



Afectación socioemocional de la violencia obstétrica en mujeres durante el periodo de maternidad

Socio-emotional impact of obstetric violence on women during the maternity period

Daniella Cristina Salinas Lanas  daniella.salinas.22@alumnos.uda.cl

Resumen

La violencia obstétrica es una práctica que afecta a muchas mujeres y suele pasar desapercibida por desconocimiento o normalización de la situación. Esto genera que se dificulte su problematización, la sanción adecuada y el acceso a atención psicológica para tratar sus consecuencias emocionales y sociales. Este ensayo tuvo como objetivo conocer la afectación socioemocional de la violencia obstétrica en mujeres durante su maternidad. Los hallazgos muestran que estas mujeres suelen experimentar depresión, ansiedad, estrés y cambios en la dinámica familiar. Por lo que es fundamental visibilizar esta problemática, fomentar su erradicación y garantizar intervenciones psicológicas que mitiguen sus efectos.

Palabras clave: experiencia, maternidad, salud, violencia obstétrica.

Abstract

Obstetric violence is a practice that affects many women and often goes unnoticed due to ignorance or normalization of the situation. This makes it difficult to problematize, provide adequate punishment, and access psychological care to treat its emotional and social consequences. This trial aimed to understand the socio-emotional impact of obstetric violence on women during their motherhood. The findings show that these women often experience depression, anxiety, stress and changes in family dynamics. Therefore, it is essential to make this problem visible, promote its eradication and guarantee psychological interventions that mitigate its effects.

Keywords: experience, motherhood, health, obstetric violence.

Introducción

El concepto de maternidad ha evolucionado a lo largo del tiempo, integrando diversas interpretaciones culturales y sociales en su construcción (Molina, 2006). En palabras de Cáceres-Manrique et al. (2014), se trata de un proceso dinámico y en constante evolución, cuya vivencia es única para cada mujer. Aunque su inicio se asocia al embarazo, abarca múltiples etapas que no siguen un orden lineal, sino que se desarrollan de manera simultánea y superpuesta. Estas etapas incluyen desde la sospecha inicial de embarazo hasta el cuidado, la educación y la formación del infante para su desarrollo integral (Cáceres-Manrique et al., 2014). Durante este proceso, los autores señalados resaltan que las mujeres experimentan emociones complejas que configuran su vivencia de la maternidad, influida por circunstancias individuales y contextos socioculturales. Así, la maternidad trasciende lo biológico, incorporando factores socioafectivos, culturales y psicológicos que también son esenciales en su definición (Palomar, 2005; Sánchez, 2016).

Con relación al abordaje de la maternidad en los servicios de salud, este ha estado mayormente orientado desde una perspectiva biomédica (Cáceres-Manrique et al., 2014). Dichos autores destacan que la atención se centra, principalmente, en los aspectos biológicos y médicos del embarazo, el parto y las complicaciones asociadas, adoptando un enfoque empírico-analítico que prioriza la identificación de riesgos y la reducción de la mortalidad materna y perinatal. Sin embargo, este enfoque tiende a ignorar factores emocionales, psicológicos, culturales y sociales que son fundamentales para comprender plenamente la experiencia de la maternidad. Según Belli (2013), el uso creciente de tecnologías y procedimientos médicos en la atención hospitalaria del parto ha contribuido a modificar negativamente la percepción de la mujer gestante. En lugar de ser tratada como una persona autónoma con

derechos sobre su cuerpo, pasa a ser vista como un objeto de intervención médica.

Esta constante intervención, frecuentemente sin una justificación clara, es conocida como la medicalización del parto (Cecchetto, 1994). En este contexto, Salgado y Díaz (2019) introducen el concepto de violencia obstétrica, entendida como una consecuencia directa de la medicalización. Esto implica la adopción de prácticas que patologizan el cuerpo de las mujeres embarazadas, tratándolas como si estuvieran en un estado de enfermedad, así como interacciones denigrantes que vulneran su integridad y bienestar durante la maternidad (Salgado y Díaz, 2019). Esta forma de violencia parece estar profundamente arraigada en el sistema de salud y, a menudo, se reproduce sin cuestionamientos en la formación profesional del personal sanitario, especialmente en el área ginecológica. Como resultado, ha sido naturalizada hasta el punto de volverse invisible tanto para los profesionales de la salud como para la sociedad en general (Salinero y Cárdenas, 2021).

Actualmente, la violencia obstétrica es una grave problemática de salud pública a nivel mundial y en Chile, fundamentalmente, su alta prevalencia la ha convertido en un problema que requiere atención urgente (Salgado y Díaz, 2019). Considerando la problemática de contingencia, el presente ensayo busca responder a la pregunta de cuál es la afectación socioemocional de la violencia obstétrica en mujeres durante el periodo de maternidad. Su objetivo es conocer la afectación socioemocional de la violencia obstétrica en mujeres durante el periodo de maternidad. En ese sentido, en este trabajo se propone: a) describir conceptual y teóricamente la violencia obstétrica; b) establecer la afectación socioemocional de las mujeres en periodo maternal; y finalmente c) reconocer la afectación socioemocional de las mujeres en periodo maternal producto de la violencia obstétrica.

Sobre la violencia obstétrica: noción conceptual y teórica

La violencia obstétrica es un concepto relativamente reciente en la literatura, lo que explica su limitada teorización (Arguedas, 2014). Aunque no existe una definición universalmente aceptada, se reconoce un consenso en identificarla como una forma específica de violencia médica dirigida hacia la población femenina, en particular a mujeres embarazadas, en proceso de parto o en el periodo posparto (Salinero, 2021). De forma generalizada, esta violencia se caracteriza por el control y la opresión ejercidos sobre los cuerpos y mentes de las mujeres en etapa maternal, mediante prácticas institucionalizadas dentro del sistema de salud, tanto públicas como privadas, vinculadas a la medicalización y patologización de los procesos reproductivos (Arguedas, 2014; Belli, 2013; Bellón, 2015).

Dicho fenómeno puede manifestarse en dos formas principales: física y psicológica. De acuerdo con Salgado y Díaz (2019), la violencia física suele implicar intervenciones médicas invasivas, la administración de medicamentos sin una justificación médica válida y la imposición de procedimientos que no respetan los tiempos ni el proceso natural del parto. Por otro lado, la violencia psicológica incluye el uso de un lenguaje irrespetuoso, comentarios ofensivos hacia el cuerpo de la mujer o su hijo, críticas a la expresión de emociones como el dolor o la alegría, la falta de información adecuada, la negligencia en la atención y la deficiencia en los cuidados médicos. Estas actitudes no solo perpetúan la desigualdad y la opresión, sino que también agravan, significativamente, la experiencia de las mujeres durante su etapa maternal (Salgado y Díaz, 2019).

El término de violencia obstétrica fue acuñado por primera vez por movimientos feministas con el fin de resguardar los derechos reproductivos de las mujeres (Arguedas, 2014). Se reconoció en Venezuela en 2007 por medio de la Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de

Violencia, siendo el primer país en definir de forma institucional la violencia obstétrica y en tipificarla como delito (Belli, 2013). Según la autora, dos años después, le siguió Argentina con la promulgación de la Ley 26.485 referente a la prevención, sanción y erradicación de la violencia contra las mujeres en la misma temática. En México, algunos estados también avanzaron en el reconocimiento de la violencia obstétrica como delito. Bellón (2015) destaca que el hecho de que países como Venezuela, Argentina y México identifiquen la violencia obstétrica como ilegal, demuestra la vigencia de esta problemática dentro y fuera de América Latina.

Respecto a su estudio, la violencia obstétrica se ha visto enriquecida por los aportes de Foucault y las teorías feministas. Estudios como los de Arguedas (2014) desvelan cómo la “Teoría del Poder” de Michael Foucault se vincula con la aproximación conceptual de la violencia obstétrica. A partir de los “saberes subyugados” que Foucault (1980) describe como conocimientos menospreciados o excluidos por las estructuras dominantes del saber, Arguedas (2014) señala que este concepto se aplica al conocimiento que las mujeres embarazadas, o en proceso de parto, tienen sobre sus cuerpos y procesos fisiológicos y psicológicos. Este conocimiento, al ser considerado “ingenuo” o “insuficiente” dentro de la jerarquía del conocimiento, refleja una relación de poder en la que no se escucha ni se valoran adecuadamente sus experiencias.

Además, esta subordinación del saber de las mujeres se refuerza esencialmente por las estructuras sociales de género, que históricamente han privilegiado lo masculino sobre lo femenino (Arguedas, 2014). Dentro de su argumento, las mujeres embarazadas, al no ser vistas como “iguales” en el contexto médico, quedan en una posición en la que sus percepciones y conocimientos no son tomados en cuenta. Por estos motivos, la relación no es de diálogo, sino de poder, en la cual las

experiencias y el conocimiento que ellas tienen sobre sus cuerpos se minimizan o descartan, mientras que el saber médico ocupa un lugar dominante (Arguedas, 2014).

Arguedas (2014) expone como tesis central, que la medicina obstétrica ejerce un poder disciplinario específico sobre las mujeres embarazadas, transformándolas en cuerpos "dóciles" y "disciplinados". A través de esta tutela médica, el embarazo y el parto dejan de ser experiencias personales para convertirse en procesos monitorizados y regulados con el objetivo de normalizar y controlar los cuerpos femeninos en función de un ideal social de reproducción (Arguedas, 2014). Desde una interpretación foucaultiana, la autora señala que el cuerpo de la mujer embarazada es concebido como un "cuerpo anormal", es decir, como un cuerpo que se encuentra en un estado "alterado" o "anómalo", que debe ser objeto de examen y regulación para evitar posibles "desórdenes". Así, la medicina obstétrica se convierte en un instrumento de vigilancia constante sobre el cuerpo de la mujer, que se somete a prácticas disciplinarias con el objetivo de garantizar que el embarazo y el parto se desarrollen dentro de parámetros considerados "normales" (Arguedas, 2014).

Sumado a ello, Bellón (2015) afirma que, desde la perspectiva de la biopolítica y la crítica feminista, se analiza cómo las prácticas médicas reflejan y refuerzan valores y creencias de una sociedad patriarcal. De este modo, la medicina, al buscar que el parto sea "rápido y aséptico", tiende a tratar el cuerpo de las mujeres de forma mecánica, sin considerar sus experiencias o deseos. Desde esa perspectiva, se vería priorizada la eficiencia médica por sobre el bienestar integral de la mujer, lo cual se interpreta como una forma de sexismo arraigado en la cultura patriarcal (Bellón, 2015). La crítica es que esta práctica refleja una creencia machista que considera el cuerpo femenino como un "medio" para la reproducción, subordinado a los objetivos de la medicina, y que esta perspectiva se ha vuelto tan normal que no

suele cuestionarse o reconocerse como problemática (Bellón, 2015).

Proceso socioemocional de mujeres en periodo maternal

El embarazo y el puerperio son etapas que pueden generar significativos cambios emocionales, físicos y sociales tanto para la madre como para su pareja y el resto de la familia. Mientras que muchas madres disfrutaban de estos cambios, como la experiencia del embarazo o la llegada de un nuevo miembro a la familia, algunas no comparten estos sentimientos y pueden experimentar trastornos psicológicos que generan una profunda angustia relacionada con estos procesos (Currid, 2004). En ese sentido, aunque el embarazo suele ser percibido como una etapa de alegría y expectativas positivas, también implica desafíos emocionales importantes que con frecuencia no se reconocen ni se abordan adecuadamente. Esta idealización de la maternidad, donde se espera que el embarazo sea un periodo de felicidad constante, puede convertirse en un obstáculo para que las futuras madres expresen abiertamente sus emociones negativas o preocupaciones (Maldonado-Durán, 2008). Como consecuencia de esta presión social para mostrarse "felices" durante el embarazo, las mujeres que atraviesan emociones difíciles pueden sentirse aisladas o incomprendidas, lo que agudiza su malestar emocional (Maldonado-Durán, 2008).

Por lo tanto, la salud emocional de la mujer gestante puede evaluarse observando su capacidad para manejar las demandas y desafíos emocionales, físicos y sociales del embarazo, así como su habilidad para adaptarse positivamente a ellos (Gómez et al., 2006). Los primeros cambios emocionales se manifiestan desde el momento en que se confirma el embarazo, y la actitud personal hacia este hecho juega un papel crucial en la experiencia emocional de la mujer. En este sentido, si el embarazo es buscado y deseado, influirá significativamente en cómo se vivirá emocionalmente este proceso (Castelló,

2006). Para muchas mujeres, la idea de ser madre está presente desde la infancia, lo que genera una mezcla de emociones al recibir la noticia del embarazo: desde alegría y emoción hasta inseguridad, miedo e incluso rechazo inicial. Esta ambivalencia de sentimientos es común, incluso en mujeres que desean el embarazo de manera consciente (Maldonado-Durán, 2008). Este fenómeno se presenta de manera más pronunciada en adolescentes, lo cual suele venir acompañado por la decisión de no informar de inmediato sobre su embarazo a sus padres, prefiriendo ocultarlo hasta que los cambios físicos hagan evidente su estado (Álvarez et al., 2017; Rojas et al., 2010).

Acorde a lo anterior, diversos especialistas han identificado aspectos emocionales específicos que ocurren durante las etapas de gestación, especialmente en el primer trimestre. Según Castelló (2006), este periodo suele estar marcado por emociones como el miedo y la inseguridad, derivadas de la incertidumbre sobre el futuro. Entre las principales preocupaciones se encuentran el temor a sufrir un aborto, la posibilidad de que el bebé presente malformaciones congénitas o una muerte intrauterina (Díaz et al., 1999). Además, muchas mujeres expresan inquietudes relacionadas con el rechazo social, el impacto en sus relaciones sexuales y la falta de control sobre los cambios que experimentan, lo que puede generar estrés y ansiedad constante (Castelló, 2006; Díaz et al., 1999).

En este contexto, también surge cierta confusión asociada a deseos contradictorios. Por un lado, está el anhelo de tener un hijo; por otro, el temor a las renunciaciones que implica la maternidad, como cambios en su vida laboral, familiar, personal y económica (Castelló, 2006). Esta transición hacia la maternidad conlleva profundas modificaciones en la forma de pensar, sentir y vivir, ya que las decisiones comienzan a centrarse en el bienestar del nuevo núcleo familiar, incluyendo a los hijos (Maldonado-Durán, 2008).

Sin embargo, este periodo no se limita únicamente a emociones negativas. Según Castelló (2006), muchas mujeres experimentan alegría y satisfacción, especialmente si el embarazo constituye un proyecto de vida compartido con la pareja o responde a un deseo profundo de afecto. Estos sentimientos positivos suelen intensificarse cuando el embarazo avanza sin complicaciones y los controles prenatales confirman un desarrollo saludable.

No obstante, la tristeza puede aparecer en casos de embarazos no deseados o cuando la mujer carece de una pareja estable o sufre abandono debido a la gestación (Castelló, 2006). En tales situaciones, aunque la responsabilidad del embarazo sea asumida, la experiencia emocional puede ser compleja y desafiante. Al respecto, Morales-Carmona (2005), en un estudio realizado en México, identifica otros factores que pueden incrementar esta vulnerabilidad emocional. Estos incluyen ser paciente obstétrica, tener hijos previos, no dedicarse exclusivamente al hogar, estar desempleada o trabajar como comerciante, tener más de 35 años y contar con un nivel educativo bajo, de cero a nueve años.

Alrededor del segundo trimestre del embarazo, las emociones suelen oscilar entre la ansiedad inicial y una creciente alegría, confianza y conexión emocional con el bebé y los seres queridos (Castelló, 2006). La ansiedad puede intensificarse si se realiza una amniocentesis, ya que este procedimiento implica ciertos riesgos y puede llevar a decisiones difíciles si los resultados no son favorables (Castelló, 2006). Sin embargo, cuando los resultados son positivos y las ecografías de la semana 20 confirman un desarrollo fetal adecuado, estas noticias suelen brindar tranquilidad y felicidad a los futuros padres (Castelló, 2006).

Durante este período, la mujer embarazada comienza a imaginar y reflexionar sobre el bebé que lleva en su vientre. A menudo le habla al bebé, acaricia su abdomen al sentir sus movimientos y fantasea

sobre cómo será su hijo y cómo se desempeñará como madre. Estas reflexiones son fundamentales para prepararse emocionalmente para la llegada del "bebé real" (Maldonado-Durán, 2008). Hacia el final de esta etapa, la mayoría de las mujeres ya han compartido su estado con familiares y amistades, el crecimiento del abdomen es evidente y se observan diversos cambios fisiológicos, como el desarrollo de las glándulas mamarias, el aumento de peso y los síntomas asociados al mayor tamaño del útero (Maldonado-Durán, 2008).

Al inicio del tercer trimestre, la alegría se mantiene, y la emoción por realizar compras y ultimar los preparativos para la llegada del bebé alcanza su punto más alto. Al mismo tiempo, crece el anhelo de conocer a su hijo y sostenerlo en brazos (Castelló, 2006). Sin embargo, hacia el final de este período, Castelló (2006) señala que pueden resurgir temores relacionados con los cambios fisiológicos propios de esta etapa. La aparición de las primeras contracciones de Braxton Hicks puede generar preocupación al ser confundidas con signos de amenaza de parto prematuro. Además, surgen inquietudes sobre posibles complicaciones como problemas placentarios, disminución de los movimientos fetales, riesgos para el bienestar fetal, y el inminente momento del parto.

En términos generales, el embarazo puede ser considerado como un periodo de alta sensibilidad psicológica o crítico (Maldonado-Durán, 2008). Algunos autores, incluso, lo han comparado, en cuanto a niveles de estrés, con situaciones tan intensas como la pérdida de un ser querido, dificultades económicas importantes o problemas de salud graves (Torres, 2004). Este estrés se suele vincular con emociones negativas, como ansiedad, vergüenza o ira, aunque también puede generar sensaciones difíciles de expresar. Sin embargo, la ansiedad se reconoce como la emoción predominante en este contexto (Torres, 2004).

A ello se suma la carga mental vinculada a los diversos roles que una madre

debe desempeñar, que a menudo superan los de los hombres. A pesar del creciente ingreso de las mujeres al ámbito laboral, las madres continúan preocupándose por el bienestar de sus hijos e hijas, lo que les obliga a organizar su tiempo para equilibrar sus responsabilidades profesionales y las actividades propias de la maternidad. Esto implica combinar las exigencias laborales con las demandas personales, considerando los tiempos disponibles para ambas esferas (Castilla, 2008). A diferencia de los hombres, históricamente las mujeres han asumido de manera casi exclusiva estas tareas. Esta situación pone de manifiesto la persistencia de una sobrecarga para las mujeres en relación con las labores domésticas, así como en la educación y crianza de los hijos (Herrera, 2000).

La violencia obstétrica: un común denominador en el proceso maternal

Durante el parto, la mujer requiere una atención integral, que incluya claridad sobre los procedimientos a seguir, respeto, empatía y, sobre todo, la posibilidad de participar activamente en este proceso trascendental de su vida (Silva-Carvalho y Santana-Brito, 2017). Sin embargo, dichas autoras señalan que cuando estas condiciones no se cumplen, el resultado del parto puede verse gravemente afectado, transformándose, en ocasiones, en una experiencia negativa que deja secuelas emocionales y físicas duraderas. Este tipo de actitudes refleja la presencia en el ámbito laboral de profesionales de la salud que, debido a una falta de formación adecuada o sensibilización, no logran reconocer ni atender las necesidades emocionales y físicas de las mujeres durante el parto (Silva-Carvalho y Santana-Brito, 2017).

A pesar de los avances en la implementación de leyes que protegen los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres en Latinoamérica, las violaciones a estos derechos siguen siendo una realidad en diversos establecimientos de salud (Laínez et al., 2023). En este contexto, una encuesta realizada por Cárdenas y Salinero (2022) en

las regiones de Chile, reveló que, de las 2105 mujeres encuestadas, el 79,28% consideró haber experimentado violencia obstétrica durante su parto. En cuanto al tipo de institución en la que se llevó a cabo el parto, la cifra aumentó al 86,5% en los hospitales públicos, mientras que en las clínicas privadas llegó al 72,4%.

Las principales prácticas reportadas incluyeron la prohibición de consumir líquidos y alimentos con un 68,8%, la imposición de permanecer acostada durante todo el trabajo de parto con un 57,7%, la administración de medicamentos para acelerar el parto con un 51,2%, el rasurado de genitales externos con un 50,2%, la realización de tactos vaginales repetidos por diferentes profesionales con un 48,8%, la realización de cesáreas con un 48,1%, la rotura artificial de membranas con un 45,9% y la práctica de episiotomías con un 43,3%, entre otras (Cárdenas y Salinero, 2022).

Además, se ha identificado una relación estadísticamente significativa entre la violencia obstétrica y factores como la edad, la identidad étnica, en particular la pertenencia a pueblos originarios y la orientación sexual (Cárdenas y Salinero, 2022). En este sentido, las mujeres menores de edad, aquellas que se identifican con pueblos originarios y las mujeres no heterosexuales, con excepción de las lesbianas, quienes no muestran una asociación significativa, reportan con mayor frecuencia experiencias de violencia obstétrica (Cárdenas y Salinero, 2022). Este hallazgo es respaldado por el estudio de Gaffney et al. (2021), que describe la violencia obstétrica sufrida por nueve mujeres indígenas emberas durante el parto en los servicios de salud de Medellín, Colombia. El estudio revela que, aunque muchas de las formas de violencia también afectan a mujeres de contextos más occidentalizados, surgen nuevas manifestaciones cuando la mujer que da a luz pertenece a una comunidad indígena.

En el caso descrito, las participantes coincidieron en señalar la falta de respeto y sensibilidad cultural por parte de los

profesionales de la salud, lo que se tradujo en el rechazo y la negación de los saberes y prácticas tradicionales indígenas (Gaffney et al., 2021). En muchos casos, sus rituales y prácticas no fueron reconocidos ni respetados en los entornos hospitalarios, y en algunos casos, los profesionales de la salud no preguntaron, ni pudieron preguntar, debido a la barrera del idioma, sobre las preferencias culturales de las mujeres respecto al parto (Gaffney et al., 2021). Además, un tema recurrente en los testimonios fue el sentimiento de ser ignoradas o desatendidas. Varias mujeres reportaron que sus dudas y demandas de atención fueron desestimadas, especialmente cuando, durante el trabajo de parto, solicitaron asistencia. En particular, algunas narraron que los profesionales les indicaron contener el parto, a pesar de su solicitud de sentir el avance del proceso, lo que generó angustia y pánico al sentirse ignoradas y desvalorizadas en cuanto a su conocimiento del proceso que estaban viviendo (Gaffney et al., 2021).

Un estudio de años anteriores, desarrollado con 35 puérperas, en dos maternidades públicas municipales existentes en la ciudad de Natal, Rio Grande do Norte, en Brasil, también describió las formas de violencia obstétrica de las que eran víctimas, caracterizado por las palabras y actitudes de los profesionales de la salud que las asistieron (Silva-Carvalho y Santana-Brito, 2017). Las entrevistadas señalaron que los comentarios inapropiados, en forma de palabras despectivas, estuvieron presentes a lo largo de todo el proceso de parto. Estos comentarios se centraron, en su mayoría, en cuestionar la capacidad de los cuerpos de las mujeres embarazadas, así como en la cantidad de hijos que ya habían tenido. Además, se produjeron críticas hacia los gritos o gemidos emitidos por las mujeres durante el trabajo de parto. Tales expresiones, que reflejan la vivencia y la respuesta única de cada mujer, fueron duramente cuestionadas, independientemente de si era su primer embarazo o no. Las mujeres que manifestaron dolor mediante

gritos o gemidos fueron sometidas a intimidaciones, incluidas amenazas de ser dejadas solas en un momento de gran vulnerabilidad y debilidad emocional (Silva-Carvalho y Santana-Brito, 2017).

Las actitudes de los profesionales de la salud a cargo estaban directamente relacionadas con el dolor fisiológico experimentado por las mujeres embarazadas. Frecuentemente, las prácticas realizadas, como el toque vaginal o incluso los procedimientos de curación, exacerbaban aún más el dolor físico de las mujeres (Silva-Carvalho y Santana-Brito, 2017). Además, en algunos casos, la posición adoptada durante el parto no resultaba ser la más adecuada, lo que contribuía a un trato denigrante por parte los especialistas, tratándolas de ignorantes y responsabilizándolas, incluso, de los posibles daños al recién nacido (Silva-Carvalho y Santana-Brito, 2017).

Así como en estos casos documentados, la vivencia de violencia obstétrica desencadena experiencias de desconfianza, alienación y sentimientos de depresión en las mujeres afectadas (Gaffney et al., 2021). Este tipo de violencia genera transformaciones profundas en diversos ámbitos de la vida de las mujeres, tanto a nivel individual como en el ámbito social (Muñoz y Berrio, 2020). De acuerdo con Láinez et al. (2023), las consecuencias de la violencia obstétrica, tanto físicas como psicológicas, incluyen dificultades en la lactancia materna, incontinencia urinaria o fecal, desgarros, hemorragias, así como complicaciones severas, tales como la depresión y la septicemia postparto. Estas condiciones constituyen un riesgo significativo de morbilidad y mortalidad, afectando no solo a la madre, sino también al recién nacido.

Al respecto, diversos estudios han identificado la depresión prolongada como una consecuencia frecuente en mujeres que han sufrido violencia obstétrica. En ese sentido, Silveira et al. (2019) evidenciaron una correlación significativa entre los abusos

médicos durante el parto y el desarrollo de depresión postparto. Las mujeres que experimentaron abuso verbal presentaron un 1,6 veces más de probabilidad de tener este trastorno, mientras que aquellas que sufrieron maltrato físico tenían un riesgo 2,3 veces mayor.

Es así como Salinero (2021) señala que esta depresión, generalmente de uno a tres años, suele estar acompañada de sentimientos de culpa y cuestionamientos, motivando a las afectadas a buscar apoyo en mujeres con experiencias similares. En esta línea, el caso presentado por Muñoz y Berrio (2020) refleja estas dinámicas. Describen a una mujer que, tras complicaciones obstétricas graves, desarrolló una depresión severa caracterizada por inseguridad y aislamiento social, además de afrontar cambios profundos en su vida familiar, como la dependencia económica de sus padres y el deterioro de la relación con su pareja.

La recopilación de otras investigaciones, complementan que una de las secuelas más notorias en la depresión postparto es también la alteración del vínculo materno filial (Bertholdt et al., 2020; Lasheras et al., 2014). Mientras que, en el caso del estrés postraumático, por ejemplo, se ha comprobado que las mujeres perciben, de manera asociada, sintomatología como soledad, abandono y daño en las relaciones interpersonales (Shabot, 2020a). Incluso, la presencia de dichos trastornos psicológicos durante el puerperio puede aumentar el riesgo de suicidio (Bertholdt et al., 2020).

Algunas mujeres decidieron desvincularse del sistema médico tradicional y recurrir a alternativas como el parto en casa, como una forma de evitar las intervenciones médicas percibidas como perjudiciales (Salinero, 2021). Esta decisión, motivada por experiencias negativas previas, refleja un intento por recuperar el control sobre el proceso de parto. En algunos casos, algunas parejas decidieron no tener más hijos, eligiendo métodos anticonceptivos definitivos como la vasectomía (Salinero, 2021).

En cuanto al autoconcepto de la mujer, este se ve gravemente afectado tras sufrir violencia obstétrica, lo que influye directamente en su autopercepción y en la imagen que tiene de sí misma (Davis, 2020; Sadler et al., 2016; Shabot, 2020a; Shabot, 2020b). Dichos autores enfatizan que la violencia experimentada altera la forma en que la mujer se relaciona con su cuerpo, provocando una disminución de su autoestima y, en muchos casos, una sensación de pérdida de control sobre su maternidad.

Conclusión

La violencia obstétrica constituye un fenómeno complejo que ha comenzado a tener visibilidad en los últimos años, aunque su teorización y abordaje sistemático continúan siendo insuficientes. Este tipo de violencia, entendida como el conjunto de prácticas deshumanizantes, abusos de poder y negligencias que ocurren en el ámbito de la atención obstétrica (Muñoz y Berrio, 2020), tiene profundas implicancias en la salud integral de las mujeres, particularmente, en sus dimensiones social y emocional. La presente reflexión busca explorar las diversas aristas de esta problemática, destacando sus efectos en las mujeres y proponiendo líneas de acción y estudio que puedan contribuir a una comprensión más amplia y efectiva del problema.

En primer lugar, resulta relevante reconocer que la violencia obstétrica no es un fenómeno aislado, sino que está arraigada en sistemas médicos que perpetúan relaciones desiguales de poder entre los profesionales de la salud y las pacientes. En Chile, a pesar de los avances en materia de derechos humanos y salud sexual y reproductiva, persisten prácticas como el uso de procedimientos médicos innecesarios, la desatención al dolor y las expresiones de maltrato verbal o humillación hacia las mujeres en el momento del parto (Cárdenas y Salinero, 2022). Estos actos no solo violan los derechos fundamentales de las mujeres, sino que

también perpetúan una visión mecanicista y despersonalizada del cuerpo femenino.

Uno de los principales desafíos para abordar la violencia obstétrica es su escasa teorización y documentación. Si bien existen relatos y testimonios individuales que evidencian estas prácticas, aún falta un marco teórico que permita analizarla desde una perspectiva interseccional y multidimensional. Es necesario desarrollar investigaciones que integren enfoques de género, derechos humanos y salud pública para comprender las raíces estructurales de esta violencia y su reproducción en el ámbito clínico. Además, urge que las políticas de salud incluyan indicadores específicos para monitorear y erradicar estas prácticas, promoviendo espacios seguros y respetuosos para las mujeres.

Las implicancias sociales y emocionales de la violencia obstétrica son profundas y multifacéticas. En el ámbito emocional, las mujeres que han experimentado esta violencia suelen reportar sentimientos de humillación, culpa y frustración, así como cuadros de ansiedad, depresión y trastorno de estrés postraumático (Sadler et al., 2016). Estas secuelas no solo afectan la experiencia de la maternidad, sino que también pueden impactar negativamente la relación madre-hijo, generando dificultades en el establecimiento del vínculo afectivo y en la lactancia (Bertholdt et al., 2020). En el ámbito social, la violencia obstétrica afecta significativamente la forma de relacionarse con los demás, que pueden derivar en sensación de soledad o aislamiento (Sadler et al., 2016). Además, refuerza la desconfianza hacia el sistema de salud y perpetúa las desigualdades de género al invisibilizar las necesidades y derechos de las mujeres (Sadler et al., 2016).

Un aspecto crucial para abordar esta problemática, es reconocer las barreras culturales y estructurales que perpetúan la violencia obstétrica. En Chile, las jerarquías dentro del sistema de salud y la falta de capacitación en enfoque de derechos humanos

para los profesionales contribuyen a la normalización de estas prácticas. Es fundamental implementar programas de formación, que sensibilicen a los equipos de salud sobre la importancia del trato digno y el respeto a las decisiones de las mujeres durante el proceso de parto. Asimismo, es necesario fomentar una cultura de rendición de cuentas, donde las instituciones de salud asuman responsabilidad por las prácticas deshumanizantes y garanticen mecanismos de denuncia efectivos.

En cuanto a las recomendaciones para futuras investigaciones, resulta prioritario desarrollar estudios que profundicen en la afectación socioemocional de la violencia obstétrica. Estas investigaciones podrían abordar, por ejemplo, el impacto de estas experiencias en la construcción de la identidad materna y en la percepción de la maternidad como un proceso positivo o negativo. Además, sería valioso explorar las diferencias en la experiencia de la violencia obstétrica según factores como la edad, el nivel socioeconómico y el origen étnico, lo que permitiría identificar patrones y desigualdades específicas.

Otra línea de acción importante es la creación de más espacios de apoyo emocional

y redes de contención para las mujeres que han sufrido violencia obstétrica. Los grupos de apoyo, las terapias psicológicas y las iniciativas comunitarias pueden desempeñar un papel crucial en la reparación del daño emocional y en el fortalecimiento de la resiliencia de estas mujeres. Asimismo, es necesario incluir a las mujeres en la definición de las políticas de salud materna, asegurando que sus voces y experiencias sean consideradas en la toma de decisiones.

Finalmente, la reflexión sobre las implicancias socioemocionales de la violencia obstétrica debe ir acompañada de un compromiso colectivo para transformar las estructuras y prácticas que perpetúan esta problemática. Esto abarca no solo cambios en el ámbito clínico, sino también en el plano cultural y político, promoviendo una visión de la maternidad y el parto que respete la dignidad y los derechos de las mujeres. La erradicación de la violencia obstétrica es, en última instancia, un imperativo ético y social que requiere el compromiso de toda la sociedad.

Referencias bibliográficas

- Álvarez, L., Rodríguez, A., Avich, N. y Domínguez, Y. (2018). Adolescencia y aborto en Cuba. Percepciones de adolescentes y actores sociales. *Población y Desarrollo - Argonautas y Caminantes*, 13, 45–52. <https://doi.org/10.5377/pdac.v13io.5628>
- Arguedas, G. (2014). La violencia obstétrica: propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense. *Cuadernos Inter.c.a.mbio sobre Centroamérica y el Caribe*, 11(1), 145-169. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=476947241008>
- Belli, L. (2013). La violencia obstétrica: Otra forma de violación a los derechos humanos. *Revista Redbioética UNESCO*, 1(7), 25-34. <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/12868>
- Bellón, S. (2015). La violencia obstétrica desde los aportes de la crítica feminista y la biopolítica. *Dilemata*, (18), 93-111. <https://www.dilemata.net/revista/index.php/dilemata/article/view/374/379>
- Bertholdt, C., Epstein, J., Banaslak, C., Ligier, F., Dahlhoff, S., Olieric, M. F., Mottet, N., Beaumont, M. & Morel, O. (2020). Birth experience during COVID-19 confinement (CONFINE): protocol for a multicentre prospective study. *BMJ Open*, 10(12), 1-7. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33303470/>
- Cáceres-Manrique, F., Molina-Marín, G. y Ruiz-Rodríguez, M. (2014). Maternidad: un proceso con distintos matices y construcción de vínculos. *Aquichan*, 14(3). <https://doi.org/10.5294/aqui.2014.14.3.4>
- Castelló, M. (2006). Vivencia emocional en el embarazo, parto y puerperio [Discurso sobre el rol de la matrona en el cuidado de la mujer a lo largo de su ciclo vital]. Conferencia Aesmatronas, Oviedo, España. https://www.aesmatronas.com/wp-content/uploads/2017/12/09_VIVENCIA_EMOCIONAL.pdf
- Cárdenas, M. y Salinero, S. (2022). Violencia obstétrica en Chile: percepción de las mujeres y diferencias entre centros de salud. *Revista Panamericana Salud Pública*, 46(14). <https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.24>
- Castilla, M. (2008). Modelos y Prácticas de Maternidad: Continuidades y Cambios en dos Generaciones de Madres Platenses. *Revista Mad. Revista del Magíster en Análisis Sistemático Aplicado a la Sociedad*, (19), 63-76. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=311224754004>
- Cecchetto, S. (1994). La medicalización del embarazo y el parto. *Cuadernos médico sociales*, 35(3), 59-63. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-147384>
- Currid, T. J. (2004). Improving perinatal mental health care. *Nursing Standard*, 19(3), 40-43. <https://doi.org/10.7748/ns2004.09.19.3.40.c3702>
- Davis, D-A. (2020). Reproducing while Black: The crisis of Black maternal health, obstetric racism and assisted reproductive technology. *Reproductive BioMedicine and Society Online*, 11, 56-64. <https://doi.org/10.1016/j.rbms.2020.10.001>
- Díaz, R., Aguilar, V. y Santillán, R. (1999). Estrés y embarazo. *Revista de la Asociación Dental Mexicana*, 56(1), 27-31. <https://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-1999/od991f.pdf>
- Foucault, M. (1980). *Power/knowledge: Selected Interviews and Other Writings, 1972-1977* (C. Gordon, Ed.; C. Gordon, Trans.). Pantheon Books. https://monoskop.org/images/5/5d/Foucault_Michel_Power_Knowledge_Selected_Interviews_and_Other_Writings_1972-1977.pdf
- Gaffney, E., Molina, D., López, J. y Mejía, C. (2021). “Parir no es un asunto de etnia, es un asunto de humanidad”: experiencias frente a la violencia obstétrica durante la atención al parto en mujeres indígenas. *Salud Colectiva*, 17(15). <https://doi.org/10.18294/sc.2021.3727>

- Gómez, E., Aldana, E., Carreño, J. y Sánchez, C. (2006). Alteraciones Psicológicas en la Mujer Embarazada. *Psicología Iberoamericana*, 14(2), 28-35. <https://doi.org/10.48102/pi.v14i2.357>
- Herrera, P. (2000). Rol de género y funcionamiento familiar. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 16(6). http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252000000600008&script=sci_arttext
- Laínez, N., Martínez, G., Portillo, D., Alvarenga, A. y Véliz, A. (2023). Consecuencias físicas y psicológicas de la violencia obstétrica en países de Latinoamérica. *Alerta*, 6(1), 70-77. <https://10.5377/alerta.v6i1.15231>
- Lasheras, G., Farré-Sender, B. y Serra, B. (2014). Detección in situ de la depresión postparto (DPP) y alteración del vínculo materno-filial en el Hospital Universitario Quirón Dexeus. Resultados preliminares. *Cuadernos de Medicina Psicosomática de Enlace*, 109, 22-31.
- Maldonado-Durán, M., Saucedo-García, J. y Lartigue, T. (2008). Cambios fisiológicos y emocionales durante el embarazo normal y la conducta del feto. *Perinatología y Reproducción Humana*, 22(1), 5-14. <https://www.medigraphic.com/pdfs/inper/ip-2008/ipo81c.pdf>
- Molina, M. (2006). Transformaciones Histórico Culturales del Concepto de Maternidad y sus Repercusiones en la Identidad de la Mujer. *Psyche (Santiago)*, 15(2), 93-103. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-22282006000200009>
- Morales-Carmona, F. (2005). Detección y vigilancia de condiciones psicológicas críticas durante el embarazo. Ponencia presentada en la XXII Reunión Anual del Instituto Nacional de Perinatología “Isidro Espinosa de los Reyes”, México. <https://pepsic.bvsalud.org/scieloOrg/php/reflinks.php?refpid=S1405-339X201300010000400006&lng=en&pid=S1405-339X2013000100004>
- Muñoz, G. y Berrio, L. (2020). Violencias más allá del espacio clínico y rutas de la inconformidad: La violencia obstétrica e institucional en la vida de mujeres urbanas e indígenas en México. En *Violencia obstétrica en América Latina: conceptualización, experiencias, medición y estrategias*. Remedios de Escalada. <https://air.uniud.it/handle/11390/1177824>
- Palomar, C. (2005). Maternidad: Historia y Cultura. *Revista de Estudios de Género. La ventana*, (22), 35-67. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=88402204>
- Rojas, D., Alarcón, M. y Calderón, B. (2010). Vivencia del Embarazo en Adolescentes en una institución de protección en Colombia. *Index de Enfermería*, 19(2-3). https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962010000200012
- Sadler, M., Santos, M., Ruiz-Berdún, D., Leiva, G., Skoko, E., Guillen, P. & Clausen, J. A. (2016). Moving beyond disrespect and abuse: addressing the structural dimensions of obstetric violence. *Reproductive Health Matters*, 24(47), 47-55. <https://doi.org/10.1016/j.rhm.2016.04.002>
- Salgado, F. y Díaz, M. (2019). Violencia obstétrica y de género mediante la medicalización del cuerpo femenino. *Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad*, (29), 23-34. <http://www.relaces.com.ar/index.php/relaces/article/view/263/260>
- Salinero, S. y Cárdenas, M. (2021). Violencia ginecológica y silencio al interior del Modelo Médico en Chile. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*, 81(3), 226-238. <https://doi.org/10.51288/00810306>
- Salinero, S. (2021). “Fue un terremoto”: violencia obstétrica y relatos de mujeres en Chile. *Debate feminista*, 62, 142-168. <https://doi.org/10.22201/cieg.2594066xe.2021.62.2277>
- Sánchez, M. (2016). Construcción social de la maternidad: el papel de las mujeres en la sociedad. *Opción*, 32(13), 921-953. <https://www.redalyc.org/pdf/310/31048483044.pdf>

- Shabot, S. C. (2020a). We birth with others: Towards a Beauvoirian understanding of obstetric violence. *European Journal of Women's Studies*, 28(2), 1-16.
<https://doi.org/10.1177/1350506820919474>
- Shabot, S. C. (2020b). Why 'normal' feels so bad: violence and vaginal examinations during labour – a (feminist) phenomenology. *Feminist Theory*, 22(16), 1-21.
<https://doi.org/10.1177/1464700120920764>
- Silva-Carvalho, I. y Santana-Brito, R. (2017). Formas de violencia obstétrica experimentada por madres que tuvieron un parto normal. *Enfermería Global*, 16(47).
<https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.16.3.250481>
- Silveira, M. F., Mesenburg, M. A., Bertoldi, A. D., De Mola, C. L., Bassani, D. G., Domingues, M. R., Stein, A. & Coll, C. V. N. (2019). The association between disrespect and abuse of women during childbirth and postpartum depression: Findings from the 2015 Pelotas birth cohort study. *Journal of Affective Disorders*, 256, 441- 447.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31252237/>
- Torres, M. (2004). Impacto emocional del embarazo de alto riesgo. *Revista colombiana de psiquiatría*, 33(3).
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502004000300004