

## Ausencia de percepción de violencia obstétrica en mujeres indígenas del centro norte de México

### *Absence of perception of obstetric violence in indigenous women from the north center of Mexico*

Yesica Yolanda Rangel-Flores<sup>1,2</sup>, Alexia Guadalupe Martínez-Ledezma<sup>1</sup>,

1 Facultad de Enfermería y Nutrición de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí. 2. Integrante del Cuerpo Académico en Consolidación: Salud Poblacional, políticas y prácticas en grupos vulnerables.

#### RESUMEN

**Introducción:** Las mujeres indígenas en San Luis Potosí son quienes menos quejas presentan ante las instituciones de arbitraje médico y defensa de derechos humanos. **Objetivo:** Conocer en mujeres indígenas los hechos percibidos como actos de violencia obstétrica en la atención de sus partos. **Metodología:** Estudio de tipo cualitativo-etnográfico en el que se condujeron entrevistas grupales y se aplicó análisis crítico del discurso. **Resultados:** Las mujeres sólo identifican como violencia el maltrato verbal, en tanto, los procesos de medicalización excesiva son contemplados como necesarios, inevitables e incluso deseables, con excepción del tacto vaginal. Se narraron experiencias de abuso de poder, omisión y negligencia que las mujeres toleran porque las naturalizan propias de la relación médico-paciente. **Conclusiones:** Es necesario capacitar a las mujeres para que identifiquen las acciones violentas y sensibilizarlas para que se asuman sujetas de derechos para la atención. Se requiere impulsar cambios en los procesos de formación de recursos humanos en salud, transversalizar la perspectiva de género, interculturalidad y derechos humanos.

**Palabras clave:** Violencia obstétrica, parto, indígenas, investigación cualitativa.

#### ABSTRACT

**Introduction:** Indigenous women are the population that least complains in the institutions of medical arbitration and human rights defense. **Objective:** To know in indigenous women the facts perceived as acts of obstetric violence in the attention of their births. **Methodology:** A qualitative-ethnographic study was carried. Group interviews were conducted and critical analysis of discourse was applied. **Results:** Women only identify verbal abuse as violence, excessive medicalization processes are considered necessary, inevitable and even desirable, with the exception of vaginal tact. Women reported experiences of abuse of power, omission and neglect that women tolerate because they are naturalized by the doctor-patient relationship. **Conclusions:** It is necessary to enable women to identify violent actions and sensitize them to assume the rights to care. It is also necessary to promote changes in the processes of training human resources in health, to mainstream gender perspective, interculturality and human rights.

**Keywords:** Obstetric violence, childbirth, indigenous, qualitative research.

#### INTRODUCCIÓN

Aun cuando diversos autores señalan que la violencia obstétrica se presenta tanto en los servicios públicos como en los privados, con independencia de las condiciones sociales de las mujeres<sup>1</sup>, otros investigadores han señalado la existencia de algunos determinantes sociales incrementan la vulnerabilidad de las mujeres para vivir esta experiencia. Algunos de éstos son el habitar un lugar con difícil acceso a los servicios de salud, hablar lengua indígena o dialecto, ser menor de edad, vivir en contexto de pobreza y poseer bajos o nulos niveles educativos.<sup>2</sup>

La violencia obstétrica puede ser difícil de identificar, no sólo para las usuarias de la atención, sino también para los prestadores de la atención de la salud. Las mujeres, particularmente las indígenas, se han desarrollado en contextos en los que de manera cotidiana son objeto de discriminación y maltrato, situación que puede condicionar que no identifiquen las acciones

\* **Correspondencia:** YYRF, yesica.rangel@uaslp.mx

**Conflicto de intereses:** Las autoras declaran que no tienen.

**Citar como:** Rangel-Flores YY, Martínez-Ledezma AG. Ausencia de percepción de violencia obstétrica en mujeres indígenas del centro norte de México Rev CONAMED 2017; 22(4): 166-169. [Absence of perception of obstetric violence]

que infringen sus derechos humanos y sexuales-reproductivos. Por otra parte, en el imaginario que prevalece en torno a los servicios de salud, resulta difícil aceptar ser vulnerable dentro de un espacio diseñado para garantizar el bienestar, o frente a actores institucionales que se formaron para garantizarlo.<sup>3</sup> En este contexto, el objetivo de esta investigación fue conocer en mujeres indígenas los hechos percibidos como actos de violencia obstétrica en la atención de sus partos.

## METODOLOGÍA

Se realizó un estudio de tipo cualitativo a fin de entender cómo se configuran las percepciones que estas mujeres tienen respecto al parto, las vulnerabilidades que asumen y las que no, así como las fuentes de información a las que acceden para construir las representaciones que tienen en torno al parto y la atención del mismo.<sup>4</sup>

El trabajo de campo se realizó de mayo a noviembre del 2016 en seis municipios que conforman la microrregión Huasteca Centro. Se decidió realizar el estudio en esta región dada la lejanía con los servicios de salud, el predominio de población indígena, su preferencia por la atención de las parteras, los bajos niveles educativos, la pobreza y en general el alto índice de rezago social, todas ellas, variables que se han asociado con una mayor vulneración de los derechos humanos en general y en específico de los derechos sexuales y reproductivos.<sup>5</sup>

Para la selección de las informantes se realizó muestreo por conveniencia.<sup>6</sup> Los criterios que se procuraron en las informantes es que hubiesen tenido un parto en los últimos 12 meses, independientemente del estado del recién nacido, su edad cronológica y sus antecedentes de paridad.

Para la recolección de información se diseñó una guía de preguntas detonantes sobre las experiencias que viven las mujeres de la región durante la atención del parto, las maniobras de intervención y el trato por parte de personal profesional. Esta guía tuvo una estructura inicial que posterior a las entrevistas se fue modificando de acuerdo a las experiencias que fueron narradas. Las entrevistas se desarrollaron mediante la estrategia de grupos focales.<sup>7,8</sup> Para la conformación de los grupos se procuró que se integraran por mujeres de distintas localidades. Cada grupo se integró por 6 a 12 mujeres, por su edad la mayor parte de las informantes hablaban español aparte de su lengua originaria, por ello no se requirió traductor. Cada entrevista tuvo una duración de 60 a 90 minutos y se audiograbaron previo consentimiento informado y garantizando el anonimato en apego a los criterios de la declaración de Helsinki, la Ley General de Salud en México y el Código de Ética.

Las entrevistas fueron transcritas en su totalidad y se aplicó análisis crítico del discurso desde la perspectiva feminista propuesta por Lazar<sup>9</sup>, lo que permitió centrar la discusión teórica en las situaciones de abuso del poder, de vulneración a los derechos humanos y de desigualdad de género en el contexto del trabajo de parto.<sup>10</sup> Para el análisis se realizó primero una lectura completa de las transcripciones, después se fragmentó el texto con énfasis en las prácticas de omisión, negligencia e iatrogenia, percibidas y narradas por las mujeres.

El protocolo de investigación fue aprobado y supervisado en su implementación por el Comité Académico y de Ética de la Facultad de Enfermería y Nutrición de la Universidad

autónoma de San Luis Potosí (UASLP), donde se le otorgó el registro CEIFE-2015-139.

## RESULTADOS

### Caracterización sociodemográfica

Del total de las mujeres (n= 57), el promedio de edad fue de 28.7, con máxima de 44 y mínima de 14. El 96.4% se dedicaba a las labores del hogar y solo el 3.5% ejercía una profesión. En lo que respecta a la escolaridad, 47.8% había cursado hasta la secundaria, 26.1% concluyó el bachillerato, 19% la primaria, 5.2% terminó una licenciatura y 1.7% eran analfabetas. La mayoría de las participantes eran casadas (39.5%) o en unión libre (45.4%), 11.6% eran madres jefas de familia y 3.5% eran separadas y/o viudas.

### Análisis de las narrativas

Se acotó en las categorías que enumera el concepto de violencia obstétrica que incorpora la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (LGAMVLV) en San Luis Potosí.

### Manejo del dolor, violencia verbal y psicológica

Se identificó que las mujeres de esta región no son sujetas de recibir anestesia epidural cuando sus partos son eutócicos, este recurso sólo se brinda cuando se realiza cesárea. Sin embargo, la anestesia epidural no figuró en los discursos como una necesidad sentida. También expresaron que perciben violento el hecho de que el personal de salud les ordene callar las emociones que se producen durante el trabajo de parto y parto, el impacto del abuso verbal es aún más grave cuando el personal de salud "les convence" de que por su falta de voluntad para avanzar de manera satisfactoria en el trabajo de parto, sus hijos corren riesgos importantes.

### Aislamiento

Ninguno de los hospitales que brindan el servicio a las mujeres de la región posibilita el acompañamiento durante el trabajo de parto y parto, situación que identifican como una condición que les vulnera psicológicamente y en relación a los riesgos que deben enfrentar, internadas dentro de servicios en los que la escasez del personal y la sobredemanda ha desencadenado accidentes.

*Participante: "La dejaron solita porque no dejaban que entrara un familiar, entonces esta muchacha quiso ir al baño... nada más donde se quiso parar se cayó, la levanté y apenas la levanté llegaron los guardias y me regañaron y me dicen "Es que tú no tienes por qué andarle levantando" y les digo "Es que se cayó y toda se vació" había un charco de sangre".*

Acción u omisión intencional: Violencia por omisión e intención por parte del personal de salud.

Se documentaron formas de violencia mediante el uso de tecnología, vulnerando la privacidad y dignidad de la mujer dentro del medio hospitalario.

*Participante: "Como a mí me hicieron cesárea y yo no sé si sea válido que estén grabando con sus celulares, no sé si sea válido... ahí en el quirófano estaban arriba, yo no dije nada, ¿Qué podía decir? Ni sabía para que estaban grabando"*

### Tacto vaginal

El único procedimiento médico que se percibe como violento por las mujeres que participaron, fue el tacto vaginal, que narran como doloroso e incómodo, particularmente, porque lo realizan una multiplicidad de actores

*Participante: “Me acababa de hacer el tacto una enfermera y después llego el médico y me dice “Te voy hacer el tacto” y le dije “pero me lo acaban de hacer la enfermera” tenía como menos de 5 minutos, me dice “No pero es que ahora yo te lo voy hacer...”*

### Episiotomía

La mayor parte de las mujeres en su último parto, vivió la experiencia de una episiotomía, mencionan que en la mayoría de las veces se les practica sin su consentimiento y se dan cuenta de esta intervención hasta que están en sus casas.

### Maniobra de Kristeller y administración de oxitocina

Estas prácticas fueron narradas, sin embargo, no las perciben violentas y tampoco les asocian riesgos, por el contrario, agradecen al personal que les hayan ayudado “para que sus hijos nacieran más pronto”

*Participante: “Con el grande sí, con las manos, me ayudaron empujándolo para abajo/ me dijeron que me iban ayudar para que él bebe se bajara y si dolió mucho, pero ya tocaba, porque hay bebés que a veces se suben para arriba en lugar de bajar (sic)...”*

### Separación prematura del binomio

Las mujeres narran que continúan siendo separadas de manera prematura, lo cual constituye una acción violenta contra la madre y el menor.

*Participante: “A mí me lo recogió y lo llevó a la báscula mientras me limpiaban y todo, y ya me sacaron de la camilla y lo estaban pesando y midiendo, no sé qué cosas le estaban haciendo y ya después me lo trajeron, pero pasó un rato”*

### Ayunos prolongados

La mayoría de las mujeres refieren que se les negó la ingesta tanto de líquidos como de alimentos sólidos durante el trabajo de parto, lo cual se constituye como violencia, pues se les niega el acceso a la satisfacción de necesidades básicas. Otras mujeres narran como tuvieron que esperar más de 8 horas para volver a tomar un alimento.

### Prescripción y forzamiento a uso de métodos anticonceptivos

Las mujeres narran como son forzadas por parte del personal de salud en materia de anticoncepción y planificación familiar, y es sus estrategias adoptadas se incluyen las amenazas de suspender apoyos sociales, como Prospera y Seguro Popular.

*Participante 1: “Ahí está una doctora, exige que se lo ponga, a mí me anduvo exige y exige y yo le decía que no y cada rato me iba a ver y donde me encontraba me decía/ Participante 2: A mí me*

*hicieron poner la inyección para poder salir del hospital, si no, me decían que no iba a salir / Participante 3: Ahhh sí, si no, no quieren dar de alta / Participante 4: A mí me dijeron que me quitaban lo del Seguro Popular”.*

### DISCUSIÓN

Los actos clasificados como violencia obstétrica están reconfigurándose, si bien antes se hablaba de esta problemática circunscribiéndole a las acciones de maltrato verbal por parte del personal de salud, actualmente la existencia de Normas Oficiales<sup>11</sup> y Guías de Práctica Clínica<sup>12</sup>, obligan a dar cuenta de la existencia de una serie de procedimientos que generan riesgos adicionales e innecesarios para la diada. Sin embargo, la medicalización y los procedimientos que implican riesgos adicionales no son contemplados como violentos por las propias usuarias.

Castro y otros autores han reconocido que las mujeres tiene dificultad para identificar algunas modalidades de violencia obstétrica, en función de que la gran mayoría de ellas no han sido informadas sobre sus derechos en el parto, tampoco sobre las prácticas seguras e inseguras que suelen realizarse en la atención.<sup>13</sup> En este estudio se identificó que las mujeres contemplan como altamente satisfactorio el hecho de que les pongan suero y les administren medicamentos para inducir o reforzar las contracciones o los “dolores de parto”, aun cuando el uso rutinario de éstos, se desaconseje desde la NOM-007-SSA2-2016, por constituir un riesgo potencial y un abuso en la medicalización.<sup>11</sup>

La intolerancia del personal de salud frente a la expresión del dolor de parto, refleja la ausencia de perspectiva de intercultural con la que están siendo formados, y en la que no alcanzan a dimensionar que el dolor se suscita dentro de un contexto social y cultural que dicta los mecanismos de afrontamiento que las mujeres tienen en este episodio particular de su vida. Esta intolerancia cobra relevancia, si se considera que el hecho de que se disponga de un entorno de amigable, respetuoso de los imaginarios locales y los derechos humanos impacta favorablemente en la respuesta fisiológica de la mujer y su hijo al parto, y en la calidad del vínculo que se establecerá entre ellos.<sup>14</sup>

El acompañamiento durante el trabajo de parto y parto figuró como una necesidad real, sin embargo, lo plantean como algo “que desean” y no como un derecho reconocido. Países como Chile han instaurado una ley específica sobre acompañamiento durante el trabajo de parto y parto.<sup>15</sup> La razón para favorecer la compañía en esta etapa de vida se sostiene en la evidencia demostrada de que la presencia de un acompañante reduce la necesidad de medicación para el dolor, la cesárea y el nacimiento por fórceps, incide también en trabajos de parto menos prolongados<sup>16</sup>, además, ha sido señalado como una estrategia que transversaliza la perspectiva de género y promueve la equidad en los procesos de crianza.<sup>17</sup>

El hecho de que el tacto se perciba como un procedimiento violento, encuentra coincidencia con lo que han documentado otros estudios respecto a que se trata de una las prácticas que genera más dolor, estrés, vergüenza y sensación de invasión de la intimidad en las mujeres; algunos autores, incluso afirman que la práctica de este procedimiento en un contexto de falta de información y una actitud poco empática por parte del personal,

puede desencadenar estrés postraumático similar al de una violación.<sup>18</sup> Para las mujeres resultó particularmente incómodo el que sean numerosos los actores que realizan este procedimiento en sus cuerpos, situación que se contrapone con lo que ya se ha documentado, respecto a que para que este procedimiento tenga validez como estrategia de monitorización, debe ser realizado todas las veces por la misma persona.<sup>19</sup>

La episiotomía es una de las prácticas realizadas de manera más indiscriminada, en esta investigación se identificó que fue realizada en la mayor parte de las mujeres, lo que coincide con lo que se ha reportado respecto a que alcanza un 80% en la atención de mujeres en América Latina<sup>20</sup>, aun cuando la OMS recomienda que estos no rebasen el 30%.<sup>21</sup>

Respecto a los periodos prolongados de ayuno, si se considera que durante el embarazo las cifras de glucosa en ayuno son 20% menores que las de una mujer no embarazada, en condiciones de ayuno prolongado, -mayor de 12 horas-, se implican riesgos graves de hipoglucemia para la madre y particularmente para el bebé. Resultó común escuchar relatos de mujeres que tuvieron esperar hasta más de 8 horas de ayuno posterior a un parto natural, medida que es totalmente innecesaria, toda vez que se ha documentado que incluso tras la práctica de una cesárea, es recomendable que el ayuno postquirúrgico no exceda de las dos horas.<sup>22</sup>

En cuanto a la negación de la autonomía, esto ha sido señalado también por otros investigadores, quienes afirman que el acceso a los servicios de planificación familiar se da dentro de un marco más de disciplina y sometimiento, donde tiene cabida la amenaza y el castigo, infantilizando a las mujeres, sin considerarlas sujetas de derechos sexuales y reproductivos.<sup>23</sup>

## CONCLUSIONES

Este estudio evidencia como la violencia obstétrica tiene para las mujeres indígenas una connotación distinta de la que establece la LGAMVLV. En este sentido es que se hace presente la necesidad de informar a las mujeres sobre lo que es adecuado y no en la atención del parto; solo con esta información, podrán identificar modalidades de violencia que se vuelven invisibles cuando se encuentran en contextos específicos. Por otra parte, la continuidad de la realización de estas prácticas debe reflexionarse en los programas de formación de recursos humanos en salud, toda vez que la medicalización excesiva contraviene los principios de bioética y expone a la diada a daños innecesarios.

## REFERENCIAS

1. Belli L. La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos. *Revista Redbioética/UNESCO* 2013;1(7):25-34.
2. Arguedas G. La violencia obstétrica: propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense. *Cuadernos Intercambio sobre Centroamérica y el Caribe* 2014;11(1): 145-169
3. Juárez-Ramírez C, Márquez-Serrano M, Salgado de Snyder N, Pelcastre-Villafuerte B, Ruelas-González M, Reyes-Morales H. La desigualdad en salud de grupos vulnerables de México: adultos mayores, indígenas y migrantes. *Rev Panam Salud Pública*. 2014; 35(4), 284-90.
4. March-Cerdá JC, Prieto-Rodríguez MA, Hernán-García M, Solas-

Gaspar O. Técnicas cualitativas para la investigación en salud pública y gestión de servicios de salud: algo más que otro tipo de técnicas. *Gac Sanit*. 1999; 13(4), 312-319

5. Grupo de Información en Reproducción Elegida. Niñas y mujeres sin justicia: Derechos reproductivos en México. 2015
6. Martínez-Salgado C. El muestreo en investigación cualitativa. Principios básicos y algunas controversias. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2012; 17(3): 613-619.
7. Hamui-Sutton A., Varela-Ruiz M. La técnica de grupos focales. Elsevier. 2013
8. Korman H. The Focus Group Sign. Dept. Of Sociology, SUNY at Stony Brook. New York. 1986
9. Lazar M. Feminist Critical Discourse Analysis. Gender, Power and Ideology in Discourse. New York: Palgrave Macmillan. 2007
10. Bellon-Sánchez S. La violencia obstétrica desde los aportes de la crítica feminista. *Dilemata*. 2015;18: 93-111
11. Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016. Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y de la persona recién nacida. Criterios y procedimientos para la prestación de servicios. DOF 07-04-2016.
12. Guía de práctica clínica. Vigilancia y manejo del trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo. México: Secretaria de Salud. 2014.
13. Castro-Pérez R., Erviti, J. Sociología de la práctica médica autoritaria. Violencia obstétrica, anticoncepción forzada y derechos reproductivos. México: Universidad Autónoma de México. 2015
14. Goodman P, Mackey M, Tavakoli A. Factors related to child-birth satisfaction: issues and innovations in nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*. 2014; 46(2), 212-219
15. Corrêa-Do Reis C, De Oliveira Mendoca-De Souza D, Márcia-Progianti J, Muniz-Da Costa Vargeins O. As práticas utilizadas nos partos hospitalares assistidos por enfermeiras obstétricas. *Enfermagem Obstétrica* 2014;1(1):7-11.
16. Bittencourt-Leite de Carvalho J, Santana-De Brito R, Pinheiro-Fernández Araujo AC, Lima-De Souza N. Sentimiento vivenciados pelo pai diante do nascimento do filho. *Rev. Rene. Fortaleza* 2009; 10(3):125-31
17. Assunção-Moreira AP, Nunes IM, Silva-Almeida M, Da Cruz-Santos A. Preparo paterno para serem acompanhantes no trabalho de parto. *Enfermagem Obstétrica* 2015; 2(1):3-8.
18. Menage J. Post-traumatic stress disorder following obstetric/gynaecological procedures. *British Journal of Midwifery*.1996; 4, 532-3.
19. Ballesteros-Messenger C, López-Pay M, Martínez-Román C. La exploración vaginal durante la asistencia al parto. *Revista científica de Enfermería*. 2012; 4, 1-14.
20. Cárdenas-Herrera O, Quito-Riera B, Flores-Durán C, Salinas-Pozo MV. Estudio comparativo de las lesiones del canal blando del parto con episiotomía y sin ella en el Hospital Vicente Corral Moscoso, de la ciudad de Cuenca (Ecuador) y elaboración de las normas de atención del parto sin episiotomía. *Revista Colombiana Salud Libre*. 2008; 3(2):145-156
21. Herrera B, Gálvez A. Episiotomía selectiva: un cambio en la práctica basado en evidencias. *Prog Obstet ginecol*. 2004; 47(9) 414-22.
22. Carrillo-Esper R, Espinoza de los Monteros-Estrada I, Soto-Reyna U. Ayuno perioperatorio. *Revista Mexicana de Anestesiología*. 2015; 38(1) 27-34
23. Castro-Pérez R, Erviti, J. Sociología de la práctica médica autoritaria. Violencia obstétrica, anticoncepción forzada y derechos reproductivos. México: Universidad Autónoma de México. 2015