

Percepción de violencia obstétrica en Oaxaca

Perception of obstetric violence in Oaxaca

Roxana Nayeli Guerrero-Sotelo^{1a}, José Eduardo Orellana-Centeno^{2b}, Jorge Lamas-Carlos^{3c}, Laura Isabel Hernández-Arzola^{4d}, Anely Gutiérrez-Bustamante^{5e}

^a0000-0002-4503-7478; ^b0000-0002-9518-7319; ^c0000-0003-0529-2295; ^d0000-0002-2901-4786; ^e0000-0001-9161-3280

Resumen

Introducción: la violencia obstétrica es un problema de salud pública que implica la violación de diversos derechos humanos (de salud, sexuales y reproductivos).

Objetivo: conocer la percepción de la violencia obstétrica en usuarias de los servicios de salud públicos y privados en el estado de Oaxaca, México.

Metodología: estudio cuantitativo de corte transversal y descriptivo con un muestreo a conveniencia de 143 mujeres de siete regiones de Oaxaca; se utilizó la prueba de violencia obstétrica en los hospitales extremeños, una versión adaptada a partir de la prueba de violencia obstétrica creado en Argentina.

Resultados: el análisis indicó que el 26.4% de las mujeres sufrió violencia obstétrica, por ejemplo el afeitado de genitales (42%), el impedimento para estar acompañada durante el trabajo de parto (40.6%), los tactos vaginales (35.7%), la cesárea (35.2%) y el impedimento de tener contacto con el recién nacido (33.6%).

Conclusiones: existe una disminución de la frecuencia de la violencia obstétrica en relación con encuestas previas y es mínimo el conocimiento de las usuarias respecto de sus derechos.

Palabras clave: Violencia Obstétrica; Violencia de Género; Derechos Humanos; Embarazo; Consentimiento Informado

Abstract

Introduction: Obstetric violence is a public health problem that involves the violation of various human rights (health, sexual and reproductive).

Objective: To know the perception of obstetric violence in users of public and private health services in the state of Oaxaca, Mexico.

Methods: Quantitative, cross-sectional and descriptive study with a convenience sampling of 143 women from 7 regions of Oaxaca; the Test of obstetric violence in Extremadura hospitals was used, a version adapted from the Test of obstetric violence created in Argentina.

Results: The analysis indicated that 26.4% of women suffered obstetric violence, highlighting: shaving of genitals 42%, the impediment to be accompanied during labor with 40.6%, vaginal touches 35.7%, performing caesarean section 35.2% and the impediment of having contact with the newborn 33.6%.

Conclusions: There is a decrease in the frequency of the obstetric violence regarding the previous surveys and the user's knowledge about their rights is minimal.

Keywords: Obstetric Violence; Gender-Based Violence; Human Rights; Pregnancy; Informed Consent

¹Universidad de la Sierra Sur, Facultad de Enfermería, Licenciatura en Enfermería; ²Universidad de la Sierra Sur, Facultad de Odontología, Licenciatura en Odontología; ³Universidad de la Sierra Sur, Facultad de Administración Municipal, Licenciatura en Administración Municipal; ⁴Universidad de la Sierra Sur, Facultad de Enfermería, Dirección de Enfermería; ⁵Universidad de la Sierra Sur, Facultad de Medicina, Licenciatura en Medicina. Miahuatlán de Porfirio Díaz, Oaxaca, México

Correspondencia:

*Roxana Nayeli Guerrero-Sotelo
E-mail: roxanaguerrerosotelo@yahoo.com.mx;
roxanaguerrero@unsis.edu.mx

Fecha de recepción: 10/03/2020

Fecha de aceptación: 08/10/2020

DOI: 10.24875/REIMSS.M20000019

Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc. 2020;28(4):301-309

<http://revistaenfermeria.imss.gob.mx/>

2448-8062 / © 2020 Instituto Mexicano del Seguro Social. Publicado por Permanyer. Éste es un artículo *open access* bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

La salud materno-infantil constituye un elemento básico que debe fortalecerse a partir de la mejora de la calidad de los servicios de salud, de tal manera que éstos puedan ayudar a satisfacer de modo más equitativo las necesidades de las mujeres embarazadas. Con esto se propicia una cultura de corresponsabilidad en el cuidado de la mujer en lo que respecta a la salud reproductiva,¹ a partir de diseñar intervenciones que prevalezcan antes de que una mujer decida embarazarse, pero que también se apliquen durante su embarazo y parto. En este sentido, el de enfermería es el personal de salud que establece un vínculo más estrecho con la mujer en cualquiera de las etapas obstétricas. Ello representa una excelente oportunidad para incidir en mensajes de sensibilización que podrían representar una mejora en las actitudes y acciones de la mujer sobre el seguimiento, atención del embarazo, puerperio y otros sucesos relacionados con el recién nacido.² Sin embargo, muchos trabajos han destacado un fenómeno normalizado como el de la violencia obstétrica, que vulnera el derecho a la salud reproductiva de toda mujer y cuestiona el objeto de la profesión, es decir, el deber de cuidar al paciente.^{3,4}

La violencia obstétrica se revela en distintas partes del mundo en las denuncias de las prácticas vinculadas de manera general con la salud reproductiva, por ejemplo la medicalización del parto o la esterilización forzada, entre otras.⁵

Dichos reclamos de salud se han sumado a otros en diversas materias y han tenido como resultado la firma en 1979 de la *Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer*, cuyo órgano de supervisión es el *Committee on the Elimination of Discrimination against Women* (CEDAW, Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer), al cual se han adherido la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer (1993), la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer y su Declaración (1995), así como la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (la Convención de Belém do Pará de 1996).⁵

La intención de estas normativas internacionales es erradicar las relaciones de poder desiguales que han afectado a la mujer en cuanto al pleno goce de sus derechos humanos, lo cual la ha colocado en una situación de subordinación. La Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer, en su artículo 1, describe un tipo de relación que identifica a la

violencia al incluir el dominio o ejercicio del poder por parte de un sujeto en contra de otro, y establece su definición de la siguiente manera: “todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada”.⁶

El problema de la violencia contra la mujer es que se materializa en diversos mecanismos sociales en todas las áreas de la vida cotidiana; debido a ello, afecta a una gran diversidad de derechos humanos, como la vida, la igualdad, la libertad, la seguridad de la persona, la salud física, la salud mental, las condiciones de trabajo y el derecho a no ser sometida a tortura, tratos o penas crueles, o tratos inhumanos o degradantes. Y se agrava o tiene mayor presencia en ciertos grupos de mujeres, como las indígenas, las migrantes, las mujeres habitantes en zonas rurales, las reclusas, las niñas, las ancianas, las mujeres con capacidades diferentes, entre otras.⁵

En el área de la salud, la violencia contra la mujer se ha identificado en relación con el libre ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos. En esta vinculación de tópicos surge el término de *violencia obstétrica* (VO), que puede entenderse como una acción u omisión que atenta contra los derechos de salud, reproductivos y sexuales de la mujer, y abarca los periodos de aborto, gestación, alumbramiento y puerperio.⁷

En México no existe una definición de VO contenida en una regulación jurídica federal que sea obligatoria para cada uno de los estados que integran la República; por el contrario, son algunos de los estados que de forma autónoma y soberana han iniciado su regulación. De acuerdo con la Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH), en el 2017 los estados que la regulaban eran Aguascalientes, Baja California, Coahuila, Tlaxcala, Nayarit, Veracruz, Chiapas, Guanajuato, Durango, Chihuahua, Quintana Roo, Tamaulipas, Campeche, Colima, Estado de México, Hidalgo, Morelos, Puebla, Querétaro y San Luis Potosí. Sólo cuatro estados la habían tipificado como delito: Veracruz, Chiapas, Guerrero y Estado de México.⁸

En consecuencia, en 2018 la CEDAW sugirió al Estado mexicano: a) la armonización de las leyes federales y estatales para calificar la violencia obstétrica como una forma de violencia institucional y por razón de género, de conformidad con la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia,

y b) la garantía del acceso efectivo a la justicia y a medidas integrales de reparación a todas las mujeres víctimas de la violencia obstétrica.⁹ Lo anterior es resultado de los índices de mortalidad materna, especialmente en mujeres indígenas y en zonas rurales, del índice de denuncias por VO y de las esterilizaciones sin consentimiento.

Por otra parte, también exigió la aplicación del artículo 35 de la Ley General de Víctimas que describe el derecho del aborto legal y sin riesgo en caso de violación mediante el acceso a los servicios de anticoncepción de emergencia y de interrupción voluntaria del embarazo, por lo que es necesaria la modificación de los códigos penales de los estados y la NOM-046-SSA2-2005 Sobre la violencia familiar, sexual y contra las mujeres.⁹

Una de las definiciones más completas de VO procede del Estado de México, en cuyo artículo 27 Bis de la Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia establece que se configura por parte del personal médico, paramédico, de enfermería y administrativo de las instituciones de salud cuando se dañe o denigre a la mujer durante el embarazo, el parto, posparto o en emergencias obstétricas, lo que vulnera sus derechos mediante tratos crueles, inhumanos o degradantes.¹⁰

Asimismo, entre los actos u omisiones que constituyen la VO destacan, según el artículo 27 Ter de la misma normativa:

- No brindar atención oportuna y eficaz a las mujeres en el embarazo, parto, puerperio o en emergencias obstétricas;
- Presionar psicológica u ofensivamente a una parturienta;
- Obligar a la mujer a parir acostada sobre su columna y con las piernas levantadas o en forma distinta a la que sea propia de sus usos, costumbres y tradiciones obstétricas, aun cuando existan los medios necesarios para la realización del parto vertical;
- Alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer;
- Practicar el parto por vía de cesárea, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer, no obstante, de existir condiciones para el parto natural;
- Obstaculizar, sin causa médica justificada, el apego de la niña o el niño con su madre, mediante la negación a ésta de la posibilidad de cargarle o de amamantarle inmediatamente después de nacer;

- Intervenir quirúrgicamente sin consentimiento o autorización de la paciente, en términos de las disposiciones aplicables;
- Realizar la esterilización sin el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer, así como las consecuencias físicas y psicológicas de dicha intervención; y finalmente,
- Cualquier otra forma análoga que lesione o sea susceptible de dañar la dignidad, integridad o libertad de la mujer.¹⁰

Metodología

Estudio cuantitativo de corte transversal y descriptivo, con un muestreo no probabilístico por conveniencia en el que se obtuvo una muestra final de 143 mujeres oaxaqueñas de siete regiones: Sierra Sur, Sierra Norte, Valles Centrales, Cañada, Costa, Istmo y Mixteca. Éstas debían cumplir con los siguientes criterios de inclusión: tener una gestación previa al margen de dar a luz de forma natural o por cesárea, o bien con interrupción voluntaria o involuntaria del embarazo, y haber recibido atención ginecoobstétrica en una institución (establecimiento) de salud pública o privada. Los criterios de exclusión fueron: mujeres que no hablaran español o que presentaran alguna situación de salud que les impidiera contestar la encuesta. Como criterios de eliminación se consideró a los individuos que durante el transcurso del estudio decidieran dejar de participar y a los casos que respondieran el instrumento de manera incompleta.

La recolección de los datos se realizó durante los meses de mayo y junio de 2019. Para ello se visitó el hogar de mujeres que habían pasado por un proceso de gestación. Una vez allí, el encuestador (en un proceso previamente estandarizado por el grupo de investigación) explicó el objetivo, el alcance del estudio, los posibles riesgos, el tratamiento y la protección de datos, a la vez que dispuso dudas y confirmó a las participantes la posibilidad de abandonar el estudio cuando así lo desearan, sin que esto representara ningún tipo de consecuencia para ellas o sus hijos. Al final, quienes mostraron interés por ser parte del proyecto firmaron el consentimiento informado, para después contestar datos sociodemográficos y el instrumento de manera autoadministrada. De esa manera, cumplieron con lo establecido en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. En lo que respecta al proyecto de investigación, éste contó con registro del Instituto de Investigación sobre Salud Pública de la Universidad de

la Sierra Sur IISSP/SC/04/01072019 y con aprobación del Comité de Ética CEI-20/2019.

Para la obtención de datos se utilizó la prueba de violencia obstétrica en los hospitales extremeños,¹¹ versión adaptada a partir de la prueba de violencia obstétrica creada en Argentina por las asociaciones Dando a Luz y Colectiva Maternidad Libertaria de Argentina¹² y se aplicó en México en el año 2017 en dos hospitales rurales de la zona nahua-mixteca.¹³ La prueba de violencia obstétrica en los hospitales extremeños, no validada aún en la población mexicana, consta de 12 preguntas de escala dicotómica que abordan las principales acciones u omisiones que representan la VO internacional.

Una vez obtenidos los datos, se capturaron y procesaron con el programa SPSS, versión 20. Para analizarlos se empleó estadística descriptiva (frecuencias, proporciones y medidas de tendencia central). Para efectos de este estudio, también se analizó la consistencia interna del instrumento, que tuvo un alfa de Cronbach de 0.768. Para el análisis estadístico comparativo de homogeneidad sobre la percepción de VO entre los dos estados, Oaxaca y Sonora, se realizó una prueba no paramétrica de chi cuadrada con las variables dicotómicas del instrumento, con la finalidad de comparar el mismo instrumento aplicado en los dos territorios. La prueba de hipótesis corroboró distribuciones no homogéneas con un nivel de significación del 0.5.

Resultados

Respecto de los datos sociodemográficos, el 74.4% de la población encuestada tuvo edades de 18 a 35 años. El estado civil que predominó fue el matrimonio en un 53.8% en relación con el resto de la población y el 57% tenía algún empleo. El 78.2% de la población encuestada practicaba la religión católica y en menor proporción la religión cristiana (16.2%). El 79% de la población encuestada provenía de las regiones Sierra Sur y Valles Centrales. El 87.4% recibió atención médica en una institución pública y el resto en una privada (Cuadro I).

En cuanto a los antecedentes ginecoobstétricos, el 59% de la población encuestada tuvo entre dos y tres gestaciones, el 37.8% dos partos, el 52.4% refirió un parto natural, mientras que el 42.7% tuvo entre uno y dos partos quirúrgicos (cesárea). El 90.2% de la población negó tener abortos previos, en tanto que el 7.7% confirmó un aborto (Cuadro II).

Con respecto a la percepción de VO, el 26.4% (Cuadro III) de las mujeres encuestadas percibió

Cuadro I. Datos sociodemográficos de las participantes en el estudio ($n = 143$)

| Variables | F | % |
|--------------------------------------|-----|------|
| Edad | | |
| Menores de 18 años | 3 | 2.1 |
| De 18 a 25 años | 40 | 28.0 |
| De 26 a 35 años | 95 | 66.4 |
| De 36 a 45 años | 4 | 2.8 |
| De 46 a 55 años | 1 | 0.7 |
| Estado civil | | |
| Soltera | 24 | 16.8 |
| Casada | 77 | 53.8 |
| En unión libre | 32 | 22.4 |
| Divorciada | 9 | 6.3 |
| Viuda | 1 | 0.7 |
| Situación laboral | | |
| Empleada | 82 | 57.3 |
| Desempleada | 61 | 42.7 |
| Religión | | |
| Católica | 111 | 77.6 |
| Cristiana | 24 | 16.8 |
| Ateo | 8 | 5.6 |
| Lugar de procedencia* | | |
| Cañada | 5 | 3.5 |
| Costa | 13 | 9.1 |
| Istmo | 3 | 2.1 |
| Mixteca | 6 | 4.2 |
| Sierra Norte | 3 | 2.1 |
| Sierra Sur | 71 | 49.6 |
| Valles Centrales | 42 | 29.4 |
| Tipo de institución donde se atiende | | |
| Pública | 125 | 87.4 |
| Privada | 18 | 12.6 |

F: frecuencia

*No se registraron elementos de la muestra para la región del Papaloapan.

Fuente: Prueba de percepción de violencia obstétrica/elaboración propia con datos obtenidos de la investigación en Oaxaca.

algún tipo de VO por parte del personal de salud. Con mayor frecuencia señalaron la realización de procedimientos sin obtener antes su consentimiento e informarles de los riesgos; entre éstos se identificaron el afeitado de genitales con un 42%; impedir el acompañamiento de un familiar o una persona de confianza durante el parto con 40.6%; tactos vaginales repetidos y realizados por diferentes personas con 35.7%; práctica de cesárea con 35.2%, y evitar el contacto entre madre e hijo después del parto con 33.6%. Asimismo, durante el análisis de los casos por lugar de atención del parto, 87.4% se atendió en instituciones públicas y 12.6% en establecimientos privados (Cuadro I).

Por último, se realizó una prueba de hipótesis de homogeneidad del instrumento con la prueba percepción de violencia obstétrica (TDVO) aplicada al estado

Cuadro II. Antecedentes ginecoobstétricos de las participantes del estudio ($n = 143$)

| Variables | F | % |
|-------------|-----|------|
| Gestaciones | | |
| 1 | 39 | 27.3 |
| 2 | 51 | 35.6 |
| 3 | 33 | 23.1 |
| 4 | 13 | 9.1 |
| 5 | 7 | 4.9 |
| Partos | | |
| 0 | 1 | 0.7 |
| 1 | 44 | 30.8 |
| 2 | 54 | 37.7 |
| 3 | 44 | 30.8 |
| Cesárea | | |
| 0 | 75 | 52.4 |
| 1 | 41 | 28.7 |
| 2 | 20 | 14.0 |
| 3 | 7 | 4.9 |
| Abortos | | |
| 0 | 129 | 90.2 |
| 1 | 11 | 7.7 |
| 2 | 2 | 1.4 |
| 3 | 1 | 0.7 |

Fuente: Prueba de percepción de violencia obstétrica/elaboración propia con datos obtenidos de la investigación en Oaxaca.

de Oaxaca y Sonora, que reveló falta de homogeneidad, con un grado de significación del 0.05% (Cuadro IV).

Discusión

El Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) cuantificó la VO nacional en 2016 con la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH), la cual constó de 12 preguntas. Los resultados del INEGI confirmaron que la prevalencia de los incidentes de VO es de 33.4% en las mujeres entre 19 y 49 años con un hijo parido en los últimos cinco años, lo que equivale a 2,921,514 mujeres de un total de 8,743,987. Según el INEGI, entre las conductas con mayor frecuencia se presentaron gritos o regaños con 11.2%, tardanza en el servicio por gritos o quejidos con 10.3%, inexistencia de información respecto de la necesidad de realizar una cesárea con 10.2%, indiferencia al preguntar por el recién nacido con 9.9% y ser víctima de presión para aceptar la aplicación de un dispositivo u operación para no tener más hijos.¹⁴ De la encuesta se infirió que en Oaxaca existe una prevalencia de 31.1% y en Sonora de 28.2%.

En el caso de las conductas percibidas en este trabajo, algunas se deben a las políticas de la institución

sobre la atención medicalizada del parto, como la prohibición de la ingestión de alimentos o bebidas, la indicación de permanecer acostada, el uso del enema, el afeitado de genitales, la administración de fármacos para acelerar el parto, los tactos vaginales, la compresión del abdomen, así como la episiotomía. En este sentido, las conductas que refieren indican que aún es pobre la institución de la atención del parto humanizado atendido de acuerdo con las preferencias de la propia mujer, lo cual parece oponerse a las recomendaciones que emiten las guías de práctica clínica existentes, en las que se asegura que las mujeres requieren una atención con enfoque humanizado, intercultural, seguro, sin medicalización innecesaria, y se reconoce y valora la autonomía de las mujeres y su protagonismo durante el parto.¹⁵ Otro ejemplo es el que deja patente la NOM 007-SSA2016, según la cual la mujer puede escoger parir de forma vertical y preservar su autonomía,¹ sin embargo, se requieren personal capacitado e infraestructura para este tipo de atención, que en este momento no está disponible en todos los establecimientos de atención.

En relación con el trato deshumanizado, las principales conductas que refirieron las pacientes en este estudio fueron ser criticadas por llorar o gritar de dolor, emoción, alegría o tristeza durante el trabajo de parto con un 23.1% y la dificultad o imposibilidad para disipar sus dudas y manifestar sus miedos o inquietudes para no ser reprendidas ni atendidas de mala manera con un 21.7% y, por último, la crítica del personal de salud sobre su comportamiento con comentarios irónicos, descalificadores o en tono de burla con 18.2%. Estas conductas se han referido en un estudio similar que registró la primera conducta con 21.6%, la segunda con 19.5% y la tercera con 15.3%.¹⁶ Ambos estudios muestran frecuencias similares pero en el caso de Sonora son más altas, en el orden respectivo de 44.4%, 37.8% y 22.2%,¹¹ lo cual muestra las áreas de oportunidad para el personal de enfermería dentro de las unidades de tococirugía y propicia una conducta de tolerancia y empatía que debe caracterizar el ejercicio profesional de enfermería con base en un código deontológico, hoy más que nunca vigente para el desarrollo profesional.

Un aspecto importante que debe señalarse es la aplicación sin consentimiento de procedimientos médicos informados en el estudio, como los tactos vaginales repetidas y por más de una persona. Llama la atención que de la totalidad de las mujeres que tuvieron un parto vaginal, 50 enfrentaron esta situación. En

Cuadro III. Resultados de la prueba de percepción de violencia obstétrica ($n = 143$)

| Conductas percibidas durante la atención | Sí | | No | |
|---|----|-------|-----|-------|
| | F | % | F | % |
| 1. ¿El personal de salud criticaba su comportamiento con comentarios irónicos, descalificadores o en tono de chiste? | 26 | 18.2 | 117 | 81.8 |
| 2. ¿La trataron con sobrenombres o diminutivos o modificando su nombre en tono cariñoso como si fuera una niña incapaz de comprender las intervenciones que están realizando o el proceso de parto? | 17 | 11.9 | 126 | 88.1 |
| 3. ¿Fue criticada por llorar o gritar de dolor, emoción, alegría o tristeza durante el trabajo de parto? | 33 | 23.1 | 110 | 76.9 |
| 4. ¿Le resultó difícil o imposible aclarar sus dudas y manifestar sus miedos o inquietudes porque no le respondían o lo hacían de mala manera? | 31 | 21.7 | 112 | 78.3 |
| 5. Procedimientos realizados sin pedir consentimiento, informar sobre la necesidad o los riesgos: | | | | |
| 5.1 Prohibición de ingerir alimentos o bebidas | 43 | 30.1 | 100 | 69.9 |
| 5.2 Indicación de permanecer acostada todo el tiempo | 44 | 30.8 | 99 | 69.2 |
| 5.3 Enema | 19 | 13.3 | 123 | 86.7 |
| 5.4 Rotura artificial de la bolsa | 30 | 21 | 113 | 79 |
| 5.5 Rasurado de genitales | 60 | 42 | 83 | 58 |
| 5.6 Administración de medicación para acelerar el parto | 44 | 30.8 | 99 | 69.2 |
| 5.7 Tactos vaginales reiterados y por diferentes personas | 51 | 35.7 | 92 | 64.3 |
| 5.8 Comprensión del abdomen en el momento del parto | 44 | 30.8 | 99 | 69.2 |
| 5.9 Episiotomía | 26 | 18.2 | 117 | 81.8 |
| 5.10 Cesárea | 50 | 35 | 93 | 65 |
| 5.11 Legrado | 18 | 12.6 | 125 | 87.4 |
| 6. ¿Durante el periodo de dilatación la obligaron a permanecer acostada boca arriba, aunque refiriera incomodidad? | 45 | 31.5 | 98 | 68.5 |
| 7. ¿La privaron de la posibilidad de caminar o buscar posiciones según sus necesidades? | 35 | 24.5 | 108 | 75.5 |
| 8. ¿Durante el momento de expulsión le impidieron tomar la postura más cómoda para usted para pujar? | 44 | 30.8 | 99 | 69.2 |
| 9. Durante todo el proceso ¿se le impidió estar acompañada por alguien de confianza? | 58 | 40.6 | 85 | 59.4 |
| 10. ¿Al momento del nacimiento se le impidió el contacto inmediato con su hijo/a, antes de que se realizaran cuidados o intervenciones rutinarias (pesar, medir, administración de vacunas y baño)? | 48 | 33.6 | 95 | 66.4 |
| 11. ¿La experiencia de la atención en el parto la hizo sentir vulnerable, incapaz, culpable o insegura? | 38 | 26.6 | 105 | 73.4 |
| 12. ¿Conoce alguna ley que la respalde contra la violencia obstétrica? | 25 | 17.5 | 118 | 82.5 |
| Total (en promedio) | | 26.40 | | 73.60 |

F: frecuencia

Fuente: Prueba de percepción de violencia obstétrica/elaboración propia datos obtenidos en la investigación en Oaxaca.

su caso, Terán, *et al.* comunicaron una frecuencia similar de 37.2%.¹⁶

En relación con lo anterior, es importante mencionar que el TDVO hace énfasis directamente en el consentimiento informado, dado que de las interrogantes que integran las “Conductas percibidas durante su atención” se desprenden dos de sus elementos: la existencia de consentimiento por parte de la mujer o usuaria del servicio de salud y, por otra parte, la existencia de la comprensión

por la misma persona del procedimiento y de los riesgos que implica la intervención médico-sanitaria.

En términos jurídicos, el consentimiento expreso supone la exteriorización de la voluntad de la persona para aceptar o rechazar derechos y obligaciones; por ello es clave al momento de determinar la responsabilidad. Es importante señalar que la voluntad puede tener diversos vicios que dan lugar a que el acto sea nulo (relativa o absolutamente); entre estos vicios destacan:

Cuadro IV. Prueba de hipótesis de homogeneidad de la prueba de percepción de violencia obstétrica

| Variables dicotómicas de VO | | FO | FE | (Fo-Fe) 2/Fe |
|--|---|------|-------|-----------------|
| Conductas percibidas durante la atención | 1. ¿El personal de salud criticaba su comportamiento con comentarios irónicos, descalificadores o en tono de chiste? | 18.2 | 22.2 | 0.7 |
| | 2. ¿La trataron con sobrenombres o diminutivos o modificando su nombre en tono cariñoso como si fuera una niña incapaz de comprender las intervenciones que están realizando o el proceso de parto? | 11.9 | 28.9 | 10.0 |
| | 3. ¿Fue criticada por llorar o gritar de dolor, emoción, alegría o tristeza durante el trabajo de parto? | 23.1 | 44.4 | 10.2 |
| | 4. ¿Le resultó difícil o imposible aclarar sus dudas y manifestar sus miedos o inquietudes porque no le respondían o lo hacían de mala manera? | 21.7 | 37.8 | 6.9 |
| Procedimientos realizados sin pedir consentimiento o informar sobre la necesidad o los riesgos | 5. Prohibición de ingerir alimentos o bebidas | 30.1 | 42.2 | 3.5 |
| | 6. Indicación de permanecer acostada todo el tiempo | 30.8 | 26.7 | 0.6 |
| | 7. Enema | 13.3 | 17.8 | 1.1 |
| | 8. Rotura artificial de la bolsa | 21.0 | 8.9 | 16.4 |
| | 9. Rasurado de genitales | 42.0 | 13.3 | 61.9 |
| | 10. Administración de medicación para acelerar el parto | 30.8 | 31.1 | 0.0 |
| | 11. Tactos vaginales reiterados y por diferentes personas | 35.7 | 40 | 0.5 |
| | 12. Compresión del abdomen en el momento del parto | 30.8 | 17.8 | 9.5 |
| | 13. Episiotomía | 18.2 | 46.7 | 17.4 |
| | 14. Cesárea | 35.0 | 13.3 | 35.3 |
| | 15. Legrado | 12.6 | 15.6 | 0.6 |
| | 16. ¿Durante el periodo de dilatación la obligaron a permanecer acostada boca arriba, aunque refiriera incomodidad? | 31.5 | 35.6 | 0.5 |
| | 17. ¿La privaron de la posibilidad de caminar o buscar posiciones según sus necesidades? | 24.5 | 51.1 | 13.9 |
| | 18. ¿Durante el momento de expulsión le impidieron tomar la postura más cómoda para usted para pujar? | 31.0 | 48.9 | 6.6 |
| | 19. Durante todo el proceso, ¿se le impidió estar acompañada por alguien de confianza? | 40.6 | 71.1 | 13.1 |
| | 20. ¿Al momento del nacimiento se le impidió el contacto inmediato con su hijo/a antes de que se realizaran cuidados o intervenciones rutinarias (pesar, medir, administración de vacunas y baño)? | 33.6 | 26.7 | 1.8 |
| | 21. ¿La experiencia de la atención en el parto la hizo sentir vulnerable, incapaz, culpable o insegura? | 26.6 | 24.4 | 0.2 |
| | 22. ¿Conoce alguna ley que la respalde contra la violencia obstétrica? | 17.5 | 15.6 | 0.2 |
| Total promedio | 26.4 | 30.9 | 210.8 | |

FE: frecuencia esperada; FO: frecuencia observada; VO: violencia obstétrica.
Fuente: elaboración propia

a) la violencia, que implica el ejercicio de fuerza física (reactivos 5-20) o psicológica (reactivos 14 y 21) para propiciar la realización u omisión de una determinada conducta; y b) el error que conlleva una falsa apreciación de la realidad que se deriva del hecho de que el personal de salud haya omitido la explicación de las razones y riesgos de las intervenciones. Del estudio realizado se desprende que 38.23% de las usuarias de salud se enfrentó a una o ambas hipótesis.

Ahora bien, en cuanto a los contenidos de las conductas que integran la violencia física, se observó una diferencia significativa respecto de los informes de Sonora y los de Oaxaca, dado que de las tres conductas más frecuentes sólo coinciden en una: para Sonora fue en primer lugar el impedimento de estar acompañada (71.1%), en segundo la prohibición de caminar (51.1%) y en tercero la prohibición de adoptar una postura más cómoda para pujar (48.9%);¹¹ por su parte, en Oaxaca se reconoció en primer lugar el afeitado de genitales (42%), en segundo la prohibición de estar acompañada (40.6%) y en tercero los tactos vaginales repetidos (35.7%). En cuanto a la violencia psicológica, en Sonora es más frecuente en los reactivos 14 (comentarios irónicos o descalificadores; uso de sobrenombres o diminutivos; crítica por dolor, llanto o emociones e imposibilidad de disipar dudas)¹¹ y en Oaxaca en el reactivo 21 (sentimiento de vulnerabilidad, incapacidad, culpabilidad o inseguridad).

Es importante señalar que en Sonora y Oaxaca el conocimiento sobre las leyes que protegen a las mujeres de la VO es muy semejante, ya que corresponde respectivamente al 15.6% y 17.5% (diferencia, 1.9), lo cual indica un conocimiento mínimo; estos datos a su vez coinciden con la encuesta sobre cultura de la legalidad realizada por el Instituto de Investigaciones Jurídicas- Universidad Nacional Autónoma de México (IIJ-UNAM) en 2017, pues demuestra que el conocimiento de la constitución federal y los derechos que protege es escaso, con 65.1%.¹⁷

Conclusiones

La discusión respecto del análisis e interpretación interdisciplinaria de los resultados de la estadística descriptiva permite concluir los siguientes puntos: a) no hay homogeneidad en la frecuencia de la percepción de la VO en relación con las encuestas realizadas en Sonora (2017) y Oaxaca (2019), pero hay una tendencia similar en la que se repiten patrones deshumanizantes y procesos medicalizados de la atención de parto; b) la frecuencia de la percepción de VO es mayor en Sonora (30.9) que en Oaxaca (26.4); c) la mayor diferencia surge en el afeitado de genitales, la cesárea y la episiotomía;

d) la menor diferencia fue la administración de fármacos para acelerar el parto. La experiencia hizo sentir a la mujer vulnerable, incapaz, culpable o insegura y sin el conocimiento de la ley que las respalde contra la VO.

En función de lo anterior es pertinente atender estas áreas de oportunidad para el personal de enfermería, con base en el diseño de intervenciones que incluyan procesos educativos dirigidos a las usuarias, con objeto de difundir sus derechos para hacerlas corresponsables de su propia salud reproductiva, por un lado, y, por el otro, planificar, gestionar y promocionar cursos, certificaciones y recertificaciones en todo el personal de salud con un enfoque de género para sensibilizarlos sobre una atención de salud intercultural que le permita a la mujer embarazada visualizar los servicios de salud como un elemento de ayuda para promover una salud reproductiva.¹⁸

Un hallazgo valioso de este trabajo son los contenidos de las conductas que integran la VO. Se registró una significativa diferencia respecto de los informes de la ENDIREH, dado que de las cinco conductas más frecuentes sólo coinciden en la práctica de la cesárea. En segundo lugar, las conductas de la ENDIREH constituyen en su mayor parte violencia psicológica, como los regaños, la indiferencia y la presión psicológica, en tanto que estos resultados apuntan a la violencia física como el afeitado de genitales y los tactos vaginales, lo que podría guiar futuras investigaciones.

Por último, entre las limitaciones del estudio pueden señalarse la falta de validación del instrumento en la población mexicana, la ausencia de traductores de las diferentes lenguas indígenas para poder incluir a esta población, el tamaño de la muestra respecto de las ocho regiones de Oaxaca, así como las barreras geográficas. También sería importante verificar si el gran porcentaje de usuarias que refirió no haber sufrido ninguna de las conductas contenidas en la encuesta efectivamente no las sufrió o simplemente le parece una situación normalizada que no merece la pena comentarse.

Financiamiento

Esta investigación recibió financiamiento del Programa para el Desarrollo Profesional Docente (PRODEP) de la Secretaría de Educación Pública (SEP) de México, a través de la Universidad de la Sierra Sur de Oaxaca (UNSSIS).

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe ningún tipo de conflicto de intereses en la investigación, ni en la publicación.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Referencias

- Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida. México; 7 de abril de 2016. Disponible en <https://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/Programas/VIH/Leyes%20y%20normas%20y%20reglamentos/Norma%20Oficial%20Mexicana/NOM-007-SSA2-2016%20Embarazo,%20parto%20y%20puerperio.pdf>
- Gómez-Torres D, Téllez-Rojas G, Santos-Dinis Pereira PM, Maris-Peres A. Percepción social de usuarias atendidas exclusivamente por enfermeras en la etapa perinatal. *Enfermería actual en Costa Rica*. 2018;35:11627. Disponible en <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/enfermeria/article/view/33666/33452>
- Araujo-Cuauro JC. Violencia obstétrica: una práctica oculta deshumanizadora, ejercida por el personal médico asistencial ¿es un problema de salud pública y derechos humanos. *Rev Mex Med Forense*. 2019;4(2):1-11. Disponible en <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=87854>
- Da Silva-Carvalho I, Santana-Brito R. Formas de violencia obstétrica experimentada por madres que tuvieron un parto normal. *Enferm Glob*. 2017;16(47):71-97. Disponible en http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412017000300071
- World Health Organization. Global status report on violence prevention 2014. Luxemburg: WHO; 2014. Disponible en <https://apps.who.int/iris/handle/10665/145086?show=full>
- Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas. Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer. New York: ONU, 1993. Disponible en <https://www.refworld.org/es/docid/50ac921e2.html>
- Guerrero-Sotelo RN, Hernández-Ramírez JC, Hernández-Arzola LI, Aragón-González GR. Categorías conceptuales de la violencia obstétrica. *Avan C Salud Med*. 2019;7(1):23-32. Disponible en <https://www.oaxaca.gob.mx/salud/wp-content/uploads/sites/32/2019/12/Acs191-05o.pdf>
- Comisión Nacional de los Derechos Humanos. Recomendación General Número 31/2017 sobre la violencia obstétrica en el Sistema Nacional de Salud. México: CNDH; 2017. Disponible en <https://www.cndh.org.mx/documento/recomendacion-general-312017>
- Comité para la eliminación de la discriminación contra la mujer. Observaciones finales sobre el noveno informe periódico de México CEDAW/C/MEX/CO/9. New York: ONU-CEDAW, 2018.
- Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida libre de Violencia del Estado de México. Toluca, Estado de México: Gaceta de Gobierno del Estado de México, 12 de mayo de 2008. Disponible en <http://legislacion.edomex.gob.mx/sites/legislacion.edomex.gob.mx/files/files/pdf/ley/vig/leyvig139.pdf>
- Figueroa-Palomino OE, Hurtado-Lagarda R, Valenzuela-Coronado DG, Bernal-Cruz JD, Duarte-Gutiérrez CD, Cázares-González FA. Violencia obstétrica: percepción de las usuarias sonorenses. *SANUS*. 2017;3:1421. Disponible en <https://sanus.unison.mx/index.php/Sanus/article/view/71/123>
- Dando a Luz, AC. Test de violencia obstétrica. Argentina: Asociación Civil Dando a Luz y Colectiva Maternidad Libertaria; 2010. Disponible en <http://www.dandoaluz.org.ar/pdfs/TestdeViolenciaObstetrica.pdf>
- Gallego-Mora MF, Martínez-Velasco IG, Jiménez-López R. Violencia obstétrica: percepción de la mujer en la atención de parto en dos hospitales rurales de la zona nahua-mixteca. En: *Memorias del Primer Congreso sobre Violencias de Género Contra las Mujeres en México*. México: CRIM, CIEG, UNAM; 2017:46-51. Disponible en https://violencias.crim.unam.mx/sites/default/files/2020-03/Memorias_1erCongreso_Violencias.pdf
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares 2016 (ENDIREH), México: INEGI; 2016. Disponible en <https://www.inegi.org.mx/programas/endireh/2016/>
- Instituto Mexicano del Seguro Social. Guías de práctica clínica. México, IMSS, última actualización: 23 de septiembre de 2020. Disponible en <http://imss.gob.mx/profesionales-salud/gpc>
- Terán P, Castellanos C, González-Blanco M, Ramos D. Violencia obstétrica: percepción de las usuarias. *Rev Obstet Ginecol Venez*. 2013;73(3):17180. Disponible en http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322013000300004&lng=es
- Fix-Fierro H, Flores JI, Valadés D. Los mexicanos y su constitución. Tercera Encuesta Nacional de Cultura Constitucional. México: UNAM, 2017. Disponible en http://www.losmexicanos.unam.mx/Mexicanos_Constitucion/pdf/Mexicanos_Constitucion.pdf
- García-Ramírez HJ, Almaguer-González JA, Ortega-Sánchez MA, Gutiérrez-Guadarrama DG, Montoya-Zamora E. Implantación del "Modelo de atención a las mujeres en el embarazo, parto y puerperio con enfoque humanizado, intercultural y seguro": Hospital Integral La Guajolota, Durango y Hospital General de Tula, Hidalgo. *Género y Salud en Cifras*. 2015;13(3):13-24. Disponible en https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/245086/13_3Art2.pdf

Cómo citar este artículo/To reference this article:

Guerrero-Sotelo RN, Orellana-Centeno JE, Lamas-Carlos J, Hernández-Arzola LI, Gutiérrez-Bustamante A. Percepción de violencia obstétrica en Oaxaca. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*. 2020;28(4):301-309.