



**UNIVERSIDAD DE ARTES, CIENCIAS Y COMUNICACIÓN  
FACULTAD DE HUMANIDADES Y CIENCIAS SOCIALES  
ESCUELA DE PSICOLOGÍA**

Trabajo para optar al Grado Académico de Licenciado/a en Psicología y al  
Título Profesional de Psicólogo/a

“DESCRIPCIÓN DE LA EXPERIENCIA DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA VIVIDA  
POR LA DIADA PARENTAL DURANTE EL PERIODO PERINATAL Y SUS  
CONSECUENCIAS EN LA SALUD MENTAL”

Profesora guía

Ps. Irma Morales Reyes

Estudiantes

Francisca Andrea Ortiz Silva

Paulina Francisca Silva Celis

Cassandra Yanett Silva Opazo

Santiago de Chile, octubre de 2020

## **Resumen**

Si bien el fenómeno de violencia obstétrica es un hecho presente a lo largo de la historia, su definición como tal es relativamente reciente y deriva del aumento en la medicalización del parto y la supremacía del conocimiento médico, que perpetúa la jerarquía existente entre personal médico y paciente.

El presente estudio busca describir la experiencia de violencia obstétrica vivida por la diada parental, durante el periodo perinatal y sus consecuencias en la salud mental. Para ello, se utilizó una metodología cualitativa con enfoque fenomenológico de tipo exploratorio, realizando entrevistas en profundidad a parejas biparentales, heterosexuales, casadas o convivientes de la región Metropolitana, que hayan compartido la vivencia en parte o el proceso perinatal completo y que durante este periodo hayan experimentado algún tipo de violencia obstétrica. La relevancia de este estudio radica en la escasa visibilidad de este fenómeno vivido por la diada parental, las consecuencias para cada uno de los protagonistas y para la relación entre ambos.

Dentro de los resultados encontrados, destaca que la experiencia de violencia obstétrica está relacionada directamente con la atención de los profesionales y su calidad humana, así como de la rigidez en los protocolos dentro de las instituciones de salud; en el caso del padre la violencia se ve manifestada en la escasa participación y en el rol secundario al cual se ve relegado. Esto lleva a plantear las implicancias de esta experiencia en la salud mental y en la construcción de la parentalidad, cobrando relevancia la necesidad de inclusión del Psicólogo dentro del proceso de embarazo, parto y post parto.

**Palabras Clave:** *Violencia obstétrica, Parentalidad, Salud mental, Embarazo, Asimetría.*

### **Abstract**

While the phenomenon of obstetric violence is a fact that is present throughout history, its definition as such is relatively recent and derives from the increase in the medicalization of childbirth and the supremacy of medical knowledge, which perpetuates the hierarchy between medical and patient personnel.

This study seeks to describe the experience of obstetric violence experienced by the parental dyad during the perinatal period and its consequences.... To do this, a qualitative methodology with an exploratory phenomenological approach was used conducting in-depth interviews with married or cohabiting heterosexual biparental couples in the Metropolitan region, who have shared part experience or the entire perinatal process and who during this period have experienced some form of obstetric violence. The relevance of this study lies in the low visibility of this phenomenon experienced by the parental dyad, the consequences for each of the protagonists of this experience and the relationship between them.

Among the results found, it emphasizes that the experience of obstetric violence is directly related to the care of professionals and their human quality, in the case of the father the violence is manifested in the low participation and relegated to a secondary role (passive observer). This leads to the raising of the implications of this experience in mental health and in the construction of parentality, gaining relevance the need for inclusion of thpre Psychologist within the process of pregnancy, childbirth and postpartum.

**Keywords:** *Obstetric violence, Parentality, Mental Health, Pregnancy, Asymmetry.*

En las últimas décadas, Chile ha conseguido logros significativos en salud reproductiva, alcanzando una cobertura de atención profesional del 99,8% y situándose en estándares de salud comparables con países desarrollados a nivel mundial (Valenzuela, Uribe & Contreras, 2011). Lo anterior, tiene relación con su alineación a políticas internacionales de salud que tienen como objetivo principal disminuir la mortalidad materna, mejorar la atención profesional del parto y la calidad de la atención obstétrica (Valenzuela et al., 2011).

El proceso de embarazo y parto ha sufrido importantes cambios a partir del siglo XIX, relacionados con la asistencia médica que han recibido mujeres y recién nacidos en la etapa previa, durante y después del parto (Zárate, 2008). Esto ha favorecido la disminución de las tasas de mortalidad y morbilidad materno fetal, sin embargo, los avances en la medicina han puesto de manifiesto la adopción de una serie de intervenciones, muchas veces inapropiadas y/o innecesarias que han vinculado el periodo perinatal a un momento de gran vulnerabilidad; haciendo referencia a una posición de inferioridad donde se justifica el sometimiento de las gestantes a la autoridad médica, argumentando la protección de sus hijos y de sí mismas (Al Adib, Ibáñez, Casado & Santos, 2017).

Este antecedente se asocia a que aún nos encontramos bajo un sistema autoritario, misógino y jerarquizado, que tiende a cosificar a las mujeres reduciéndolas a una cifra más dentro de las estadísticas de los centros de salud (Fernández, 2015). Es así como, tanto en instituciones hospitalarias públicas como privadas, la violencia contra la

mujer se ha naturalizado, producto de los paradigmas imperantes de la tecnificación y medicalización del parto, situando a la mujer como objeto de intervención y no como un sujeto de derecho, facilitando relaciones del tipo asimétricas y verticales, dentro de un marco de desigualdad, que tiene como fin último reducir su autonomía anulando su poder de decisión (Belli, 2013).

Existen diversas entidades políticas, sociales, judiciales, legales e individuales que buscan, no solo la comprensión del fenómeno de la violencia, estableciendo nociones generales de las situaciones que se entenderán como tal, sino que además buscan estipular sanciones con penas establecidas de aquellas conductas que incluyen el uso de la violencia, como delito. Es así como la Organización Mundial de la Salud [OMS] (2002), define la violencia como el uso deliberado de la fuerza física o del poder en diferentes grados, que inician en la amenaza y continúan hasta las lesiones o la muerte, pudiendo ser estas conductas desplegadas contra uno mismo, contra otro o contra un grupo/comunidad y afectando con ello el adecuado desarrollo del ser humano y sus derechos a la salud y vida.

La definición anterior, permite establecer que el acto violento está relacionado con la diferencia y uso del poder para un beneficio o para causar daño. Existiendo una resistencia entre quien lo ejerce, ya que no desea perder su situación de privilegio, control y supremacía; y el subyugado, quien busca romper esta diferencia de poder para recobrar su autonomía e individualidad (Huerta, 2007).

En el año 2018, se propone en Chile el Proyecto de ley de parto respetado y fin a la violencia gineco-obstétrica, que la define como “todo maltrato o agresión psicológica, física o sexual, omisión o negación injustificada que suceda durante la atención de la gestación, preparto, parto, postparto, aborto, en las causales establecidas por la ley y en el marco de la atención de la salud sexual y reproductiva de la mujer” (OVO, 2018).

Del mismo modo, la violencia obstétrica es considerada como una forma de violencia de género y de violación de derechos humanos fundamentales, como lo es el derecho a la salud (Villaverde, 2006). Lo anterior, se apoya en el paradigma médico vigente, expresado mayoritariamente en el trato deshumanizado hacia la mujer embarazada, en la tendencia a patologizar los procesos reproductivos naturales y en múltiples manifestaciones que resultan amenazantes en el contexto de la atención de la salud sexual, embarazo, parto y postparto (Belli, 2013). Si bien, por definición la violencia ejercida hacia un hombre no puede ser considerada como violencia de género, debido a que no está directamente vinculada a la desigual distribución del poder y a las relaciones asimétricas que se establecen entre el hombre y la mujer (Yugueros, 2014); la violación de derechos humanos afecta a ambos sexos sin distinción, lo que en el caso del hombre estaría relacionado con el constructo social del estereotipo de género masculino con el que debe cumplir y con la asimetría de poder que se establece entre el personal médico y el padre acompañante durante el periodo perinatal (Organización de las Naciones Unidas [ONU], 2018).

Por largo tiempo, el rol del padre durante la etapa del embarazo, parto y durante la infancia temprana ha sido poco reconocido, recayendo toda la importancia en el binomio materno-infantil, siendo la madre considerada como la figura principal de apego (Medel & Rauld, 2011).

En la actualidad, el acompañamiento del padre se encuentra garantizado, por el Sistema de Protección Integral a la Infancia Chile Crece Contigo, que garantiza una atención personalizada del proceso del nacimiento, promoviendo activamente su participación (Ministerio de Salud [MINSAL], 2012). Sin embargo, aún existe un vacío de conocimiento en torno a la relevancia del acompañamiento del padre durante el periodo perinatal. Diversos estudios, refuerzan la idea de que la presencia y apoyo

emocional que brinda el padre durante dicho periodo, contribuye significativamente a disminuir la necesidad de uso de medicamentos analgésicos y construir una experiencia de parto positiva; además de permitir al padre sentirse activo y participante, disminuyendo las posibilidades de exclusión (Uribe, Contreras & Hoga, 2018).

Actualmente, el concepto de parto humanizado se refiere a una forma de atención en donde se respeta el derecho de la mujer, el padre y el recién nacido durante su nacimiento, convirtiéndolos en protagonistas de esta experiencia (Aravena, Salazar & Stormesan, 2013).

En América Latina, muy pocos países han establecido regulaciones que pretendan enfrentar directamente el fenómeno de la violencia obstétrica, siendo Venezuela el primero en tipificarla como delito en el año 2007. Argentina por su parte, cuenta desde el 2004 con la Ley de Parto Humanizado, en la cual no se define violencia obstétrica como tal, sino que establece una serie de derechos que las mujeres poseen en relación con su embarazo, parto y postparto (Díaz & Fernández, 2018). En México, desde el año 2007, cuentan con la Ley general de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia. Su objetivo es prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres, pero carece de una referencia específica a la violencia obstétrica (Díaz & Fernández, 2018).

En Chile, la Mesa de Violencia Obstétrica y Parto Respetado presentó el año 2017 el proyecto de ley denominado “Parto Humanizado”, el cual busca garantizar los derechos del recién nacido y de las mujeres durante la gestación, parto y postparto (Moreno, 2018). La idea es agregar un nuevo capítulo a la ley 20.584, de derechos y deberes del paciente, por lo que en el proyecto se incluye un listado de derechos para las madres gestantes, los recién nacidos y para el padre o acompañante. Adicionalmente, se mencionan los actos que constituyen maltrato o faltas de respeto, además de enumerarse

intervenciones de rutina sin justificación y contraindicadas en mujeres de bajo riesgo obstétrico (Moreno, 2018).

Según la OMS (2015), la violencia sufrida en el parto incrementa el riesgo de padecer complicaciones obstétricas y trastornos depresivos, así como las posibilidades de tener bebés con insuficiencia pre ponderal, abortos, depresión y otros trastornos como el síndrome de estrés postraumático. A pesar de la relevancia de este fenómeno, parece ser que su invisibilidad radica en la escasez de datos existentes sobre sus efectos y consecuencias (Calvo & Camacho, 2014).

Lo anterior, nos lleva a reflexionar sobre la importancia de considerar el fenómeno de violencia obstétrica vivida durante este periodo, no solo desde el punto de vista de la madre, sino también por el padre que acompaña este proceso, entendiendo que dicha violencia puede repercutir tanto en la pareja como en la crianza y el vínculo con el bebé.

Durante los últimos años, la violencia obstétrica ha sido mayormente visibilizada, sin embargo, aún no existe un consenso a nivel mundial sobre cómo definir y medir científicamente dicha problemática. Debido a esto, es primordial desarrollar nuevas investigaciones que apunten a la comprensión del fenómeno y su impacto en los protagonistas de esta experiencia, la diada parental. Entendiendo que el rol del padre es cada día más valorado y reconocido en esta experiencia de vida, el identificar acciones que permitan prevenir y erradicar estas prácticas de violencia se convierte en un desafío y necesidad urgente.

¿Cómo vive la diada parental la experiencia de violencia obstétrica durante el periodo perinatal y cuáles son sus consecuencias en la salud mental?

En base a lo expuesto anteriormente, la presente investigación se plantea como objetivo general, describir la experiencia de violencia obstétrica vivida por la diada



parental durante el periodo perinatal y sus consecuencias en la salud mental. Para este propósito se intentará identificar los tipos de violencia vividos por la diada parental durante el período perinatal, ya sea de orden físico, psicológico, verbal, entre otros y distinguir las formas o acciones en la que ésta se expresa; como maniobras inapropiadas, manejo inadecuado del dolor, intimidación, omisión de información relevante entre otras, para finalmente describir las consecuencias asociadas a la experiencia de violencia obstétrica experimentada por la diada parental.

## **Metodología**

### ***Tipo de estudio***

La presente investigación, es de tipo exploratorio con un enfoque cualitativo fenomenológico:

Éste entiende el mundo como algo en permanente construcción, no acabado donde los sujetos que lo viven son los encargados de modificarlo y darle significado. La forma de ver el mundo y los significados que le dan los sujetos al fenómeno de estudio constituye la realidad y lo relevante de estudiar. El contexto en el que transcurre el fenómeno de estudio es un aspecto importante, se reconoce que este se da en una situación y medio específico, con características únicas (Salgado, 2007).

Al ser un estudio de tipo cualitativo, y con diseño no experimental, se accede a la realidad y fenómeno que se intenta describir de manera directa sin la manipulación de variables para la obtención de información, logrando conocer con validez y confiabilidad el modo en que los protagonistas describen la experiencia de violencia obstétrica durante el periodo perinatal.

## ***Participantes***

Los participantes fueron seleccionados a través de un tipo de muestreo no probabilístico de conveniencia, utilizando la estrategia de “bola de nieve”. Para el desarrollo de la investigación se consideró como unidad de análisis la diada parental; utilizando como criterios de inclusión que fuesen parejas biparentales heterosexuales, casadas o convivientes de la Región Metropolitana, que hayan compartido la vivencia en parte o el proceso perinatal completo y que durante este periodo, sientan haber sido foco de algún tipo de manifestación de violencia obstétrica, en un período no mayor a cinco años para padres primerizos y diez años para embarazos posteriores; además solo fueron considerados embarazos con hijos nacidos vivos. Finalmente, se realizaron ocho entrevistas con un total de dieciséis participantes. Todas las sesiones fueron audio grabadas, previo consentimiento informado y posteriormente fueron transcritas de manera integral para aplicar sobre éstas el análisis.

Tabla 1.

### *Caracterización de los participantes*

<b>Participante</b>	<b>Comuna</b>	<b>Edad</b>	<b>Lugar del hijo en la fratría</b>	<b>Tipo de parto</b>	<b>Características embarazo / parto</b>	<b>Afiliación</b>	<b>Atención</b>
<b>Diada 1</b> Nancy y Andrés	Santiago	29-30	1 de 1	Cesárea	De término / Doble circular de cordón al cuello	Isapre	Privada
<b>Diada 2</b> Fernando y Javiera	San Miguel	35-37	1 de 1	Cesárea	De término / Parto de riesgo	Isapre	Privada
<b>Diada 3</b> Beatriz y Juan	Santiago	35-33	1 de 1	Parto normal	Inseminación artificial/ De término	Fonasa	Privada
<b>Diada 4</b> Camila y Esteban	Estación Central	39-33	2 de 2	Cesárea	De término / Síndrome Down	Fonasa	Privada

<b>Diada 5</b> Gabriela y Cristóbal	La Florida	25-24	1 de 1	Parto normal	De término/ Hipotiroidismo	Isapre	Privada
<b>Diada 6</b> Natalia y Orlando	Puente Alto	40-45	3 de 3	Cesárea	Cáncer Cérnix/ De término / Síndrome Down	Isapre	Privada
<b>Diada 7</b> Denise y Javier	Ñuñoa	33-30	4 de 4	Cesárea	De término/ 3 cesáreas anteriores	Fonasa	Pública
<b>Diada 8</b> Doris y Santiago	Santiago	24-27	1 de 1	Cesárea	De término/ Colestasis del embarazo	Fonasa	Privada

### *Instrumentos, técnica de recolección de datos*

Para la realización de este estudio se utilizó como instrumento de recolección de datos la entrevista en profundidad, “técnica utilizada en estudios cualitativos que permite acercarse a los fenómenos sociales y busca adentrarse en el mundo privado y personal de otros con el fin de obtener información de su vida cotidiana” (Robles, 2011).

Esta herramienta permite acceder de manera directa y confiable a la realidad que se busca conocer, recogiendo los relatos desde los propios protagonistas del fenómeno. El acercamiento a una experiencia de vida dolorosa, como lo es la violencia obstétrica, requiere que el entrevistador sea un instrumento más de análisis, que explora, detalla y rastrea, permitiendo identificar la información más relevante para la investigación, con la delicadeza y sensibilidad que el tema amerita. Por lo anterior, es importante considerar aspectos ambientales y circunstanciales respecto al momento de la entrevista, crear la atmósfera adecuada para la libre expresión de los entrevistados y tener una planificación, contemplando la posibilidad de flexibilizar las intervenciones, tiempo y desarrollo general de ésta. En cada entrevista se utilizó un guión base que abordara todo el proceso de embarazo, desde la etapa previa a éste, incluyendo aspectos relativos a la existencia de planificación; la etapa gestacional, considerando la motivación en la

elección del profesional gineco-obstetra y del centro de salud, asistencia a controles, entre otros; el parto, indagando aspectos protocolares de ingreso, tipo de parto, presencia de riesgo para la madre y/o el bebé; y finalmente la etapa posterior a éste, que incluye aspectos como lactancia materna, impacto emocional en la pareja y en el vínculo con el bebé.

### ***Procedimientos y método de análisis***

La colaboración de los participantes fue concertada por dos medios, vía telefónica y correo electrónico, para este último se confeccionó una carta de invitación para participar de las entrevistas, dicha carta explica los objetivos y alcances de estudio, además de aspectos técnicos y resguardos éticos, exponiendo las características de la investigación e informando los aspectos más relevantes de ésta. Luego de esto se coordinó la disponibilidad, horarios y lugar de reunión para concertar las entrevistas, que en su mayoría y dada la sensibilidad del tema, fueron realizadas en el hogar de los participantes a solicitud de los mismos. Las entrevistas se realizaron en un período de 2 meses.

Los datos de las entrevistas fueron codificados de manera abierta, generando categorías que fueron organizadas en base a los objetivos de la investigación. Posteriormente, en el análisis axial, se establecen nuevas conexiones entre estas categorías y subcategorías, en cuanto a sus propiedades y dimensiones, para formar explicaciones más precisas y completas sobre los fenómenos. En este proceso emergen nuevas distinciones respecto de la información obtenida (Glasser & Strauss, 1967).

### ***Resguardos éticos***

Previo a la realización de cada entrevista, se presentó un consentimiento informado, el que debió ser leído y firmado por las díadas. Dicho documento asegura la participación de todas las parejas de manera voluntaria e informada, aclarando las características y fines de la realización de este estudio, en el que la obtención de datos no será manipulada, utilizada ni expuesta para otros fines distintos a los académicos. Se les explica que la finalidad de este estudio es conocer de manera directa y cercana la experiencia de violencia obstétrica por parte de padre y madre, con el fin de aportar a la visibilización de este fenómeno y la relevancia que tiene en la vida de las personas.

El consentimiento informado aclara que las entrevistas serán grabadas y transcritas y que solo el equipo de estudio y la profesora a cargo de la investigación, tendrán acceso a su contenido. Este documento plantea, la ausencia de riesgo o daño para los entrevistados y la libertad de dejar de participar en el momento que lo deseen. Cabe mencionar, que existe un protocolo de derivación en el caso de que el recuerdo de una experiencia dolorosa por parte de alguno de los participantes, pudiera requerir del apoyo de un profesional de la salud mental. Se les informa además, que dicha participación no implica beneficios económicos de ningún tipo.

Con el fin de resguardar la identidad de los participantes se utilizaron nombres ficticios durante todo el informe, lo anterior, con la finalidad de proteger su información personal y asegurar que ésta seguirá siendo confidencial y accesible solo para aquellas personas involucradas en el estudio.

Luego de la realización y transcripción de las entrevistas, se codifican los datos obtenidos permitiendo la elaboración de los análisis descriptivo y relacional de este estudio. A continuación, se presentan dichos resultados.

## Resultados

### *Análisis Descriptivo*

A continuación, serán presentados los resultados de la codificación abierta de los datos en torno a la experiencia de violencia obstétrica. Éstos corresponden a seis grandes categorías: 1) Protocolos de atención 2) Manejo de información 3) Violencia 4) Características de los padres 5) Consecuencias 6) Embarazo. Cada una de estas categorías serán expuestas en mayor detalle a partir de diagramas y explicación de los resultados más relevantes.

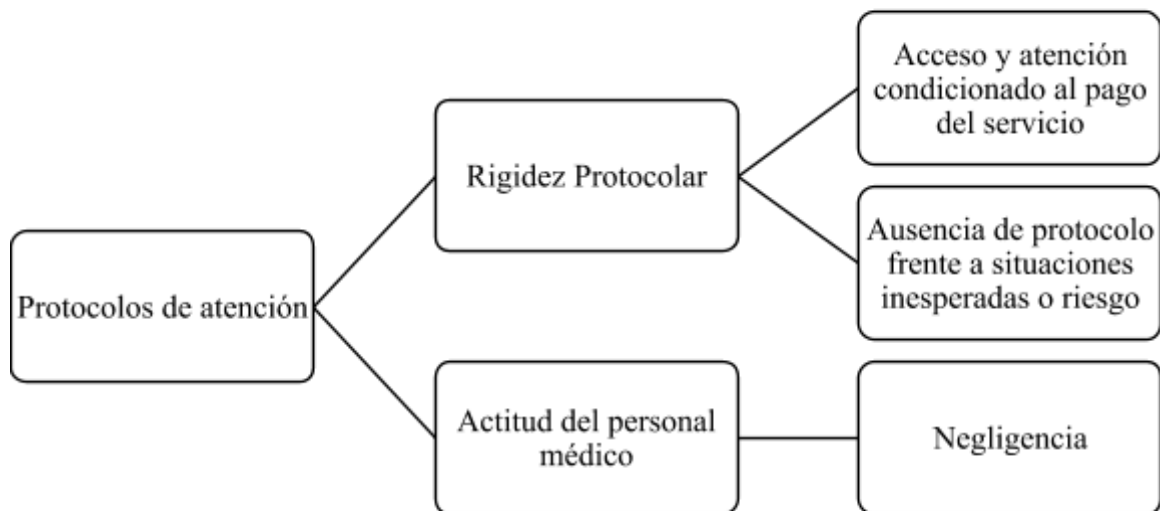


Figura 1. *Protocolos de atención*

**1.- Protocolos de atención:** Una de las categorías centrales que surgió del análisis es el protocolo de atención, mencionada por casi la totalidad de los participantes del estudio como un aspecto determinante en la experiencia vivida y entendida por éstos como reglas y mandatos de funcionamiento del personal médico y de la institución hospitalaria. En efecto, los protocolos de atención se entienden como el conjunto de procedimientos técnico-médicos necesarios para la atención de una situación específica

de salud, por el cual rigen su actuar los profesionales médicos (Román, 2012). Dentro de los aspectos mencionados en mayor número por los participantes, destacan la rigidez protocolar y la actitud del personal:

Tabla 2. *Testimonio de entrevistado 1*

---

Denise, Diada 7	<i>“Y todos los exámenes, todas las ecografías, todo tiene que ser en la Católica y eso igual es fome porque, o sea, nosotros fuimos a los controles y dijimos ya, la Católica se considera una buena clínica, mi doctor de ahora es de la Chile y desde el día uno, que encuentro que igual puede ser considerado violencia, fue como... ‘bueno ¿tú tienes cuántas cesáreas? Aquí no se puede una cuarta cesárea, así es que no te va a cubrir, tiene que ser particular y vale como tres millones de pesos’”.</i>
--------------------	---

---

**1.1 Rigidez protocolar:** Independiente de los centros de salud a los que asistieron las diadas, es posible identificar la falta de flexibilidad en la aplicación de los protocolos por parte del personal médico y administrativo, lo que queda de manifiesto principalmente en aspectos como, el acceso y atención condicionado al pago del servicio y en la ausencia de un protocolo diferenciado frente a situaciones inesperadas o de riesgo, que se adapte a ellas:

Tabla 3. *Testimonio de entrevistado 2*

---

Camila, Diada 4	<i>“Un ginecólogo, dice ‘es que ella no alcanzó a comprar el bono PAD y no tiene isapre’, entonces dice, ‘va a tener que irse a un hospital público’, yo dije ‘yo no me muevo de aquí, yo quiero a mi ginecólogo acá que me atienda y dígame que se venga, como yo pago ese es un problema mío, pero yo quiero a mi equipo acá’ y todo ese momento lo viví sola”.</i>
--------------------	---

---

**1.2 Actitud del personal:** Los participantes refieren la tendencia a actuar de un modo distante, frío, rígido y con falta de empatía por parte del personal de salud, asociado a la práctica taxativa de los protocolos. Lo anterior se ve manifestado, a través de verbalizaciones y conductas de médicos, matronas, enfermeras o administrativos, durante algún momento del periodo perinatal:

Tabla 4. *Testimonio de entrevistado 3*

<p>Natalia, Diada 6</p>	<p><i>“Además, que cada vez que cambiaban de turno decían ‘a ver’, llegaba un pediatra y lo único que nos decían era, ‘pero asúmanlo si el niño tiene síndrome de Down’, eran súper malos y les decíamos, ‘pero es que estamos esperando los resultados’ y nos decían ‘no, pero asúmanlo si lo tienen asumir’, no sé si con el afán de bajarte a la tierra, pero eran así como súper duros, no hay empatía ni contención, ni siquiera un psicólogo que vaya y converse contigo, la misma genetista nunca la vimos, todos los días preguntábamos ‘¿llegó el examen?’ y nos decían ‘no, no, no’ y un día pregunté y dijeron ‘ah sí y salió positivo’”.</i></p>
-----------------------------	--

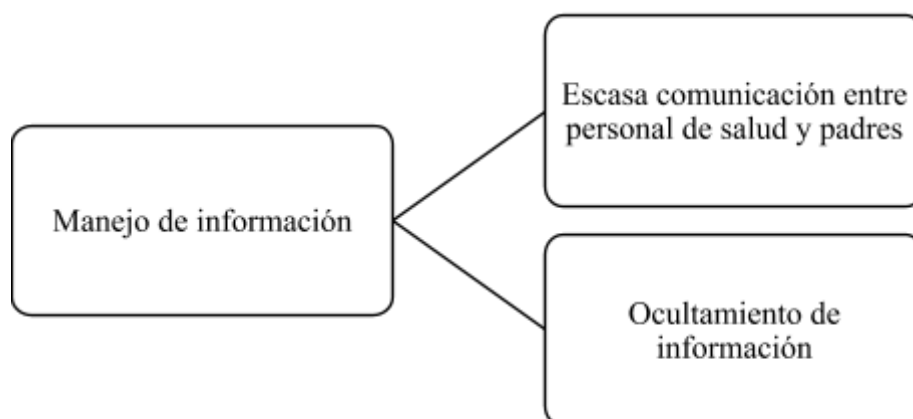


Figura 2. *Manejo de información*



**2.- Manejo de Información:** La habilidad con la que se accede, utiliza y entrega la información a lo largo del periodo en que transcurre el fenómeno que se estudia en esta investigación, constituye un aspecto fundamental dentro de la relación que se establece entre los padres y personal médico. Este último, posee mayor conocimiento por su condición profesional respecto al proceso de embarazo, parto y post parto que el padre y la madre, generando una relación de poder y en ciertos casos de abuso. La escasa comunicación por parte del personal de salud y el ocultamiento de información, son aspectos comunes en los relatos de los participantes:

Tabla 5. *Testimonio de entrevistado 4*

---

Natalia, Diada 6	<i>“Ellos tampoco me dijeron ‘el niño tiene síndrome de down’, sino que le venimos a informar que le realizamos unos exámenes porque tenemos sospecha de una alteración genética, eso me dijeron, entonces pregunté ¿de cuál alteración me están hablando? y ahí me dijeron síndrome de down, pero fueron super fríos, sería toda la información que me entregaron en ese momento, después nunca más volví a hablar con esos médicos. Me informan eso y chao cero contención cero.</i>
---------------------	--

---

**2.1 Escasa comunicación entre personal de salud y padres:** La relación que se establece entre la diada y el personal de salud durante las distintas etapas del periodo perinatal, se caracteriza por una escasa comunicación, lo que provoca una serie de inconvenientes para ambos padres, quienes generan dudas y la sensación de inseguridad durante todo el proceso:

Tabla 6. *Testimonio de entrevistado 5*

---

Fernando,  
Diada 2      *“Yo le dije al doctor, bueno lo recriminé por lo que había pasado y porque ella no sabía lo que había pasado y cuando lo recrimino le digo, ‘pero si yo vi al niño ahogado, salió sin respirar’ me dice ‘pero ahí está, está bien’ y entonces aquí a lo que voy es un poco lo que tú me preguntaste... ¿les explicaron? No nada. En vez de decir lo que pasó, lo que me dice es ‘pero mira ahí está, está bien’, eso fue lo único que me dijo”.*

---

**2.2 Ocultamiento de información:** Se refiere a la acción intencionada de esconder información relevante a la situación particular de salud por parte del personal médico, ubicando a la diada en una posición de vulnerabilidad e indefensión y en una percepción de incredulidad y temor frente al actuar del personal:

Tabla 7. Testimonio de entrevistado 6

---

Camila,  
Diada 4      *“Esas cosas nadie te las dice, cuando estuvimos en la neo los especialistas que estaban ahí tampoco sabían nada, solo sabían que estábamos esperando el resultado de un electrocardiograma, pero el resto de las personas no saben, nadie se te acerca a decir bueno, por el síndrome de Down el niño va a necesitar esto u esto otro, nosotros tuvimos que empezar a buscar solos, nos dimos el tiempo de buscar”*

---

Fernando,  
Diada 2      *“Dicen ‘que entre el papá’ y entro y desde arriba veo que la están abriendo y digo ‘yo no quiero mirar esto’, ahí el ambiente era otro, cuando yo entro me acuerdo que era la matrona la que me dice ‘entre papá’, era una actuación, tú sabías que había un problema y se le olvidó que yo estaba afuera y dicen ‘que pase el papá’, yo entro y vi las caras, la tensión y la galla era la única que estaba fingiendo que había una situación normal”*

---

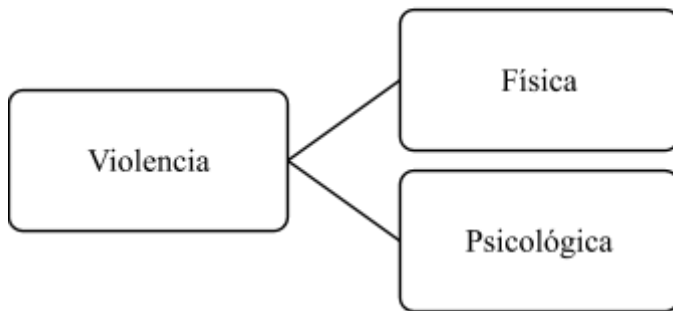


Figura 3. *Violencia*

**3.- Violencia:** Constituye una serie de situaciones de maltrato desde los profesionales del equipo médico hacia los padres, basadas en la manifestación de relaciones de poder, donde la desigualdad entre las partes constituye el escenario propicio para el abuso y discriminación de parte del sujeto o entidad que se encuentra en una posición de superioridad por sobre el de inferioridad. Dentro de los distintos tipos de violencia, la física y psicológica se presentaron de manera reiterativa en los relatos de los participantes:

Tabla 8. *Testimonio de entrevistado 7*

Beatriz,  Diada 3	<i>“La atención directa del personal fue la parte más difícil y violenta”</i>
Fernando,  Diada 2	<i>“Cuando ella metió la mano, sale el líquido y la saca, la cara que tenía no era de que estaba todo bien, sino que ella hizo algo malo y dice ‘ustedes no se van de acá’ y cuando le pregunto ‘¿qué pasó?’ me dice con normalidad ‘nada, que van a ser papás’ y salió”.</i>

**3.1 Violencia Física:** Se manifiesta a través de prácticas realizadas por algún miembro del personal de salud a la madre o bebé que implican maniobras inadecuadas, uso o abuso de medicamentos, falta de manejo adecuado del dolor, maniobra de kristeller, ayuno prolongado, inmovilidad en la cama durante el trabajo de parto (litotomía), entre otras acciones que pueden provocar como consecuencia algún tipo de daño:

Tabla 9. *Testimonio de entrevistado 8*

Beatriz, Diada 3	<i>“Me hacían seguir poniéndomela en los pechos y a mí me salía pura sangre, un dolor así de la guata”</i>
Fernando, Diada 2	<i>“Yo entro, alguien se hace a un lado y de repente veo al anestésista arriba de la Javiera y hacía así con el codo, era el codo enterrado aquí (zona del diafragma) y le decía puja y ella no podía respirar, era un tipo de dos metros, el tipo estaba apoyado en un fierro en la muralla y estaba haciendo toda su fuerza sobre la Javiera, yo me decía ‘este tipo le va a quebrar las costillas’. Era una escena grotesca, esto nunca lo vi en un parto, esto no es normal, y me dije voy a mandar a la cresta a estos gallos, pero pensé me pongo a pelear aquí y puede pasar algo peor”.</i>

**3.2 Violencia Psicológica:** Se manifiesta a través de conductas y verbalizaciones realizadas por algún miembro del personal de salud, las que expresan frialdad, indiferencia y abandono hacia la madre, padre y/o bebé. Se manifiestan en un discurso hostil y autoritario, la intimidación, la culpabilidad a la mujer frente a situaciones como sufrimiento fetal o la dificultad para realizar pujos en el periodo expulsivo:

Tabla 10. *Testimonio de entrevistado 9*

---

Beatriz, Diada 3 *“Insistían que tenía que intentarlo de nuevo, que tenía que intentarlo como fuera... fue como una presión... de hecho esa presión la tuve todos los días y no me salió leche”*

---

Javiera, Diada 2 *“Fernando estuvo conmigo ese rato, me pasaba el niño y todo. De hecho, había una sola niña que era muy amable, una técnico, una pura chica, todos los demás eran muy, muy, muy desagradables. Y de hecho llegaron como a las 8 o 9 de la noche y me dijeron si me iba a quedar con el niño y yo me dije cómo me preguntan si me voy a quedar con el niño si Fernando no se podía quedar, que hago, si no me podía ni mover entonces yo le dije ‘no, por favor’ y ella me dijo enojada porque yo no quería quedarme con él ‘ah ya, entonces me lo llevo’”.*

---

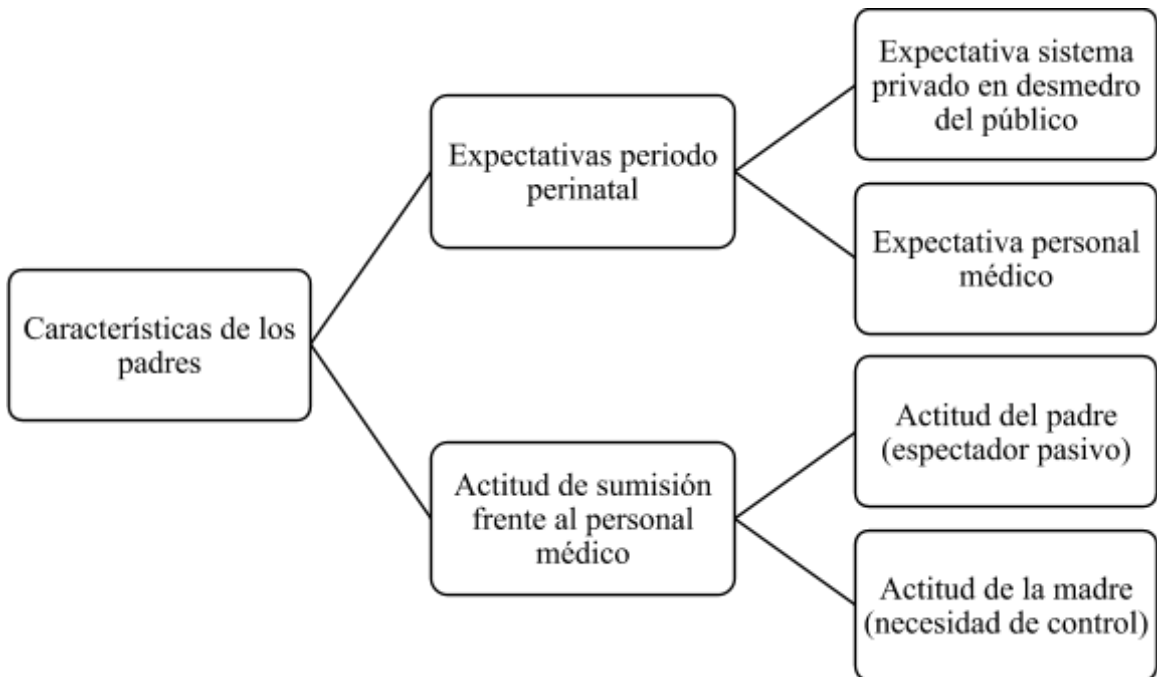


Figura 4. Características de los padres

**4.- Características de los padres:** Dentro del estudio realizado, se aprecia que las características individuales de padre y madre, determinan la manera en que se vivencia y describe la experiencia de violencia. Las expectativas respecto del período perinatal y la actitud de sumisión frente al personal médico, aparecen con mayor frecuencia en los relatos de los participantes:

Tabla 10. *Testimonio de entrevistado 9*

---

Nancy, Diada 1	<i>“Era cómo controlarlo, pero sin intervenir, al final dejamos que pasara cuanto tenía que pasar. Para mí, como mi sensación del embarazo, lo primero que aprendí es cómo dejar el control”</i>
-------------------	--

---

**4.1 Expectativas periodo perinatal:** De acuerdo a lo manifestado por los padres, se percibe una alta expectativa y preferencia al sistema privado en desmedro del público, justificada por ideas preconcebidas de que existe una relación directa entre el pago y la calidad del servicio entregado. Por otra parte, en relación a las expectativas de los padres sobre el gineco obstetra, el modo, la empatía y la cercanía del médico tratante son valorados por sobre la experticia profesional:

Tabla 11. *Testimonio de entrevistado 10*

---

Camila, Diada 4	<i>“Pero esa persona que estaba ahí conmigo fue sumamente frío, poco empático, un miserable , cuando me decía ‘deje de pujar’ y yo me decía imagínate estuviera en el sector público, si un hueón del sistema privado al cual le estoy pagando su atención me está tratando de esta manera, entonces yo lloraba y lloraba y me corrían las lágrimas y nadie se quedó al lado mío y solo monitoreaban”.</i>
--------------------	--

---

**4.2 Actitud de sumisión frente al personal médico:** Se observa en gran parte de los participantes una actitud de sumisión, no obstante, en el caso del padre pudiendo tener un rol más activo, queda relegado a un papel de espectador pasivo. Por otro lado, se aprecia en la actitud de la madre un deseo de control frente al proceso del cual es protagonista, sin embargo, se ve relegada al mismo rol de espectador pasivo que asume el padre:

Tabla 12. *Testimonio de entrevistado 11*

<p>Nancy, Diada 1</p>	<p><i>“Nadie me explicaba nada y no era cosa de que yo no quería preguntar, es que no quería ser la típica paciente que dice ¿pero por qué esto? o ¿por qué esto otro?, porque me puse a pensar ‘¿y si me hacen algo o le hacen algo a Federico?’ que ellas tomaran una represalia contra mí”.</i></p>
<p>Juan, Diada 3</p>	<p><i>“Quedamos pa adentro, como mudos, sin saber cómo reaccionar”.</i>  <i>“Estaba asustado, yo había estado todo el día acompañándola, tenía miedo por todo, por ella, por la bebé, además todo era desconocido, era una situación que no conocíamos y en la cual no sabíamos cómo reaccionar. Yo igual me prepare los nueve meses como psicológicamente, como diciendo que iba a estar tranquilo, pero como lo vivimos”.</i></p>

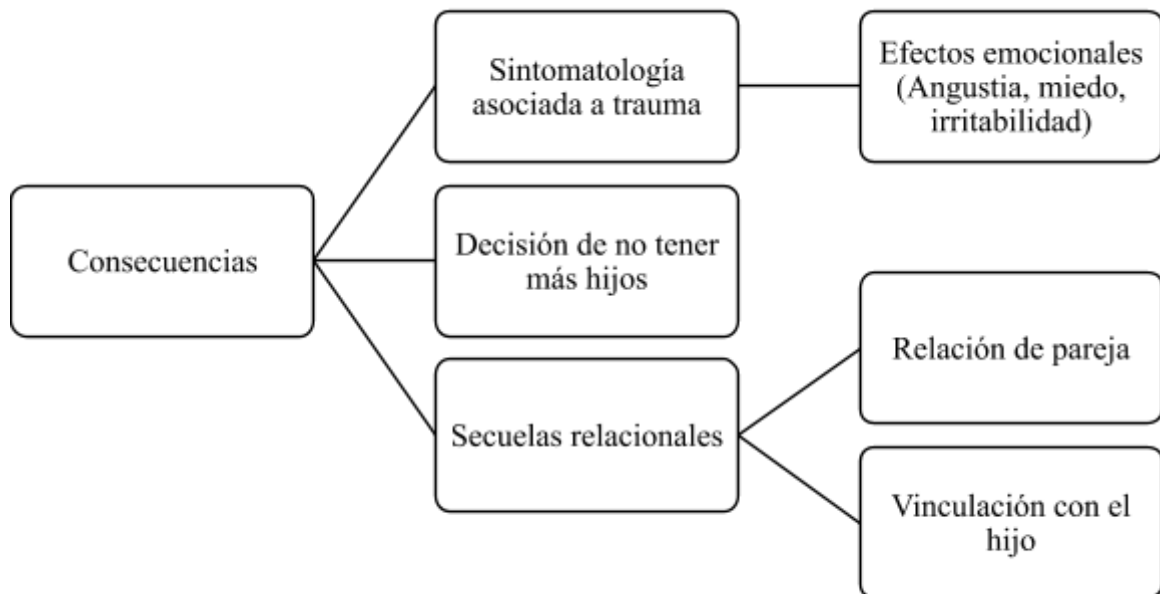


Figura 5. *Consecuencias*

**5.- Consecuencias:** Dentro de los relatos de los participantes, es posible apreciar secuelas asociadas a la violencia obstétrica vivida en los centros de salud, visualizando principalmente daño psicológico y emocional en ambos padres. En algunos casos, se relaciona con una sintomatología asociada a trauma, secuelas en la relación entre madre, padre e hijo/a, y con el deseo de no tener más hijos.

**5.1 Sintomatología asociada a trauma:** Es posible distinguir en algunos de los padres, la percepción del parto como una experiencia traumática entendiendo que, efectivamente, “hay un peligro real o amenaza vital para la madre y/o para su bebé” (Beck & Watson, 2008). De acuerdo a lo anterior, es posible evidenciar del relato de éstos, que la experiencia de parto traumático se acompaña de miedo, indefensión y terror, y suele ir seguida de una serie de pensamientos que incluyen recuerdos vividos del suceso o la evitación experiencial, que se da cuando los padres tienden a eludir a



toda costa el sufrimiento emocional esforzándose en evitar recuerdos, sentimientos o pensamientos relacionados con el suceso:

Tabla 13. *Testimonio de entrevistado 12*

Javiera, Diada 2	<i>“Y me dieron el alta de lo físico, pero después de lo psicológico y emocional nadie se preocupó por mí y no es una llamada de atención porque nadie tenía porqué saber que eso me podía llevar a una depresión posparto, pero después de eso yo sentía como que no quería ser mamá, cómo que tomé un rechazo con el bebé y no porque yo no quisiera a mi hijo, es que no sé si fue la situación, el estrés, pero yo sentí como que esa parte me robó ese amor”.</i>
Camila, Diada 4:	<i>“tenía síndrome de Down, eso era todo lo que traía y dejaron tan marcado emocionalmente ese periodo y lo recuerdo con pena con rabia, con angustia, todavía me dan ganas de llorar, porque no tiene nada (llora) y me hicieron sentir que mi hija no pasaba de esa noche, me dejaron una sensación de angustia horrible, que la recuerdo con mucha pena (llora)... y ahí está, ya con dos años”</i>
Nancy, Diada 1	<i>“Sirve para aprender, pero el dolor igual queda, ponte tú a mí esa cuestión de que a mí no me hubieran pasado a mi guagua al tiro me angustia profundamente”.</i>

**5.2 Decisión de no tener más hijos:** Desde el discurso de los padres se distingue el deseo de no volver a planificar a futuro un nuevo embarazo, aludiendo al deseo de no replicar la experiencia traumática vivida, entendiendo la gravedad de las consecuencias que trajo para cada uno de sus protagonistas:

Tabla 14. *Testimonio de entrevistado 13*

---

Beatriz, Diada 3	<i>“Fue una experiencia traumática con todas sus letras, yo no quiero tener más hijos”</i>
---------------------	--

---

**5.3 Secuelas relacionales (en la madre, padre o hijo):** Los participantes refieren dificultades para vincularse emocionalmente con el bebé, como consecuencia del estrés sufrido durante el proceso, lo que trae consigo sentimientos de culpa y frustración, que se ven incrementados por la falta de comprensión por parte del medio. Lo anterior, afecta significativamente la relación de pareja y la vinculación con el hijo, con quien se visualizan conductas de rechazo, distanciamiento o sobreprotección:

Tabla 15. *Testimonio de entrevistado 14*

---

Javiera, Diada 2	<i>“No tenía apego con el niño, me enojaba con él cuando lloraba. Me acuerdo de un día en la noche el bebé lloraba, me senté en la cama y me quedé ahí y Fernando me dice, ‘pero negra ve al niño está llorando’ y yo estaba llorando, llorando, llorando porque lo único que quería era dormir ‘es que quiero dormir y no puedo dormir’ y no lo quería ver y no lo iba a tomar y yo estaba sentada y decidida a que no lo iba a tomar y que llorara todo lo que quisiera, pero yo quería dormir, entonces el Fernando ahí lo tomó, me dijo duerme un rato, yo le voy a hacer la papa y así él se venía para acá, estaba con él en la noche”.</i>
---------------------	---

---

Nancy, Diada 1	<i>“Tengo que volver a trabajar así que con mi aprensión con esto para separarme de él porque quede un poco media piteada por eso, es que me voy a un work café que está al frente de la sala cuna del Federico, entonces por cualquier cosa me llaman, yo cruzo la calle y llego”.</i>
-------------------	---

---

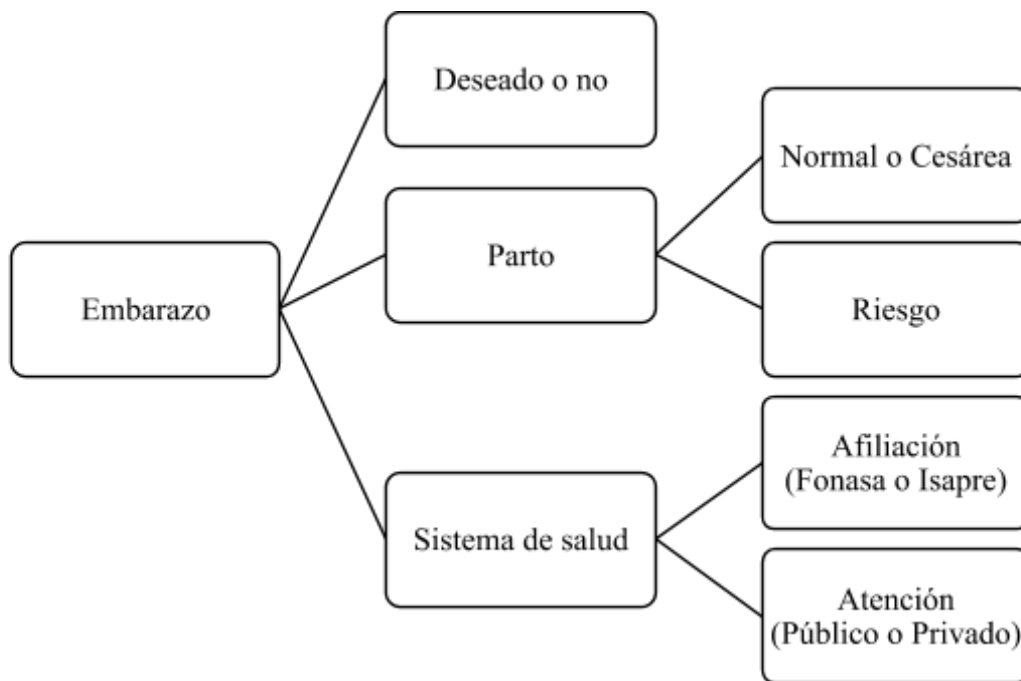


Figura 6. *Embarazo*

**6.- Embarazo:** El período de embarazo trae consigo una serie de eventos significativos para ambos padres y refiere a una etapa crucial en la vida de sus protagonistas. Durante este periodo la mujer experimenta una serie de cambios a nivel corporal, fisiológicos y metabólicos que permiten nutrir y proteger el desarrollo del feto (Chaure & Inarejo, 2001). Si bien, los cambios biológicos son experimentados casi exclusivamente por la madre, existen cambios a nivel físico, psicológico y emocional que afectan a ambos padres y que son determinantes en el desarrollo de éste. Según el relato de los participantes, se ve influido por aspectos como, si el embarazo es deseado o no, si ocurre por parto normal o cesárea y si existen antecedentes de riesgo para la madre y/o el bebé:

Tabla 16. *Testimonio de entrevistado 15*

---

Nancy, Diada 1	<i>“Yo como que me hice muchas expectativas con un parto natural, y al último casi que sin anestesia y ojalá casi así, como en la tina de mi baño (se ríe ), no, no nunca tanto, pero quería algo muy natural”</i>
-------------------	--

---

**6.1 Deseado o no:** El embarazo deseado se produce con la intención y/o planificación previa de la madre o pareja. El embarazo no deseado en cambio, implica la ausencia de intención de embarazo, el uso de métodos anticonceptivos inadecuados o la mala administración de éstos. El deseo del embarazo por parte de los padres, hace referencia en cómo enfrentan el período de embarazo, parto y post parto y es determinante en relación a las expectativas de éstos frente al proceso.

Tabla 17. *Testimonio de entrevistado 16*

---

Gabriela, Diada 5	<i>“Fue no deseado...yo me quería morir, lo primero que pensé donde me lo saco de verdad, fue lo primero que pensé”.</i>
Nancy, Diada 1	<i>“Sí, fue un embarazo deseado, nos casamos en noviembre y ese mismo día dejamos de cuidarnos y al mes ya estábamos esperando...así fue (riéndose), deseado y súper rápido”</i>

---

**6.2 Parto:** El parto también llamado nacimiento, aparece como un momento clave para el total de los participantes del estudio, es la culminación del embarazo con la salida del bebé por el útero y puede resultar de por la vía vaginal o cesárea. La relevancia del parto, está centrada en las expectativas e ilusiones puestas en el resultado de éste y las posibles consecuencias físicas, psicológicas y emocionales que implica para la madre, padre y/o bebé:

Tabla 18. *Testimonio de entrevistado 17*

---

Beatriz,  
Diada 3      *“Pensamos ahora sí viene lo lindo y ahí en ese minuto el proceso del parto en sí fue bien cortito... me la acercaron y de hecho ahí yo me relajé y no sentí como más deseos de dormir, no sé qué me pasó pero se me fueron todas las ganas de dormir, desperté”.*

---

Por otro lado, es posible distinguir que el factor de riesgo durante el periodo perinatal, genera en los padres una mayor sensación de vulnerabilidad, incrementando la necesidad de recibir información acerca de los procedimientos por parte de los profesionales y una mayor contención emocional. Lo anterior, debido a que la sensación de incertidumbre y temor aumentan considerablemente, tanto en la madre como en el padre.

Tabla 19. *Testimonio de entrevistado 18*

---

Nancy,  
Diada 1      *“Entonces [la matrona] me dijo ‘imagínate tu guagua con doble circular, quiere meterse en el canal de parto y el cordón lo ahoga, lo ahoga’ y yo me imaginaba a mi guagua viviendo eso y entonces hagamos lo que hay que hacer... y le digo [a la matrona] ‘pero que decepción’ y ella me contesta ‘si po, me cagas la estadística’, como tratando de bajarle el perfil, pero yo me sentí pésimo... como puta que paja cagarte la onda (de forma irónica)”.*

---

**6.3 Sistema de salud:** Se puede apreciar que la afiliación a FONASA o isapre, no es determinante a la hora de escoger el centro de salud de preferencia, ya que se distinguen casos donde a pesar de pertenecer al sistema de salud público, deciden atenderse en un centro de salud privado y viceversa. Lo anterior, va acompañado de expectativas y

prejuicios en torno a la salud pública o privada, relacionados al costo y la calidad del servicio:

Tabla 20. Testimonio de entrevistado 19

---

<i>Esteban, Diada 4</i>	<i>“La burocracia que hay en la clínica, nosotros quedamos asombrados, porque nosotros somos del sistema privado casi, o sea la Camila puede tener FONASA, pero igual se atiende en el sistema privado, entonces eso fue medio violento en su momento. Entonces pensaba, pagué dos meses antes que la Andrea naciera para que estuviera con cobertura y ahora llego e igual tengo que enfrentarme a todo esto y que quizás tenga que llevarme a la Camila a un hospital público a hacer el trabajo de parto. En un momento nos asustamos, no sabíamos qué es lo que iba a pasar”.</i>
<i>Camila, Diada 4</i>	<i>“Sentí pena, rabia, porque finalmente uno dentro de, uno trata de planificarse de prever estas situaciones y fui tratada exactamente igual que si hubiera ido al sistema público, igual que a las cabras en los hospitales públicos, no tienes derecho a quejarte, a reclamar, a ser contenida por una persona o familiar, entonces era como, oye estoy pagando por recibir una atención decente y finalmente te empiezas a cuestionar y pensaba hueón cuánta plata se van a ganar conmigo, ya sabíamos que no nos cubría el bono PAD , entonces ya sabíamos que nos quedamos con una deuda en ese momento que no era menor, la Andrea ya estaba cubierta pero yo no, el parto es mío, no está asociado a la Andrea, entonces es ahí cuando se me juntan un montón de sensaciones, emociones , mal, mal, tristeza, angustia, angustia por no saber lo que venía ,lo que iba a pasar”.</i>

---

**7.- Categorías poco saturadas pero llamativas:** Dentro de los relatos de los padres, es posible distinguir dos fenómenos significativos, relacionados con las dificultades en la lactancia y la confrontación de los padres con el personal médico, que si bien, cuantitativamente, no pueden ser consideradas como categorías o subcategorías dentro del estudio, son relevantes al momento de intentar comprender el fenómeno de violencia experimentada por éstos.

**7.1. Lactancia:** Las dificultades en la lactancia expresadas por los participantes tienen, en su mayoría, relación con la situación de estrés y el trauma emocional sufrido durante el proceso del parto. Lo cual, se ve agravado por cuestiones como la falta de apoyo de las personas que rodean a la madre, especialmente de los especialistas, quienes se limitan a dar instrucciones generales, sin considerar la situación particular de cada nacimiento. Lo anterior, no solo genera la pérdida de confianza en sí mismas, sino que además las lleva a experimentar emociones como culpa, vergüenza, pena, angustia, irritabilidad, entre otras:

Tabla 21. *Testimonio de entrevistado 20*

---

Gabriela, Diada 5	<i>“La niña no tomaba pecho, porque no se acoplaba, pero ellos nunca me dijeron que podía ser por mi tiroides, nunca se me dio esa información, ni el doctor me lo dijo, me lo confirmó el pediatra y el experto en tiroides, pero ni mi ginecólogo ni nadie de la clínica me dijo que podía ocurrir eso”.</i>
Javiera, Diada 2	<i>“Después nos explicó la pediatra que por el trauma que sufrió el cuerpo con la operación, que fue grave, era lógico que no le bajara la leche, entonces nadie nos explicó eso y qué fue lo que se produjo, que en el caso de nosotros, empezamos a tener conflictos nosotros como pareja”.</i>

---

**7.2 Confrontación con personal médico:** En algunos de los relatos, es posible apreciar una actitud más activa frente a los abusos sufridos, logrando manifestar de manera verbal su descontento, en alguna oportunidad dentro del proceso, no obstante, esto se da solamente en aquellas situaciones donde uno de los padres se sintió extremadamente vulnerado y el nivel de estrés experimentado era muy alto:

Tabla 22. *Testimonio de entrevistado 21*

---

Beatriz, Diada 3	<p><i>“Después la segunda noche yo ya no me quería quedar ahí, yo lloraba, yo le decía por favor sácame de aquí y al otro día en la noche ya me puse a pelear con una matrona que entró a la pieza, yo le dije ‘sabe que yo lo he pasado muy mal, pésimo, tú estás trabajando para mí, yo te estoy pagando para que tú estés acá, así que si tú no me das la leche ahora, yo te voy a poner así un reclamo y esto no va a quedar así, así que tráeme la leche al tiro sino no te pago nada’... yo ya estaba desesperada”.</i></p> <p><i>“Peleé con mucha gente durante todos esos días mi mamá le llevaba agüita y me decían que no podían darle agüita y tampoco me salía leche, entonces qué le doy, yo seguía con dolor, la bebé lloraba, me hacían seguir poniéndomela a los pechos y a mí me salía pura sangre, un dolor, un dolor así de la guata”</i></p>
---------------------	--

---

### ***Análisis Relacional***

Del análisis de las entrevistas es posible identificar en el relato de los padres que la experiencia de violencia se vive como un suceso único, independiente del número de partos que haya tenido la diada, y su reconocimiento no se da necesariamente en el momento en que se vive; en efecto un grupo significativo de padres no la reconocen como tal hasta que sufren las consecuencias de lo vivido. Por otro lado, la forma en cómo se enfrentan a la vivencia de violencia se ve influida por el desconocimiento



frente a los procedimientos médicos y los protocolos de atención; así como de las características personales de éstos, que influyen en sus expectativas frente a la experiencia y a las características del profesional a cargo.

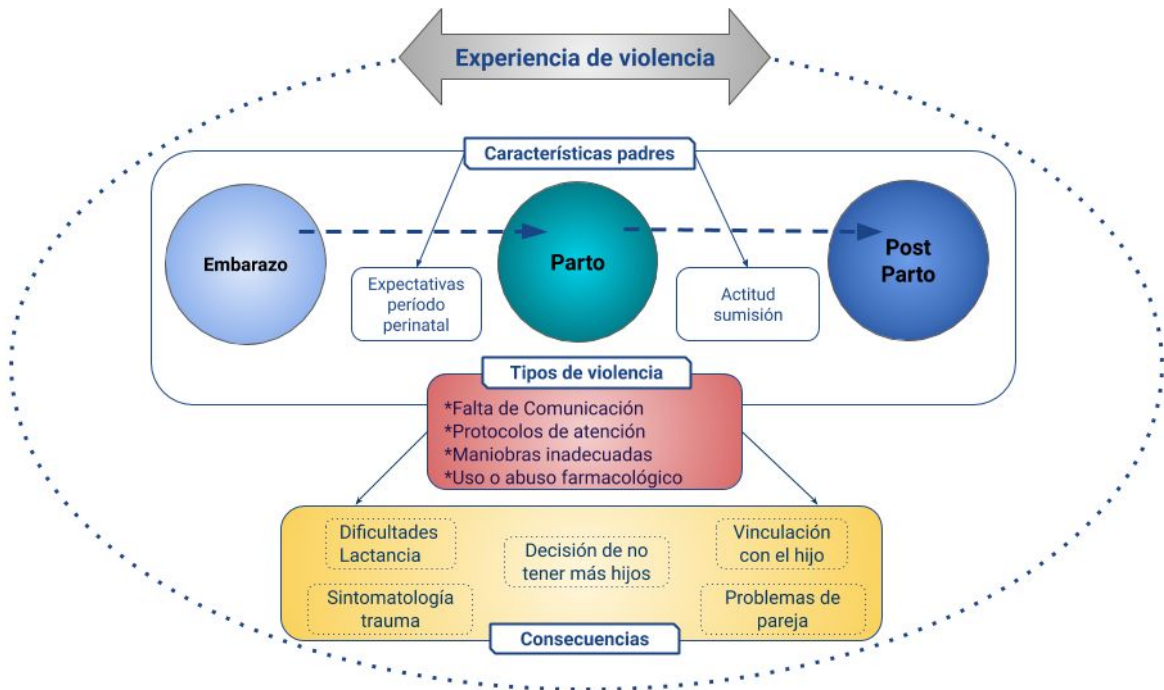


Figura 7. Representación de la experiencia de violencia

Para simplificar y ejemplificar de mejor manera el análisis, se escogió como componente central la temporalidad, dividiendo el proceso en tres etapas: embarazo, parto y postparto. En la primera de ellas, se identifica que la búsqueda del gineco obstetra se centra, en primera instancia, en la experticia profesional, sin embargo, en el transcurso del proceso el motivo de elección cambia inclinándose por características asociadas al trato cercano, la sensibilidad y la empatía, debido a que quienes no cumplieron con las expectativas de los padres, fueron evaluados negativamente; en especial aquellos profesionales que mantuvieron un trato frío, distante y que no respondieron dudas de manera satisfactoria. En esta etapa la violencia psicológica y

verbal se manifiestan con mayor frecuencia e incluyen referencias denostativas en relación a la edad y peso de la mujer, a la situación económica de los padres y al número de hijos, incluyendo también la prescripción de procedimientos innecesarios como ecografías semanales de un alto costo. El padre, además, se ve expuesto de manera reiterativa a la invisibilización en su rol parental y de contención hacia la madre.

En la etapa del parto, se acentúa la vulnerabilidad de los padres, así como las manifestaciones de violencia desde el ingreso al centro de salud, lo cual se evidencia a partir de los trámites de admisión, que en algunos casos requieren de la presencia de la madre aun cuando ésta se encuentre en labor de parto y en otras, exclusivamente la del padre como garante económico, condicionando la atención a la madre, aun cuando la requiera de manera inmediata. Se aprecia, además, el cuestionamiento por parte del personal médico hacia ésta respecto a la veracidad de los síntomas, invalidando en ocasiones, incluso el dolor que pueda estar padeciendo.

Por otro lado, el padre vive la violencia desde el rol al cual está limitado a cumplir, coartando su actuar a ser un simple espectador. Su participación activa se solicita casi exclusivamente cuando es garante en el pago del servicio. La escasa comunicación, la ausencia de información o su ocultamiento, son recurrentes en los relatos de ambos padres, mencionando la dificultad de solicitar información por miedo a ser discriminados por el personal médico e incluso por temor a represalias. En esta etapa, además de la violencia psicológica y verbal se suma la violencia física, expresada a través de maniobras o procedimientos que no tienen justificación médica y que generan daño o malestar a la madre y/o bebé. Dentro de las acciones por omisión, se pueden mencionar el negar la atención a la madre, entregar una atención tardía o no permitir el apego temprano de los padres con el recién nacido, sin que existan razones médicas que lo justifiquen. Al padre por su parte, además de limitar su participación, se

le oculta información de manera deliberada aun cuando es evidente que está en una posición de comprender, de mejor manera, las dificultades que pudieran aparecer dentro del proceso.

Por último, en la etapa postparto se evidencia mayormente violencia psicológica, negando información, atención y cuidados a la madre y/o bebé; entregando un trato humillante y vejatorio; e ignorando o minimizando las solicitudes de los padres. En la mayoría de los centros de salud, se niega el acompañamiento del padre durante la noche y se cuestiona a la madre en su deseo de no permanecer con el recién nacido cuando desea descansar. Por otro lado, el proceso de la lactancia resulta complejo en esta etapa, debido a que la madre no recibe el apoyo necesario para su adecuado aprendizaje y nuevamente se cuestiona la capacidad o el deseo por parte de ésta de alimentar al bebé. En esta etapa nuevamente el padre es considerado casi exclusivamente para realizar trámites de pago y egreso.

Como se plantea anteriormente, dentro de las tres etapas del periodo perinatal, es posible apreciar que mientras más se acrecienta la vulnerabilidad de los padres, mayor es la violencia ejercida por el personal médico. Las tres etapas están atravesadas por la violencia y ésta se produce por la asimetría que existe entre los roles paciente- experto, que cumplen cada uno de sus protagonistas.

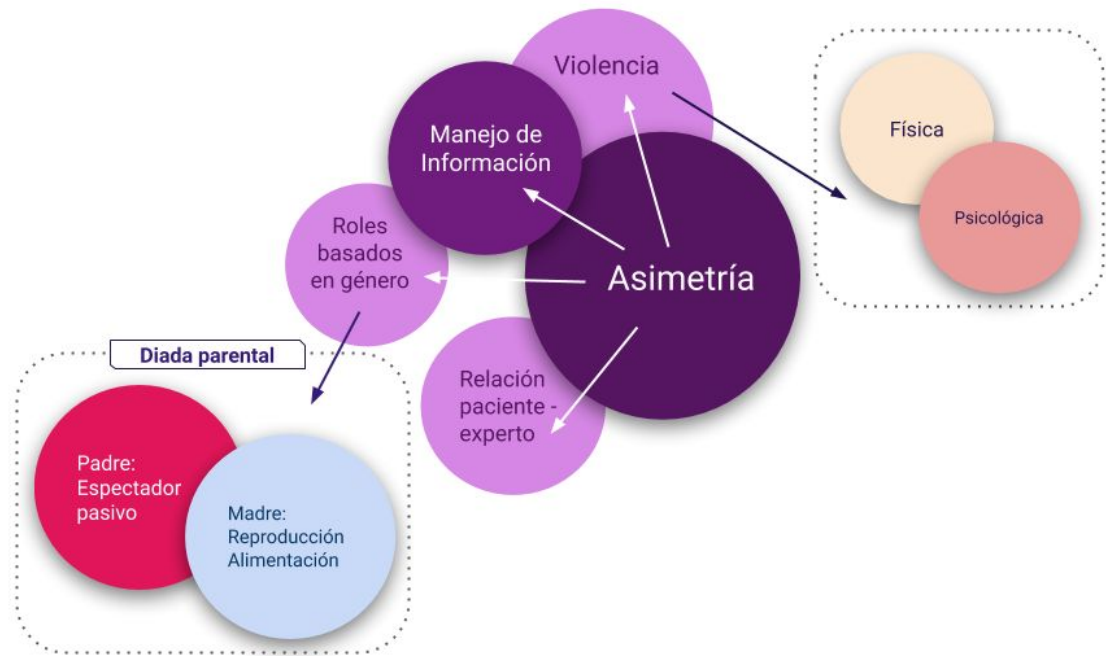


Figura 8. *Representación de la asimetría evidenciada.*

Las situaciones descritas anteriormente, se sustentan por la diferencia de posición que ocupan quienes las protagonizan. Es así como durante el periodo de embarazo, madre y padre inician un proceso que los sitúa como pacientes dentro del sistema de salud estableciendo una relación asimétrica con el profesional a cargo, el gineco obstetra. Es en este contexto, donde los padres relatan las primeras situaciones de abuso o maltrato, referidas a la falta de cercanía, empatía y frialdad con la que fueron atendidos por dicho profesional, lo que se mantiene y agudiza durante el parto y posparto, ya no centrada en el desempeño del ginecólogo, sino ampliándose a gran parte de los profesionales de la salud con los que tuvieron contacto. Lo anterior, se asocia directamente a la “actitud del personal” descrita por los propios padres con una tendencia a actuar de un modo distante, rígido y con falta de empatía a través de numerosas verbalizaciones y conductas de médicos, matronas, enfermeras, entre otros,

durante algún momento del periodo perinatal. Cabe destacar, que es el personal técnico profesional quien muestra mayor cercanía y un trato humanizado hacia los padres y/o bebé.

La precaria comunicación entre las partes, también es un elemento mencionado por casi la totalidad de los participantes, hecho que sostiene la sensación de vulnerabilidad para padre y madre a lo largo del periodo completo de estudio.

Independiente del contexto hospitalario público o privado y el sistema de afiliación de los participantes, esta distancia comunicacional se mantiene y puede llegar a empeorar en casos de emergencia en los que el personal médico oculta información o evita dar respuestas solicitadas por la diada. Este aspecto tiene relación con el manejo de la información, el que provoca una serie de inconvenientes generando una sensación de inseguridad para ambos padres durante todo el proceso. Otro elemento que aparece dentro del relato de los participantes hace referencia a la rigidez con la que el personal médico pone en práctica las reglas y lineamientos que tiene el protocolo de salud de los centros médicos. Esto está asociado a la rigidez protocolar, la que constituye una de las quejas principales expresada por los participantes del estudio. Lo anterior, se manifiesta en aspectos como, el acceso a recibir atención condicionado al pago, maniobras poco adecuadas hacia la madre previo al parto y durante éste, la ausencia de una actitud comprensiva y empática en momentos en los que la madre y/o padre requirieron de atención y apoyo. Por otro lado, se puede apreciar la ausencia de protocolos diferenciados y flexibles frente a situaciones particulares o de riesgo, entregando en múltiples oportunidades respuestas poco asertivas y descontextualizadas en relación a la problemática suscitada.

Dichas acciones, constituyen una realidad cruda y dolorosa para el total de los participantes de este estudio. Respecto al papel que padre y madre ejercen durante el

periodo estudiado, se reconoce desde su propio discurso, sentirse relegados a una posición inferior y sometidos a las decisiones del equipo médico, sin considerar su opinión, inquietud e intereses. Cabe destacar que las diferencias de percepción entre padre y madre de las experiencias asociadas a la atención de los profesionales, se sustenta en los roles y atribuciones impuestos para cada integrante de la diada, ubicando al padre en un rol de espectador y acompañante pasivo, sin espacio ni consideración de desempeñar un rol relevante en el proceso.

A partir del relato de los participantes, se evidencia además la presencia de numerosas secuelas producto de la experiencia de violencia vivida durante embarazo, parto y posparto. Más de la mitad de las madres y padres relatan haberse sentido violentados física y psicológicamente en más de una oportunidad, a través de acciones, verbalizaciones o maniobras inadecuadas. Dicha experiencia es descrita como dolorosa y genera una importante carga emocional para cada integrante de la diada, la relación entre ellos y en algunos casos, en la vinculación con el nuevo integrante.

Si bien, no es posible identificar diferencias significativas en el relato de los padres en cuanto a cómo es percibida la violencia, en la madre se aprecia una mayor conciencia del impacto que genera en sí misma y en su vinculación con el padre y/o bebé. En cambio, en el padre, se distinguen mayores dificultades para identificar las consecuencias sufridas, no obstante, se aprecian sentimientos de impotencia y rabia frente a los abusos sufridos, desde una posición de protector de la diada madre-hijo.

Considerando los elementos mencionados y analizados anteriormente, se puede plantear que la asimetría presente en la relación entre padres y el personal médico, favorece y propicia las distintas expresiones de violencia y es independiente de la etapa del proceso en que se encuentren (embarazo, parto y posparto), del centro médico donde asistan y del profesional médico que la ejerza.

## Discusión

La violencia obstétrica es un fenómeno presente en la historia de la humanidad desde el paso del parto del hogar a los establecimientos de salud, sin embargo, aún se encuentra fuertemente invisibilizada debido a que muchos de los procedimientos médicos existentes en la atención al parto se han naturalizado y trasladado a la esfera privada de la vida de las personas. Su reconocimiento como tal, se asocia a una mayor problematización de quienes la sufren y de aquellos movimientos sociales vinculados con la violencia de género, que buscan una mayor sensibilización respecto a las consecuencias que genera en cada uno de sus protagonistas.

En Chile, no se ha desarrollado una definición formal de violencia gineco obstétrica, el proyecto de Ley N° 20. 584 sobre Derechos y Deberes la define como “todo maltrato o agresión psicológica, física o sexual, omisión o negación injustificada que suceda durante la atención de la gestación, preparto, parto, postparto, aborto, en las causales establecidas por la ley y en el marco de la atención de la salud sexual y reproductiva de la mujer” y es considerada como una forma de violencia de género y de violación de derechos humanos fundamentales, como lo es el derecho a la salud (Villaverde, 2006). Si bien, no debemos obviar los importantes avances médicos que han permitido la reducción de la mortalidad y morbilidad materno-infantil, aspectos como la rigidez protocolar, la tecnificación del parto, negar el apego temprano, el exceso de medicalización, el trato vejatorio o humillante, entre otros; son algunas de las situaciones relatadas en la investigación y desplazan a los padres de ser los protagonistas del proceso a un lugar de subordinación y vulnerabilidad, frente a los profesionales de la salud que perpetúan dicha violencia. Es así, como es posible apreciar que la asimetría de poder atraviesa todo el periodo perinatal afectando en todos los ámbitos relacionales y de atención, la cual es posible distinguir en aspectos como el

manejo de la información, los estereotipos de roles basados en el género, la relación paciente-experto y la violencia física y psicológica que se ejerce sobre los padres.

Lo anterior, se sustenta en una violencia institucional y estructural que naturaliza dichas acciones, existiendo una incoherencia entre el discurso de derechos e igualdad de género y el comportamiento burocrático y pasivo de quienes tienen el deber de velar que no ocurran y si es así, sean sancionadas (OEGS, 2013). Existiendo una dominación de sexo-género y edad, en la que los hombres adultos dominan a las mujeres y a otros hombres con menor poder (de Dios-Vallejos, 2014). De la misma forma, la sociedad patriarcal determina la actitud de cada uno de los padres frente al proceso de embarazo, existiendo estereotipos de género que limitan la capacidad de ambos para desarrollar sus facultades personales y la toma de decisiones que pudieran facilitar el proceso. Por un lado, la madre es vista como el sexo débil, que necesita ser sostenida por una figura paternal que decidirá lo que es mejor para ella, y por otro lado, la imagen del padre ignorante y despreocupado es excluido, resaltando su incapacidad para detectar las necesidades de su compañera y su propio hijo (Jardim & Módena, 2018). Si bien, la violencia ejercida hacia el padre, no puede ser concebida como violencia de género, ya que, desde el precepto legislativo internacional, los conceptos de violencia contra las mujeres y de violencia de género son sinónimos (Yugueros, 2014). La violencia ejercida hacia éste, radicaría desde el estereotipo social de género mencionado anteriormente, que lo relega al rol de sustentador económico de la familia y acompañante pasivo del proceso de embarazo.

De esta forma, los profesionales de la salud son respaldados por su autoridad técnico-científica, así como por las relaciones de poder y desigualdad con sus pacientes, usando su autoridad para mantener una obediencia ciega, ignorando las demandas de la



familia que confía en su experticia profesional. La comunicación con éstos tiende a ser limitada y en ocasiones nula, como si fuese casi innecesaria, pareciera ser que existe una necesidad de despojar a los padres de toda participación consciente y activa. Frente a esto los padres reaccionan con una actitud de sumisión, aceptando las voluntades impuestas alimentados por el temor y la inseguridad de ser estigmatizados, discriminados e incluso de recibir posibles represalias. Entendiendo que, “la comunicación viabiliza la humanización debido al hecho de exigir de la persona que considere al otro como alguien que posee también una visión del mundo, un horizonte de posibilidades que puede ser diferente del nuestro” (Valladares & Ferreira, 2016), para que pueda existir una relación horizontal con los padres, el personal médico deberá considerarlos como un igual.

Por otro lado, perciben que existe una homologación, por parte de los profesionales de la salud, de la experiencia del parto con cualquier intervención quirúrgica de rutina, minimizando el impacto para las familias y subestimando el significado emocional y psicológico que tiene para sus protagonistas. Lo anterior, se aleja considerablemente del significado de un parto humanizado, el cual corresponde a una “forma de atención en donde se respeta el derecho de la mujer, el padre y el neonato durante su nacimiento convirtiéndolos en protagonistas de esta experiencia” (Aravena, Salazar & Stormesan, 2013). Cabe destacar, que las expectativas que presenta la diada sobre el proceso del embarazo, se relacionan con la posibilidad de vivenciarlo de manera activa y propositiva, lo cual influye en la elección del centro de salud y del gineco-obstetra, entendiéndose en su mayoría, que el pago en la atención estaría directamente relacionado con la calidad de ésta. De la misma forma, se espera un trato cercano y humanizado por parte del profesional a cargo, características fundamentales a la hora de su elección. Sin embargo, estas cualidades se diluyen en el proceso de manera

sistemática, aumentando la actitud de sumisión por parte de los padres, quienes evitando cualquier situación que puede generar conflictos, aceptan su autoridad sin mayor cuestionamiento.

Como se aprecia en los relatos, aún existe la creencia que el rol del padre es menos importante en la etapa perinatal, recayendo todo el énfasis en el binomio materno-infantil. Lo anterior, debido a que existe escasa información acerca de la importancia del apego emocional entre éste y el bebé, frente a esto el padre se ve relegado a un rol secundario, ignorando sus necesidades emocionales y de apoyo, aun cuando existen antecedentes que avalan su presencia en el parto como un factor predictor de conductas adecuadas de apego entre padre e hijo y como un factor protector para la madre en el embarazo, parto y etapa postnatal. En efecto, diversos estudios refuerzan la idea de que la presencia y apoyo emocional que brinda el padre durante dicho periodo, contribuye significativamente a disminuir la necesidad de uso de medicamentos analgésicos y construir una experiencia de parto positiva; además de permitir al padre sentirse activo y participante, disminuyendo las posibilidades de exclusión (Uribe, Contreras & Hoga, 2018).

Es posible distinguir en los distintos centros de salud, independiente de su carácter público o privado, una serie de protocolos y prácticas desaconsejadas que inician en el periodo de embarazo con la atención gineco-obstetra y se perpetúan durante todo el proceso hasta el nacimiento del bebé, éstos se aplican de manera sistemática y mecanizada, sin que respondan necesariamente a las necesidades reales de los protagonistas o a criterios clínicos que lo justifiquen. Estas prácticas, que deberían ser excepcionales y sancionadas, apenas han comenzado a hacerse visible en las últimas dos décadas, lo anterior en el marco de que la experiencia de embarazo, parto y

postparto es uno de los hitos más significativos y de mayor vulnerabilidad para los padres, por lo que el riesgo de vivir una experiencia negativa o traumática, puede tener un impacto mayor en la salud mental de ambos. La aplicación de los protocolos tiende a sobreponerse frente a las demandas y necesidades de los padres y/o bebé, independientemente del profesional de la salud que los aplique, ignorando situaciones particulares o de riesgo, que requieren de un trato diferenciado, flexible y empático por parte de éstos. Cabe destacar, que es posible distinguir, ciertas excepciones por parte del personal técnico profesional, cuyo trato tiende a ser más empático y cercano, sin embargo, muchas de las acciones que refuerzan aquello, están por fuera de los protocolos establecidos en los centros de salud y se ejercen en un contexto de ilegitimidad y confidencialidad con los padres.

De los relatos de los participantes, se puede confirmar la existencia de numerosas y variadas manifestaciones de violencia, especialmente física y psicológica, por parte de los profesionales de salud, tales como maniobras inadecuadas, frialdad, indiferencia, abandono, entre otras; que no solo ponen en riesgo la integridad física de la madre y el bebé, sino además la integridad psicológica y emocional de ambos padres. Según la OMS (2015), la violencia sufrida en el parto incrementa el riesgo de padecer complicaciones obstétricas y trastornos depresivos, así como las posibilidades de tener bebés con insuficiencia pre ponderal, abortos, depresión y otros trastornos como el síndrome de estrés postraumático. A pesar de la relevancia de este fenómeno, parece ser que su invisibilidad radica en la escasez de datos existentes sobre sus efectos y consecuencias, especialmente cuando se trata del padre (Calvo & Camacho, 2014).

Las dificultades en la lactancia y de vinculación con el hijo son algunas de las secuelas observadas en la madre, quien al igual que el padre recuerda lo vivido desde el dolor, angustia y tristeza, sin embargo, éste además manifiesta sentimientos de

frustración, rabia e impotencia asociados a la imposibilidad de proteger a la madre y al bebé, basado en el estereotipo de rol de género impuesto a lo largo de la historia. Se distingue también, en ambos padres sintomatología asociada a trauma, el deseo de no tener más hijos y dificultades para relacionarse entre ambos.

Frente a esto, no podemos olvidar que del mismo modo que la violencia obstétrica genera un impacto en ambos padres, afecta también al recién nacido, quien guarda en su memoria temprana todos aquellos movimientos y posturas que acontecen durante el parto y que a futuro, determinan sensaciones y posturas que adoptará de adulto (Nieri, 2012).

Cabe destacar, que, dentro del análisis de las entrevistas realizadas, la visión compartida por la totalidad de los padres no incluye el sentimiento de culpa por haber sido víctimas de violencia. Cabe mencionarlo, ya que en las diferentes manifestaciones de violencia conocidas en nuestra sociedad, existe una percepción común por parte de las víctimas de responsabilidad por haber vivido dicha experiencia, sin embargo, los participantes del estudio declaran un sentimiento de rabia, impotencia y frustración, responsabilizando directamente a los profesionales de la salud y al contexto asistencial imperante.

Basados en esto, consideramos una necesidad real la integración del psicólogo perinatal al equipo médico a cargo del proceso de embarazo, parto y posparto de todo servicio de salud existente en nuestro país. Conocer directamente esta realidad, nos permite identificar las numerosas situaciones a las que los padres se ven expuestos y la escasa contención que reciben. Entendiendo que las consecuencias existentes a nivel de salud mental que viven posterior al periodo de posparto pueden intensificarse al

considerar el tiempo que pueden demorar en reconocerlas como tal y, por ende, el retraso en solicitar ayuda de un profesional en esta área.

Reconocemos como limitaciones del estudio, la reducida cantidad de diadas entrevistadas, así como la situación socioeconómica de cada una de ellas, entendiendo que quedan fuera distintas expresiones de violencia obstétrica que puedan ocurrir mayormente en el sector público y en diadas con un nivel socioeconómico inferior, teniendo solo una pequeña noción de las diferencias del trato que se dan entre el sector de salud público y privado. De la misma manera, se incluyen sólo parejas de la Región Metropolitana, desconociendo las formas de violencia que podrían vivirse en sectores rurales, donde el escaso desarrollo social y la cultura patriarcal favorece el ejercicio de la violencia de género. Por último, se consideran exclusivamente parejas heterosexuales, limitando las percepciones de los participantes frente a la violencia sufrida, así como las formas de violencia que pudieran experimentar por su condición sexual, entendiendo que la naturalización de la violencia contra la población LGTBI se perpetúa en el sistema sexo-género y la normatividad heterosexual imperante.

Finalmente, consideramos de suma relevancia generar espacios de reflexión acerca de la importancia que tiene para la salud mental de los futuros padres y madres de nuestra sociedad, contar con una salud sexual y reproductiva con un enfoque de perspectiva de género y una legislación de violencia obstétrica en Chile, no solo con el fin de sancionar dichas prácticas, sino que además para prevenir que se sigan suscitando con tanta naturalidad. Con el presente estudio, esperamos lograr contribuir al proceso de visibilización de la problemática y ser una voz fidedigna de quienes han sufrido este tipo de violencia.

## Referencias Bibliográficas

Al Adib, M., Ibáñez, M, Casado, M, & Santos, P. (2017). La violencia obstétrica: un fenómeno vinculado a la violación de los derechos elementales de la mujer. *Medicina Legal de Costa Rica*, 34(1), 104-111. Retrieved Apr 5, 2019.

Recuperado de:

[http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1409-00152017000100104&lng=en&tlng=es](http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152017000100104&lng=en&tlng=es)

Aravena, N., Salazar, S., & Stormesan, M. (2013). Influencia del acompañamiento del padre durante el parto, en el apego padre-hijo/hija, en niños/niñas nacidos/nacidas en el hospital de Panguipulli, durante el segundo y tercer trimestre del 2013 (tesis de pregrado). Universidad Austral, Valdivia, Chile.

Recuperado de:

<http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2013/fma663i/doc/fma663i.pdf>

Beck, C. T., & Watson, S. (2008). Impact of birth trauma on breast-feeding: A tale of two pathways. *Nursing Research*, 57(4), 228-236. doi:

10.1097/01.NNR.0000313494.87282.90

Belli, L. (2013). La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos. *Revista Redbioética/UNESCO*, Año 4, 1 (7): 25-34. Recuperado de:

<https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/12868>

Calvo, G., & Camacho, R. (2014). La violencia de género: evolución, impacto y claves para su abordaje. *Enferm Global*;13(33):424-439. Recuperado en:

[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412014000100022](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412014000100022)

Chaure, L. I., & Inarejos, G. M. (2001). *Enfermería pediátrica*. Barcelona: Masson.

Cámara de Diputados de Chile (2015). Proyecto de Ley, “Modifica la ley N°20.584, que Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud, para garantizar los derechos del neonato y de las mujeres durante la gestación, el parto y postparto”. Santiago, Chile, 28 de enero de 2015.

de Dios-Vallejo, Delia Selene. (2014). Equidad de género y embarazo. *Perinatología y reproducción humana*, 28(2), 71-78. Recuperado em 31 de janeiro de 2020, de

[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0187-53372014000200002&lng=pt&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-53372014000200002&lng=pt&tlng=es).

Díaz, L., & Fernández, Y. (2018). Situación legislativa de la Violencia obstétrica en América latina: el caso de Venezuela, Argentina, México y Chile. *Revista de derecho Valparaíso*, (51), 123-143. Recuperado en:

<https://dx.doi.org/10.4067/S0718-68512018005000301>

Fernández, F. (2015). ¿Qué es la violencia obstétrica? Algunos aspectos sociales, éticos y jurídicos. *Dilemata*, 7 (18), 113-128. Recuperado en:

<https://www.dilemata.net/revista/index.php/dilemata/article/view/375>

Glaser, B. G., & Strauss, A. L. (2017). *Discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research*. Routledge.

Huerta, F. (2007). Un acercamiento al abordaje teórico/metodológico de la violencia de género masculina. En R. Guarda y F. Huerta (coords.). *Estudios sobre la violencia masculina* (pp. 21-57). México: Indesol/Hombres por la Equidad A. C.

Jardim, Danúbia Mariane Barbosa, y Módena, Celina Maria. (2018). La violencia obstétrica en el cotidiano asistencial y sus características. *Revista Latinoamericana de Enfermagem*, 26, e3069. Epub 29 de noviembre de 2018.

<https://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2450.3069>

Martínez, I. (2003). Los efectos de las asimetrías de género en la salud de las mujeres. *Anuario de psicología/The UB Journal of psychology*, 34(2), 253-266

Medel, A., & Rauld, L. (2011). *Conformación de los roles de género durante la maternidad o paternidad: percepción de adolescentes con hijos/as*. Universidad Academia de Humanismo Cristiano. Santiago, Chile. Recuperado en:

<http://bibliotecadigital.academia.cl/bitstream/handle/123456789/943/tsoc148.pdf?sequence=1&isAllowed=y>



Ministerio de Salud de Chile. (2012). Manual de Atención personalizada en el proceso reproductivo. Santiago: Gobierno de Chile. Recuperado en:

<http://www.minsal.gob.cl/portal/url/item/795c63caff4fde9fe04001011f014bf2.pdf>

Moreno, M. (2018). Pariendo dignidad. Universidad de Chile. Instituto de la

Comunicación e Imagen. Escuela de Periodismo. Recuperado en:

<http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/151419/TESIS-pariendo-dignidad.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Organización de las Naciones Unidas (2018). El rol del Poder Judicial en el abordaje de los estereotipos de género nocivos. Recuperado en:

[https://www.ohchr.org/\\_layouts/15/WopiFrame.aspx?sourcedoc=/Documents/Issues/Women/WRGS/CN\\_ArgentinaJune2018.pdf&action=default&DefaultItemOpen=1](https://www.ohchr.org/_layouts/15/WopiFrame.aspx?sourcedoc=/Documents/Issues/Women/WRGS/CN_ArgentinaJune2018.pdf&action=default&DefaultItemOpen=1)

Organización Mundial de la Salud. (2015). Programa de Reproducción Humana.

Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea. Recuperado en:

[http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal\\_perinatal\\_health/cs-](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/cs-)

Robles, Bernardo. (2011). La entrevista en profundidad: una técnica útil dentro del

campo antropológico. Cuicuilco, 18(52), 39-49. Recuperado en 28 de diciembre de 2019, Recuperado de:

[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0185-6592011000300004&lng=es&tlng=es.](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-6592011000300004&lng=es&tlng=es)

Román, A. (2012). Guías clínicas, vías clínicas y protocolos de atención. *Medwave*, 12(06)

Salgado, A. (2007). Investigación cualitativa: diseños, evaluación del rigor metodológico y retos. *Liberabit*, 13(13), 71-78. Recuperado en 28 de diciembre de 2019, de:  
[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1729-48272007000100009&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-48272007000100009&lng=es&tlng=es)

Uribe, T., Contreras, M., & Hoga, L. (2018). Presencia activa del padre en el nacimiento integral: significados atribuidos por padres y madres a los roles paternos. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 83 (1), 22-26. Recuperado en:  
<https://dx.doi.org/10.4067/s0717-75262018000100022>

Valladares, P. & Ferreira, M. (2016). Aplicación de un plan de acción para la comunicación del equipo de enfermería. *Index de Enfermería*, 25(4), 268-272. Recuperado en 28 de diciembre de 2019, de  
[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962016000300010&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962016000300010&lng=es&tlng=es).

Valenzuela, M., Uribe, C., & Contreras, A. (2011). Modalidad integral de atención de parto y su relación con el bienestar materno. *Index de Enfermería*, 20(4), 243-247. Recuperado en: <https://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962011000300007>

Villaverde, M (2006). Salud Sexual y Procreación Responsable. Jurisprudencia. Buenos

Aires: Argentina. Recuperado en:

[http://www.clam.org.br/uploads/archivo/col\\_doc\\_ar\\_actualizacion.pdf](http://www.clam.org.br/uploads/archivo/col_doc_ar_actualizacion.pdf)

Yugueros, A. (2014). La violencia contra las mujeres: conceptos y causas. Universidad

Pablo de Olavide, Sevilla. España. Recuperado en:

<https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:CYFU3KWWyecJ:https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4903993.pdf+&cd=3&hl=es-419&ct=clnk&gl=cl>

Zárate, M. (2008). Dar a luz en Chile, siglo XIX: de la "ciencia de hembra" a la ciencia

obstétrica. Santiago de Chile: Universidad Alberto Hurtado. Recuperado en:

<https://anales.uchile.cl/index.php/ANUC/article/download/21745/23055/>

## **Anexos**

### ***Consentimiento Informado***

Ustedes han sido invitados a ser partícipes de un estudio que se lleva a cabo por estudiantes de la escuela de Psicología (último año) de la Universidad UNIACC, bajo la supervisión de la docente Irma Morales. El objetivo de este documento es informarle acerca del estudio antes de que usted confirme su disposición a colaborar con la investigación.

El propósito de este estudio es conocer la experiencia de violencia obstétrica durante el periodo perinatal vivida por parejas de la Región Metropolitana. La idea es poder conocer de manera directa y de los propios protagonistas esta experiencia de vida para colaborar con el proceso de visibilización de este tipo de violencia.

Para esto, ustedes deberán contestar una serie de preguntas y en este sentido, siéntanse libres de compartir sus ideas, sentimientos y experiencias en este espacio. Aquí no hay respuestas correctas o incorrectas, lo que importa es justamente conocer su propia y sincera opinión.

El desarrollo de estas entrevistas se realizará en un lugar y horario acordado entre ambas partes, con una duración de no más de 1 hora.

Es importante destacar que la participación es voluntaria, que no implica ningún riesgo, daño o peligro para su salud física o mental para ustedes.

Pueden negarse a participar o dejar de participar total o parcialmente en cualquier momento del estudio sin que deba dar razones para ello ni recibir ningún tipo de sanción. Su participación en este estudio no contempla ningún tipo de compensación o beneficio.

Cabe destacar que la información obtenida en la investigación será confidencial y anónima, y sólo será utilizada en los trabajos propios de este estudio.

Una vez finalizado la investigación los participantes tendrán derecho a conocer los resultados del mismo, si así lo desean.

Cabe aclarar que la información es sólo para nuestro trabajo, sus respuestas serán unidas a otras opiniones de manera anónima y en ningún momento se identificará qué dijo cada participante.

Para agilizar la toma de información, resulta de mucha utilidad grabar y tomar notas de la conversación, ya que a mano demora mucho tiempo y se pueden perder datos importantes. ¿Existe algún inconveniente en que grabemos la conversación? El uso de la grabación es sólo con fines de análisis.

¡Desde ya muchas gracias por su tiempo!

Quedando claro los objetivos del estudio, las garantías de confidencialidad y la aclaración de la información, acepto voluntariamente participar de la investigación.

Fecha de Entrevista

Firma

### ***Pauta de entrevista***

Buen día. Mi nombre es (nombre de quien entrevista). Somos estudiantes de quinto año de Psicología de la Universidad Uniacc y estamos realizando un estudio sobre la experiencia de violencia obstétrica vivida por padre y madre durante el periodo perinatal.

La idea es poder conocer de manera directa y de los propios protagonistas esta experiencia de vida para colaborar con el proceso de visibilización de este tipo de violencia. En este sentido, siéntanse libres de compartir sus ideas, sentimientos y experiencias en este espacio. Aquí no hay respuestas correctas o incorrectas, lo que importa es justamente conocer su propia y sincera opinión.

Cabe aclarar que la información es sólo para nuestro trabajo, sus respuestas serán unidas a otras opiniones de manera anónima y en ningún momento se identificará qué dijo cada participante. Para agilizar la toma de información, resulta de mucha utilidad grabar y tomar notas de la conversación, ya que manualmente demora mucho tiempo y se pueden perder datos importantes. ¿Existe algún inconveniente en que grabemos la conversación? El uso de la grabación es sólo con fines de análisis. ¡Desde ya muchas gracias por su tiempo!

### **Preguntas guía:**

Nos gustaría iniciar esta conversación hablando sobre su embarazo.

- ¿Que nos podrían contar sobre la experiencia?
- ¿Fue programado, que número de embarazo es, fue normal, con complicaciones?
- ¿Asistió a los controles de manera regular? ¿sola o acompañada?
- ¿A qué tipo de centro de salud asiste? ¿Cuál previsión de salud tiene?

- ¿Ustedes evaluarían la experiencia como positiva o negativa? ¿Por qué?

Respecto al momento de parto.

- ¿Cómo podrían relatar esa vivencia y cómo se sienten al recordarlo?
- ¿Este fue programado? ¿de término? ¿normal o cesárea?
- ¿Estuvo acompañada de algún familiar o estuvo sola?
- ¿Fue una experiencia dolorosa físicamente? ¿de qué manera lo fue?
- ¿Recuerda el momento o estaba sedada?
- ¿Ustedes evaluarían la experiencia como positiva o negativa? ¿Por qué?

Nos gustaría saber si la decisión de estar acompañada o no en el momento de parto ¿fue tomada por ustedes? Cuéntenos un poco más sobre esto.

Desde el momento en que nace su hijo/a.

- ¿Qué recuerdos se le vienen en este momento?
- ¿Qué sentimientos tiene respecto al nacimiento y los días posteriores a su llegada?
- ¿Cuántos días estuvo en el centro de salud después de nacido su hijo/a?
- ¿Cómo podría describir la experiencia hospitalaria y de atención esos días?

Centrándonos en el periodo de embarazo

- ¿Qué situaciones recuerdan como violentas o se sintieron violentados?
- ¿Podrían decir que alguna de esas situaciones de violencia fue protagonizadas por personal de salud del centro médico?
- ¿Recuerdan haber tenido algún tipo de respuesta o reacción ante esa situación?
- ¿Ambos coinciden en esto, o tienen alguna diferencia respecto a la experiencia de violencia vivida?

Centrándonos en el momento de parto

- ¿Qué situaciones recuerdan como violentas o se sintieron violentados?
- ¿Podrían decir que alguna de esas situaciones de violencia fue protagonizadas por personal de salud del centro médico?
- ¿Recuerdan haber tenido algún tipo de respuesta o reacción ante esa situación?
- ¿Ambos coinciden en esto, o tienen alguna diferencia respecto a la experiencia de violencia vivida?

Desde el momento del nacimiento y los días posteriores vividos en el centro hospitalario

- ¿Qué situaciones recuerdan como violentas o se sintieron violentados?
- ¿Podrían decir que alguna de esas situaciones de violencia fue protagonizadas por personal de salud del centro médico? ¿recuerdan haber tenido algún tipo de respuesta o reacción ante esa situación?
- ¿Ambos coinciden en esto, o tienen alguna diferencia respecto a la experiencia de violencia vivida?

Actualmente, ¿sienten que la experiencia de violencia vivida durante el embarazo, parto y/o los primeros días de vida de su hijo/a, ha tenido efecto o consecuencia a nivel personal, familiar o en algún otro ámbito de su vida?

- Salud física
- Salud psicológica
- Relación de pareja
- Relación con el bebé
- Parentalidad



