 de setiembre de 2018).

Las mujeres califican esta intervención y sus consecuencias como un trauma cargado de mucho dolor físico y emocional:

Como al tercer-cuarto día, la herida se me abrió por completo; me botaba pus, sangre y ya con fiebres (...) Y ya me abrieron y me dijeron que sí y la expresión de él es: “Diay –dice, seguro usted no se cuidó esta herida”, verdad. Entonces uno lo que hace es tragar grueso, porque si uno se empieza a agarrar, se tendría que agarrar con todo el personal. Entonces mi mamá sí le dijo. Dice: “Ella dormía en el suelo; o sea, a Sofía le tocó dormir en el suelo muchas veces, en los baños...”. Bañarnos ahí, verdad (...) Porque no quedaba de otra y yo a veces iba a los servicios, a los baños y estaban repletos de sangre; el agua le llegaba a uno a los tobillos, con sangre, entonces imagínese qué limpieza podía tener uno” (Sofía, comunicación personal, 7 de

setiembre de 2018).

Las heridas tardaron mucho tiempo en recuperarse, ya que las cosieron mal, se dieron infecciones por las malas condiciones de los hospitales, por las marcas que son visibles posteriores a la cicatrización, entre otras. Estas cicatrices modifican los cuerpos de las mujeres y generan un fuerte impacto en la imagen que poseen de sí mismas.

### ***Imagen corporal***

Mariana y Giselle declaran que las cicatrices en sus cuerpos ocasionadas por la mala praxis a la hora de realizar las cesáreas les han generado cambios en su autoestima o la imagen que poseen de sí mismas. Esto ha repercutido en la propia visión que poseen sobre sí como a la hora de mostrar su cuerpo frente a otras personas, ya sea sus parejas o en espacios públicos como la playa:

Yo siento que, talvez el autoestima sí. Porque ya más bien me veía con lástima. Ya después yo sentía lástima” (Mariana, comunicación personal, 18 de julio de 2018).

A veces cuando quiero ponerme un vestido de baño si es muy bajo se me nota. Y también porque siento como que no, como que es una. ¿Cómo le explico? Como que la gente lo ve como, como fea la cicatriz cuando se expone (Giselle, comunicación personal, 24 de agosto de 2018).

También, Sofía menciona cómo cambió su amor propio tras la experiencia de violencia obstétrica.

Señala haber subido una gran cantidad de peso luego de la vivencia, lo cual le generaba vergüenza y le dificultaba mostrarse frente a otras personas. Este cambio a nivel corporal se encontraba sumamente relacionado con su estado de ánimo, y a su vez, provocaba un mayor aumento de su aislamiento:

Cambió mucho el quererme yo misma. Más bien hasta ahorita (...) Estoy como en un proceso de adaptación. Le cuento, yo pesaba 105 kilos cuando salí de mi parto. Ya hace como, en marzo yo empecé un cambio en mí. Y ya como que me fui adaptando a lo que pasé. Yo dije: “Ok, ya”. Entré con ejercicios. Entré con nutricionista. He bajado veinte kilos. Entonces ya aún me siento un poco ya mejor conmigo misma. Verdad. Pero cuando yo empecé mi embarazo pesaba 85. Y después, o sea, no fue ni que subí en el parto. Subí después del parto (...) O sea, después de la cesárea” (Sofía, comunicación personal, 7 de setiembre de 2018).

### ***Complicaciones de salud***

Mariana, Dara, Katrina, Susana y María exponen otras reacciones corporales o enfermedades experimentadas a raíz de la situación de violencia obstétrica. Estos efectos son sumamente variados y van desde: no contener la orina, dolor en el vientre, cambios en la presión, cansancio, deshidratación, hemorragias, un accidente cerebrovascular, dolor de cabeza, vértigo y un desgarró vaginal. La mayoría de estos efectos inician desde los momentos posteriores al parto, pero algunos de ellos se extienden a semanas o meses después de este momento. Algunos ejemplos son:

En el momento en que a mí me atendieron la cita de postparto, yo sí quise venirme de vuelta a

que me atendieran aquí o tratar de que me atendieran porque a mí me empezaba mucho dolor en el vientre (...) Pasaron todavía siete, ocho meses y a mí me agarraba el mismo dolor” (Dara, comunicación personal, 22 de agosto de 2018).

Mi presión quedó loca (...) Yo tenía picos de presión. Se me subía. Se me bajaba (...) Era como un parque de diversiones (Susana, comunicación personal, 29 de agosto de 2018).

De hecho, a mí no me hicieron piquete. Entonces yo lo que hice fue que me desgarré por dentro. Entonces me cosieron toda la parte interna. Digamos, como que se le hace una herida (María, comunicación personal, 29 de agosto de 2018).

Se puede apreciar que frente a estas complicaciones las mujeres sienten una gran cantidad de malestar, riesgos de sufrir desmayos o convulsiones en espacios públicos, debilitamiento, descanso obligatorio y deben consumir medicamentos que les ayudan a sobrellevar estas condiciones. Esto genera cambios en sus dinámicas de vida y alerta a sus familiares y personas cercanas.

#### **6.5.6. Impacto psicosocial a nivel de salud sexual y reproductiva**

En la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (ONU, 1995) se acuña el término salud sexual y reproductiva indicando que “toda persona tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental” (ONU, 1995, p. 11). Por esto, los estados deben garantizar el acceso universal a servicios de

atención médica y ofrecer información y educación en estas temáticas. Involucra otros aspectos como acceso a métodos anticonceptivos y de planificación, educación y servicios de atención prenatal, partos sin riesgo y postparto, cuidados de salud las y los recién nacidos, información y tratamiento para infecciones de transmisión sexual, prevención y tratamiento de la infertilidad, educación sexual, garantizar la participación de mujeres en la toma de decisiones, servicios y atención en materia de violencia contra las mujeres, acceso a servicios de aborto seguro, entre otras (Mazarrasa y Gil, 2007).

Han sido reportadas la violación del derecho a la salud y los derechos reproductivos, negación de inyección anticonceptiva, temor a otro embarazo, dolor en las relaciones sexuales, conflictos en la vida sexual por alteraciones en los genitales y rechazo de la vida sexual (Calafell, 2015; Fernández, 2015; Restrepo et al, 2016; Castillo, 2017; Opazo et al, 2017; Lira, 2018).

En el caso de esta pesquisa, se lograron rescatar solamente dos dimensiones ligadas a la salud sexual y reproductiva. Estas son la sexualidad y el acceso y uso de métodos anticonceptivos. En cuanto a otros aspectos como el acceso a educación prenatal, no todas las mujeres reportaron contar con un fuerte acompañamiento por parte de los EBAIS e incluso dos de ellas optaron por recibir atención en consulta médica privada. Posteriormente, cuando salieron del hospital muchas enfatizan sentirse totalmente excluidas de la atención, aunque tuvieran que quedarse más tiempo con sus hijas e hijos por alguna complicación de salud. Esto muestra que realmente, no existe un acceso pleno al disfrute de la salud sexual y reproductiva.

### ***Sexualidad***

Retomar la sexualidad luego de atravesar un proceso de embarazo, parto, postparto e incluso asumir la novedad de la maternidad implica un proceso de acomodamiento para las mujeres. A esto se suma haber experimentado diferentes manifestaciones de violencia que les han dejado marcas e impactos en los distintos

niveles explorados en esta tesis. Alrededor de este tema las entrevistadas poseen diferentes experiencias. Dos de ellas afirman que se dio una mejora de las relaciones sexuales con su pareja:

De hecho, hasta ahora mejor, porque ya sabemos que no quedamos embarazados (Katrina, comunicación personal, 23 de agosto de 2018).

Ya después de que yo estuve bien sí retomamos nuestra vida sexual con completa normalidad. Con completa naturalidad. Yo no siento que después del parto hayan habido secuelas, digamos, en ese sentido (Susana, comunicación personal, 29 de agosto de 2018).

Otras mujeres sí reportan dificultades para volver a experimentar comodidad a la hora de tener relaciones sexuales, ante esto cesan su actividad durante algunos meses o experimentan una fuerte disminución de su deseo sexual:

Después del nacimiento de mi hijo prácticamente mis relaciones sexuales (...) Es un temor de tener relaciones sexuales y de quedar embarazada y de volver otra vez al hospital (...) De volver otra vez a revivir otra vez todo este tipo de situaciones. Entonces prácticamente, digamos, yo tengo relaciones como cada muerte de obispo. Y solo (...) que me nace, quiero, así (María, comunicación personal, 29 de agosto de 2018).

Entonces, cambié la relación con mi esposo (...) Yo no quería que me tocara. Yo no quería tener nada con él (Sofía, comunicación personal, 7 de setiembre de 2018).

Después de lo que me pasó en la cesárea fue peor. Verdad. La panza me colgaba horrible. Entonces, para mí no había cosa peor que quitarme la ropa enfrente de él o que él me tocara. Entonces como seis, siete meses estuvimos muy mal (Sofía, comunicación personal, 7 de setiembre de 2018).

Estas dificultades llegan a afectar a las mujeres a nivel físico y generan muchas dudas sobre su estado de salud:

Después de que mi hijo nació, yo empecé a sangrar en cada relación sexual. Uno dice: “Bueno, ok. El sangrado puede ser por falta de lubricación”. Puede ser, no sé, por un montón de condiciones “x”. ¿Verdad? (...) En los papanicolaos que yo había hecho salían bien. Habían nada más, después me empezó a salir que yo tenía como quistes (María, comunicación personal, 29 de agosto de 2018).

Desde la psicología se puede afirmar que es indisociable la relación que existe entre el cuerpo y las emociones. Así, las experiencias dolorosas, memorias e inclusive afecciones o enfermedades entran dentro del rango de lo psicosomático. Esta idea busca rebatir la división que suele hacerse entre la mente y el cuerpo, y parte de una perspectiva integradora alrededor de las experiencias humanas (Sawaia y Busarello, 2018).

## *Uso de métodos anticonceptivos*

En cuanto a la salud reproductiva las mujeres comentan la utilización de diferentes métodos anticonceptivos. Este empleo está motivado por el miedo ocasionado de volver a quedar embarazadas y tener que atravesar otra situación de violencia obstétrica, así como el riesgo de muerte al tener que enfrentar otro proceso de embarazo (Susana y Katrina). Muchas de ellas no utilizaban ninguno de estos instrumentos o medicamentos anteriormente, algunas de ellas estaban planeando en conjunto con sus parejas el embarazo. Se presentarán algunas consideraciones generales al respecto de cada método anticonceptivo reportado:

**1) *Inyección anticonceptiva:*** Es utilizada por Dara, quien afirma que acude a la farmacia un año después del nacimiento de su hija para que se la pongan. La principal ventaja que posee para ella es que no debe utilizarse mensualmente, lo cual representa un ahorro económico.

**2) *Pastillas anticonceptivas:*** Estas son recomendadas por los médicos como medida paliativa para tratar quistes (María) o detener la menstruación ante el riesgo de hemorragia (Susana). Sin embargo, ninguna de las entrevistadas las utiliza con la finalidad de prevenir un embarazo. Podría decirse que, en estos casos, este es un efecto rebote de su consumo.

**3) *Métodos naturales:*** Más adelante en el testimonio de Susana, ella narra que en la actualidad no quiere volver a tomar pastillas anticonceptivas debido a todo el desajuste hormonal y emocional que le produjeron. Por esto, decidió acudir a métodos naturales para planificar: “podemos usar preservativo (...) No nos gusta para nada. Es una decisión que nosotros como pareja tomamos (...) Entonces planificamos con métodos naturales” (Susana, comunicación personal, 29 de agosto de 2018).

**4) *Condón o preservativo:*** Esta es una de las medidas más usuales y remite al uso de condón masculino:

Y también como por más miedo de quedar embarazada, más que nosotros nunca planificamos. Entonces, yo iba al EBAIS como loca. Pedía condones como loca. Y yo le decía: “Póngase condón”. Entonces él me decía: “Sofí, tranquila. Está bien. Pero no se estrese tanto, porque si no menos que vamos a poder” (Sofía, comunicación personal, 7 de setiembre de 2018).

**5) Vasectomía:** Este caso también remite a la experiencia de Susana, quien posee altos riesgos de muerte si vuelve a quedar embarazada. Debido a que en la actualidad ella y su esposo recurren a métodos naturales existe una alta exposición a la posibilidad de un embarazo. Ante esto, su esposo decidió realizarse la vasectomía para no tener más hijos e hijas:

Mi esposo se va a hacer la vasectomía, que es lo que ya tenemos planeado (...) Fue una decisión que a mí no me gustó mucho que él tomara (...) Porque a pesar de que somos una pareja muy unida. Somos sumamente estables. Al menos así lo siento yo (...) Aunque él también. Eh. Yo siempre tengo por ahí abierta la posibilidad de que el matrimonio. Para mí, el matrimonio no es para siempre. O sea, yo siento que la pareja llega hasta donde tiene que llegar (Susana, comunicación personal, 29 de agosto de 2018).

**6) Salpin:** Este método involucra una operación de ligadura de trompas para no tener más hijos e hijas. Algunas mujeres dudan cuando en el mismo hospital les consultan si quieren que les realicen este procedimiento y prefieren posponerlo. Katrina opta por esta opción y comenta las razones que motivaron su decisión:

El doctor el lunes en la mañana llega y me dice: “Mamá, ¿usted anda el salpin ahí?”. Yo: “Sí, claro”. “Ah no- me hace- porque yo ya le iba a decir que sí”. Él ya me iba a decir que si, que si ponían la... Una, ¿cómo es? Un, una nota de que me hicieran eso por un, por cuestiones médicas

mejor no tener más hijos. Porque se me sube mucho la presión. Soy diabética. Por la, suena feo, pero también por la edad (Katrina, comunicación personal, 23 de agosto de 2018).

### **6.5.7. Impacto psicosocial a nivel laboral**

En términos generales, se puede señalar que el trabajo es una actividad humana indispensable para mantener la vida y que implica la habilidad de producir cosas o productos acabados (Arendt, 2009). Para Marx (2000) el trabajo es una condición de vida de las personas e implica todas aquellas actividades que permiten mediar la relación existente entre seres humanos y naturaleza. Es un proceso social que genera conocimiento sobre las potencialidades propias y las necesidades.

Partiendo de esta idea base y considerando que la incorporación de las mujeres al mercado laboral continúa aumentando y generando nuevos retos como la necesidad de generar una corresponsabilidad a la hora de atender actividades como el cuidado y las labores domésticas (García, 2013) se consideró importante explorar los cambios acontecidos en este nivel al atravesar una situación de violencia obstétrica. No es posible invisibilizar que esta inserción laboral de las mujeres está acompañada de otros fenómenos como la vivencia de mayor precarización laboral, la realización de trabajos informales, dobles jornadas al dedicar gran parte de su tiempo al trabajo doméstico, pero también implican una posibilidad para contar con acceso a recursos propios.

Tres de las mujeres entrevistadas afirman que no contaban con un trabajo formal a la hora del acontecimiento de violencia obstétrica, sino solamente dedicarse a estudiar o al trabajo doméstico. Mientras que las otras cuatro señalan que sí contaban con un trabajo formal durante el proceso de embarazo, parto y postparto.

En las experiencias de las entrevistadas que reportaron volver al trabajo luego de la licencia de maternidad no se puede encontrar una uniformidad en sus experiencias, y, por ende, no se puede apuntar que existe un impacto psicosocial significativo a nivel laboral. Ahora bien, se considera que, en este caso, el impacto posee una fuerte relación con el contexto inmediato de las mujeres y sus condiciones sociales, pero también con la forma en que cada una de ellas atraviesa y procesa la situación de violencia obstétrica. Es de suma importancia considerar que el impacto psicosocial a nivel laboral posee una fuerte relación con el impacto psicosocial experimentado a un nivel más individual.

En el relato de Mariana, se puede encontrar que el retorno al trabajo representa una forma de lidiar con el gran impacto emocional que experimentó al ver los efectos corporales de la cicatriz de la cesárea, la posible muerte de su hijo y otros cambios experimentados a nivel físico (sobrepeso, estrías, dolor al amamantar, entre otras). Aun así, aunque afirma que en su segundo embarazo “me costó un poquitillo más volver” (Mariana, comunicación personal, 18 de agosto de 2018), no hay un impacto psicosocial de la violencia obstétrica directamente en el nivel laboral.

Mientras que, en el relato de Susana, existen varias alusiones al fuerte impedimento que experimentó para retornar a la empresa donde laboraba:

Yo entraba en marzo. El 26 de marzo tenía que volver a trabajar. Yo siempre he tenido una buena comunicación con mi jefe y yo le conté: "Creo que no voy a volver. No me siento bien". Entonces me dijo: "Sofía, pero ¿qué es?, ¿que está muy apegada con la bebé?". Y yo: "Sí". Pero también no quiero volver. No sé. Algo en mí cambió por completo (Sofía, comunicación personal, 7 de setiembre de 2018).

En toda su narración pueden encontrarse diferentes pistas para dar cuenta del impacto psicosocial de la violencia obstétrica y en esta cita puede señalarse como ella dice: “*Algo en mí cambió por completo*” (Sofía, comunicación personal, 7 de setiembre de 2018). Agrega:

Ya la vida no la veía de la misma manera. Entonces, mi esposo me dijo: “Si usted no quiere trabajar más, no importa” (...) “No trabaje más. Pero tampoco quiero que usted entre en una depresión o que esté en la casa. Que le vaya a pasar algo a usted. Que le vaya a pasar algo a la bebé”. Entonces de verdad, el 26 de diciembre fui y puse la renuncia. Y no volví más (Sofía, comunicación personal, 7 de setiembre de 2018).

Sofía señala que no veía la vida de la misma manera y esto provocó que se aislara de diferentes espacios incluyendo el comunitario, el laboral, entre otros. Para ella es muy claro afirmar que este abandono de espacios es producto del acontecimiento de violencia obstétrica. Afirma que llevaba ocho años trabajando para esa empresa y que realmente ella amaba su trabajo, por lo que para su jefe y la encargada de recursos humanos fue una enorme sorpresa conocer su decisión de renunciar. Producto de esta opción, Sofía pierde todas las garantías económicas que había acumulado durante este lapso, lo que también provoca un impacto a nivel económico y simbólico, al sentir que había perdido ocho años de su vida.

#### **6.5.8. Impacto psicosocial a nivel educativo**

La educación es un proceso humano y cultural complejo que se encuentra motivada por la necesidad de aprender (León, 2012). Posee un carácter relacional y social, tanto porque implica una interacción con otras

y otros, como porque es regulada bajo preceptos sociales, busca transmitir conocimientos compartidos por una colectividad y genera la inserción de las personas al espacio social.

Sus fines pueden ser políticos, ideológicos, religiosos, científicos, tecnológicos, industriales, comerciales, económicos u otros (León, 2012). Y, puede darse dentro del sistema educativo formal regulado por el Estado o entes privados, como en espacios no formales precedidos por contextos familiares, comunitarios, grupales o individuales. Además, involucra la generación y estudio de conocimientos teóricos, conceptuales técnicos, prácticos y productivos (León, 2012).

Al igual que en el caso del impacto psicosocial a nivel laboral, no se encuentra un fuerte impacto psicosocial a nivel laboral. Según lo que reportan las entrevistadas, existen diversos cambios relacionados con la vivencia de la maternidad y el período de postparto que inciden en sus vidas, pero la violencia obstétrica por sí misma no suele generar un impacto psicosocial en el caso de estas mujeres.

Solamente Sofía reporta que para ella fue imposible volver a la Universidad y a su curso de repostería al menos por dos cuatrimestres, debido al fuerte impacto psicosocial que experimentó a nivel emocional y el aislamiento al cual se confinó. Señala: “No pude matricular la Universidad porque para mí fue demasiado duro volver a salir a la calle y que la gente me viera como había quedado” (Sofía, comunicación personal, 7 de setiembre de 2018).

Tuvo que pasar, al menos estos ocho meses, para que ella decidiera retomar sus estudios de nuevo y volver a compartir con otras personas en su espacio de estudio. Menciona que regresar a ambos lugares “me ha ayudado mucho. Mucho, mucho, mucho. Estoy más ocupada. Entonces casi que no tengo tiempo para estar pensando en lo que pasé” (Sofía, comunicación personal, 7 de setiembre de 2018). Esta última frase da pistas de cómo las relaciones sociales pueden fungir como apoyo o redes para que las mujeres que atraviesen una vivencia de violencia obstétrica retomen sus proyectos y se reintegren a su vida cotidiana.

### **6.5.9. Impacto psicosocial a nivel de pareja**

La pareja es el “grupo social más pequeño que se puede encontrar dentro de la gran complejidad de las relaciones interpersonales” (Alfaro, 2014). Involucra diferentes áreas como la afectividad (expresiones de afecto, cuidado, apoyo, entre otras), la comunicación (expresión de sentimientos, deseos y opiniones), la satisfacción y las relaciones sexuales, el manejo del tiempo libre y actividades de ocio, las cuestiones ideológicas y puede envolver otros factores ligados a la convivencia como aspectos económicos, la organización doméstica, las relaciones familiares y de amistades, la educación y crianza de hijas e hijos, entre otras.

Opazo et al (2017) encontraron en su investigación que los acompañantes desenvuelven un papel de apoyo permanente, contención afectiva y búsqueda de apoyo permanente. También, experimentan sentimientos de preocupación, culpa y temor, buscan acompañar, poseen una fuerte conexión con sus hijos e hijas, acompañan a las mujeres a sus citas de control y apoyan sus decisiones en torno a su autocuidado (Opazo et al, 2017).

En el caso de las relaciones de pareja se puede hablar del impacto psicosocial en dos vías. Por un lado, existe un fortalecimiento de la relación entre las mujeres y sus esposos o compañeros, pero también, existen conflictos y situaciones que deben sortear.

#### ***Fortalecimiento del vínculo de la pareja***

Los apoyos que reciben las mujeres por parte de sus parejas van desde un reparto de las tareas del hogar, cuidado de las hijas y los hijos, hasta un fuerte apoyo emocional, comprensión y sensibilización ante lo experimentado por la mujer en el parto y la violencia a la que fue sometida:

En el recuento de las cosas, esa fue una parte buena. Porque ellos ven la maltratada de todo y ya cuando vos les contás. Y todo. Entonces sí, hay como más apoyo (Mariana, comunicación personal, 18 de julio de 2018).

Y de hecho yo salí, y cuando salí del hospital: “Venga, tranquila”. Él con ella me curaba la herida. Él por dicha siempre ha sido cincuenta y cincuenta. Digamos, él ahorita anda trabajando y ahora a las nueve de la noche que él viene. Prácticamente yo hago así (se lava las manos). (Katrina, comunicación personal, 23 de agosto de 2018).

### ***Conflictos de pareja***

Ninguna de las relaciones de las mujeres termina a raíz de la situación de violencia obstétrica, pero en el caso de Sofía ella señala que, debido a sus cambios de humor, la necesidad de aislarse de todas las personas e incluso expresarle a su pareja que no la tocara, fueron situaciones que su pareja debió enfrentar y comprender para poder acompañar a Sofía en su recuperación:

Pero, con la parte de mi esposo yo decía: “Si él ya no me soporta, y se va a ir. Listo. Y con toda la razón del mundo”. Verdad. Y no, más bien él siempre me apoyó. Él decía: “Yo no la voy a dejar botada. Tranquila. Recupérese. Eh. Recuperémonos”. Verdad. Porque como le digo, para él también a veces hablamos y a él se le bajaban las lágrimas de todo lo que pasamos. Entonces

él me dice: “Recuperémonos primero”. Y ya después ahí ya, ya empezamos como a recuperar nuestra vida de esposos (Sofía, comunicación personal, 7 de setiembre de 2018).

Con mi esposo también era un pleito casi que diario. Porque yo, o sea, él me decía algo y a mí me molestaba (Sofía, comunicación personal, 7 de setiembre de 2018).

En el caso de Giselle los conflictos con su pareja surgen en el plano relacional y a la hora de tener relaciones sexuales, afirma: Yo tenía miedo que él no me quisiera por la cesárea (...) Por la marca. Yo le decía a él: "¡Uy, usted no me va a querer por la, por la cicatriz!". En ese aspecto sí me afectó mucho (Giselle, comunicación personal, 24 de agosto de 2018).

Para ella resultaba sumamente incómodo estar desnuda frente a su pareja y que él le viera la cicatriz producto de la mala praxis realizada en el hospital. Aunque su pareja señalaba que él no tenía ninguna incomodidad con esta, para Giselle sí era algo de suma importante que inclusive no le permitía estar a gusto con su cuerpo y consigo misma.

### ***Reacciones de las parejas ante el evento de violencia obstétrica***

Ahora bien, aunque en esta investigación solamente se entrevistó a las mujeres, a través de ellas se logró recopilar cuáles fueron las reacciones que tuvieron sus parejas mientras acontecían las situaciones de violencia obstétrica. Estas pueden ser enumeradas a continuación:

**1) *Enojo*:** Esta reacción emocional surge ante la impotencia de no conocer nada sobre su hija. Katrina

dice:

Llegó ya mi esposo y ya todo el día llorando por la bebé. Ya a las nueve de la noche me quitaron el aparato y en eso iba llegando mi esposo. Y entonces le hago yo: “La bebé yo no sé dónde está”. Y me hace: “¿Usted la vio? No, pero ya veinticuatro horas de nacida y no la ha visto”. Entonces ya llegó mi esposo y hace un aspaviento que usted se puede imaginar (Katrina, comunicación personal, 23 de agosto de 2018).

En cierta forma da cuenta de la propia sensación de desesperación que experimenta el esposo de Katrina al ver lo que está ocurriendo. Su reacción provoca que el personal deba dar una respuesta pronta.

**2) *Angustia:*** Es experimentada por los esposos al no poder ver a sus hijas o hijos o al ver que la vida de su pareja corre peligro:

Yo lo vi a él con lágrimas en los ojos. Lo vi afectado. Y yo le decía: “Ricardo, ¿qué pasó? ¿Estás bien?”. Y me decía: “Sí mi amor, yo estoy bien. Yo estoy bien. ¿Usted se siente bien?”. Pero yo lo veía a él muy afectado. Yo decía: “Aquí algo no está bien, porque él está así” (Susana, comunicación personal, 29 de agosto de 2018).

O sea, hasta él mismo. Él me decía: “Sofía, la doctora no me explicaba nada. No me contaba nada. No me dejaban entrar a ver la bebé”. A mi esposo sólo lo dejaban entrar cinco minutos al día a ver la bebé (...) Entonces él me decía. Para él era durísimo (...) Que naciera su primer hija (...) Y no poder verla (Sofía, comunicación personal, 7 de setiembre).

También es una muestra de la inconformidad frente al desconocimiento de los acontecimientos y el no saber cómo pueden interceder para cambiar la situación.

**3) *Búsqueda de apoyo externo:*** Aunque esta reacción surge de manera fortuita genera que se dé una mejora en la atención que estaban recibiendo Katrina y su hija. Ella narra:

Y por dicha, diay, suena feo, pero ya mi esposo le contó a los compañeros del trabajo. (Llora). Compañeros del trabajo y el jefe lo escuchó. Y el jefe dijo: “¿Cómo, cómo, cómo eso pasó?”. Suave un momento y ya, consiguió un amigo de él, este, trabajaba en neonatos. Entonces ahí fue el cambio de trato (Katrina, comunicación personal, 23 de agosto de 2018).

El que no existiera esta reacción en ninguno de los otros casos puede sugerir la falta de conocimiento en torno a la violencia obstétrica y la necesidad de crear espacios de denuncia que estén al alcance de la población desde el momento en que estas situaciones se comiencen a presentar. Eso sí, en el caso de Katrina y su familia más allá de la denuncia, existió la utilización de influencias para mejorar la atención que estaba recibiendo.

**4) *No tener más hijas o hijos:*** Esta reacción se da en el esposo de Sofía, él le dijo: “(...) “Yo no volvería a tener otro bebé y que usted vuelva a pasar todo lo que pasó”. Lo que pasamos. Todo lo que pasó” (Sofía, comunicación personal, 7 de setiembre de 2018). Cabe recordar que ella experimenta la situación de violencia obstétrica de manera muy traumática y puede verse cómo se encuentra realmente asustado de que puedan volver a atravesar toda la situación de nuevo. En sus palabras se aprecia que él vivió el proceso de primera mano y junto a Sofía, cuando dice “Lo que pasamos” (Sofía, comunicación personal, 7 de setiembre de 2018) denota que la situación de violencia no sólo fue algo que experimentó Sofía, sino que también él la sufrió e incluso tuvo un impacto en su vida.

Queda pendiente en otra investigación la propia perspectiva de las parejas o inclusive de otras personas de la familia para conocer cómo les impactó la vivencia de violencia obstétrica.

### **6.5.10. Impacto psicosocial a nivel familiar**

Las familias pueden definirse como “un grupo social básico creado por vínculos de parentesco, presente en todas las sociedades. Idealmente, la familia proporciona a todos sus miembros: Cuidados y protección, compañía, seguridad y socialización” (Oliva y Villa, 2014, p. 14). En términos más amplios puede comprenderse como grupos sociales constituidos por individuos que conviven entre sí y en los cuales se transmiten valores y tradiciones de una generación a otra (Oliva y Villa, 2014).

Es importante puntuar que existen muchas formas de familias, que implican diversas formas de crecer, convivir y relacionarse; y debe existir precaución para evitar crear una visión idílica sobre cómo debería ser el funcionamiento o composición de este grupo social.

Las investigaciones han apuntado que pueden llegar a surgir conflictos familiares, aislamiento de las mujeres y enfado, apoyo, conflictos emocionales con otros hijos e hijas y ruptura de simbiosis madre-bebé (Calafell, 2015; Restrepo et al, 2016; Opazo et al, 2017).

Alrededor del impacto psicosocial a nivel familiar, las entrevistadas no reportan una influencia directa de la violencia obstétrica en este nivel. Suelen señalar cómo se incrementa el apoyo de sus familias en las labores de cuidado a sus hijos e hijas, lo cual permite apuntar que para ellas es importante contar con estas redes y apoyos para procesar y sobrellevar la situación de la violencia experimentada. Eso sí, no existió ninguna mejora o conflicto producto solamente de la situación de violencia obstétrica.

#### ***Reacciones de las familias ante el evento de violencia obstétrica***

A partir de las narraciones de las mujeres se logró recuperar cuáles fueron las reacciones de sus familiares cuando acontecían los eventos de violencia obstétrica. Estas fueron:

**1) Enojo:** Al igual que las parejas, las familias no se encuentran absortas de la situación y una de sus principales reacciones ante el evento es el enojo:

Y llega mi hermana, que se lo agradezco hasta el día de hoy (...) Yo le agradezco la vida de Emilio por tu pleito. Y ella llegó ya toda frustrada, histérica. Y le dijo al médico de turno y a una obstetra: “Si a mi hermana o mi sobrino le pasan algo, yo los demando a ustedes. Y ella está batallando y se sabe que no puede dilatar. Porque ya son 24 horas, le han puesto suero, le han puesto un montón de cosas y no dilata y aun así la tienen aquí batallando” (Mariana, comunicación personal, 18 de julio de 2018).

Mi mamá se puso y le dijo: "Pero ¿qué es esa salvajada?". Y lo que le dijo: "Señora usted no tiene que estar aquí". Le dijo. (La bebé grita). Entonces, diay, mi mamá. Una mamá es cuando una leona cuando le agreden a los hijos, aunque ya estén viejos y ella le dijo que, que era la vida de la hija y del nieto. Y que no fuera tan cruel. (Llora) (...) Entonces la señora siempre siguió de malcriada. Mi mamá estaba recién operada y se tuvo que llevar tantas cóleras (Giselle, comunicación personal, 24 de agosto de 2018).

En cierta forma estas familiares buscan defender a las mujeres de lo que están experimentando y poseen un eco en el personal hospitalario, sobre todo cuando recurren a la amenaza de denunciar las malas praxis. Aunque se identifica la violencia, no se nombra como tal.

**2) Indignación:** La propia familia busca crear una red y mostrar empatía con lo que la mujer vivió: “la indignación entonces es compartida, porque ya mi hermana estuvo: “entonces, cuente cómo fue” (...)” (Mariana, comunicación personal, 18 de julio de 2018).

**3) Incertidumbre:** Para Mariana, su familia experimentó fuertes sentimientos de incertidumbre al no poder mejorar la situación:

“(…) sufrieron conmigo las horas que estuve ahí encerrada con Emilio. El no nacer. La incertidumbre. Y todo. Ya después como que lo une a uno más como familia” (Mariana, comunicación personal, 18 de julio de 2018).

**4) Tristeza:** Este sentimiento se combina con el miedo por la vida de las mujeres, la impotencia y el desconocimiento de los hechos: “mi mamá lloraba y lloraba, porque sí qué le está pasando. Porque dicen que yo hacía, pero yo no me acuerdo” (Dara, comunicación personal, 22 de agosto de 2018).

**5) Miedo:** Surge de la mano con lo mencionado con anterioridad sobre la tristeza:

Yo no me acuerdo, pero sí me acuerdo que todo mundo estaba muy asustado. Me acuerdo que incluso mi mamá llegaba a pensar que, que no fuera el papá de las chiquillas, porque diay, si se roban la bebé. Eso era lo que le decía yo a ella (...) Yo le decía, y si yo le decía a ella: “Si a mí me llega a pasar algo, yo no quiero que ellas estén con él” (Dara, comunicación personal, 22 de agosto de 2018).

**6) Silencio:** Al igual que las mujeres, el silencio se vuelve un recurso utilizado por las y los familiares para no asustar a las mujeres. También, busca sostener una figura de apoyo y una fuente de fortaleza para ellas: “porque ella, sí los acompañantes también pasan por sus (...) Y se tiene que quedar callados para no verlo a uno. (Piensa). Mal” (Katrina, comunicación personal, 23 de agosto de 2018).

**7) Búsqueda de apoyo:** Está reacción da cuenta de la creación de redes entre la misma familia y cómo estas personas no se conforman con lo que está sucediendo, ni reaccionan de manera “pasiva” siempre:

Se puso enojado porque mi tía le dijo que hiciera algo rápido y no sé, él duraba en hacerme la cesárea (...) Entonces mi tía le propuso que una prima mía trabajaba de enfermera. Que por favor que la dejara entrar a ella (...) Y el doctor dijo igual de muy mala gana que sí. Que sí le daba permiso. Se vistió mi prima. Estuvo adentro (Giselle, comunicación personal, 24 de agosto de 2018).

**8) Denuncia:** Esta reacción está sumamente relacionada con la anterior e implica otra forma de resistir a la violencia y demandar el cumplimiento de derechos:

De hecho, cuando yo le conté a mis tías (...) Ellas pusieron una. Pusimos una queja, verdad, contra ese doctor. Porque él sí, él se enojó tanto que yo no quise (...) Que me los provocara, que él me dijo eso: “¡Ah! O sea, entonces usted vino aquí a dormir”. Dice. “Pues entonces vea a ver quién le hace la cesárea, porque yo no voy a hacer cesárea a estas horas” (Sofía, comunicación personal, 7 de setiembre de 2018).

Por último, sobresalen las reacciones de otros hijos o hijas en la entrevista de Katrina, ella comenta que:

Entonces, eh, no me pude yo así enfocar mucho en el sentimiento de que yo la había dejado allá a ella, porque tenía el sentimiento de que hacerle entender a él que mamá se había ido muchos días porque tenía que llegar la hermanita. Entonces hasta el punto que llegó: “Mamá, pero ¿por? ¿Por qué? ¿Qué fue lo que pasó?”. Yo llegué y disimuladamente: “Vea, es que mamá”. Y me levanté y le enseñé la cicatriz. “¿Ve aquí? Mamá estaba en el hospital porque nació su hermana” (...) Ya me vio la rajada. “No mamá, está bien. Está bien. Era para que, si era para que usted y mi hermanita estuvieran mejor no importa mamá” (Katrina, comunicación personal, 23 de agosto de 2018).

(...) qué sentía él. Todo eso. Y más por la promesa que ya yo le había dado. Y él me decía: “Mamá, pero ¿por qué si usted me dijo a mí?”. Sí por dicha como es tanta tecnología hicimos vídeo llamadas a cada rato. Pero sí, sí por qué. Sí me dio cuando él llegó y me dijo: “Mami, ¿y mi hermanita? ¿Por qué no la trajo?”. Ahí sí me dolió un poquito (Katrina, comunicación personal, 23 de agosto de 2018).

Queda pendiente ahondar este tópico en otra investigación, ya que no surgió en todas las entrevistas y sin duda, es de suma importancia en el universo de relaciones interpersonales y relaciones significativas que poseen las mujeres.

#### **6.5.11. Impacto psicosocial a nivel amistad**

Las relaciones de amistad pertenecen al campo de las relaciones interpersonales, involucran el afecto, el cuidado mutuo y la reciprocidad (Daguerre, 2010). Son relaciones que surgen entre una o más personas a partir de la base de soporte, voluntariedad, sentimientos y pensamientos compartidos, confianza, lealtad, entre otras (Ortiz, 2013). Al igual que los otros conceptos, es necesario no recaer en idealizaciones alrededor de la amistad, ya que es innegable que estas relaciones interpersonales también pueden estar atravesadas por el conflicto, las diferencias u otros escenarios.

Este nivel no estaba contemplado dentro de la entrevista inicialmente, ni fue explorado con todas las mujeres. Se incluyó porque fue importante para una de las entrevistadas quien comenta: “mi mejor amiga llegó a verme. Llegó a buscarme, a tratar de darme luz. Lo que sí lo necesitaba” (Susana, comunicación personal, 29 de agosto de 2018).

Esta referencia declara la importancia de otras relaciones interpersonales que implican fuertes vínculos para las mujeres y que pueden llegar a representar redes esenciales a la hora de atravesar situaciones difíciles. Inclusive pueden llegar a ser más significativas o representar un espacio de mayor confianza para expresar sentimientos o pensamientos que los propios familiares, sobre todo si no existen juicios o menosprecio a lo que las mujeres narran. Estas relaciones podrían representar un espacio catártico para las mujeres que atraviesan un evento de violencia obstétrica y de alguna manera brindar soporte para procesar y elaborar lo acontecido. Asimismo, funge como un espacio donde se fortalecen los vínculos entre mujeres históricamente quebrantados.

#### **6.5.12. Otras consecuencias psicosociales de la violencia obstétrica**

Aparte de todo el impacto psicosocial que fue señalado en los apartados anteriores, se pueden enumerar otra serie de consecuencias psicosociales en un nivel social más amplio. Estas fueron obtenidas tras comparar la información reportada por las mujeres en las entrevistas y los aportes de diferentes investigaciones (Martín-Baró, 1990, 2000, 2003; Lira, Weinstein y Salamovich, 1985-1986; Berinstain et al, 2009; Moscoso et al, 2012; Centro Nacional de Memoria Histórica, 2014; Simoes, 2014). Son:

- a. Generación de sufrimiento.
- b. Deshumanización de las mujeres.
- c. Normalización e institucionalización de la violencia.
- d. Desesperanza e impotencia ante el cese de esta forma de violencia.
- e. Aumento de la desigualdad entre géneros.
- f. Sentimientos de miedo, vulnerabilidad y culpabilidad.
- g. Desestabilización de la vida cotidiana.
- h. Cambios en la subjetividad e identidad.

- i. Desconfianza en el sistema de salud pública.
- j. Devaluación de la vida humana, sobre todo, de las mujeres.
- k. Cambios físicos, psicológicos, comportamentales, emocionales, económicos y relacionales.
- l. Aprendizaje vicario.
- m. Ruptura de vínculos o dificultades en la sociabilidad.
- n. Ejercicio de la violencia contra las mujeres y violación de derechos, principalmente, derechos sexuales y reproductivos.
- o. Aumento del desconocimiento de las mujeres sobre tópicos ligados a su cuerpo, su sexualidad y la reproducción.
- p. Fortalecimiento de vínculos.
- q. Identificación con otras mujeres y apoyo.

La mayoría de estas consecuencias provocan traumas o daños en las relaciones sociales y aumentan la desigualdad sexual tal como apuntaban las reflexiones de Martín-Baró (1990) sobre trauma psicosocial y Simoes (2014) sobre daño psicosocial. Sin embargo, es menester reconocer que se pueden encontrar algunos efectos positivos como los concebidos dentro del concepto de impacto psicosocial.

“No puedo obedecerla, enfermera, lo siento, no tengo tiempo de cerrar los ojos, siento no poder obedecerla...  
Lo siento mucho, no me mire enojada, es que no me da tiempo (...) Lo siento enfermera no puedo hacerlo  
bien..., pero ya no grito, ¿verdad que ya no grito?; y no pregunto, ¿verdad que no pregunto?; y no hablo,  
¿verdad que ya no hablo?; y ya no pido agua, ni digo mis deseos en ninguna forma, sino que me los quedo  
callados en la integridad de ese dolor. Estoy cansada”

(Yolanda Oreamuno, 2012, pp. 198-199).

## **CAPÍTULO 7: Conclusiones**

Estas últimas páginas recopilan las principales reflexiones suscitadas a partir de la realización de esta tesis, la cual tuvo como objeto central la problemática de la violencia obstétrica en el contexto costarricense. No sólo representan el cierre de este documento, sino la apertura a nuevas interrogantes y futuras líneas de investigación.

### ***Conclusiones en torno a los objetivos y resultados de la investigación***

Esta investigación, al igual que otras en la región latinoamericana y en Costa Rica, encuentra que la violencia obstétrica es una realidad palpable en las instituciones hospitalarias públicas. Representa una violación a una gran cantidad de derechos humanos de las mujeres y se expresa de manera directa sobre sus cuerpos y psiques, así como de forma simbólica.

Acontece, a pesar de la existencia de una gran cobertura del sistema de salud pública en el país, el ofrecimiento de diferentes servicios de calidad y el reconocimiento de la salud como un derecho universal. Estos avances se contrastan con algunas barreras a la hora de garantizar el acceso de las mujeres a sus derechos sexuales y reproductivos. Por ejemplo, hay un acceso limitado a la educación sexual y durante los últimos años se han generado múltiples debates en torno a otras temáticas como el aborto.

De igual manera, en esta investigación se reafirma lo señalado por otras investigaciones en cuanto a la diversidad de formas en las que se expresa la violencia obstétrica. Resulta ser una forma de violencia multidimensional y que incluso va mutando de acuerdo con el contexto histórico. Es posible enumerar una enorme cantidad de manifestaciones que se presentan durante los tres períodos de la atención a los procesos reproductivos (embarazo, parto y postparto).

La violencia obstétrica al ser una forma de violencia contra las mujeres es una expresión del patriarcado y sostiene la desigualdad entre los géneros. Asimismo, reproduce aspectos ideológicos sobre el ser mujer, reduciendo esta experiencia a la maternidad y despoja a las mujeres de sus conocimientos en torno a la sexualidad y la reproducción. Estas ideas son reproducidas dentro del sistema hospitalario, en donde se apela a que las mujeres las incorporen en su subjetividad. Se usan otros recursos como la asignación de la responsabilidad a la mujer y se desvalorizan sus vidas. Pareciera ser utilizada como una tortura o castigo a las mujeres cuando ejercen su sexualidad, defienden sus derechos, expresan su capacidad de decisión o inclusive, para que no intenten evadir los ideales del rol materno.

Uno de los elementos fundamentales de esta forma de violencia, según diferentes pesquisas y los resultados arrojados en este documento, es el poder. Particularmente se encontró una desigualdad en el ejercicio de poder tanto en la toma de decisiones como en la aplicación de procedimientos médicos. Estas disparidades se extienden al trato que existe entre las mujeres y el personal médico obstétrico o dentro del mismo personal. Lo expresado por las mujeres en las entrevistas coincide con lo relatado en otros contextos internacionales, lo cual permite apuntar que estas características sobre el poder están enraizadas en la disciplina médico-obstétrica y en su enseñanza a futuras y futuros profesionales. A su vez, esta injusta repartición del poder obedece al marco establecido por el sistema social patriarcal en el que las mujeres son colocadas en la última escala y se deslegitima su capacidad de acción y de decisión.

Las mujeres reportaron otra forma en la que se ejerce el poder dentro de las instituciones, esta remite a sus pequeños gestos y acciones de resistencia ante lo acontecido. Frente al escaso o nulo reconocimiento social de esta forma de violencia, durante mucho tiempo las mujeres han recurrido a las narraciones compartidas para poder hablar del tema y advertir a otras mujeres de su ocurrencia. Esto se da principalmente en el plano familiar, ya que con otras mujeres suele evitarse hablar del tema para no asustarlas. Este mecanismo se vuelve de doble vía, ya que, por un lado, se traspa de una generación a otra en el plano familiar, pero en espacios más públicos

se silencio. Este mutismo provoca que las mujeres asuman el pacto patriarcal y las temáticas de violencia sigan siendo visualizadas dentro de un plano más individual y privado.

De la misma manera, estando dentro del hospital ellas reaccionan frente a la violencia con enojo, buscan ser amables con el personal para que se reduzca la violencia, aplican las recomendaciones de otras mujeres y usan el silencio como una forma de resistencia. Fuera de la institución, realizan denuncias, se niegan a la idea de volver a quedar embarazadas y tener que atravesar otro episodio de violencia, hablan con personas cercanas sobre lo acontecido y algunas se cuestionan los mandatos sociales de la maternidad que les fueron transmitidos.

Por otro lado, a partir de los objetivos de esta investigación, es posible añadir otros elementos para caracterizar el fenómeno de la violencia obstétrica considerando los relatos de las siete mujeres costarricenses entrevistadas. Primeramente, es necesario señalar que la violencia obstétrica es una realidad en Costa Rica innegablemente y que su ejercicio genera un fuerte impacto psicosocial en la vida de las mujeres que debe seguir explorándose.

Como ya se mencionó, las mujeres experimentan diferentes manifestaciones de violencia obstétrica en los diferentes momentos de la atención en el embarazo, parto y postparto. Suelen vivenciarse más de una simultáneamente. En total, se reportaron catorce manifestaciones de violencia obstétrica que fueron catalogadas en cinco subtipos: 1) intervenciones y medicalización innecesarias y de rutina (medicalización y realización de procedimientos sin consentimiento), 2) maltratos, humillaciones, agresión verbal y física (violencia verbal, comentarios sobre el cuerpo, violencia física, anulación de sentimientos, control del cuerpo y violencia psicológica durante la lactancia), 3) falta de insumos e instalaciones adecuadas (negación de la atención, negación de la alimentación, no brindar información, negación de salpin, negación de acompañamiento y exposición a condiciones insalubres), 4) ejercicios de residentes y practicantes sin autorización de las mujeres (realización de múltiples tactos vaginales por médicos, enfermeras y estudiantes),

y 5) discriminación por razones culturales, económicas, religiosas y étnicas (condición migratoria, edad y razones económicas).

Cada una de ellas posee sus propias características y dan cuenta de la aceleración del proceso de parto, la insistencia de controlar el cuerpo de las mujeres, generan daño físico y psicológico, son una violación de la privacidad, infantilizan y culpabilizan a las mujeres, expresan discriminación, censuran emociones, minimizan el conocimiento y saber de las mujeres, están cargadas de juicios a las acciones y comportamientos, castigan y objetivizan a las mujeres, limitan su acceso a la salud y descuidan las necesidades básicas, cargan una visión moral negativa sobre las mujeres, instrumentalizan el cuerpo de las mujeres, entre otros efectos. Estos hallazgos son compartidos por otras investigaciones, y es preciso apuntar que no se encontró ninguna manifestación no reconocida hasta el momento. Sin embargo, se considera que en este documento existe un mayor cuidado a la hora de definir y analizar cada manifestación por sí misma. En la mayoría de las pesquisas, se suele analizar la violencia obstétrica como un todo.

Otra conclusión relacionada con este primer objetivo es que las mujeres y sus familias logran identificar que las situaciones que están experimentando no deben ocurrir. Sin embargo, no ven posibilidades para la ejecución de otras alternativas. Esta imposibilidad está propiciada por la apabullante desigualdad que enfrentan dentro la institución hospitalaria. Inclusive dentro de la entrevista ellas reconocen algunas posibles causas para la ocurrencia de la violencia obstétrica desde sus vivencias.

Por otro lado, uno de los grandes hallazgos de este trabajo consistió en la caracterización del impacto psicosocial producido por la violencia obstétrica. Debe enfatizarse que es un hecho que esta forma de violencia posee diversas consecuencias psicosociales en diferentes esferas de la vida de las mujeres. Estas van desde los planos subjetivos hasta relacionales. En esta tesis se exploraron los niveles: subjetivo, emocional, psicológico, físico, salud sexual y reproductiva, pareja, familia, laboral, educativo, amistad y las relaciones sociales. Se encontró que no en todos los niveles se puede hablar de un impacto psicosocial producido por la experiencia

de violencia obstétrica propiamente. Aquellos niveles que sí poseen influencia de la situación de violencia son el subjetivo, emocional, psicológico, físico, la vivencia de la sexualidad y las relaciones sociales. En los casos de los espacios de la relación de pareja, laboral, educativo, familiar y de amistad, los cambios experimentados suelen estar mayoritariamente relacionados con la vivencia de la maternidad y un reacomodo en las tareas de cuidado y del hogar. Solamente en una de las entrevistadas se encontró un impacto psicosocial que afectó su retorno al trabajo y el retomar su educación.

Frente a la pregunta ¿qué ocasiona que el impacto psicosocial se exprese más en esos niveles que en los otros?, surge la reflexión en torno a la privatización del daño. Durante siglos las diferentes formas de violencia ejercidas contra las mujeres han sido invisibilizadas y se asignado una responsabilidad a ellas por su ocurrencia. Esto ha provocado que muchas mujeres sientan un fuerte sentimiento de culpa cuanto viven estas situaciones, calificándose a sí mismas como provocadoras de esos abusos. Esto conlleva a que esta sea experimentada de forma solitaria, aislada y afecté de forma directa su subjetividad, sus emociones, sus psiquis, sus cuerpos y la forma en que expresan su sexualidad. Aun así, esta investigación logró abstraer una serie de impactos que erosionan las relaciones sociales existentes entre los géneros y otros que remiten a impactos en la cultura.

Ahora, no sólo se puede hablar de un impacto psicosocial exclusivamente en las mujeres, sino también en sus familias, parejas y en las mismas relaciones sociales. Este es un tema que debe ahondarse en investigaciones futuras, ya que durante esta investigación se priorizó el relato de las mujeres. Puede apuntarse que el acompañamiento familiar y de las parejas ha sido muy importante para afrontar la experiencia de violencia. Este representa uno de los recursos vitales para retomar la cotidianidad y se observa una diferencia marcada en la experiencia de las mujeres cuando existe alguna lejanía o rechazo por parte de estas personas significativas.

Propiamente para la construcción del concepto de impacto psicosocial, los aportes de trauma psicosocial (Martín-Baró, 1990) y daño psicosocial (Simoes, 2014) son un referente vital. Las tres definiciones buscan alejarse del reduccionismo que caracteriza un abordaje psicologizante y de la privatización del daño, y buscan reconocer la influencia de las prácticas sociales en las vivencias individuales. El concepto que se construyó en esta tesis es:

El impacto psicosocial refiere a “las consecuencias psicosociales que son producto de una experiencia que ha causado un quiebre o interrupción en la vida de una persona y su contexto inmediato, incluyendo sus relaciones de pareja, sus relaciones familiares o comunitarias, y otras relaciones sociales establecidas en espacios de carácter laboral, educativo u otro. Estas consecuencias psicosociales pueden ser cambios, lesiones o huellas visibles o invisibles a nivel físico, emocional, psicológico, subjetivo, salud o relacional, pero también puede implicar el fortalecimiento de lazos afectivos, accesibilidad a recursos, formas de resistencia y aumento de redes de apoyo. Su intensidad varía de una persona a otra según los recursos personales y colectivos con los que cuente” (Hernández, 2019, pp. 187-188).

A grandes rasgos se pueden caracterizar cada uno de los niveles explorados de la siguiente manera:

- Nivel subjetivo: Las experiencias marcan a las mujeres, las lleva a replantearse su forma de ser e incluso les cambian y aíslan, representan un antes y un después en su vida, modifican sus concepciones en torno a la maternidad (cómo la ejercen, cómo se enfrentan a críticas y sus deseos de ser madres) y es una experiencia sumamente dolorosa.
- Nivel emocional: La violencia obstétrica provoca que las mujeres experimenten diferentes emociones y estados, entre estas: tristeza, depresión, enojo, impotencia, estrés, angustia, miedo, frustración,

cansancio y soledad. Suelen ser vividas de forma intensa y poseen diferente duración, apareciendo al recordar los hechos.

- Nivel psicológico: La violencia obstétrica lleva a las mujeres a aislarse de sus personas cercanas y del mundo social, algunas experimentan alucinaciones por complicaciones de salud física o el mismo trauma provocado por la violencia, depresión postparto y aumento de consumo de alimentos. Hay una necesidad de hablar o de callar la experiencia y pocas acceden a un espacio de apoyo psicológico.
- Nivel físico: En ocasiones la violencia obstétrica deja marcas visibles en el cuerpo de las mujeres o genera algunas enfermedades o afecciones. En las entrevistas aparecen referencias a las cicatrices de la cesárea, cambios en la imagen corporal y la autoestima, no contener la orina, dolor en el vientre, cambios en la presión, cansancio, deshidratación, hemorragias, accidente cerebrovascular, dolor de cabeza, vértigo y desgarramiento vaginal. Estos cambios corporales provocan alteraciones en la visión que se tiene sobre el propio cuerpo y en la expresión de la sexualidad. También, varias de las entrevistadas reportan haber estado al borde de la muerte por la mala praxis realizada durante la atención. No deja de llamar la atención cómo en el cuerpo de las mujeres hay un encarnizamiento y una aniquilación a través del ejercicio de poder. Pareciera que incluso este se vuelve un desecho y las mujeres son tratadas como bienes y objetos públicos.
- Nivel salud sexual y reproductiva: En el plano de la sexualidad se presenta una mejora de las relaciones sexuales, dificultades a la hora de retomar la vida sexual, cese o disminución del deseo sexual o sangrados en las relaciones sexuales. Además, para algunas de las mujeres la situación de violencia obstétrica motiva el uso de anticonceptivos, debido al miedo a volver a quedar embarazadas y atravesar otra situación similar. Algunas de ellas habían planeado con sus parejas el embarazo, pero posterior a la experiencia se acrecienta su temor a volver a quedar embarazadas. Reportan el uso de los siguientes

métodos anticonceptivos: inyección anticonceptiva, métodos naturales, condón o preservativo, vasectomía y salpin.

- Nivel laboral: Algunas de las mujeres afirman que regresar al trabajo fue una forma de retomar su vida y olvidar los hechos de violencia y para una de ellas fue imposible volver a su espacio laboral. Sin embargo, no es posible afirmar un impacto psicosocial significativo en este nivel.
- Nivel educativo: Las mujeres suspenden durante algún tiempo su asistencia a sus centros de estudio, solamente una de ellas retoma la Universidad de manera pronta. Aun así, comenta que tuvo muchas dificultades y debía conciliar estas actividades con el cuidado de su hijo. Se encuentra que no existe un impacto psicosocial significativo en esta área, si no que más bien se pueden reconocer otros factores como la influencia de la maternidad en los cambios que se dan en este espacio.
- Nivel de pareja: Existe un fortalecimiento de la relación de las mujeres con sus parejas, pero también se dan algunos conflictos motivados por los cambios de humor, necesidad de aislamiento, complicaciones en las relaciones sexuales o abandono de la pareja en el ámbito emocional, económico y al asumir su rol paterno. Se reconocen diferentes reacciones de sus parejas ante el evento de violencia obstétrica, son: enojo, angustia, búsqueda de apoyo externo y no querer tener más hijos o hijas.
- Nivel familiar: Igualmente se reconoce un fortalecimiento de las relaciones familiares, pero también se presentan conflictos entre las mujeres y suegras o suegros por diferencias en cuanto al ejercicio de maternidad. Estos resultados indican que no existe un impacto psicosocial significativo en esta área, y que al igual, que en el espacio educativo se ve afectado por la maternidad y los cambios novedosos en cuanto al cuidado de hijas e hijos. Las reacciones de las familias ante el evento de violencia obstétrica son: enojo, indignación, incertidumbre, tristeza, miedo, silencio, búsqueda de apoyo y denuncia.

- Nivel amistad: Las amistades de las mujeres pueden ser un apoyo y conformar una red importante para que puedan desahogarse y narrar lo vivido. Eso sí, no existe un impacto psicosocial de la violencia obstétrica que resalte en este nivel.
- Otras consecuencias psicosociales impactan las relaciones sociales a un nivel macro y generan una deshumanización de las mujeres, normalización e institucionalización de la violencia, desestabilización de la vida cotidiana, desconfianza en el sistema de salud pública, ruptura de vínculos. Por otro lado, también se puede presentar un fortalecimiento de vínculos, identificación entre mujeres u otras. Estos resultados hablan de impactos a nivel sociocultural e identifican aspectos puntuales en los que se puede hablar de un sostenimiento de la violencia obstétrica y su función dentro del sistema patriarcal. Si se quiere, podrían llegar a ser puntos focalizados para trabajar en su erradicación.

A partir de estos señalamientos, se puede apuntar que el impacto psicosocial de la violencia obstétrica favorece un desgaste de las relaciones sociales en el que se legitima la desigualdad entre hombres y mujeres; y se permite la ocurrencia de la violencia contra las mujeres. En otras palabras, existe un contexto posibilitador para la violencia obstétrica que posee su nicho en el quehacer institucional de los hospitales. Más, no se limita solamente a este espacio, está legitimado a un nivel más macrosocial. Todas las afectaciones en la vida de las mujeres poseen un origen social, por esto la necesidad de no comprenderlas desde un punto de vista psicologicista. Estos efectos suelen ser comunes a muchas mujeres e incluso existe una transmisión generacional de la ocurrencia de estos actos, aspecto que queda pendiente para otra investigación. Es necesario reconocer que el impacto psicosocial de la violencia obstétrica es generado por un Estado que no promueve un vínculo de protección, sino incluso de complicidad y legitimidad de estas situaciones.

Asimismo, es importante volver a retomar la idea de que los malestares y sufrimientos de las mujeres son producidas a partir de la imposición de una subjetividad femenina hegemónica (Burin, s.f.). Existen

“condiciones opresivas de opresión de sentidos sobre la salud y la enfermedad en las mujeres” (Burin, s.f., parr. 5), por ejemplo, estas suelen reportar mayores estados depresivos que pueden estar relacionados con una fuerte insatisfacción ante los límites y roles asignados desde la cultura. Además, definitivamente el atravesar una experiencia de violencia como la violencia obstétrica a la que no se le puede poner sólo un rostro efectivamente va a generar múltiples sensaciones de malestar frente a la desigualdad vivida. En este sentido, los aspectos señalados en los subapartados de impacto psicosocial subjetivo, emocional y psicológico deben leerse haciendo eco de esta crítica y reconociendo el carácter psicosocial de las sensaciones, emociones y estados que reportaron las mujeres. También, debe considerarse que las emociones recuperadas corresponden tanto a la inmediatez que experimentaron las mujeres al verse violentadas como a emociones que las acompañaron a lo largo de los meses posteriores o al volver a recordar la situación. Mientras que los aspectos psicológicos surgen de manera posterior e incluso pueden provocar un desajuste del funcionamiento básico de ellas.

Por otro lado, en cuanto al tercer objetivo que buscaba analizar la dinámica y características de la violencia obstétrica en los servicios públicos de salud puede afirmarse que esta se presenta, sin excepción, en todos los centros hospitalarios a los que acudieron las entrevistadas. Cabe recordar que se entrevistó una mujer por provincia, aunque esto no tiene un afán de generalización. Aquí, las manifestaciones de violencia obstétrica suelen ser propiciadas por las diferentes personas que componen el personal de los centros de salud. A saber, el personal administrativo, el personal de medicina, el personal de enfermería y el personal que ofrece otros servicios como alimentación.

La violencia se encuentra sumamente naturalizada y legitimada. No se reconoce, ni cuestiona su ejercicio. Esta invisibilización es equivalente a lo reportado en otras investigaciones, por lo que, cabría preguntarse desde dónde y cómo se construye el conocimiento en obstetricia. Y, también, es importante reconocer que pareciera existir un solo modelo de atención imperante en el que se protocoliza cómo debe ser el abordaje que se dé en

los embarazos, partos y postpartos. Los cuerpos de las mujeres y sus necesidades son homogenizados, invisibilizando la diversidad que caracteriza la experiencia humana.

A esto se suma las carencias en infraestructura y las debilidades en la formación ética dentro de los hospitales, las cuales afectan los servicios que requieren las mujeres y sus hijas e hijos. Es imperdonable no apuntar que existen este tipo de deficiencias en los centros de salud, aunado a un desgaste del otorgamiento de los servicios públicos que se materializa tras fenómenos como las crisis económicas, la reducción del sector público y las críticas al quehacer de la C.C.S.S. Estas situaciones han impactado el estado actual de las instituciones hospitalarias. No obstante, es crucial incidir en los currículos educativos y la praxis de la obstetricia dentro de estos espacios.

Como se ha venido insistiendo, la dinámica de la violencia obstétrica está atravesada profundamente por relaciones desiguales de poder que reflejan las jerarquías dentro de los hospitales y las jerarquías sociales. Por esto, se puede reafirmar que las vivencias de violencia obstétrica no son casos aislados. Es una problemática extendida y refleja no sólo la exclusión social, si no los diferentes tipos de discriminación que se legitiman en la sociedad costarricense. Estos se dan por causas económicas, etarias y condición migratoria.

Sobresale la invisibilización de las necesidades y deseos de las mujeres. Ellas no ocupan un lugar central en la atención y se suele deslegitimar su saber en torno al proceso y a lo que reportan estar percibiendo en sus cuerpos. Muestra de esto es que las manifestaciones de violencia obstétrica suelen ir acompañadas unas de otras en los tres momentos de la atención.

Por último, aunque existe un contexto sociocultural que complejiza la pronta eliminación de la violencia obstétrica y otras formas de violencia contra las mujeres es vital continuar trabajando esta temática desde diferentes lugares. Es esperanzador comenzar a ver algunos cambios en el reconocimiento de esta problemática tanto en las mujeres como su exposición y debate a nivel social. Estas muestras impulsan para continuar aspirando “un mundo donde seamos socialmente iguales, humanamente diferentes y totalmente libres” (Rosa

Luxemburgo), de la mano con la necesidad que existe de historizar las experiencias de violencia obstétrica. Esta pretensión acompañó esta tesis, pero también a las mujeres quienes al narrar sus vivencias o las de otras mujeres contribuyen a la colectivización de sus experiencias de desigualdad. De esta manera, se puede evidenciar el carácter psicosocial de la violencia obstétrica y la producción de un impacto psicosocial en la vida de las mujeres que la experimentan.

### ***Conclusiones a partir de la conjunción teórica: feminismos, psicología social y psicología política***

Este trabajo partió de tres bases teóricas que, en conjunto, constituyen el esqueleto de la aproximación realizada al tema de violencia obstétrica en este documento. Cabe agregar que permiten realizar una lectura crítica al tema, a los propios resultados y a la disciplina de la Psicología.

El primer marco teórico lo constituyen las teorías feministas, principalmente aquellas cuyo énfasis es reflexionar sobre la construcción del patriarcado, la desigualdad de género y la violencia contra las mujeres. Estas teorías han sido la principal herramienta utilizada a la hora de investigar el fenómeno a nivel mundial. Esto se debe a la gran producción teórica, metodológica y conceptual que exponen la opresión y desigualdad entre los géneros, el poder, el patriarcado, las subjetividades femeninas y múltiples temas asociados a cómo las mujeres enfrentan la desigualdad en áreas como el trabajo, la migración, la política, la salud, entre otras. También, poseen un interés en la defensa de los derechos humanos de las mujeres y la promoción de un cambio social que favorezca a todas y todos.

Del otro lado, la psicología social y la psicología política permiten dar cuenta de la relación individuos-sociedad, analizar la influencia de las relaciones socio-estructurales en las experiencias individuales, tener una mirada crítica para abordar el tema y evitar abordajes psicologizantes a temáticas como la violencia.

Trabajar con las herramientas de la psicología política permite generar conocimiento sobre las situaciones de las mujeres y sus formas de resistencia. Partiendo del lema “lo personal es político”, se reconoce tanto su subjetividad como la interrelación de esta con su contexto. También, existe una cuota política dentro del ejercicio académico de querer producir conocimiento desde y en compañía de las mujeres, sus voces, sus experiencias y su propia historia. Esto implica validar aquello que ha sido relegado y dejado en segundo plano desde la sociedad patriarcal.

Ambas perspectivas psicosociales visibilizan la capacidad de la Psicología como ciencia social para aportar a la comprensión de temáticas que afectan a la sociedad y a un conjunto de esta. Posee la capacidad de conocer cómo una vivencia afecta a las personas y abre el espacio a la escucha y narración de las vivencias.

Además, es vital reconocer que de la mano con la perspectiva de derechos humanos puede defender los principios y garantías para el respeto de la vida de las mujeres. Asimismo, aporta al reconocimiento de los vacíos y dificultades en torno al acceso de una buena salud sexual y reproductiva.

Como punto final, puede señalarse que los tres marcos teóricos elegidos para esta investigación poseen elementos e intereses comunes. Esto representa una ventaja a la hora de mirar la problemática de la violencia obstétrica, leer los resultados de la investigación y pensar en posibles abordajes para su erradicación.

### ***Conclusiones alrededor de la metodología***

La metodología elegida para el trabajo de la temática empata con la consecución de los objetivos planteados en la investigación. Al ser cualitativa permite extraer los significados de los sujetos y presentar una descripción detallada del problema de investigación.

Se considera que el alcance del estudio tipo exploratorio-descriptivo fue bien delimitado, ya que se logra describir y analizar el impacto psicosocial de la violencia obstétrica a partir de los relatos de vida de las mujeres entrevistadas.

Por otro lado, el uso de un enfoque biográfico-narrativo facilita el trabajo de los relatos de las mujeres. Permite resaltar y rescatar las palabras propias de las mujeres, así como validar la necesidad social de narrar y compartir la biografía y recordar los acontecimientos importantes de la vida. Así, hablar de sí mismas se vuelve un acto de denuncia y resistencia a la violencia.

Para esto, fue muy importante clarificar y practicar las preocupaciones y consideraciones éticas. Al respecto es vital apuntar que la formación brindada por la Escuela de Psicología (EPs) de la Universidad de Costa Rica (UCR) busca velar por la garantía de la protección de las personas participantes en una investigación y en diferentes cursos se brinda información al respecto. Aunado a esto, los aportes de las teorías feministas para el trabajo de la ética en casos de violencia contra las mujeres son esenciales para realizar este tipo de investigaciones.

Las técnicas de análisis (narrativo y comparativo) poseen relación con los aspectos anteriores que componen la metodología y posibilitan el trabajo de los objetivos de la pesquisa. Además, empatan con el marco teórico y las perspectivas de las teorías feministas, la psicología social y la psicología política al querer situar el abordaje de la problemática desde una mirada psicosocial. Eso sí, fueron necesarios varios meses de reflexión y reescritura para presentar este documento.

Otro aspecto sobresaliente es el uso de las redes sociales como medio de difusión de información. Como se mencionó en páginas anteriores, la publicación en Facebook con el afiche para conocer mujeres interesadas en participar de la investigación tuvo un gran alcance en muy poco tiempo. Esto sugiere que existe un mayor reconocimiento de esta problemática en la sociedad costarricense, que muchas mujeres se sintieron

identificadas con la convocatoria y que el uso de medios digitales permite alcanzar a una gran cantidad de población diversa.

Asimismo, se realizaron algunas apreciaciones a partir de las diferentes reacciones que provocó la difusión de este afiche. Estas provinieron de distintas personas y se pueden clasificar de la siguiente manera:

- *De las mujeres:* Muchas mujeres expresaron que atravesaron una experiencia de violencia obstétrica recientemente o muchos años atrás, e incluso narraron parte de sus vivencias por los diferentes medios electrónicos a modo catártico. Justamente, con la realización de esta publicación, se reconoce la existencia de una gran necesidad y la falta de espacios para denunciar, exponer y apalabrar estas experiencias de violencia.

Este primer acercamiento a las mujeres dejó dos preguntas para seguir trabajando el tema: ¿será que el tema de violencia obstétrica ya posee un lugar en el debate público? y ¿existe una mayor apertura para hablar del tema por parte de las mujeres?

- *De profesionales desconocidos:* A través de diferentes vías dos personas expresaron sus opiniones con respecto al tema de investigación. Una de ellas señaló que el tema había sido muy investigado y otra sugirió que debería partir de una perspectiva neutral y objetiva. Esta última persona señaló que tal como estaba planteado en el afiche se asumía la existencia de la violencia obstétrica en los hospitales públicos del país y no se incluían criterios como que las mujeres tuvieran un trastorno de la personalidad, una distorsión cognitiva o que tuviera algún tipo de transferencia con la o el profesional que la atendió.

No se realizó una respuesta directa a estas personas, pero se tomaron sus opiniones para analizar cómo es percibido el tema por algunas y algunos. Tal como fue señalado en el apartado de antecedentes, aunque en los últimos dos años se ha generado una mayor producción académica sobre el tema, su vigencia y ocurrencia continúa afectando la vida de las mujeres. También,

desde la perspectiva de derechos humanos y del feminismo incluir los criterios sugeridos por esta persona llevarían a analizar el tema no sólo desde una mirada psicologista y patologizante, sino que invalidaría *a priori* las experiencias e incluso podría llegar a culpabilizar a las mujeres. De estas opiniones se extrae que dentro de la sociedad costarricense continúan existiendo diversos obstáculos para visualizar la violencia contra las mujeres y sus diferentes formas de expresión como un asunto legítimo y de gran importancia para garantizar el acceso a los derechos de todas las personas.

- *De otra tesiaría:* Se recibió un mensaje de una estudiante que señaló estar trabajando el tema para su tesis de graduación. En este apuntaba que le parecía interesante ver que se estaba investigando sobre el tema, pero que no quería que tocara en algún punto su investigación. Frente a esto, se analizó que en algunos casos prima un deseo académico individual contra la posibilidad de construir conjuntamente sobre el tema.

Desde la perspectiva de esta investigación toda indagación que se realice sobre el tema podría ser novedosa y puede no sólo dar pistas para entenderlo, sino que, aunque se estuviera trabajando la misma pregunta de investigación puede llegarse a plantear resultados distintos o incluso respaldar los obtenidos en esta indagación.

Tal como afirman Schettini y Cortazzo (2015), en la investigación cualitativa se reconoce la subjetividad de las personas participantes y de las personas investigadoras. En el caso de quien investiga influirá la perspectiva teórica desde la cual se sitúa, el método del cual se parte, el material con el que se trabaja e incluso otros aspectos como el contexto sociohistórico que se analiza y las interpretaciones realizadas.

Adicionalmente, es importante recordar que en cada investigación se debe apuntar a buscar los espacios vacíos e incluso se pueden abrir espacios para el desacuerdo y el debate con otras autoras o autores.

- *De diversas personas:* Otra de las reacciones que generó la publicación del afiche fueron las felicitaciones, agradecimientos y mensajes de apoyo para la realización del trabajo. Varias personas, entre estas mujeres que no quedaron seleccionadas dentro de la muestra insistieron en la importancia de realizar estos trabajos y visibilizar la problemática.

Esta reacción da pistas al cuestionamiento sobre la colocación del tema en el debate público, para estas personas es necesario dar a conocer más información sobre la violencia obstétrica y encontrar un espacio para legitimar las situaciones que vivieron o que conocen.

Por último, es irremplazable contar con el gran acompañamiento del equipo asesor en la lectura, como en la escucha atenta. En este caso, existió la posibilidad de trabajar con diferentes profesionales destacadas en los temas de investigación que bordeaban esta tesis.

### ***Limitantes y limitaciones de este proyecto de investigación***

Los siguientes párrafos recogen algunos puntos que se consideraron limitantes a la hora de realizar esta indagación y otros que se denominan limitaciones. Ambos aspectos permiten tantear la recepción del tema en diferentes espacios y considerar otros cuidados que deben tenerse a la hora de seguir investigando la temática.

En el primer rango se puede señalar que en el año 2015 cuando se comenzó a planear esta investigación, no existía toda la producción académica que hay en la actualidad. Principalmente en Costa Rica no existían los diferentes trabajos de grado que se desarrollaron después. Además, existe un vacío en la disciplina psicológica para abordar la violencia obstétrica que sigue persistiendo.

En cuanto a las limitaciones, es posible señalar que este documento no puede integrar el gran volumen de información generado a partir de las entrevistas. Esta es una situación a la que deben enfrentarse todas las

personas investigadoras, y que implica un proceso de depuración a lo que se incluye y lo que se excluye. Sin embargo, esta información podría ser retomada en la elaboración de artículos académicos posteriormente.

Finalmente, el alcance de esta investigación es limitado, ya que está dirigida principalmente a un público académico por ser un trabajo final de graduación para optar por el grado de Licenciatura en Psicología. Sería importante realizar otros formatos para trasladarlo a un público mayor.

### ***Contribuciones de este trabajo de investigación***

La realización de esta pesquisa permitió que las mujeres entrevistadas pudieran hablar con apertura de la experiencia que atravesaron. Sobresale esta posibilidad de hablar con una desconocida que no buscaba juzgarlas y que había manifestado un interés claro en recopilar vivencias de violencia obstétrica y exponer la temática. Desde sus mismas palabras ellas no esperan nada a cambio para contar su historia más que realizar una contribución para que estas situaciones no acontezcan. Este último aspecto representa un reto para el seguimiento que se pueda realizar tras la culminación de este trabajo.

A su vez, este trabajo posibilitó la puesta en práctica de una Psicología comprometida que puede: 1) prestar una escucha activa al dolor humano, 2) reconocer y validar el relato de las mujeres, 3) contribuir a la construcción de una historia contada desde la mirada, las palabras, la vivencia y la perspectiva de las mujeres, 4) trabajar con una ética feminista, 5) partir de una perspectiva no psicologista o patologizante, ya que ni el parto, ni el embarazo son enfermedades. Ni las mujeres son histéricas o tienen algún trastorno por reclamar mejores condiciones en la atención y trato hacia ellas, y 6) reconoce los aspectos culturales y sociales que están inmiscuidos en la violencia obstétrica, y finalmente, inciden en la subjetividad de las mujeres.

En conjunción con estos aspectos, como se señaló en la introducción, la violencia obstétrica es una problemática que posee muchos aspectos de carácter social, cultural, filosófico y psicológico. Estos la

complejizan y constituyen un reto para abordarla. Por esto, ante la pregunta inicial de ¿cómo hablar de un fenómeno tan complejo como la violencia obstétrica? Surge la respuesta: desde la psicología social por sus herramientas de abordaje, investigación y teorías asociadas para el análisis de las problemáticas.

Esta investigación realiza algunos aportes al campo de estudio de la violencia contra las mujeres. Primeramente, recopila y visibiliza una serie de experiencias de una forma de violencia poco investigada y describe algunos aspectos de la dinámica en que esta se manifiesta. Además, reconoce el impacto de esta forma de violencia en la subjetividad y a nivel psicosocial.

Por último, se considera que uno de los principales aportes de esta pesquisa recae en señalar la existencia de esta forma de violencia, y visibilizar cómo afecta la vida de las mujeres, pero también a otras personas allegadas y a la sociedad en general. También, sobresale el uso de un abordaje psicosocial a la problemática de violencia obstétrica y el desarrollo del concepto de impacto psicosocial, incluyendo sus niveles de análisis.

## **CAPÍTULO 8: Recomendaciones**

Este último capítulo recoge una serie de propuestas para el abordaje de la violencia obstétrica. Se subdivide en la presentación puntual de todas las recomendaciones que dieron las mujeres entrevistadas cuando se les consultó qué consideraban que se podría hacer para mejorar la atención, y algunas reflexiones de la investigadora.

### **8.1. Recomendaciones de las mujeres**

Las mujeres entrevistadas proponen la implementación de diferentes aspectos. Algunos de ellos ya

están contemplados dentro de las normativas nacionales, sin embargo, en su experiencia no se cumplieron a cabalidad. Estos apuntes permiten conocer la diferencia entre la expectativa y la realidad en la atención de los centros hospitalarios. Sus propuestas son:

- Creación de cursos de humanidad, valores, servicio al cliente y ética para personal médico.
- Elaboración de campañas en los que se informe los derechos que poseen las mujeres en la atención del embarazo, parto y postparto.
- Atención individualizada y centrada en las necesidades de las mujeres.
- Presencia de las parejas en los momentos de parto y postparto.
- Existencia de una mayor coordinación y comunicación entre el personal médico.
- Revisión del historial médico a la hora de atender a cada mujer.
- Apoyo con las curaciones de la cesárea si la mujer debe quedarse en el hospital más tiempo.
- Mejorar condiciones de infraestructura.
- Mejora del trato del personal médico a las mujeres.
- Implementación de una ley a nivel nacional para proteger a las mujeres.
- Brindar acompañamiento psicológico e informativo.
- Sensibilización del personal médico sobre el proceso de lactancia y cómo informar o acompañar a las mujeres durante el mismo.
- Visibilizar el papel de las mujeres en el proceso de embarazo, parto y postparto.
- Pedir siempre el consentimiento de las mujeres antes de realizar algún procedimiento.
- En futuras investigaciones, sería muy importante entrevistar a familiares para conocer su perspectiva.

## 8.2. Recomendaciones de la investigadora

La investigadora sugiere la implementación de las siguientes propuestas:

A) Dirigidas a organizaciones e instituciones que trabajan violencia contra las mujeres y específicamente violencia obstétrica:

- ❖ Continuar con el trabajo dirigido a la visibilización de la violencia contra las mujeres y la ocurrencia de la violencia obstétrica con miras a su estudio y erradicación.
- ❖ Contribuir a la prevención de la violencia obstétrica a partir de campañas informativas y acompañamiento a mujeres.
- ❖ Brindar acompañamiento legal y psicológico a mujeres que atravesaron por una experiencia de este tipo o facilitar información sobre otros lugares que lo brinden.
- ❖ Promover espacios en los que se discuta y coloque la violencia obstétrica dentro de la agenda política nacional para promover cambios socioculturales o de carácter legal.
- ❖ Investigar cualitativa y cuantitativamente la problemática de la violencia obstétrica.

B) Instancias de la Universidad de Costa Rica, principalmente a la Escuela de Psicología, la Escuela de Medicina, la Escuela de Enfermería y la Escuela de Farmacia:

- ❖ Fomentar el estudio y la puesta en práctica de una ética comprometida con las personas y el respeto de los derechos humanos.
- ❖ Discutir en clases, seminarios, congresos, simposios u otras actividades académicas la ocurrencia de la violencia contra las mujeres y la violencia obstétrica.
- ❖ Evaluar los programas de cursos, prácticas de enseñanza y profesorado en medicina y enfermería obstétrica con miras a impactar los espacios hospitalarios y el quehacer de las futuras profesionales de estas áreas.
- ❖ En la Escuela de Psicología (EPS) debe fomentarse una mirada interseccional dentro del Plan

de Estudios que contemple una ética de trabajo feminista, de derechos humanos y que reconozca la diversidad social, sexual y cultural. Esto debe promoverse en los programas de los cursos, las discusiones en clases y otros espacios en los que participe la EPS. Asimismo, debe ser parte de la formación de las y los profesionales de la salud.

- ❖ De igual manera, la EPS puede impulsar la apertura de cursos que aborden estas temáticas. Por ejemplo, dentro del Módulo de Violencia Doméstica u otro afín, podría trabajarse dentro de las instituciones hospitalarias y ofrecer una práctica profesionalizante que trabaje la violencia obstétrica de manera preventiva o en atención directa. También, podrían abrirse seminarios u otras actividades académicas en las que se dé a conocer la Psicología Feminista, las teorías feministas y se discuta sobre salud sexual y reproductiva, educación sexual, entre otras temáticas similares.
- ❖ Generar espacios de discusión interdisciplinarios, en los que participen las Facultades relacionadas con ciencias de la salud, particularmente aquellas vinculadas a la disciplina obstétrica y otras Facultades de Ciencias Sociales o Letras, así como el Observatorio de la Violencia Obstétrica, en los que se discutan temas ligados a la salud sexual y reproductiva de las mujeres, incluyendo la violencia obstétrica. Este trabajo conjunto permitiría incidir en la educación a futuras y futuros profesionales en estas áreas, contrastar perspectivas, crear proyectos de trabajo comunal conjuntos, realizar campañas de sensibilización dirigidas a la población estudiantil y nacional, entre otras acciones.
- ❖ Continuar impulsando y fortalecer el proyecto del Centro de Investigación en Estudios de la Mujer (CIEM) para la creación del Observatorio de la Violencia Obstétrica.
- ❖ Fomentar el desarrollo de trabajos finales de graduación que visibilicen y construyan teoría o abordajes para la violencia contra las mujeres y la violencia obstétrica.

C) Estudiantes y profesionales que quieran continuar la investigación en este tema:

- ❖ Realizar un trabajo ético, comprometido y de escucha activa con las mujeres en el que se garantice su privacidad y comodidad. Esto incluye no culpabilizarlas y reconocer sus saberes.
- ❖ Realizar un fuerte proceso de lectura e investigación previa para proponer investigaciones novedosas alrededor de la violencia obstétrica.
- ❖ Incluir la perspectiva de familiares, parejas u otras personas que acompañaron a las mujeres durante la vivencia de violencia obstétrica y en los momentos posteriores.
- ❖ Plantear investigaciones en las que se realicen aproximaciones etnográficas a los hospitales costarricenses y rescatar la perspectiva del gremio de la obstetricia.
- ❖ Rescatar los aportes de las investigadoras costarricenses y latinoamericanas que han trabajado el tema. Es sumamente enriquecedor entrevistarlas y conocer los vacíos que han visto en los estudios sobre violencia obstétrica.
- ❖ No dejar de situar el tema dentro del contexto costarricense, latinoamericano y mundial, ya que las transformaciones históricas inciden en la problemática.
- ❖ Investigar desde perspectivas críticas, teorías feministas y aquellas que reconozcan la interseccionalidad como eje de análisis de la realidad social.
- ❖ Repensar las formas de divulgación de resultados, podría incluirse la creación artística (obras de teatro, fotográfica u otra) como una vía para trasladar resultados académicos a la población en general.

D) Al Estado costarricense, las instituciones de salud y a la sociedad en general:

- ❖ Promover cambios socioculturales e institucionales para que la violencia contra las mujeres y la violencia obstétrica no sigan siendo naturalizadas e invisibilizadas. Para esto se recomienda hacer trabajo de capacitación a profesionales de salud, funcionarios públicos y funcionarios políticos, realizar campañas de prevención para visibilizar estas problemáticas, crear mecanismos de denuncia y vías de reparación.

- ❖ Reconocer, que, aunque existen diferentes garantías en términos legales, las mujeres continúan siendo violentadas en los diferentes espacios de la sociedad. Por esto, debe asumirse una responsabilidad para su erradicación.
- ❖ Velar por el cumplimiento y la garantía del acceso de las mujeres a una vida libre de violencia, a sus derechos sexuales y reproductivos, así como al reconocimiento de sujetos de derecho y de capacidad de decisión.
- ❖ Brindar acompañamiento a las mujeres que atraviesan una situación de violencia obstétrica. Al menos de carácter psicológico y legal.
- ❖ No utilizar la aprobación de políticas públicas o legislaciones en pro de las necesidades de las mujeres como moneda de cambio para intereses personales o colectivos que afecten a la población y aumenten la desigualdad. Por ejemplo, implementaciones en materia económica o religiosa.
- ❖ Fortalecer la salud pública y sus instituciones a través de su defensa, situación económica y profesionalización con conocimientos en perspectiva de género e interseccionalidad. Para esto pueden implementarse y evaluarse políticas internas de las instituciones.
- ❖ Involucrarse y apoyar el trabajo que realizan organizaciones e instituciones en materia de violencia contra las mujeres y violencia obstétrica.

## CAPÍTULO 9: Referencias

Abarca, A., Alpízar, F., Sibaja, G. y Rojas, C. (2012). *Técnicas cualitativas de investigación*. San José, Costa Rica: Editorial Universidad de Costa Rica.

Aceves, J. (2001). Experiencia biográfica y acción colectiva en identidades emergentes. *Revista Espiral*, 7 (20), pp. 11-37. Recuperado de: <http://148.202.18.157/sitios/publicacionesite/pperiod/espiral/espiralpdf/Espiral%2020/3-29.pdf>

Aguiar, J. y Oliveira, A. (2011). Violência institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias. *Revista Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 15 (36), pp. 79-91.

Aguirre, A., Martínez, B., Rivero, C., Blancas, C., Badillo, S., González, L. y Marzuca, J. (2013). La atención del parto: poder, derechos, violencia. *Revista Salud Quintana Roo*, 6 (25), pp. 21-25.

Alcântara, L., Macêdo, G., Feitoza, N., Santana, T. y Oliveira, J. (2017). *Violência Obstétrica. Papel do enfermeiro*. En: Sin autor. International Nursing Congress. Good Practices of nursing representations in the construction of society. Conferencia llevada a cabo en Tiradentes, Brasil.

Alfaro, A. (2014). *Las relaciones de pareja: ¿la educación, las condiciona?* (Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Educación Social, Universidad de Valencia, España). Tomado de: <https://www.uv.es/igualtat/webnova2014/anaalfaro.pdf>

Almonte, G. (2016). Violencia ginecológica y obstétrica. La medicalización del cuerpo femenino. *Revista Décsir, EAM*, (2), pp. 1-10.z

Álvarez, E. y Russo, P. (2016). *Violencia obstétrica: Naturalización del modelo de atención hegemónico durante el proceso de parto*. (Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Trabajo Social, Universidad Nacional de Córdoba, Córdoba: Argentina).

Amorós, C. (2000). *Feminismo y filosofía*. Madrid, España: Editorial Síntesis.

Arana, J., Meilán, J. y Pérez, E. (2006). El concepto de psicología. Entre la diversidad conceptual y la conveniencia de unificación. Apreciaciones desde la epistemología. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 8 (1), pp. 111-142. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/802/80280107.pdf>

Arendt, H. (2009). *La condición humana*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.

Arguedas, G. (2014). La violencia obstétrica: propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense. *Cuadernos Intercambio sobre Centroamérica y el Caribe*, 11 (1), pp. 145-169.

Arguedas, G. (2016). 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. *Revista Solar*, 12 (12), pp. 65-89.

Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica. (2007). Ley de Penalización de la Violencia contra las mujeres. Publicada en el Sistema Costarricense de Información Jurídica, San José: Costa Rica. Recuperada de: [http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm\\_texto\\_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=60183&nValor3=98550&strTipM=](http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=60183&nValor3=98550&strTipM=)

Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica. (2014). Ley General de Salud. N° 5395. Publicada en el Sistema Costarricense de Información Jurídica, San José: Costa Rica. Recuperada de: [http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm\\_texto\\_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=6581&nValor3=96425&strTipM=TC](http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=6581&nValor3=96425&strTipM=TC)

Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica. (2015). Proyecto de ley: Ley para proteger a la mujer embarazada y sancionar la violencia obstétrica. Expediente N.° 19.537. Publicado en La Gaceta (125), San José: Costa Rica.

Ayesta, C. y Vásquez, A. (2017). *Violencia obstétrica: vivencias durante el proceso de atención al nacimiento en mujeres atendidas en el hospital Regional Docentes Las Mercedes- 2016*. (Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Enfermería, Universidad Señor de Sipán, Pimentel: Perú).

Badilla, A. y Blanco, L. (Comp.). (1996). *Código de la Mujer. República de Costa Rica*. San José, Costa Rica: Editado por Porvenir, Fundación Arias para la Paz y el Progreso Humano CECADE.

Banister, P., Burman, E., Parker, I., Taylor, M. y Tyndall, C. (2004). *Métodos cualitativos en Psicología. Una guía para la investigación*. Guadalajara, México: Editado por Universidad de Guadalajara.

Belli, G. (2001). *El país bajo mi piel*. Barcelona, España: Plaza & Janes Editores S.A. Tomado de: [http://sergiomansilla.com/revista/aula/lecturas/imagen/el\\_pais\\_bajo\\_mi\\_piel.pdf](http://sergiomansilla.com/revista/aula/lecturas/imagen/el_pais_bajo_mi_piel.pdf)

Belli, L. (2013). La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos. *Revista Redbioética*, 1 (7), pp. 25-34.

Bellón, S. (2015). La violencia obstétrica desde los aportes de la crítica feminista y la biopolítica. *Revista Dilemata*, 7 (18), pp. 93-111.

Barria, C. y Rivera, L. (2016). Salud y género. Una mirada sobre la violencia obstétrica. *Revista diáLogos*, 5 (1), pp. 97-103.

Berinstain, C. (2007). Manual sobre perspectiva psicosocial en la investigación de derechos humanos. Publicado por el Instituto de estudios sobre desarrollo y cooperación internacional, CEJIL y el Gobierno Vasco, Bilbao, España. Recuperado de: <http://www.psicosocial.net/grupo-accion-comunitaria/centro-de-documentacion-gac/violencia-y-cambio-politico/justicia-verdad-y-reparacion/823-manual-sobre-perspectiva-psicosocial-en-la-investigacion-de-derechos-humanos/file>

Berinstain, C., Páez, D. y Fernández, I. (2009). Las palabras de la selva. Estudio psicosocial del impacto

de las explotaciones petroleras de Texaco en las comunidades amazónicas de Ecuador. Ediciones Hegoa, Bilbao, España.

Bertaux, D. (2005). *Los relatos de vida. Perspectiva etnosociológica*. Ediciones Bellaterra S. L., Barcelona, España.

Bolaños, A., Cerdas, J. y Quesada, M. (2017). *Violencia obstétrica en los servicios de salud de la Caja Costarricense del Seguro Social frente a los planteamientos de la “Guía de Atención Integral a las Mujeres, Niños y Niñas” en el Hospital Carlos Luis Valverde Vega en el período del 2014 al 2016*. (Seminario de graduación para optar por el grado de Licenciatura en Trabajo Social, Universidad de Costa Rica, San José: Costa Rica).

Borja, C., García, P. e Hidalgo, R. (2011). *El enfoque basado en derechos humanos: evaluación e indicadores*. Publicado por Red en Derechos y AECID: España. Tomado de: <http://www.aecid.es/Centro-Documentacion/Documentos/Evaluaci%C3%B3n/EvaluacionEBDH%20+%20NIPO+%20logo.pdf>

Borja, C. (2017). *Violencia obstétrica: percepciones de las prácticas de atención de salud*. (Tesis para optar por el grado de Magíster en Salud Pública, Universidad de San Francisco de Quito, Quito: Ecuador).

Burin, Mabel. (s.f.). *Género y salud mental: construcción de la subjetividad femenina y masculina*. Recuperado de: [http://dspace.uces.edu.ar:8180/xmlui/bitstream/handle/123456789/Burin\\_2010\\_Preprint.pdf?sequence=1](http://dspace.uces.edu.ar:8180/xmlui/bitstream/handle/123456789/Burin_2010_Preprint.pdf?sequence=1)

Butler, J. (2002). *Cuerpos que importan. Sobre los límites materiales y discursivos del “sexo”*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Paidós.

Caja Costarricense del Seguro Social (2009). *Guía de Atención Integral a las mujeres, niños y niñas en el período prenatal, parto y postparto*. Publicada por la C.C.S.S., San José: Costa Rica. Extraída de: <http://www.binasss.sa.cr/libros/guiaprenatal09.pdf>

Cabanillas, B. (2010). Ignacio Martín Baró y la mirada psicosocial (o la unión de examen, crítica y ética desde Latinoamérica). *Revista Reflexión*, 39, pp. 24- 28. Tomado de: <http://www.cintras.org/textos/reflexion/r39/ignaciomartinbaro.pdf>

Calafell, N. (2015). La violencia obstétrica y sus modelos de mundo. *Cuestiones de género: de la igualdad y la diferencia*, 10, pp. 331-354.

Camacaro, M. (2008). Dos sentencias masculinas, parirás con dolor... parirás acostada. En: Delgado, Y. y González, M. (Coordinadoras). *Mujeres en el mundo: Migración, género, trabajo, historia, arte y política*. Valencia, Venezuela: Editorial Markmedia Group, S. A.

Camacaro, M. (2009). Patologizando lo natural, naturalizando lo patológico... Improntas de la praxis obstétrica. *Revista Venezolana de Estudios de la Mujer*, 14 (32), pp. 147-162.

Camacaro, M. (2012). La violencia obstétrica como cuestión de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. *Revista Venezolana de Estudios de la Mujer*, 18 (40), pp. 185-192.

Camacaro, M. (2013). La violencia obstétrica como cuestión de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. *Revista Venezolana de Estudios de la Mujer*, 18 (40), pp. 185-192.

Camacaro, M., Ramírez, M., Lanza, L. y Herrera, M. (2015). Conductas de rutina en la atención al parto constitutivas de violencia obstétrica. *Revista Internacional de Filosofía Iberoamericana y Teoría Social*, 20 (68), pp. 113-120.

Carcedo, A. y Sagot, M. (2002). Femicidio en Costa Rica: balance mortal. *Revista de Medicina Legal*, 19 (1), pp. 5-16. Recuperado de: [https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1409-00152002000100002](https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152002000100002)

Carrillo, J. (2015). La narrativa como opción metodológica en la investigación educativa. En INIE: 3°

*Congreso Internacional de Investigación Educativa, Educación y globalización*. Congreso llevado a cabo en la Universidad de Costa Rica, Costa Rica. Recuperado de: <http://inie.ucr.ac.cr/tercer-congreso/memoria/documentos/1/lanarrativacomooopcionmetodologica.pdf>

Cassiano, A., Santos, M., Santos, A., Holanda, C., Leite, B., Maranhão, T. y Enders, B. (2016). Expresiones de violencia institucionalizada en el parto: una revisión integradora. *Revista Enfermería Global*, (44), pp. 452, 464.

Castillo, L. (2017). *Violencia obstétrica desde la percepción de las adolescentes que asisten al Hospital Delfina Torres De Concha*. (Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Enfermería, Pontificia Universidad Católica del Ecuador Esmeraldas, Esmeraldas: Ecuador).

Castrillo, B. (2016). Dime quién lo define y te diré si es violento. Reflexiones sobre la violencia obstétrica. *Revista Latinoamericana Sexualidad, Salud y Sociedad*, (24), pp. 43-68. Disponible en: [http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/art\\_revistas/pr.7609/pr.7609.pdf](http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/art_revistas/pr.7609/pr.7609.pdf)

Castro, R. (2014). Génesis y práctica del habitus médico autoritario en México. *Revista Mexicana de Sociología*, 76 (2), pp. 167-197.

Castro, R. y Erviti, J. (2014). 25 años de investigación sobre violencia obstétrica en México. *Revista CONAMED*, 19 (1), pp. 37-42.

Centro Nacional de Memoria Histórica. (2014). *Desaparición forzada. Tomo III: Entre la incertidumbre y el dolor: impactos psicosociales de la desaparición forzada*. Imprenta Nacional, Bogotá: Colombia. Recuperado de: <http://www.centrodememoriahistorica.gov.co/micrositios/desaparicion-Forzada/libros-tomo3.html>

Cerpa, C. y Velásquez, M. (2015). *Violencia obstétrica en mujeres atendidas de parto eutócico*.

*Servicio de gineco-obstetricia. Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza. Abril-Junio 2015.* (Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Obstetricia, Universidad Católica de Santa María, Arequipa: Perú).

Checa, S. y Rosenberg, M. (1998). Sobre Derechos Reproductivos y su relación con la violencia social. En: Aguirre, I (coord.), *Violencia social y derechos humanos*, pp. 69- 84. Buenos Aires, Argentina. Recuperado de: <http://biblioteca.clacso.edu.ar/gsd/collect/ar/ar-030/index/assoc/D4563.dir/violencia.pdf>

Consejo Nacional de Migración. (2013). Política migratoria integral para Costa Rica. San José, Costa Rica: CNM. Recuperado de: <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2014/9485.pdf>

Cordero, A. y Lobo, N. (2004). *Atención del parto desde la perspectiva género sensitiva y de familia gestante.* (Tesis para optar por el grado de Maestría en Enfermería Ginecológica Obstétrica y Perinatal, Universidad de Costa Rica, San Pedro: Costa Rica).

Crenshaw, K. (1989). Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics. *University of Chicago Legal Forum*, 14, pp. 139-167. Recuperado de: <https://chicagounbound.uchicago.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1052&context=ucf>

Cruz, C. y Forero, V. (2016). *La partería: saber popular que contribuye a la eliminación de la violencia obstétrica.* (Tesis para optar por el grado de licenciatura en Comunicación social con énfasis en Periodismo, Corporación Universitaria Minuto de Dios, Uniminuto, Bogotá: Colombia).

Da Silva, I. y Santana, R. (2017). Formas de violencia obstétrica experimentada por madres que tuvieron un parto normal. *Revista Enfermería Global*, (47), pp. 71- 79.

Daguerre, M. (2010). Sobre el valor de la amistad y su conflicto potencial con la moral. Una revisión del debate contemporáneo. *Revista Diánoia*, LV (64), pp. 47-69. Recuperado de:

<http://www.scielo.org.mx/pdf/dianoia/v55n64/v55n64a3.pdf>

Davis-Floyd, R. (1993). The technocratic model of birth. En: Tower, S., Pershing, S., Young, M. (eds.), *Feminist Theory in the Study of Folklore*, pp. 297-326. Illinois, Estados Unidos: Illinois Press.

De la Fuente, M. (2013). *Poder y feminismo: elementos para una teoría política*. (Tesis para optar por el grado de doctorado en Ciencia Política y Derecho Público, Universidad de Barcelona, Barcelona: España).

Denzin, N. (2009). *On Understanding Emotion*. New York: United States: Transaction Publishers.

Díaz, F. (2016). Invisible wounds: obstetric violence in the United States. *Reproductive Health Matters*, 24, pp. 56-64.

Diniz, S., Salgado, H., Andrezzo, H., Carvalho, P., Carvalho, P., Aguiar, C. y Niy, D. (2015). Abuse and disrespect in childbirth care as public health issue in Brazil: origins, definitions, impacts on maternal health, and proposals for its prevention. *Journal of Human Growth and Development*, 25 (3), pp. 377-384.

Dobles, I., Vargas, G. y Amador, K. (2014). *Inmigrantes. Psicología, identidades y políticas públicas. La experiencia nicaragüense y colombiana en Costa Rica*. San José, Costa Rica: Editorial UCR.

Dobles, I. y Rodríguez, D. (2019). *Sobre el daño psicosocial: conceptualización y praxis*. Manuscrito no publicado.

D'Oliveira, A, Diniz, S. y Schraiber, L. (2002). Violence against women in health-care institutions: an emerging problem. *The Lancet*, 359, pp. 1681-1685.

Dreyfus, H. y Rabinow, P. (2001). *Michel Foucault: Más allá del estructuralismo y la hermenéutica*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Nueva Visión.

Ellsberg, M. y Heise, L. (2007). Investigando la violencia contra las mujeres. Una guía práctica para la

investigación y la acción. Organización Mundial de la Salud y PATH, Managua, Nicaragua.

Esquivel, M. (2000). *La obstetricia a través de un siglo 1890-1990: conceptos y bases para la atención materno infantil*. San José, Costa Rica: Editorial EDNASSS- CCSS.

Facio, A., (2008). Los derechos reproductivos son derechos humanos. En: Instituto Interamericano de Derechos Humanos. (Ed). *Los derechos reproductivos son derechos humanos*. Impreso por el IIDH, San José, Costa Rica. Tomado de: <http://www.corteidh.or.cr/tablas/24841.pdf>

Federici, S. (2004). *Calibán y la bruja. Mujeres, cuerpo y acumulación originaria*. Madrid, España: Editorial Traficantes de sueños.

Fernández, A. (2010). *La mujer de la ilusión: pactos y contratos entre hombres y mujeres*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Paidós.

Fernández, C. (2013). *Sobre el concepto de patriarcado*. (Tesis para optar el grado de Maestría en Relaciones de Género, Universidad de Zaragoza, Zaragoza: España). Recuperado de: <https://zagan.unizar.es/record/10957/files/TAZ-TFM-2013-169.pdf>

Fernández, F. (2015). ¿Qué es la violencia obstétrica? Algunos aspectos sociales, éticos y jurídicos. *Revista Dilemata*, 7 (18), pp. 113-128.

Fernández, P. (2009). Lo psicosocial. *Revista desdisciplinada de psicología social*, 2 (04): pp. 41-48. Tomado de: <http://elalmapublica.net/pdf/AP4.pdf>

Foucault, M. (1998). *Historia de la Sexualidad I. La voluntad del saber*. Coyoacán, México: Siglo XXI Editores.

Foucault, M. (1999). *Estrategias de poder. Vol. II*. Barcelona, España: Editorial Paidós.

García, S. (2003). Fertilizaciones cruzadas entre la Psicología Social de la Ciencia y los Estudios Feministas de la Ciencia. *Revista Athenea Digital*, 4, pp. 1-42. Tomado de: <http://ddd.uab.cat/pub/athdig/15788946n4/15788946n4a8.pdf>

García, S. (2003). *Psicología y feminismo: una aproximación desde la psicología social de la ciencia y las epistemologías*. (Memoria para optar por el grado de Doctorado, Universidad Complutense de Madrid, Madrid: España).

García, T. (Octubre de 2014). De la palabra a la carne, cuerpo femenino y maternidad. En: *I Jornadas de Género y Diversidad Sexual: Políticas públicas e inclusión en las democracias contemporáneas*. Jornadas llevadas a cabo en la Universidad Nacional de la Plata, Argentina.

García, E. (2015). *La violencia obstétrica como violencia de género. Una mirada feminista a la situación de España*. (Trabajo final de graduación para optar por el grado de Magíster en Investigación Aplicada en Estudios Feministas, de género y ciudadanía, Universitat Jaume I, Valencia: España).

García, E. (2018). *La violencia obstétrica como violencia de género. Estudio etnográfico de la violencia asistencial en el embarazo y el parto en España y de la percepción de las usuarias y profesionales*. (Trabajo final de graduación para optar por el grado de Doctora en Ciencias Humanas con énfasis en Geografía, Antropología y Estudios de África y Asia, Universidad Autónoma de Madrid, Madrid: España).

García, I. (2013). *Impacto de la conciliación de la vida laboral y personal. Fuente de ventaja competitiva*. (Trabajo final de graduación para optar por el grado de Master en Administración y dirección de empresas, Universidad Politécnica de Cartagena, Cartagena: Colombia). Recuperado de: <http://repositorio.upct.es/bitstream/handle/10317/3606/tfm312.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Goberna, J. y Boladeras, M. (coord.) (2018). *El concepto “violencia obstétrica” y el debate actual*

*sobre la atención al nacimiento*. Madrid, España: Editorial Tecnos.

González, A. (2013). Los conceptos de patriarcado y androcentrismo en el estudio sociológico y antropológico de las sociedades de mayoría musulmana. *Revista Papers*, 98 (3), pp. 489-504. Tomado de: [https://ddd.uab.cat/pub/papers/papers\\_a2013m7-9v98n3/papers\\_a2013m7-9v98n3p489.pdf](https://ddd.uab.cat/pub/papers/papers_a2013m7-9v98n3/papers_a2013m7-9v98n3p489.pdf)

González, F. (2004). La crítica en la Psicología Social Latinoamericana y su impacto en los diferentes campos de la psicología. *Revista Interamericana de Psicología*, 38 (2): pp. 351- 360. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28438222>

González, F. (2013). La subjetividad en una perspectiva cultural-histórica: avanzando sobre un legado inconcluso. *Revista CS*, 11, pp. 19-42. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/recs/n11/n11a02.pdf>

González, M. (2010). Feminismo, Feminismos. Avances hacia la equidad de género. En: González, M. comp., *Teorías Psicosociales*, pp. 115-153. San José, Costa Rica: Editorial Universidad de Costa Rica.

González, M. (2012). *Psicología Política*. San José, Costa Rica: Editorial Universidad de Costa Rica.

González, M. (2013). Psicología Política y Feminismo. *Revista Psicología Política*, 13 (28), pp. 507-523.

Gray, T., Mohan, S., Lindow, S. y Farrell, T. (2019). Obstetric violence: Clinical staff perceptions from a video of simulated practice. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*: X, 1, pp. 1-15.

Hendel, L. (2017). Comunicación, infancia y adolescencia. Guía para periodistas. Perspectiva de género. Publicado por el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Buenos Aires: Argentina. Recuperado de: [https://www.unicef.org/argentina/sites/unicef.org.argentina/files/2018-04/COM-1\\_PerspectivaGenero\\_WEB.pdf](https://www.unicef.org/argentina/sites/unicef.org.argentina/files/2018-04/COM-1_PerspectivaGenero_WEB.pdf)

Heredia, I., Serván, E., Reyes, H. y Lozano, R. (2013). Brechas en la cobertura de atención continua del embarazo y el parto en México. *Instituto de Salud Pública de México*, 55 (2), pp. 249-258. Tomado de: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342013000800023](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342013000800023)

Hernández, R., Fernández, C. y Baptista P. (2014). *Metodología de la investigación. Sexta Edición*. México: Editorial McGraw-Hill. Recuperado de: [https://trabajosocialudocpno.files.wordpress.com/2017/07/metodologc3a3c2ada\\_de\\_la\\_investigac3a3c2b3n\\_-sampieri-\\_6ta\\_edicion1.pdf](https://trabajosocialudocpno.files.wordpress.com/2017/07/metodologc3a3c2ada_de_la_investigac3a3c2b3n_-sampieri-_6ta_edicion1.pdf)

Herrera, C. (2016). Obstetric violence: a new framework for identifying challenges to maternal healthcare in Argentina, *Journal of Reproductive Health Matters*, 24 (47), pp. 65-73.

Herrera, J. (2008). La complejidad de los derechos humanos: bases teóricas para una redefinición contextualizada. *Revista Internacional de Derecho e Ciudadania*, (1), pp. 103-135.

Hidalgo, R. (2004). Historias de las mujeres en el espacio público en Costa Rica ante el cambio del Siglo XIX y XX. *Cuaderno de Ciencias Sociales 132*, FLACSO: San José, Costa Rica.

Huchim, D. y Reyes, R. (2013). La investigación biográfico-narrativa una alternativa para el estudio de los docentes. *Revista Electrónica Actualidades Investigativas en Educación*, 13 (3), pp. 1-27. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/447/44729878019.pdf>

Instituto Interamericano de Derechos Humanos. (2007). *Atención Integral a víctimas de tortura en procesos de litigio. Aportes psicosociales*. Impreso por el IIDH, San José, Costa Rica.

Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, OIM y UNICEF. (2014). El impacto del conflicto armado en el estado psicosocial de niños, niñas y adolescentes. ICBF, OIM y UNICEF, Bogotá, Colombia. Recuperado de: <http://rni.unidadvictimas.gov.co/sites/default/files/Documentos/IMPACTO%20CONFLICTO%20ARMADO%20EN%20EL%20ESTADO%20PSICOSOCIAL%20DE%20NINOS%20Y%20ADOLESC>

ENTES.pdf

Istarú, A. (2016). *Baby boom en el paraíso; Hombres en escabeche*. San José, Costa Rica: Editorial Costa Rica.

Joy, R. (2016). Obstetric violence in South Africa. *Revista SAMJ*, 106 (5), pp. 423- 424.

La Barbera, M. (2016). Interseccionalidad, “un concepto viajero”: orígenes, desarrollo e implementación en la Unión Europea. *Revista Interdisciplina*, 4 (8), pp. 105-122.

Lagarde, M. (1990). Identidad femenina. *Texto difundido por CIDHAL (Comunicación, Intercambio y Desarrollo Humano en América Latina, A. C. - México)*. <http://www.laneta.apc.org/cidhal/lectura/identidad/texto3.htm>

Lagarde, M. (2005). *Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas*. México: Impreso por la Universidad Nacional Autónoma (UNAM).

León, A. (2012). Los fines de la educación. *Orbis. Revista Científica Ciencias Humanas*, 8 (23), pp. 4-50. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/709/70925416001.pdf>

Lerner, G. (1989). *La creación del Patriarcado*. Barcelona, España: Editorial Crítica.

Lira, C. (2018). *Aspectos constitucionales de la violencia obstétrica*. (Memoria para optar al Grado Académico de Licenciatura en Ciencias Jurídicas y Sociales, Universidad de Chile, Santiago, Chile).

Lira, E., Weinstein, E. y Salamovich, S. (1985-1986). El miedo: un enfoque psicosocial. *Revista Chilena de Psicología*, VIII, pp. 51-56.

Machado, A. (2014). *¿Cómo parimos? De la violencia obstétrica al parto humanizado*. (Tesis para optar el grado de Licenciatura en Psicología, Universidad de la República, Uruguay). Recuperado de:

<https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/123456789/5318/1/MACHADO.pdf>

Magnone, N. (2010). *Derechos y poderes en el parto: Una mirada desde la perspectiva de la humanización*. (Tesis para optar por el grado de Maestría en Sociología, Universidad de la República, Uruguay). Recuperado de: [http://cienciassociales.edu.uy/departamentodetrabajosocial/wp-content/uploads/sites/5/2016/08/tesis-maestria\\_-derechos-y-poderes-en-el-parto\\_magnone.pdf](http://cienciassociales.edu.uy/departamentodetrabajosocial/wp-content/uploads/sites/5/2016/08/tesis-maestria_-derechos-y-poderes-en-el-parto_magnone.pdf)

Magnone, N. (2011). Derechos sexuales y reproductivos en tensión: intervencionismo y violencia obstétrica. *Trabajo presentado en las X Jornadas de Investigación de la Facultad de Ciencias Sociales, UdelaR, Montevideo, 13-14 de setiembre de 2011*. Tomado de: <http://cienciassociales.edu.uy/wp-content/uploads/2013/archivos/Magnone.pdf>

Maldonado, M. (2018). *Humanización del Parto e incidencia de violencia obstétrica en la atención del embarazo, parto y puerperio de mujeres usuarias de las Instituciones de Salud del Municipio de Estelí en el periodo comprendido de agosto a noviembre del 2017*. (Seminario de Graduación para optar por el grado de Licenciatura en Trabajo Social, Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua: Nicaragua).

Marín, A. (2015, octubre 28). Investigadora de la UCR participó en audiencia de la CIDH. *Oficina de Divulgación e Información, Universidad de Costa Rica*. Recuperado de: <https://www.ucr.ac.cr/noticias/2015/10/28/investigadora-de-la-ucr-participo-en-audiencia-de-la-cidh.html>

Maroto, A. (2005). Derechos sexuales y derechos reproductivos en Costa Rica: perspectiva de diversos grupos de la sociedad. Publicado por la Asociación Demográfica Costarricense. Tomado de: [https://www.researchgate.net/publication/256820618\\_Asociacion\\_Demografica\\_Costarricense\\_Estudios\\_entr\\_e\\_personas\\_tomadoras\\_de\\_decisiones\\_Informe\\_de\\_Resultados](https://www.researchgate.net/publication/256820618_Asociacion_Demografica_Costarricense_Estudios_entr_e_personas_tomadoras_de_decisiones_Informe_de_Resultados)

Marqués, M. (2013). Parem a violência obstétrica! *Revista Brasileira de Sociologia da Emoção*, 12

(35), pp. 522-537.

Martín-Baró, I. (1990). *Psicología social de la guerra*. San Salvador, El Salvador, UCA Editores.

Martín-Baró, I. (2000). *Acción e ideología. Psicología social desde Centroamérica*. San Salvador, El Salvador, UCA Editores.

Martín-Baró, I. (2003). *Poder, ideología y violencia*. San Salvador, El Salvador, UCA Editores.

Marx, K. (2000). *El Capital. Crítica de la economía política. Libro I. Tomo I*. Madrid, España: Akal.

Mazarrasa, L. y Gil, S. (2007). Programa de Formación de Formadores/as en perspectiva de género. Módulo 12: Salud sexual y reproductiva. Publicado por el Ministerio de Sanidad y Política Social, Madrid: España. Recuperado de: [https://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/13modulo\\_12.pdf](https://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/13modulo_12.pdf)

Ministerio de Salud de Costa Rica. (2015). Política Nacional de Salud. “Dr. Juan Guillermo Ortiz Guier”. Publicada por el Ministerio de Salud de Costa Rica, San José: Costa Rica. Recuperado de: <http://www.binasss.sa.cr/plannacionalsalud.pdf>

Ministerio de Salud de Costa Rica. (2016). II Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Publicada por el Ministerio de Salud de Costa Rica, San José: Costa Rica. Recuperada de: <https://ccp.ucr.ac.cr/documentos/portal/Informe-2daEncuesta-2015.pdf>

Moreiras, L. y Dalcanale, C. (2017). Violência obstétrica no Brasil e o ciberativismo de mulheres mães: relato de duas experiências. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 21 (60), pp. 209-220.

Moscoso, V., Pérez, A. y Estrada, M. (2012). *Violencia contra las mujeres en el Estado de México. Informe de impacto psicosocial del feminicidio de Nadia Alejandra Muciño Márquez*. Publicado por la

Comisión Mexicana de Defensa y Promoción de los Derechos Humanos, México. Recuperado de:<http://cmdpdh.org/publicaciones-pdf/cmdpdh-violencia-contra-las-mujeres-en-el-estado-de-mexico.pdf>

Moscovici, S. (1985). *Psicología Social I: Influencia y cambio de actitudes. Individuos y grupos*. Editorial Paidós, Buenos Aires: Argentina.

Oliva, E. y Villa, V. (2014). Hacia un concepto interdisciplinario de la familia en la globalización. *Revista Justicia Juris*, 10 (1), pp. 11-20. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/jusju/v10n1/v10n1a02.pdf>

Oliveira, V. y Penna, C. (2017). Discussing obstetric violence through the voices of women and health professionals. *Texto Contexto Enfermería*, 26 (2), pp. 1-10.

Opazo, D., Ramírez, A. y Chamorro, C. (2017). Experiencias de mujeres víctimas de violencia obstétrica y de sus acompañantes de la Ciudad de Chillán. *Revista de Ciencias Sociales Collectivus*, 4 (2), pp. 1-9.

Organización de Estados Americanos (1994). *Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer, Convención Belém do Pará*. Tomado de: [http://www.unicef.org/argentina/spanish/ar\\_insumos\\_ConvencionBelem.pdf](http://www.unicef.org/argentina/spanish/ar_insumos_ConvencionBelem.pdf)

Organización de la Naciones Unidas (1994). *Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW)*. Publicado por la ONU, Ginebra: Suiza. Tomado de: [http://www.unicef.org/panama/spanish/Mujeres Co\\_web.pdf](http://www.unicef.org/panama/spanish/Mujeres Co_web.pdf)

Organización de la Naciones Unidas (1995). *Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer*. Publicado por la ONU, Ginebra: Suiza. Recopilado de: <http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/Beijing%20full%20report%20S.pdf>

Organización de las Naciones Unidas. (1995). *Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo*. Publicado por la ONU, Ginebra: Suiza. Recuperado de: [https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/icpd\\_spa.pdf](https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/icpd_spa.pdf)

Organización Mundial de la Salud (1985). *Recomendaciones sobre el parto y nacimiento* (Declaración de Fortaleza). Tomado de: <http://www.nacerencasa.org/>

Organización Mundial de la Salud (1999). Dando prioridad a las mujeres: Recomendaciones éticas y de seguridad para la investigación sobre la violencia doméstica contra las mujeres. Publicado por la OMS, Ginebra: Suiza. Recuperado de: [https://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/media/en/132.pdf](https://www.who.int/violence_injury_prevention/media/en/132.pdf)

Organización Mundial de la Salud (s.f.). Embarazo. Tomado de: <http://www.who.int/topics/pregnancy/es/>

Organización Mundial de la Salud (2014). Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención al parto en centros de salud. Publicado por la OMS, Ginebra: Suiza. Recuperado de: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134590/WHO\\_RHR\\_14.23\\_spa.pdf;jsessionid=71C02E0B2FE228009DCFE0509E530874?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134590/WHO_RHR_14.23_spa.pdf;jsessionid=71C02E0B2FE228009DCFE0509E530874?sequence=1)

Ortiz, M. (2013). *La amistad en los egresados de las Ciencias Sociales de la Universidad Nacional del Centro del Perú*. (Tesis para optar el Grado de Magíster en Antropología, Universidad Católica del Perú, Lima: Perú). Recuperada de: [http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/20.500.12404/5131/ORTIZ\\_ESPINAR\\_MANUEL\\_ADOLFO\\_%20AMISTAD.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/20.500.12404/5131/ORTIZ_ESPINAR_MANUEL_ADOLFO_%20AMISTAD.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Pickles, C. (2015). Eliminating abusive 'care'. A criminal law response to obstetric violence in South Africa. *SA Crime Quarterly*, 54, pp. 5-16.

Pires, A., Grilo, S. y Blima, L. (2002). Violence against women in health-care institutions: an emerging

problem. *The Lancet* (359), pp. 1681-1685.

Perera, D., Lund, R., Swanberg, K., Schei, B. y Infanti, J. (2016). ‘When helpers hurt’: women’s and midwives’ stories of obstetric violence in state health institutions, Colombo district, Sri Lanka. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18 (211), pp. 1-12.

Pereira, C., Domínguez, A. y Toro, J. (2015). Violencia obstétrica desde la perspectiva de la paciente. *Revista Obstétrica Ginecológica Venezolana*, 75 (2), pp. 81-90.

Pereira, J., Silva, J., Borges, N., Ribeiro, M., Auarek, L. y Souza, J. (2016). Violência Obstétrica: ofensa à dignidade humana. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research*, 15 (1), pp. 103-108.

Pereira, F. (2017). *Violencia obstétrica, desde una perspectiva de género*. (Trabajo Final de Graduación para optar por el grado de Psicología, Universidad de la República Uruguay, Montevideo: Uruguay).

Pinho, G., Calderón, M. y Nadal, A. (2017). Violência Obstétrica no Brasil: Uma revisão narrativa. *Revista de Psicologia & Sociedade* (29), pp. 1-11.

Pozio, M. (2016). La gineco-obstetricia en México: entre el “parto humanizado” y la violencia obstétrica. *Revista Estudos Feministas*, 24 (1), pp. 101-117.

Preciado, B. (2014). Huelga de úteros. *Revista Digital Números Rojos*. Tomado de: <http://blogs.publico.es/numeros-rojos/2014/01/29/huelga-de-uteros/>

Quattrocchi, P. (2018). Violencia obstétrica. Aportes desde América Latina. *Periódico do Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre Gênero e Direito*, 7 (01), pp. 20-46.

Quevedo, P. (2012). *Violencia Obstétrica, una manifestación oculta de la desigualdad de género*. (Tesis para optar el grado de Licenciatura en Trabajo Social, Universidad Nacional de Cuyo, Mendoza: Argentina).

Restrepo, A., Rodríguez, D. y Torres, N. (2016). *“Me des-cuidaron el parto”*: La violencia obstétrica y el cuidado recibido por el personal de la salud a mujeres durante su proceso de parto. (Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Enfermería, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá: Colombia).

Robles, K. (2018). Visibilizando otras formas de violencia contra las mujeres: violencia obstétrica (2015). *Revista Estudiantil de Antropología Usuré*, (I), pp. 44-49.

Rodríguez, A. (2005). Propuesta de intervención para la protección integral de niñas y adolescentes madres víctimas de explotación sexual comercial y sus hijos e hijas. En: Claramunt, C., Explotación sexual comercial. Propuestas de trabajo por una atención integral a las personas menores de edad víctimas, pp. 1-34. Organización Internacional del Trabajo, San José, Costa Rica. Recuperado de: [http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos\\_download/trata\\_de\\_personas\\_15.pdf](http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/trata_de_personas_15.pdf)

Rodríguez, A. y Aguilera, L. (2017). La violencia obstétrica, otra forma de violencia contra la mujer. El caso de Tenerife. *Revista Musas*, 2 (2), pp. 56-74.

Rodríguez, G., Gil, J. y García, E. (1999). *Metodología de la investigación cualitativa*. Málaga, España: Ediciones ALJIBE.

Romero, C. y Muro, A. (2015). Derechos sexuales y reproductivos. *Revista en Cultura de la legalidad*, 9, pp. 273-288. Tomado de: [https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKEwjkenXMHLAhWEGB4KHUc1BuUQFggeMAA&url=http%3A%2F%2Ferevist.as.uc3m.es%2Findex.php%2FEUNOM%2Farticle%2Fdownload%2F2827%2F1523&usg=AFQjCNFn\\_thZ5Het1rONKM1\\_KhrkW6HG3w&bvm=bv.116636494,d.dmo&cad=rja](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKEwjkenXMHLAhWEGB4KHUc1BuUQFggeMAA&url=http%3A%2F%2Ferevist.as.uc3m.es%2Findex.php%2FEUNOM%2Farticle%2Fdownload%2F2827%2F1523&usg=AFQjCNFn_thZ5Het1rONKM1_KhrkW6HG3w&bvm=bv.116636494,d.dmo&cad=rja)

Sadler, M., Santos, M., Ruíz, D., Leiva, G., Skoko, E., Gillen, P. y Clausen, J. (2016). Moving beyond disrespect and abuse: addressing the structural dimensions of obstetric violence. *Journal of Reproductive*

*Health Matters*, 24 (47), pp. 47-55.

Salaverry, A. (2016). *Breviario del deseo esquivo*, 2° Edic. San José, Costa Rica: Editorial Costa Rica.

Salazar, G. (2001). Un cuerpo propio. *Texto preparado para la Asociación de Estudios Latinoamericanos*, Washington: Estados Unidos. Recopilado de: <http://lasa.international.pitt.edu/Lasa2001/SalazarAntunezGilda.pdf>

Salinas, P. Y Cárdenas, M. (2009). *Métodos de investigación social*. Quito, Ecuador: Editorial “Quipus”, CIESPAL. Extraído de: <https://biblio.flacsoandes.edu.ec/catalog/resGet.php?resId=55376>

Sawaia, B. y Busarello, F. (2018). A dimensão política da vergonha: contribuições de Silvia Lane a psicologia comprometida com os povos indígenas. En: Sawaia, B. y Tais, G. (orgs.). *Silvia Lane: uma obra em movimento*, pp. 161-179. São Paulo, Brasil: EDUC.

Schettini, P. y Cortazzo, I. (2015). *Análisis de datos cualitativos en la investigación social: Procedimientos y herramientas para la interpretación de información cualitativa*. La Plata, Argentina: Editorial de la Universidad Nacional de La Plata (EDULP). Recuperado de: <https://libros.unlp.edu.ar/index.php/unlp/catalog/download/451/416/1497-1>

Segato, R. (2003). *Las estructuras elementales de la violencia. Ensayos sobre género entre la antropología, el psicoanálisis y los derechos humanos*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Bernal, Universidad Nacional de Quilmes.

Serrano, M. (2012). Prácticas en la atención de la salud que favorecen el derecho humano a la protección de la maternidad. *Revista Enfermería en Costa Rica*, 32 (2): pp. 19-26.

Silva, J. (2009). Capítulo 12: Aplicaciones del método biográfico: de memorias y olvidos. En: Salinas, P. y Cárdenas, M. (Eds.): *Métodos de investigación social*, pp. 447-482. Antofagasta, Chile: Editorial

“Quipus”, CIESPAL. Extraído de: <https://biblio.flacsoandes.edu.ec/catalog/resGet.php?resId=55376>

Silva, T., Melo, R., Sodré, M., Moreira, R. y Nascimento, Z. (2017). A extensão universitária e a prevenção da violência obstétrica. *Revista Ciência em Extensão*, 13 (1), p. 176-189.

Silva, M., Feijó, B., Lopes, F., Guerra, F., Santos, I., Rodrigues, G., Santos, M. y Anjos, S. (2018). Labor and birth in the rural region: obstetric violence. *Journal of Nursing*, 12 (9), pp. 2407- 2417.

Simoes, B. (2014). Parecer técnico psicológico sobre Caso Reformatório Krenak. (Inquérito Civil Público 1.22.000.000929/2013-49).

Soares, T., Grio, J., Melles, L., Ribeiro, S. y Gonsaga, A. (2015). Violência obstétrica: perfil assistencial de uma maternidade escola do interior do estado de São Paulo. *CuidArte Enfermagem*, 9 (1), pp. 18-25.

Sosa, I. (2018). Estratificación de la reproducción y violencia obstétrica en servicios públicos de salud reproductiva. *Revista Alteridades*, 28 (55), pp. 87-98.

Terán, P., Castellanos, C., González, M. y Ramos, D. (2013). Violencia obstétrica: percepción de las usuarias. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*, 73 (3), pp. 171-180.

Tesser, C., Knobel, R., Andrezzo, H. y Diniz, S. (2015). Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, 10 (35), pp. 1-12.

Turbau, R. (2017). Estudiar en la Facultad de Medicina. ¡Una experiencia surrealista! *Revista de Comunicación Interactiva: Mujeres y Salud*, 43. pp. 20-23. Recuperado de: [https://matriz.net/mys43/43\\_portada.htm](https://matriz.net/mys43/43_portada.htm)

Turégano, I. (2009). La violencia de género como vulneración de la dignidad humana: el papel del derecho en la lucha por la igual dignidad de la mujer. *Revista Quid Iuris*, 9, pp. 103-122. Recuperado de:

<http://historico.juridicas.unam.mx/publica/librev/rev/qdiuris/cont/9/cnt/cnt5.pdf>

Valdez, R., Hidalgo, E., Mojarro, M., y Arenas, L. (2013). Nueva evidencia a un viejo problema: el abuso de las mujeres en las salas de parto. *Revista CONAMED*, 18 (1), pp. 14-20.

Valitutti, G., Salas, S., Castro, X., Rojas, E. y Vargas, M. (2015). Segundo Estado de los Derechos Humanos de las Mujeres en Costa Rica. Publicado por el INAMU, San José: Costa Rica.

Vallana, V. (2016). *Parirás con dolor, lo embarazoso de la práctica obs-tétrica. Discursos y prácticas que naturalizan la violencia obstétrica en Bogotá*. (Tesis para optar por el grado de Magíster en Estudios Culturales, Universidad Javeriana, Bogotá: Colombia).

Varela, N. (2008). *Feminismo para principiantes*. Barcelona, España: Ediciones B, S.A.

Vega, M. (1996). Cambios en la sociedad costarricense en las décadas de los ochenta y noventa. *Anuario de Estudios Centroamericanos*, 22 (2), pp. 129-146.

Vergara, A. (2014). Víctimas sin voz. Violencia obstétrica. Tomado de: [http://neosdevida.blogspot.com/2014/04/articulo-violencia-obstetrica -victimas.html](http://neosdevida.blogspot.com/2014/04/articulo-violencia-obstetrica-victimas.html)

Villanueva, L. (2010). El maltrato en las salas de parto: reflexiones de un gineco-obstetra. *Revista CONAMED*, 15 (3), pp. 147-151.

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

Villegas, A. (2009). La violencia obstétrica y la esterilización forzada frente al discurso médico. *Revista Venezolana de Estudios de la Mujer*, 14 (32), pp. 125- 146.

Viveros, M. (2016). La interseccionalidad: una aproximación situada a la dominación. *Revista Debate*

*Feminista*, (52): pp. 1-17.

***Noticias:***

Cambronero, N. (2018). Rodolfo Piza pidió excluir el 'parto humanizado' del acuerdo con el Frente Amplio y Carlos Alvarado. Periódico La Nación, San José: Costa Rica. Tomado de: <https://www.nacion.com/el-pais/politica/rodolfo-piza-pidio-excluir-el-parto-humanizado/IEDTI3NP4ZAO3BWMR6RBQPKNCA/story/>

Chaves, D. (2015). Mujeres se unen en una marcha en contra de la violencia obstétrica. Radio Columbia versión digital. Tomado de: [http://www.columbia.co.cr/index.php/nacionales/11538\\_-mujeres-se-unen-en-una-marcha-en-contra-de-la-violencia-obstetrica](http://www.columbia.co.cr/index.php/nacionales/11538_-mujeres-se-unen-en-una-marcha-en-contra-de-la-violencia-obstetrica)

Elmundo.cr. (2018). Defensoría: CCSS debe garantizar atención prenatal a mujeres en estado de embarazo. Elmundo.cr, redacción. Recuperado de: <https://www.elmundo.cr/costa-rica/defensoria-ccss-debe-garantizar-atencion-prenatal-a-mujeres-en-estado-de-embarazo/>

Oviedo, S. (2015). Mujer dio a luz en baño de hospital sin atención. Periódico La Nación, San José: Costa Rica. Tomado de: [http://www.nacion.com/nacional/salud-publica/Mujer-luz-bano-hospital-atencion\\_0\\_1473652676.html](http://www.nacion.com/nacional/salud-publica/Mujer-luz-bano-hospital-atencion_0_1473652676.html)

Oviedo, S. (2015). Paciente denuncia violación a intimidad durante parto en Hospital de Las Mujeres. Periódico La Nación, San José: Costa Rica. Tomado de: [http://www.nacion.com/nacional/salud-publica/Mujer-denuncia-violacion-intimidad-Carit\\_0\\_1474252667.html](http://www.nacion.com/nacional/salud-publica/Mujer-denuncia-violacion-intimidad-Carit_0_1474252667.html)

Sala Constitucional (2015). Sala Constitucional resuelve amparo por presencia de personal de apoyo masculino en procedimientos que afectan la dignidad humana de la mujer. [Comunicado de prensa]. Recuperado de: <https://www.poder-judicial.go.cr/salaconstitucional/index.php/component/phocadownload/>

category/120-c2015?download=2149:sc-cp-12-15

Solís, M. (2018). 94 de cada 100 nacimientos se atienden en maternidades de la CCSS. CCSS, San José: Costa Rica. Recuperado de: <https://www.ccss.sa.cr/noticia?94-de-cada-100-nacimientos-se-atienden-en-maternidades-de-la-ccss>

Vídarrea, S. (2015). Da a luz en sanitario del Hospital de las Mujeres. Periódico Diario Extra, San José: Costa Rica. Tomado de: <http://www.diarioextra.com/Noticia/detalle/254628/da-a-luz-en-sanitario-del-hospital-de-las-mujeres>

***Páginas de internet:***

NICHHD. (s.f.). ¿Cuándo suele comenzar el trabajo de parto? Investigaciones sobre la salud: NICHHD. Florida: Estados Unidos. Tomado de: <https://www1.nichd.nih.gov/espanol/salud/temas/labor-delivery/informacion/Pages/trabajo.aspx>

Inatal. (s.f.). Las fases del parto: dilatación, expulsivo y alumbramiento. Parto: Inatal. Barcelona: España. Recuperada de: <https://inatal.org/el-parto/37-parto-normal-paso-a-paso/128-las-fases-del-parto.html>

## CAPÍTULO 10: Anexos

### 10.1. Anexo 1: Afiche de convocatoria para participar en la investigación

**¿Recibió malos tratos en algún hospital público durante el parto o el postparto?  
¿Le gustaría contar su historia de manera confidencial para una investigación?**

- ¿Tuvo su parto hace al menos un año?
- ¿Fue atendido en un hospital público costarricense?
- ¿Tiene entre 18 y 40 años?
- ¿Vive actualmente en territorio costarricense?

¿Le gustaría contar su experiencia? Con esto usted ayudará a contribuir al estudio del tema de violencia obstétrica, y puede que este conocimiento beneficie a otras personas en el futuro.



**UCR**  
UNIVERSIDAD DE COSTA RICA

**EPS**  
Escuela de  
Psicología

Por favor comunicarse con Melissa Hernández al tel. 8314-9939 o al correo electrónico [melissa.hdez.vargas@gmail.com](mailto:melissa.hdez.vargas@gmail.com) para tener más información

## 10.2. Anexo 2: Consentimiento Informado.



UCR  
UNIVERSIDAD DE COSTA RICA

EPS  
Escuela de  
Psicología

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA

VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN

COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO

Teléfonos:(506) 2511-4201

Telefax: (506) 2224-9367

### FÓRMULA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

**Para ser participante en una investigación denominada:**

**“Impacto psicosocial de la violencia obstétrica a través de relatos de vida de mujeres”.**

**Nombre de la Investigador Principal:** Melissa Hernández Vargas.

**Nombre de la participante:**

**A. PROPÓSITO DEL PROYECTO:** Este estudio es realizado por la estudiante de Psicología de la Universidad de Costa Rica, Melissa Hernández Vargas, quien se encuentra finalizando su trabajo final de graduación para optar por el grado en Licenciatura en Psicología. El propósito del proyecto es conocer las experiencias de las mujeres en los períodos de parto y postparto, así como las consecuencias de estas vivencias a nivel personal y en sus relaciones con otras personas. Por esto, se les solicita a las mujeres un relato de su experiencia tal y como fue vivida por cada una.

**B. ¿QUÉ SE HARÁ?:** Se realizarán una o más entrevistas personales. Esto dependerá de sus posibilidades y disponibilidad, así como de un acuerdo entre nosotras. La entrevista se realizará en la fecha y el lugar que

acordemos anteriormente, y podría durar alrededor de una hora o una hora y media.

Se preguntarán aspectos generales sobre la atención recibida en el embarazo, el parto y el período posterior al parto, el trato recibido en el hospital, y cómo vivió esta experiencia a nivel personal, familiar, con su pareja y en su comunidad.

Por último, con el fin de rescatar todos los datos que mencione, ya que su relato y conocimiento de la experiencia que vivió es sumamente importante, se utilizará una grabadora de audio para registrar la entrevista. Esta grabación no será compartida con ninguna otra persona y se utilizará de manera anónima, esto quiere decir que no se divulgará su nombre, ni ningún otro dato que pudiera usarse para identificarla.

**C. RIESGOS:** Al ser una entrevista, no se espera que exista un riesgo directo sobre su persona, pero el compartir el relato de una experiencia de violencia obstétrica podría tener algún impacto a nivel emocional, el cual se espera que sea transitorio. De ser necesario, la investigadora participante podría realizar una referencia al profesional apropiado para que se le brinde el acompañamiento profesional requerido.

**D. BENEFICIOS:** Como resultado de su participación en este estudio, no obtendrá ningún beneficio directo, sin embargo, es posible que la investigadora aprenda más acerca del tema de la violencia obstétrica y su impacto en la vida de las mujeres. Este conocimiento puede aportar a la Psicología y puede que también beneficie a otras personas en el futuro.

**E.** Antes de dar su autorización para este estudio usted debe haber hablado con Melissa Hernández Vargas y ella debe haber contestado satisfactoriamente todas sus preguntas. Si quisiera más información más adelante, puede obtenerla llamando a Melissa Hernández Vargas al teléfono 8314-9939 en el horario lunes a viernes de 10.00 a.m. a 4:00 p.m. Además, puede consultar sobre los derechos de los Sujetos Participantes en Proyectos de Investigación a la Dirección de Regulación de Salud del Ministerio de Salud, al teléfono 22-57-20-90, de lunes a viernes de 8 a.m. a 4 p.m. Cualquier consulta adicional puede comunicarse a la Vicerrectoría de

Investigación de la Universidad de Costa Rica a los teléfonos 2511-4201 o 2511-5839, de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m.

**F.** Recibirá una copia de esta fórmula firmada para su uso personal.

**G.** Su participación en este estudio es voluntaria y tiene derecho de negarse a participar o finalizar su participación en cualquier momento.

**H.** Su participación en este estudio es confidencial, los resultados podrían aparecer en una publicación científica o ser divulgados en una reunión científica, pero de una manera anónima.

**I.** No perderá ningún derecho legal por firmar este documento.

## **CONSENTIMIENTO**

He leído o se me ha leído, toda la información descrita en esta fórmula, antes de firmarla. Se me ha brindado la oportunidad de hacer preguntas y éstas han sido contestadas en forma adecuada. Por lo tanto, accedo a participar como sujeto de investigación en este estudio

---

Nombre, cédula y firma del sujeto

Fecha

---

Nombre, cédula y firma del testigo

Fecha

---

Nombre, cédula y firma de la Investigadora que solicita el consentimiento    Fecha

### 10.3. Anexo 3: Guía de Entrevista para relatos de vida.

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

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

Entrevista realizada por: Melissa Hernández

#### **DATOS GENERALES:**

Nombre de entrevistada:

Seudónimo:

Edad actual: \_\_\_\_\_ Edad al momento del parto sobre el cual refiere el relato: \_\_\_\_\_

Estado Civil:

Escolaridad:

Trabajaba o estudiaba en ese momento fuera del hogar:

Centro de salud en el que se atendió el parto:

Fecha del parto:

Cantidad de hijos e hijas:

¿Primera experiencia de parto? (anotar si esta es la experiencia a la que refiere el relato):

Fecha del último parto (anotar si esta es la experiencia a la que refiere el relato):

**Preguntas generadoras:** El objetivo de esta entrevista es enfatizar en la narración y en el relato de cada mujer.

Eso sí, a continuación, se presentarán algunos aspectos que rescatan elementos teóricos sobre el fenómeno de la violencia obstétrica. Esta guía pretende brindar una orientación a la hora de realizar las entrevistas por si no se ha mencionado alguno de los siguientes aspectos.

***Pregunta introductoria:***

1. Por favor, cuénteme sobre la experiencia de parto que quiere compartir. Si son varias, ¿cuál es la más importante?

***I Momento: Manifestaciones de violencia obstétrica (momentos previos, durante el parto y en el postparto):  
Corresponde al objetivo 1: Identificar las experiencias de violencia obstétrica acontecidas en los períodos de parto y postparto.***

### ANTES

1. ¿Cómo fueron estos momentos anteriores al parto?
2. ¿Hubo alguna situación que la incomodó?

Indagar sobre:

- Inicio del trabajo de parto: rompimiento de la fuente u otro que ella considere.
- Dónde se encontraba y con quiénes.
- Traslado al hospital.
- Llegada al hospital, quiénes y cómo la recibieron.
- Acompañamiento de familiares y/o pareja.
- Lugar en el que permaneció en estos momentos previos al parto.
- Procedimientos realizados (tactos vaginales, colocación de medicamentos u otros). Quiénes los realizaron, si pidieron su aprobación.
- Consumo de alimentos o líquidos.
- Información que le brindaron.
- Atención y tratos recibidos.

## DURANTE

1. Por favor, cuénteme, ¿cómo fue la experiencia de parto?
2. ¿Sintió que algo de lo que pasó durante este momento fue un mal trato por parte del personal de salud?
3. ¿Cómo se sintió con este trato recibido?

Indagar sobre:

- Lugar en el que se dio el parto, si hubo un traslado para este momento del lugar en el que se encontraba anteriormente.
- ¿Quién decidió que ya era momento de iniciar el proceso de parto? (fin: saber si ella tomó la decisión y fue escuchada, si fue por algún tipo de emergencia o si, por el contrario, alguna persona del personal realizó algún apuro para acelerar el proceso).
- Acompañamiento de familiares y/o pareja.
- Críticas por expresar alguna emoción como llanto, enojo, alegría, euforia u otra.
- Procedimientos médicos y uso de medicamentos (uso de fórceps, episiotomía, maniobra de Kristeller u otra). Quién lo realizó y si pidieron su aprobación.
- Información que le brindaron (actitud, respuestas, tipo de información, lenguaje accesible y sencillo).
- Comentarios, burlas, críticas o prejuicios sobre lo que ella hacía o decía.
- Comentarios sobre su sexualidad o sobre su cuerpo.
- Impedimento de alguna acción (movimiento, expresarse u otra).
- Atención y tratos recibidos.

## DESPUÉS

1. Cuénteme qué sucedió luego de que naciera su bebé (primeros minutos y hasta la cuarentena).
2. ¿Sintió que algo de lo que pasó durante este momento fue un mal trato por parte del personal de salud?

3. ¿Cómo se sintió con este trato recibido?

Indagar sobre:

- Contacto con su bebé (cuánto tiempo).
- Información sobre los procedimientos que seguían o sobre el estado de su bebé.
- Procedimientos médicos y uso de medicamentos.
- Atención y tratos recibidos.
- Al salir del hospital, ¿tuvo que volver al hospital por alguna complicación suya?

***II Momento: Impacto psicosocial (consecuencias que se dan en diferentes ámbitos de la vida de las mujeres: subjetivo, emocional, físico, sexual, relacional e intersubjetivo):***

***Corresponde al objetivo 2: Reconocer las consecuencias que se dan en diferentes ámbitos de la vida de las mujeres (subjetivo, emocional, físico, sexual, relacional e intersubjetivo) que vivieron una experiencia de violencia obstétrica.***

#### SUBJETIVO/ PSICOLÓGICO/ EMOCIONAL

1. Por favor, cuénteme, ¿qué significó esa experiencia de maltrato en su vida?, ¿cambió algo? OJO: Consultarla apenas aparezca el tema.
2. A nivel emocional, ¿qué sentía? (enojo, tristeza, vergüenza, miedo), ¿qué pensaba? (durante y después de la experiencia de violencia obstétrica).
3. ¿Alguna vez ha soñado o tiene recuerdos de la experiencia?
4. ¿Habló con alguien de esta experiencia?
5. ¿Buscaste o tuviste algún tipo de apoyo institucional o de otro tipo luego de esta experiencia de maltrato?

Indagar sobre:

- Expectativas sobre el proceso.
- Perspectivas de ser madre y ser mujer.
- Relación o visión de su cuerpo.
- Cambio de hábitos y aislamiento.
- Emociones, sentimientos, pensamientos.

### FÍSICO

1. ¿Hubo alguna cicatriz que quedó en su cuerpo producto de esta experiencia?
2. Luego de esta vivencia, ¿apareció alguna enfermedad?, ¿cree usted que tuvo algo que ver o está relacionada con esta experiencia?

### SEXUAL Y REPRODUCTIVA

1. ¿Cómo afectó esta experiencia su vida sexual?
2. ¿Cómo afectó esta experiencia su salud reproductiva? (uso de anticonceptivos, acceso a servicios de salud como ir a ginecología, hacerse el papanicolau o algún otro procedimiento).

Indagar sobre:

- Perspectivas a futuro sobre tener más hijos e hijas.
- Si los tuvo, ¿cómo influyó esta experiencia?, ¿tenía miedo que volviera a ocurrir algo similar?, ¿se preparó de alguna manera?
- Significado de tener hijas e hijos para usted, hubo cambios en esta concepción.

## LABORAL Y/O ESTUDIOS

1. ¿Esta experiencia de maltrato afectó su regreso al trabajo o al lugar de estudios?

Indagar sobre:

- Cuando regresó.
- Reacciones y comentarios de compañeros y compañeras, si sabían o supieron de la experiencia.
- Cambios en notas.
- Cambio en horario laboral y su ¿rendimiento laboral?
- Cambio en ingresos económicos.

RELACIÓN DE PAREJA (Estas preguntas se realizarán siempre y cuando la mujer manifieste haber tenido o tener en la actualidad pareja. Debo dirigir las preguntas según el tiempo que se requiera. Por ejemplo, si tuvo pareja en el momento de la experiencia y ya no, abordarlo en pasado. Si, por el contrario, en aquel momento no tenía pareja y ahora sí, consultar si esta experiencia ha tenido alguna influencia en esta nueva relación).

1. ¿Esta experiencia de maltrato afectó o ha afectado su relación de pareja?

Indagar sobre:

- Relación de pareja antes y después de la experiencia.
- Cambios positivos o negativos.
- Momentos de crisis, conflictos o separaciones.
- Cambio en su comunicación o en los temas de conversación (si evitaban hablar del tema, si ella quería hablar del tema y él no, o, al contrario).
- Comentarios realizados por la pareja sobre esta experiencia.

- Apoyo recibido.

## FAMILIAR

1. ¿Esta experiencia de maltrato afectó las relaciones con su familia?

Indagar sobre:

- Relaciones y convivencia familiares antes y después de la experiencia.
- Cambios positivos y negativos.
- Momentos de crisis, conflictos o separaciones.
- Cambio en su comunicación o en los temas de conversación (si evitaban hablar del tema, si ella quería hablar del tema y él no, o, al contrario).
- Comentarios realizados por familiares sobre esta experiencia.
- Apoyo familiar.

### *Preguntas de cierre:*

1. Indagar si conoce el término “violencia obstétrica”.
2. ¿Cree usted que estas experiencias le han sucedido a otras mujeres?
3. ¿Por qué cree usted que acontecen estas situaciones?
4. ¿Cómo debería ser la atención que se brinda en los hospitales públicos durante la atención obstétrica?
5. ¿Qué se podría hacer para mejorar esta atención?

#### **10.4. Anexo 4: Guías de entrevistas semiestructuradas a profesionales**

**1. Ileana Quirós Rojas (CCSS). Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud de la C.C.S.S. (2009). Parte del grupo ejecutor de la Guía de Atención Integral a las mujeres, niños y niñas en el período prenatal, parto y postparto (2009). Coordinadora técnica en temática del cáncer de la CCSS.**

##### **Datos generales:**

Fecha de entrevista:

Lugar de entrevista:

Hora de Inicio:

Hora Final:

Nombre completo: Ileana Quirós Rojas

¿Cómo le gustaría que aparecieran sus datos en la entrevista? (anónimo, nombre e institución, profesión e institución o alguna otra).

Profesión:

Vinculación con el tema:

##### **Preguntas generadoras:**

1. ¿Cuál fue su participación en el desarrollo de la Guía de Atención Integral a las mujeres, niños y niñas en el período prenatal, parto y postparto?

INDAGAR: cómo se decidió trabajar en esta guía, quiénes participaron, cómo se dio el proceso de

investigación, cuál era el fin de la guía, a quién estaba dirigida, implementación y estado actual de la guía, complicaciones, alcances y limitaciones).

2. ¿Conoce el término violencia obstétrica? En caso de respuesta afirmativa, ¿cómo lo define?

3. Según su experiencia y conocimientos, ¿en qué momentos ligados al proceso de embarazo, parto y postparto suele ser más frecuente la violencia obstétrica?, ¿por parte de quiénes es más usual que se dé el ejercicio de esta forma de violencia?

4. ¿Cree usted que hay efectos o afectaciones en la vida de las mujeres al atravesar una experiencia de violencia obstétrica? ¿Cuáles podrían ser?

5. ¿Existen mecanismos para la denuncia de casos de violencia obstétrica en las instituciones de la C.C.S.S.? En caso de respuesta afirmativa, ¿hay seguimiento a estas denuncias?

6. Tiene algún otro comentario o temática que quiera agregar a lo que hemos conversado.

**2. Viviana Guerrero Chacón. Escuela de Filosofía, UCR. Investigaciones en el CIEM junto a Gabriela Arguedas y Kira Schroeder: “Poder obstétrico en Costa Rica: Políticas públicas y gestión institucionalizada del embarazo, parto y postparto” y “Recopilación, sistematización y análisis de las experiencias de observatorios relacionados con salud sexual y salud reproductiva, derechos sexuales y derechos reproductivos, y V.O. para el diseño de un observatorio de la V.O.”.**

**Datos generales:**

Fecha de entrevista:

Lugar de entrevista:

Hora de Inicio:

Hora Final:

Nombre completo: Viviana Guerrero Chacón

¿Como le gustaría que aparecieran sus datos en la entrevista? (anónimo, nombre e institución, profesión e institución o alguna otra).

Profesión:

Vinculación con el tema:

**Preguntas generadoras:**

1. ¿Cuál es la definición de violencia obstétrica que ha utilizado en su trabajo?, ¿ha cambiado con el tiempo?
2. ¿Qué factores socioculturales, históricos o institucionales considera usted que inciden en la violencia obstétrica?
3. ¿Cuáles han sido las principales manifestaciones de violencia obstétrica que han encontrado en el contexto costarricense?
4. ¿En sus investigaciones han identificado los impactos o efectos que tiene la violencia obstétrica en la vida de las mujeres?
5. ¿Qué implicaciones éticas existen en el trabajo de esta temática?
6. Tiene algún otro comentario o temática que quiera agregar a lo que hemos conversado.

\* NOTA: Solo si alcanza el tiempo o informalmente: ¿existen iniciativas de organizaciones o colectivos para trabajar este tema?

**3. Ignacio Dobles Oropeza. Psicólogo social, profesor Escuela de Psicología, UCR. Diferentes trabajos en torno a lo psicosocial, trauma psicosocial, obra de Martín Baró, psicología social, categoría de daño psicosocial, violencia, subjetividad y política, entre otros.**

**Datos generales:**

Fecha de entrevista:

Lugar de entrevista:

Hora de Inicio:

Hora Final:

Nombre completo: Ignacio Dobles Oropeza

¿Como le gustaría que aparecieran sus datos en la entrevista? (anónimo, nombre e institución, profesión e institución o alguna otra).

Profesión:

Vinculación con el tema:

**Preguntas generadoras:**

1. Me podría contar sobre su trabajo en torno a los conceptos de trauma psicosocial propuesto por Martín- Baró y las elaboraciones sobre el tema de daño psicosocial.

2. ¿Se pueden diferenciar estos conceptos o son similares?

3. ¿Qué efectos o consecuencias generan el trauma psicosocial y el daño psicosocial? ¿existen referencias en la literatura sobre esto?

4. ¿Qué opina sobre el término impacto psicosocial?
5. ¿Qué podemos aportar desde la psicología al estudio y trabajo del trauma psicosocial y/o daño psicosocial cuando este se vive a partir de experiencias individuales?
6. Tiene algún otro comentario, temática o recomendación que quiera agregar a lo que hemos conversado.