



Construcción social de la violencia obstétrica en mujeres Tének y Náhuatl de México

Social construction of obstetric violence of Tenek and Nahuatl women in Mexico

Construção social da violência obstétrica em mulheres Tének e Náhuatl do México

Como citar este artículo:

Rangel Flores YY, Martínez Ledezma AG, Hernández Ibarra LE, González Acevedo CE. Social construction of obstetric violence of Tenek and Nahuatl women in Mexico. Rev Esc Enferm USP. 2019;53:e03464. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2018028603464>

-  Yesica Yolanda Range Flores¹
-  Alexia Guadalupe Martínez Ledezma¹
-  Luis Eduardo Hernández Ibarra¹
-  Claudia Elena González Acevedo¹

¹ Universidad Autónoma de San Luis Potosí, Facultad de Enfermería y Nutrición, San Luis Potosí, México.

ABSTRACT

Objective: To explore the social construction of obstetric violence developed by Tenek and Nahuatl women in Mexico. **Method:** Qualitative, socio-critical study conducted through focal groups in which were deepened the childbirth experiences lived in the period 2015-2016. **Results:** Participation of 57 women. Through discourse analysis, it was identified that participants do not have enough information about obstetric violence and/or sexual and reproductive rights. This makes the association of their negative experiences with the legal term “obstetric violence” impossible. Most of their speeches correspond to the legal denomination of “obstetric violence”. Experiences like prolonged fasting or the use of technologies for invading their privacy were narrated like situations they perceive as violent, but have not been incorporated within the legal term. **Conclusion:** Multiple actions against women’s human rights take place within delivery rooms. Most remain unidentified by users, since they have not socially constructed the image of obstetric violence. However, that fact does not make them less susceptible to feel attacked and denigrated during their childbirth experiences.

DESCRIPTORS

Violence Against Women; Parturition; Delivery Rooms; Indigenous Population; Obstetric Nursing.

Autor correspondiente:

Yesica Yolanda Rangel Flores
Av. Niño Artillero n. 130, Zona Universitaria
CP 78213 – San Luis Potosí, México
yrangelmaestria@hotmail.com

Recebido: 24/07/2018
Aprovado: 26/11/2018

INTRODUCCIÓN

En enero de 2013 la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró que México era el país con mayor índice de cesáreas en el mundo (46,3%), tasa por mucho mayor a lo que recomienda la OMS, que es del 10-15%⁽¹⁾, con esta declaración se activó un monitoreo sobre las razones que motivan la práctica de este procedimiento en el país. Como resultado de este monitoreo, en 2017 se documentó que en México dos de cada tres cesáreas son practicadas innecesariamente, una situación que es grave en sí misma pero que lo es aún más si se considera que para este mismo año, México se desplazó al quinto sitio respecto a los países en que se practican más cesáreas en el mundo, dentro de una lista en la que República Dominicana y Brasil ocupan los primeros lugares, con índices de 56.4% y 55.6% respectivamente⁽²⁾.

Con este monitoreo realizado sobre las tasas de cesáreas, se validó por otra parte, la existencia de un problema que había pretendido desde hace tiempo incorporarse en la agenda pública nacional, el de la violencia obstétrica, sobre la cual versan una variedad de definiciones que en su mayoría coinciden en que se trata de una situación que de forma intencional y a través de un trato médico deshumanizado – por acción u omisión –, se generan condiciones que de manera directa o indirecta dañan a las mujeres, ya sea mediante acciones de franco abuso físico o psicológico, o a través de la realización de procedimientos innecesarios que implican riesgos para las mujeres y sus hijos⁽³⁻⁴⁾.

La propuesta de incidir en el reconocimiento de la violencia obstétrica como un problema público en México, se vio respaldada por otra parte con el reconocimiento de que durante el periodo 2005-2015, las quejas levantadas ante la Comisión Nacional de Arbitraje México (CONAMED) en materia de atención obstétrica, tuvieron un incremento del casi el 20%, cifra que aunque pudiese de inicio considerarse alarmante, para quienes estudiamos el tema directamente con las mujeres que han vivido la experiencia de un parto, parece increíblemente bajo⁽⁵⁾. Esto puede deberse de manera importante a la poca sensibilización que ha desarrollado con las mujeres para que estén en condiciones de identificarla.

Los impactos de la violencia obstétrica en la vida de las mujeres, los niños y las familias han sido ampliamente documentados, poco menos lo han sido las razones que la motivan, sin embargo algunos se han llevado a cabo⁽⁶⁻⁷⁾. En el contexto anterior y sin embargo, en la búsqueda de antecedentes no logró identificarse la existencia de estudios que den cuenta de la construcción social que se ha elaborado en torno a la misma por grupos de mujeres particularmente vulnerables, esto nos obliga a reflexionar ¿qué caso tiene introducir un concepto de violencia obstétrica dentro del marco legal, si las ciudadanas no han construido o interiorizado socialmente el problema? ¿Cómo ejercerán su derecho a no vivirlo o bajo qué argumentos lo denunciarán?

Diversos autores han reconocido la complejidad de reconocer la violencia obstétrica para mujeres que se han desarrollado dentro de contextos en los que no se reconoce la existencia de los derechos sexuales y reproductivos. Esta

dificultad para dar cuenta de los actos de violencia que suelen vivenciarse dentro de las salas de parto, se complejiza aún más en el marco del tenor en que transcurren las relaciones sociológicas dentro de los hospitales, en los que el autoritarismo médico es normalizado y tolerado, desde un imaginario en el que las mujeres se asumen subordinadas doblemente frente a los médicos, primero en función de género, después en cuestión de la jerarquía que otorga una profesión altamente valorada⁽⁸⁾.

Las mujeres indígenas por ejemplo, son uno de los grupos que menos denuncias levantan ante las Comisiones de Derechos Humanos, aun cuando diversas investigaciones han documentado que este grupo es particularmente vulnerado, dado que en ellas confluyen una serie de determinantes sociales que potencia su vulnerabilidad frente al maltrato obstétrico, en su mayoría son madres adolescentes o mayores, pobres, analfabetas y no hablan castellano⁽⁹⁻¹⁰⁾. Además, culturalmente estas mujeres se han desarrollado dentro de contextos en los que se reproducen de manera cotidiana, actos de discriminación y maltrato en diversas esferas de sus vidas, particularmente en su sexualidad y salud reproductiva, discriminación que es reforzada desde lo institucional, a través de una atención del parto que poco tiene en consideración sus preferencias culturales, sus creencias y cosmovisiones⁽¹¹⁻¹²⁾.

En el contexto anterior, el objetivo de esta investigación fue documentar la construcción social que sobre violencia obstétrica ha elaborado un grupo de mujeres indígenas de San Luis Potosí, México.

MÉTODO

DISEÑO DEL ESTUDIO

Estudio de alcance exploratorio y descriptivo, realizado desde un abordaje cualitativo-sociocrítico, esto último toda vez que se pretendió la obtención de hallazgos detonantes de cambio y transformación social, particularmente emancipatorios de las mujeres frente a sus derechos sexuales y reproductivos⁽¹³⁾.

ESCENARIO

Las participantes habitan en la parte centro de la huestera de San Luis Potosí (SLP), México, los seis municipios que la conforman están clasificados como “Muy alto” y “Alto” grado de marginación, donde más del 90% de su población es rural, con un alto porcentaje de Tének y Náhuatl, predominio de un mínimo ingreso salarial y bajo promedio de escolaridad⁽¹⁴⁾.

POBLACIÓN

La población de estudio estuvo compuesta por mujeres en edad reproductiva (15-49 años) que hubiesen vivido la experiencia de parto dentro de servicios públicos de salud en el periodo 2015-2016. Se realizó un muestreo por conveniencia⁽¹⁵⁾ donde se invitó a participar a todas las mujeres de niños menores de un año que acudían de manera regular al programa educación inicial para padres de la Secretaría

de Educación de Gobierno del Estado (SEGE). Aunque de manera inicial fueron 70 mujeres las que se mostraron interesadas en participar, finalmente fueron 57 las que se presentaron a los grupos focales y firmaron o signaron el consentimiento informado.

RECOLECCIÓN DE DATOS

La recolección de datos se llevó a cabo mediante grupos focales en las localidades de origen de las mujeres. La duración de los grupos osciló entre 60 y 80 min. La primera pregunta generadora ¿Quién de ustedes ha vivido violencia obstétrica? Fue un cuestionamiento que quedaba sin responder o bien era respondido con frases como “¿Qué es eso?”, “No entendemos”, también prevalecía un silencio sostenido entre miradas cómplices de las participantes, las cuales no habían escuchado antes dicho término. En función de esto, el equipo de investigación pedía a la mujeres madres que narrarán su experiencia del último parto, profundizando con particularidad en aquellas cuestiones que les resultaron incómodas y que si pudieran modificar lo harían, con el fin de que otras mujeres no lo vivenciarán como parte de la experiencia de sus partos.

La estrategia de grupos focales resultó pertinente a las características de la población participante, dado que se trataba de mujeres que mostraban dificultad para hablar de sus partos, –por estar esto asociado a la sexualidad –, sin embargo, escuchar las experiencias de las otras, abrió la posibilidad de hablar de un tema que asociado a la maternidad se constituye en un asunto que les dota de una identidad común, el ser madres.

En total se realizaron 14 grupos focales, con una máxima de 10 participantes y una mínima de seis, en promedio cada grupo estuvo conformado por seis participantes, lo cual ha sido señalado como un número deseable para desatar la participación grupal. Todas las sesiones fueron audiograbadas, –previo consentimiento informado –; posteriormente fueron transcritas de manera integral en procesador word para aplicar sobre estas análisis crítico del discurso.

ANÁLISIS Y TRATAMIENTO DE DATOS

Las categorías y subcategorías de análisis se obtuvieron de manera inductiva con marco en los criterios que establece la normativa en materia de atención a la salud (Norma Oficial Mexicana-007-SSA2-2016 y la Guía de práctica clínica para la atención del parto de bajo riesgo)⁽¹⁶⁻¹⁷⁾.

ASPECTOS ÉTICOS

El protocolo de investigación fue aprobado y monitoreado por el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería y Nutrición de la UASLP (CEIFE-2016-181). En todos los casos se procuró garantizar la participación voluntaria previa firma o señalización de consentimiento informado y se garantizó la confidencialidad y anonimato de todas las participantes. En el caso de madres adolescentes que aún dependían de sus padres, se envió consentimiento informado a estos, de igual forma que se solicitó

el asentimiento informado de las jóvenes madres. En el apartado de resultados se han organizado los testimonios utilizando la palabra “participante” seguido de un número que se asignó desde el inicio de los grupos focales, con el fin de garantizar el anonimato y permitir al lector que de continuidad a los relatos compartidos por las mujeres que integraron los grupos focales.

RESULTADOS

Participaron 57 mujeres. 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 sólo 3,6% ejercía una profesión. 47,8% había cursado hasta la secundaria, 26,3% el bachillerato, 19% la primaria, 5,2% terminó una licenciatura y 1,7% eran analfabetas. La mayoría de las participantes se encontraban en unión libre (45,4%), 39,5% estaba casada, 11,6% eran madres jefas de familia y en igual relevancia se documentó que 3,5% eran separadas y viudas.

Las categorías que emergieron asociadas a la violencia obstétrica fueron cuatro: 1) Discriminación, 2) Negligencia, 3) Abuso y 4) Negación de la autonomía. En este apartado se recuperan las acciones, abusos u omisiones que aunque las mujeres no lograron asociar con el término legal de “violencia obstétrica”, fueron descritas como experiencias que las hicieron sentir dañadas, discriminadas o denigradas.

DISCRIMINACIÓN

Fue común encontrar en sus discursos evidencias de las resistencias del personal de salud para posibilitar que las mujeres ejerzan prácticas culturales importantes de acuerdo con su cosmovisión y que no representan un riesgo en sí mismas. Por ejemplo, no las dejan movilizarse durante el trabajo de parto aún sin tener bloqueo epidural, tampoco les permiten elegir para parir posiciones distintas a la de litotomía.

También emergieron discursos en torno a que son amenazadas de negarles la atención por haber llevado alguna revisión o buscado de manera inicial la atención de una partera.

Participante 1: ...*Te regañan si saben que vienes de con la partera, ya no está permitido que una mujer tenga un hijo con una partera porque nos dicen que es nuestro problema si algo sale mal.*

Participante 2: ...*Sí, ya no nos permiten, nos mandan a todas para el hospital y si uno fue con partera no nos quieren recibir.*

Otras narrativas asociadas a discriminación dejaron ver como pese a que se han comenzado a implementar políticas de salud que favorecen un parto amigable, – y en dicho sentido acompañado –, a la totalidad de estas mujeres este derecho les fue negado, situación que desde su perspectiva tiene impacto no sólo en el aspecto psicoemocional, sino que se configura en una situación que influye en que sus parejas no dimensionen los riesgos que conlleva un parto

y que no adopten las medidas necesarias para planificar los embarazos posteriores.

Participante 3: ... *Sí, porque uno con los dolores y con el esposo ahí como que nos da más valor y estaría muy bien eso.*

Participante 4: ... *Me hubiera gustado que estuviera mi esposo, pues como dicen, para el apoyo moral, que él esté ahí yo creo que nos va hacer sentir bien...*

Participante 8: ... *Sí, por una parte, para que se diera cuenta de cómo son las cosas pa' que también lo viera, que vea que traer un hijo no es cualquier cosa y que hay que darle tiempo...*

NEGLIGENCIA

En esta categoría se identificó que las mujeres no contemplan los actos de excesiva medicalización como violentos, esto debido a que desconocen el tenor en que se da un parto y las actividades que les competen tanto a ellas como al personal de salud realizar para garantizar su seguridad y la de sus hijos.

Lo único que logran identificar como violento en esta categoría, fue el tacto vaginal, que narran como un procedimiento doloroso, pero más que nada incómodo, dado que es realizado por muchos actores, que aparte no parecen tener comunicación, puesto que apenas lo acaba de hacer uno y otro más está entrando para valorar.

Otras de las acciones que señalaron violenta adscritas a esta categoría, tienen que ver con el hecho de percibir que no existen garantías para su privacidad e intimidad durante los procedimientos, o el hecho de haber sido separadas de sus hijos tras el parto, sin haber podido siquiera verlos y sin mediar explicación alguna para hacerlo por parte del personal. Una cuestión que resultó particularmente relevante es que identificaron como una experiencia altamente dañina el no haber recibido alimento tras el parto. Ejemplo de lo anterior puede apreciarse en el discurso de la siguiente participante, una mujer que cursando un puerperio fisiológico habría tenido que esperar cerca de 17 horas para comer algo, de no ser por la procuración de cuidado por parte de su pareja.

Participante 3: ... *Fíjese yo me alivié a las 5:30 de la tarde, a la hora de visita [9:00 de la noche] entró mi esposo y le dije «Me estoy muriendo de hambre» me dice «¿Cómo? ¿No te han dado de comer? pero ahorita subieron y ahí traían» y le dije «tráeme algo, ya no aguanto» yo sentía que no podía más y en lo que salió ya mi suegra me trajo un jugo y un yogurt y unas galletas y fue lo que cené porque a mí no me dieron nada... luego al otro día en la mañana me fueron a dar el almuerzo como a las 10:30...*

En contraparte, procedimientos como la maniobra de Kristeller o la administración de oxitocina, no sólo no son visualizadas como procedimientos que pueden constituirse en actos de deshumanización en el parto, sino que se narran como actos que agradecen, toda vez que las “ayudan” para que sus hijos nazcan más pronto.

Participante 5: ... *No voy con partera, no es igual, acá (en el hospital) te ponen medicamento en el suero para que se venga más pronto el niño, para que no esté tanto tiempo sufriendo...*

Otro acto que las mujeres identificaron como desagradable de la atención (sin alcanzar a verlo como violencia obstétrica), es el que se les haya realizado una episiotomía sin informarles de ello y consecuentemente sin consentimiento informado. Otras formas de violencia que el equipo de investigación no había contemplado como posibles, fueron aquellas que involucraban el uso de las nuevas tecnologías, las cuales fueron narradas como herramientas que vulneran su privacidad y dignidad dentro de los hospitales.

Participante 7: ... *Conforme iba naciendo su niña, porque nació pesando 4,375 (kilos), que todos fueron a tomarle video o sea de «ahí» (vulva)... cuando iba saliendo, todavía ni siquiera limpiaban... haga de cuenta que estaban limpiando y le estaban sacando video...*

ABUSO O VIOLENCIA VERBAL

Esta es la categoría en la que se adscribieron mayor cantidad de discursos, puesto que es la que resultó más fácil de identificar para las mujeres. Dentro de esta categoría se incluyó la verbalización de frases por parte del personal de salud, dirigidas a la descalificación de su dolor. Fueron diversos los testimonios que narran como en los momentos de mayor dolor, recibieron órdenes de callarse y dejar de quejarse.

Participante 2: ... *Yo quejándome y retorciéndome del dolor ¡era la primera vez que sentía así!, entonces me dicen «¡y no se esté quejando! ¡no esté llorando! ¡Bien que cuando estuvo allá, eso hubiera dicho con su esposo, ahí sí hubiera estado chille y chille!*

Una amplia gama de maltratos podrían considerarse violencia institucional, sin embargo, adquieren el rango de violencia obstétrica cuando se perfilan a través de francas amenazas hacia la integridad de las mujeres, ostentando el poder sobre sus cuerpos y sus vidas.

NEGACIÓN DE LA AUTONOMÍA

En esta categoría se organizaron aquellas experiencias que mermaron la capacidad de tomar decisiones autónomas sobre la propia vida sexual dentro del contexto de la ética personal y cosmovisión social y personal. De manera específica se incluyeron experiencias que tienen que ver con la imposición de métodos de planificación familiar, el negar el acceso a estos sin razones médicas justificadas o el condicionar un bien o servicio a cambio de que aceptaran un método en particular.

Participante 2: ... *A mí sí me dicen, pues siempre, ya estoy acostumbrada a los regaños...*

Participante 4: ... *Dicen que te operes, que no es obligatorio, pero te andan dice y dice, primero bien, luego te regañan porque no quieres, pero te dicen que no es obligatorio...*

Participante 4: ... *A mí me dijeron que si no me ponía el DIU me quitaban lo del Seguro Popular [sistema público de protección en salud]...*

DISCUSIÓN

Problematicar la violencia obstétrica exige reconocer la convergencia de dos tipos de violencia ampliamente

reconocidos en la sociedad contemporánea, la de género y la institucional. Se trata de una violencia institucional en medida que implica prácticas ejercidas por servidores públicos (personal de salud) dentro de un contexto institucional (hospitalario), que denigran o dañan de manera real o percibida así, la seguridad y autonomía de las mujeres en un momento de particular vulnerabilidad no sólo física sino también psicoemocional⁽¹⁸⁾. Implica por otra parte, violencia de género en tanto la serie de descalificaciones que se hacen a las mujeres tienen origen en la contemplación de sus cuerpos como entes cuyo sentido es la reproducción, consecuentemente el parto se representa como consecuencia de una sexualidad voluntaria y disfrutada, situación que en el imaginario patriarcal y cristiano se configura como un asunto que debe pagarse con sufrimiento⁽¹⁹⁾.

La violencia obstétrica se constituye desde esta perspectiva en un objeto de estudio complejo, primero porque históricamente ha sido naturalizada y después porque su comprensión profunda compromete la convergencia de múltiples miradas disciplinares. En este contexto de suma complejidad, resulta imprescindible discutir cuál es la pertinencia de reconocerle como un problema de salud pública, incluso cuando las mujeres que la padecen, – particularmente las indígenas⁽²⁰⁾, enfrentan dificultades para identificarla dentro de contextos en los que históricamente les ha sido negado el ejercicio de su agencia para ejercer en autonomía sus derechos sexuales y reproductivos, y su derecho a vivir una vida libre de violencia⁽²¹⁾.

Contribuir a la visibilización de experiencias de violencia obstétrica en mujeres adscritas a grupos históricamente vulnerados, en este caso, indígenas, responde al compromiso de la profesión respecto a reconocer que estas mujeres no sólo poseen menos herramientas para exigir el respeto de sus derechos humanos y sexuales/reproductivos, sino también menos recursos psicosociales para elaborar estrategias de resiliencia y empoderarse individual o colectivamente en la búsqueda de garantías de no repetición del daño.

Las narrativas que las mujeres compartieron evidenciaron de qué forma les es negado el derecho a atender sus partos en el marco de sus cosmovisiones culturales y sobre la persistencia de una criminalización hacia la partería que resulta contraria a lo que establece la Ley General de Salud en México, la cual cita el respeto que deben darse a la interculturalidad en salud y la sensibilidad que debe tener el personal sanitario para respetar el derecho de las mujeres a elegir en libertad cómo resolver y atender su salud sexual y reproductiva, así como a evitar imposiciones sociales que no deriven de la científicidad sino de posturas etnocentristas⁽²²⁾.

El acompañamiento durante el trabajo de parto y parto es una necesidad que debe ser reconocida desde las políticas de salud, en México de manera particular, aunque actualmente comienza a implementarse la Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento (IHAN), no existe como tal la obligatoriedad de que todas las maternidades públicas le implementen. Con diferencia a otros países, – como Chile y Uruguay –, en México no existe una ley específica que proteja el derecho de las mujeres para ser acompañadas durante el trabajo de parto y parto⁽²³⁾, esto

representa una amenaza importante para la salud de la madre y el niño, particularmente cuando se ha documentado que la presencia de un acompañante reduce la necesidad de medicación para el dolor, la cesárea y el nacimiento por fórceps e incide además en la evolución de trabajos de parto menos prolongados⁽²⁴⁾. La vivencia conjunta de los progenitores a lo largo de todo el proceso, especialmente en el parto, es una experiencia que fortalece lazos afectivo-sociales no sólo en la diada, sino en la triada⁽²⁵⁾.

Las mujeres identificaron incómodo y hasta denigrante la experiencia de ser multitactadas para monitorear el avance del parto, particularmente porque esto es llevado a cabo por una multiplicidad de actores sanitarios. Otros estudios han narrado que realizar 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⁽³⁾. La episiotomía también fue identificada como una práctica que perciben agresiva, básicamente porque no les informan cuando la realizan o las razones por las que se hace, dando cuenta de esto hasta que surgen complicaciones asociadas con la ausencia de medidas de cuidado. Recientemente se ha puesto en palestra la necesidad de desalentar la práctica indiscriminada de episiotomías, dado que según monitoreos realizados ésta se realiza hasta en 80% de los procedimientos lo que resulta notoriamente alto para lo que recomienda la OMS, que es de un máximo del 30%⁽²⁶⁾.

Otro acto que comienzan a dimensionar violento las participantes, es la actitud del personal sanitario para incorporarlas a programas de planificación familiar, lo cual contemplan claramente enmarcado en un acto de poder el cual como ya han descrito otros autores, ocurre más desde un acto de disciplinamiento y sometimiento, donde tiene cabida la amenaza y el castigo más que la consejería postobstétrica, infantilizando a las mujeres y sin reconocerlas como sujetas de derechos sexuales y reproductivos⁽²⁷⁾. La imposición de métodos de anticoncepción en mujeres indígenas ha sido asociado además con la existencia de prejuicios racistas en los que de manera consciente o inconsciente desea evitarse el nacimiento de más personas indígenas⁽²⁰⁾.

El retraso en el aporte alimentario fue percibido como un acto que atentó contra su bienestar y confort, pero no sólo eso, desde el análisis profundo del caso se instituye en una situación que implica riesgos graves para la diada, si se toma en consideración 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 potencia el riesgo de hipoglucemia para la madre y el recién nacido, particularmente para este último, dado que el ayuno también se relaciona de manera íntima con el retraso en la bajada de la leche materna⁽²⁸⁾.

Otras experiencias que narraron asociadas a su imaginario con discriminación y denigración y que no han sido reportadas en otros acercamientos, es el hecho de haber sido video grabadas o fotografiadas por el personal sanitario. Independientemente de las razones por las que se llevó a cabo,

la situación psicoemocional que se instala durante el trabajo de parto vulnera de manera particular a estas mujeres en relación a estos actos, invade su intimidad y el derecho a la privacidad. En otras investigaciones se ha narrado que hechos como estos hacen sentir a las mujeres traicionadas por parte del personal de salud y evitan en lo posterior regresar a ellos para aspectos que tengan que ver con su propia salud y la crianza⁽²⁹⁾.

CONCLUSIÓN

El objetivo de esta investigación fue explorar la construcción social que sobre violencia obstétrica ha elaborado un grupo de mujeres indígenas mexicanas. Los hallazgos posibilitan dar cuenta que dentro de las instituciones de salud mexicanas se cometen actos de violencia obstétrica,

sin embargo, las mujeres no cuentan con suficiente información para identificarlos bajo este término teórico-legal. Los actos que identifican como más agresivos o denigrantes tiene que ver con formas de abuso verbal por parte del personal de salud, en tanto los actos de excesiva medicalización son contemplados por algunas hasta como “deseables”, toda vez que desconocen los eventos adversos que estos pueden tener. Nuevas formas de agresión fueron identificadas, entre estas destacó la experiencia de ser grabada o fotografiada con teléfonos móviles, sin solicitar autorización para hacerlo. Potenciar la agencia de las mujeres más vulnerables sobre sus derechos humanos y sexuales-reproductivos, y ejercer la abogacía sobre estos dentro de las salas de parto, son funciones que enfermería debe estar preocupada por procurar.

RESUMEN

Objetivo: Explorar la construcción social que sobre violencia obstétrica han elaborado mujeres Tének y Náhuatl de México. **Método:** Estudio cualitativo-sociocrítico, mediante grupos focales se profundizó en las experiencias de parto de quienes vivieron un parto en el periodo 2015-2016. **Resultados:** Participaron 57 mujeres. Mediante análisis de discurso se identificó que las participantes no poseen suficiente información sobre violencia obstétrica y/o derechos sexuales y reproductivos, lo que las imposibilita para asociar sus experiencias negativas al término legal “violencia obstétrica”. Sus discursos corresponden en su mayoría a lo que desde el marco legal se ha denominado “violencia obstétrica”, sin embargo, experiencias como el ayuno prolongado o el uso de tecnologías para la invasión de su intimidad fueron narradas como algo que conciben violento y que no se ha incorporado dentro del término legal. **Conclusión:** Múltiples acciones que atentan contra los derechos humanos de las mujeres tienen lugar dentro de las salas de parto, la mayor parte no son identificadas por las usuarias, puesto que no han construido socialmente la imagen de la violencia obstétrica, ello no las hace menos susceptibles sin embargo, a sentirse agredidas y denigradas en sus partos.

DESCRIPTORES

Violencia contra la Mujer; Parto; Salas de Parto; Población Indígena; Enfermería Obstétrica.

RESUMO

Objetivo: Explorar a construção social que as mulheres Tének e Náhuatl do México elaboraram sobre a violência obstétrica. **Método:** Estudo qualitativo-sociocrítico; por meio de grupos focais, houve um aprofundamento nas experiências de parto daquelas que passaram por um parto no período de 2015 a 2016. **Resultados:** Participaram 57 mulheres. Mediante análise do discurso, foi identificado que as participantes não possuem informação suficiente sobre violência obstétrica e/ou direitos sexuais e reprodutivos, o que as impossibilita de associar suas experiências negativas ao termo legal “violência obstétrica”. Seus discursos correspondem na sua maioria ao que, a partir do marco legal, foi denominado “violência obstétrica”; entretanto, experiências como jejum prolongado ou uso de tecnologias para a invasão da sua intimidade foram narradas como algo que concebem ser violento e que não foi incorporado ao termo legal. **Conclusão:** Múltiplas ações que atentam contra os direitos humanos das mulheres têm lugar dentro das salas de parto, a maior parte não é identificada pelas usuárias, visto que não construíram socialmente a imagem da violência obstétrica, mas isso não as faz menos suscetíveis de sentir-se agredidas e denegridas nos seus partos.

DESCRIPTORES

Violência contra a Mulher; Parto; Salas de Parto; População Indígena; Enfermagem Obstétrica.

REFERENCIAS

1. Suárez L, Campero L, De la Vara E, Rivera L, Hernández M, Walker D, et al. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Elevada recurrencia a las cesáreas: revertir la tendencia y mejorar la calidad en el parto [Internet]. Washington: Instituto Nacional de Salud Pública; 2013 [citado 2018 feb. 25]. Disponible en: <http://ensanut.insp.mx/doctos/analiticos/Cesareas.pdf>
2. Beltrán AP, Ye J, Moller A, Zhang J, Gulmezoglu AM, Torloni MR. The increasing trend in caesarean section rates: global, regional and national estimates: 1990-2014. *PLoS One*. 2016;11(2):e0148343. DOI: 10.1371/journal.pone.0148343
3. Olza Fernández I. Estrés postraumático secundario en profesionales de la atención al parto. Aproximación al concepto de violencia obstétrica. *Cuad Med Psicom Psiquiatr* [Internet]. 2014 [citado 2017 sept. 30];(111):79-83. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4906961>
4. México. Secretaría de Gobernación. Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia [Internet]. México; 2007 [citado 2018 mar. 15] Disponible en: <http://www.cofemex.gob.mx/LGAMVLV.pdf>
5. Fernández-Cantón SB, Rizo-Amézquita JN. La queja médica relativa a los servicios de ginecología y obstetricia en México, 2001-2015. *Rev CONAMED* [Internet]. 2018 [citado 2018 mayo 12];23(1):33-42. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/conamed/con-2018/con181g.pdf>
6. Castro R, Erviti J. 25 años de investigación sobre violencia obstétrica en México. *Rev CONAMED*. 2014;19(1):37-42.

7. Cassiano A, Santos G, Santos F, Pereira S, Holanda C, Leite J, et al. Expresiones de violencia institucionalizada en el parto: una revisión integradora. *Enferm Glob* [Internet]. 2016 [citado 2018 jun. 12]; 15(44):452-64. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412016000400018&lng=es
8. Castro R. Génesis y práctica del habitus médico autoritario en México. *Rev Mexicana Sociol* [Internet]. 2014 [citado 2018 mayo 12];76(2):167-97. Disponible en: <http://www.redalyc.org/comocitar.oi?id=32130485002>
9. Castro A, Savage V, Kaufman H. Assessing equitable care for indigenous and afrodescendant women in Latin America. *Rev Panam Salud Pública* [Internet]. 2015 [cited 2018 Jan 25];38(2):96-109. Available from: https://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892015000700002&lng=en&nrm=iso&tlng=en
10. Uribe M, Rodríguez K, Agudelo M. Salud sexual y reproductiva en México: determinantes sociales y acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva del seguro popular en el municipio de León Guanajuato. México: CLACSO; 2015.
11. Juárez-Ramírez C, Márquez-Serrano M, Snyder NS, 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* [Internet]. 2014 [citado 2018 mar. 04];35(4):284-90. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v35n4/08.pdf>
12. Venkatraman C, Joar S, Avni A, Helga F, Lale S, Françoise G, et al. Twenty years after International Conference on Population and Development: where are we with adolescent sexual and reproductive health and rights? *J Adolesc Health*. 2015;56(1 Suppl):S1-6. DOI: 10.1016/j.jadohealth.2014.09.015
13. Ramos CA. Los paradigmas de la investigación científica. *Ava Psicol* [Internet]. 2015 [citado 2018 oct. 01];23(1):9-17. Disponible en: <http://revistas.unife.edu.pe/index.php/avancesenpsicologia/article/view/167/159>
14. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. Medición de la Pobreza. Índice de Rezago Social 2015 a Nivel Nacional, Estatal y Municipal [Internet]. México; 2016 [citado 2017 nov. 18] Disponible en: http://www.coneval.org.mx/Medicion/IRS/Paginas/Indice_Rezago_Social_2015.aspx
15. Otzen T, Manterola C. Técnicas de muestreo sobre una población a estudio. *Int J Morphol*. 2017;35(1):227-32. DOI: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95022017000100037>
16. México. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana Nom-007-SSA2-2016. Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida. [Internet]. Ciudad de México; 2016 [citado 2017 nov. 28]. Disponible en: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle_popup.php?codigo=5432289
17. México. Secretaría de Salud. SEDENA y SEMAR. Guía de Práctica Clínica para la vigilancia y manejo del trabajo de parto en embarazos de bajo riesgo [Internet]. Ciudad de México; 2014 [citado 2018 ene. 02]. Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/052_GPC_VigilanciaManejodelParto/IMSS_052_08_GRR.pdf
18. Ponce P, Muñoz R, Stival M. Pueblos indígenas, VIH y políticas públicas en Latinoamérica: una exploración en el panorama actual de la prevalencia epidemiológica, la prevención, la atención y el seguimiento oportuno. *Salud Colectiva* [Internet]. 2017 [citado 2018 mayo 02];13(3):537-54. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/scol/2017.v13n3/537-554/es/>
19. Valdez Santiago R, Hidalgo Solórzano E, Mojarro Iñiguez M, Arenas Monrreal L. Nueva evidencia a un viejo problema: el abuso de las mujeres en las salas de parto. *Rev CONAMED* [Internet]. 2016 [citado 2017 jul. 02];18(1):26-31. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/conamed/con-2016/cons161c.pdf>
20. Gutiérrez N. Violencia obstétrica en madres indígenas: un caso de racismo. En: Saldaña A, Venegas L, Davids T. coordinadoras. ¡A toda madre! Una mirada multidisciplinaria a las maternidades en México. Itaca: Universidad de Guanajuato; 2016. p. 41-70.
21. Gómez M, Sciortino S. Mujeres indígenas, derechos colectivos y violencia de género: Intervenciones en un debate que inicia. *Entramados Perspect* [Internet]. 2015 [citado 2018 oct. 01];5(5):37-63. Disponible en: <https://publicaciones.sociales.uba.ar/index.php/entramadosyeperspectivas/article/view/1494/1367>
22. Campos Navarro R, Peña Sánchez E, Paulo Maya A. Aproximación crítica a las políticas públicas en salud indígena, medicina tradicional e interculturalidad en México (1990-2016). *Salud Colectiva* [Internet]. 2017 [citado 2018 oct. 01];13(3):443-55. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/scol/2017.v13n3/443-455/es>
23. Farías C, López Gómez A. Experiencia de mujeres con cesárea en Uruguay: el derecho a estar acompañada por una persona de su elección y las dificultades en su cumplimiento. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2018 [citado 2018 oct. 01];34(1):e00176816. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/csp/2018.v34n1/e00176816/es>
24. Távara L. Algunas controversias en la práctica de la obstetricia. *Rev Per Ginecol Obstet* [Internet]. 2015 [citado 2017 nov. 29];49(2):124-30. Disponible en: <http://spog.org.pe/web/revista/index.php/RPGO/article/view/520>
25. Ramírez Pelaéz H, Rodríguez Gallego I. Beneficios del acompañamiento a la mujer por parte de su pareja durante el embarazo, el parto y el puerperio en relación con el vínculo paterno filial: revisión bibliográfica. *Matronas Prof* [Internet]. 2014 [citado 2018 feb. 07];15(4):e1-e6. Disponible en: <http://www.federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2018/01/revision-beneficios-pareja.pdf>
26. Organización Mundial de la Salud. Cuidados en el parto normal: una guía práctica [Internet]. Ginebra: OMS; 1996 [citado 2018 feb 17] Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/WHO_FRH_MSM_96.24_spa.pdf
27. Castro R, Erviti J. Sociología de la práctica médica autoritaria: violencia obstétrica, anticoncepción forzada y derechos reproductivos. México: Universidad Autónoma de México; 2015.
28. Carrillo-Esper R, Espinoza de los Monteros-Estrada I, Soto-Reyna U. Ayuno perio-peratorio. *Rev Mex Anestesiol* [Internet]. 2015 [citado 2018 feb. 15];38(1):27-34. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2015/cma151d.pdf>
29. Ballesteros-Meseguer C, Carrillo-García C, Meseguer-de-Pedro M, Canteras-Jordana M, Martínez-Roche ME. La episiotomía y su relación con distintas variables clínicas que influyen en su realización. *Rev Latino Am Enfermagem* [Internet]. 2016 [citado 2018 oct. 01];24:e2793. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/es_0104-1169-rlae-24-02686.pdf



Este es un artículo de acceso abierto, distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons.