

# **UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN INSTITUTO DE INVESTIGACIONES SOCIALES**



**“FORMAS Y SECUELAS DE LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN MUJERES DE  
DISTINTAS CATEGORÍAS SOCIALES EN HOSPITALES PRIVADOS DEL ESTADO  
DE NUEVO LEÓN”**

**TESIS PARA OBTENER EL GRADO DE DOCTORADO EN CIENCIAS SOCIALES  
CON ORIENTACIÓN EN DESARROLLO SUSTENTABLE**

**PRESENTA  
M.C.S.P. ANA LAURA RODRÍGUEZ ROBLES**

**COMITÉ TUTORAL  
DIRECTORA: DRA. MARÍA DE JESÚS ÁVILA SÁNCHEZ  
CODIRECTOR: DR. JOSE MANUEL RANGEL ESQUIVEL  
CODIRECTOR: DR. ESTEBAN PICAZZO PALENCIA**

**ENERO DE 2026**

# **UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN INSTITUTO DE INVESTIGACIONES SOCIALES**



**“FORMAS Y SECUELAS DE LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN MUJERES DE  
DISTINTAS CATEGORÍAS SOCIALES EN HOSPITALES PRIVADOS DEL ESTADO  
DE NUEVO LEÓN”**

**TESIS PARA OBTENER EL GRADO DE DOCTORADO EN CIENCIAS SOCIALES  
CON ORIENTACIÓN EN DESARROLLO SUSTENTABLE**

**PRESENTA  
M.C.S.P. ANA LAURA RODRÍGUEZ ROBLES**

**COMITÉ TUTORAL  
DIRECTORA: DRA. MARÍA DE JESÚS ÁVILA SÁNCHEZ  
CODIRECTOR: DR. JOSE MANUEL RANGEL ESQUIVEL  
CODIRECTOR: DR. ESTEBAN PICAZZO PALENCIA**

**ENERO DE 2026**



**A Mauricio**

**Quien con su llegada cambio por completo mi cuerpo,  
mi mente y mi forma de ver el mundo, desde entonces todo  
lo que tengo y lo que soy es por y para ti.**

## Agradecimientos

En primer lugar, agradezco profundamente a mi familia, quienes en cada paso que he dado han estado a mi lado como mi principal soporte, incluso en aquellos momentos en los que ni yo misma he creído en mí. A mi madre, por enseñarme que aun en los momentos más oscuros siempre hay luz al final del camino. A mi padre, en cuya memoria procuro conducirme de manera que pueda enorgullecerlo. A mi hermano, quien ha sido mi fiel compañero a lo largo de esta vida, y a mi hermana, cuya alegría constante ha sido para mí una gran maestra en muchos sentidos.

A Daniel, quien llegó a mi vida en un momento particularmente difícil y que, sin saberlo, se convirtió en un pilar fundamental tanto en lo personal como en la realización de este proyecto.

A mis compañeros Alberto, Carmen, Selene y Gerardo, con quienes, a pesar de las discusiones derivadas de nuestros distintos puntos de vista, siempre prevalecieron la paciencia y la cordialidad durante las clases, lo que nos permitió consolidar un buen equipo de trabajo.

A la doctora María de Jesús, quien más que mi directora de tesis se convirtió en una figura fundamental no solo en el desarrollo de este trabajo, sino también en mi vida. Sin su acompañamiento, orientación y apoyo constante, simplemente no habría sido posible llegar hasta este punto.

A mis codirectores, el doctor Rangel y el doctor Picazzo, por compartir generosamente su tiempo y su experiencia tanto en el aula como en este proyecto, lo cual me permitió ampliar mis perspectivas y enriquecer el análisis con enfoques que resultaron piezas clave para esta investigación.

Agradezco al Instituto de Investigaciones Sociales por brindarme la oportunidad de formar parte de su programa doctoral. Desde el inicio tuve claro que no sería un camino sencillo, al no provenir de esta área de estudios; sin embargo, valoro enormemente las herramientas académicas que me fueron proporcionadas y el panorama tan distinto que me permitieron conocer. Esta experiencia no solo amplió mi pensamiento, sino también mi visión del mundo, lo cual considero invaluable. Mi agradecimiento a los directivos, docentes y personal administrativo por el apoyo recibido durante esta etapa.

Finalmente, agradezco al Consejo Nacional de Humanidades, Ciencias y Tecnologías (CONAHCYT), a la Universidad Autónoma de Nuevo León, por el financiamiento otorgado para la realización de mis estudios de doctorado, y al proyecto CONAHCYT–CONEVAL por permitirme formar parte de esta importante iniciativa.

## Contenido

### APARTADO I

<i>INTRODUCCIÓN</i> .....	10
<i>Planteamiento del problema</i> .....	10
<i>Justificación</i> .....	16
<i>Pregunta de investigación</i> .....	22
<i>Objetivo general</i> .....	22
<i>Objetivos específicos</i> .....	22
<i>Supuesto</i> .....	23
<i>CAPÍTULO 1</i> .....	25
<i>Cuerpos, poder y reproducción: claves teóricas para comprender la violencia obstétrica</i> .....	25
<i>1.1 Concepto de Salud</i> .....	26
<i>1.2 Determinantes sociales de la salud (DSS)</i> .....	27
<i>1.2.1 Triple inequidad de Breihl</i> .....	29
<i>1.2.2 Interseccionalidad en salud</i> .....	31
<i>1.2.3 Habitus médico y poder simbólico</i> .....	33
<i>1.2.4 Modelo Médico Hegemónico</i> .....	35
<i>1.3 Violencia obstétrica</i> .....	38
<i>1.3.1 Tipos de violencia obstétrica</i> .....	39
<i>1.3.2 Protocolos y atención médica en el proceso reproductivo</i> .....	43
<i>1.3.3 Poder simbólico en la atención médica obstétrica</i> .....	45
<i>1.3.4 Secuelas de la violencia obstétrica</i> .....	49
<i>CAPITULO 2</i> .....	60
<i>Camino metodológico para la comprensión de experiencias en contextos hospitalarios</i> .....	60
<i>2.1 Tipo de estudio</i> .....	61
<i>2.2 Población de estudio</i> .....	63
<i>2.3 Contexto</i> .....	65
<i>2.4 Técnica de recolección de información</i> .....	66
<i>2.5 Técnica de análisis</i> .....	69

2.6 Aspectos teóricos y éticos .....	70
APARTADO II .....	71
CAPITULO 3.....	72
<i>Experiencias Reproductivas de las Mujeres desde una Perspectiva Interseccional...</i>	72
3.1 Vivencias en el embarazo .....	73
3.1.2. Vivencias en el parto .....	83
3.1.3. Vivencias en el postparto .....	85
3.2. Vivencias en el proceso reproductivo por tipo de hospital.....	88
3.2.1 Vivencias en el proceso reproductivo por edad .....	91
3.2.3 Vivencias en el proceso reproductivo por escolaridad .....	95
Capítulo 4 .....	100
<i>Protocolos de Atención Obstétrica: Variaciones en la Práctica Médica según la Posición Social de las Mujeres .....</i>	100
4.1 Los protocolos practicados por el personal médico en mujeres de acuerdo con el tipo de hospital .....	121
4.2 Los protocolos practicados por el personal médico en mujeres de acuerdo con la escolaridad .....	127
3.3.3 Los protocolos practicados por el personal médico en mujeres de acuerdo con la edad .....	131
Capítulo 5 .....	138
<i>Violencias Obstétricas y Condición Social: Experiencias Diferenciadas de las Mujeres .....</i>	138
5.1 Las violencias experimentadas por mujeres durante su proceso reproductivo por categoría social .....	141
5.2. Las violencias experimentadas por mujeres de acuerdo con el tipo de hospital	207
3.2.3 Las violencias experimentadas por mujeres de acuerdo con la escolaridad...	218
5.4 Las violencias experimentadas por mujeres por edad .....	226
CAPITULO 6.....	237
<i>Secuelas del Proceso Reproductivo: Impactos Diferenciados Según la Categoría Social de las Mujeres.....</i>	237
6.1 Las secuelas generadas en mujeres de acuerdo con el tipo de hospital.....	246
6.2 Las secuelas generadas en mujeres de acuerdo con la escolaridad .....	250
6.3 Las secuelas generadas en mujeres de acuerdo con la edad .....	254

<i>CONCLUSIONES</i> .....	260
<i>REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS</i> .....	278

## **APARTADO I**

## INTRODUCCIÓN

### Planteamiento del problema

La violencia es un fenómeno ampliamente estudiado desde diversas perspectivas, las cuales coinciden en señalar que esta implica un conjunto de acciones cuyo objetivo principal es subyugar y oprimir, ya sea a individuos o a comunidades enteras. Además, la violencia también puede funcionar como un mecanismo para la obtención de capital o poder. Estas acciones pueden manifestarse a través de agresiones físicas directas, como golpes y daños corporales, cuyas consecuencias son evidentes en el cuerpo, o mediante formas simbólicas como las injurias y humillaciones, que afectan profundamente el estado emocional y psicológico de las personas que las padecen. Así mismo, merma la capacidad económica y patrimonial de las personas (Segato, 2003; Galtung, 2016).

Particularmente, estos últimos efectos, al no ser visibles de manera inmediata, tienden a ser ignorados o minimizados, lo que ha favorecido su normalización y aceptación dentro de muchas culturas a lo largo de la historia, perpetuando y agravando el problema.

Como se ha mencionado anteriormente, la opresión ejercida a través de la violencia puede funcionar como un método de control, no solo a nivel individual, sino también sobre grandes grupos de personas. Estos grupos suelen encontrarse en situación de vulnerabilidad por pertenecer a minorías o poseer características que los hacen percibirse como “diferentes”.

Entre todos los grupos vulnerables, las mujeres destacan como una de las poblaciones más violentadas a nivel mundial. La feminidad, en muchos contextos, ha sido históricamente

asociada con debilidad y falta de derechos, lo que ha facilitado su marginación y sometimiento (De Miguel, 2016; Segato, 2003; Giberti, 1992).

Esta percepción se basa en la idea de que las mujeres poseen menos cualidades en comparación con los hombres, por lo que su cuerpo, su sexualidad y su capacidad de reproducción se convierten en sus principales atributos sociales. Tal como lo señala Giberti, a lo largo de la historia, la sexualidad femenina ha sido manipulada y controlada como parte de un sistema de dominación que convierte a las mujeres en instrumentos al servicio de intereses patriarcales.

Retomando los “atributos” previamente mencionados y la relevancia histórica de las mujeres en los procesos reproductivos, es posible integrar otro rol fundamental: la maternidad. En muchas sociedades, la figura materna ha sido exaltada como el principal valor asociado a las mujeres, siendo su capacidad de procrear y cuidar lo que más se ha honrado a lo largo de la historia y en diversas culturas del mundo.

Sin embargo, la violencia sexual y la maternidad representan, sin lugar a duda una de las formas más evidentes de opresión femenina (De Miguel, 2016). Esta impone a las mujeres un confinamiento simbólico al ámbito privado del hogar y al círculo social de la familia, estableciendo la concepción, el cuidado y la crianza como su destino social principal. Esta construcción limita la posibilidad de que las mujeres desarrollen nuevos roles dentro de las estructuras sociales, al tiempo que refuerza su subordinación.

Esta forma de opresión se intensifica en momentos importante del ciclo reproductivo el embarazo, el parto y el puerperio, etapas en las que se refuerzan los mandatos de género y se

acentúa la necesidad de mantener a las mujeres en una posición de dependencia y sumisión (Giberti, 1992).

A partir de lo anteriormente expuesto, emerge una forma de violencia que, aunque ha estado presente por décadas, solo en años recientes ha comenzado a visibilizarse gracias al trabajo de diversos grupos feministas: la violencia obstétrica. Esta forma de violencia no cuenta aún con una definición única y consensuada, debido a su estrecha relación con otras expresiones de violencia estructural y de género, así como por la amplitud y variedad de actos que pueden considerarse dentro de esta categoría.

La diversidad de manifestaciones que conforman la violencia obstétrica ha motivado un creciente interés académico que la aborda desde múltiples enfoques disciplinares. Por ejemplo, algunos estudios la analizan como una violación a los derechos humanos y reproductivos de las mujeres (Arguedas, 2014; Chiarrotti et al., 2003). Desde la crítica feminista, se ha señalado cómo el cuerpo de las mujeres es cosificado a partir de su capacidad reproductiva (Bellón, 2015). En el ámbito sociológico, se ha interpretado como una forma de organización del sistema médico que reproduce relaciones de poder jerárquicas (Castrillo, 2020). Otros trabajos la abordan desde la medición de actos violentos como indicadores de calidad en los servicios de salud (Villanueva et al., 2016), mientras que investigaciones desde la psicología y la salud mental han documentado los efectos emocionales y traumáticos de estas experiencias en las salas de parto (Gómez, 2018; Centenaro et al., 2015). Finalmente, también se ha analizado desde el derecho penal, reconociéndola como una conducta punible y una forma de violencia institucional (Herrera, 2020).

Con el objetivo de lograr una mejor comprensión del fenómeno, en el presente trabajo se retoman distintas propuestas teóricas que permiten describir la violencia obstétrica como el

conjunto de acciones ejercidas durante el embarazo, el parto o el puerperio, que buscan dañar física, mental o socialmente a las mujeres, o bien humillarlas, aprovechando su condición de vulnerabilidad durante el proceso reproductivo (Arguedas, 2014; Inmujeres, 2019; L.A.M.V.L.V., 2020).

Es importante destacar que la violencia obstétrica no se manifiesta de manera uniforme ni con la misma intensidad en todas las mujeres. Existen factores sociales, económicos y culturales que incrementan la vulnerabilidad de ciertos grupos. En este sentido, Asa Cristina Laurell (2015) señala que la riqueza y la pobreza desempeñan un papel crucial en la distribución desigual de los servicios de salud en las sociedades. Esta desigualdad se acentúa particularmente en regiones como América Latina, África y algunos países de Asia, donde los sistemas de salud reproducen y refuerzan las jerarquías sociales existentes.

Así pues, puede observarse cómo el género, la clase social y la etnia conforman lo que Breilh (2014) denomina la *matriz de triple inequidad*, la cual influye significativamente en el trato y el acceso a los servicios de salud. No obstante, estas no son las únicas variables que intervienen en la reproducción de la violencia obstétrica.

Sin embargo, estas metas siguen sin tener avances sustanciales en países en desarrollo, por ejemplo existen diversas investigaciones a nivel mundial, particularmente en regiones de África, Asia y América Latina, con especial énfasis en Brasil, evidencian que otras características como la edad, el número de gestaciones y partos (paridad), el estado civil, el nivel educativo, la orientación sexual, la nacionalidad, la condición migratoria, entre otras, funcionan como factores que intensifican el riesgo de maltrato y de falta de respeto hacia las mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio (Amroussia et al., 2017; Bohren et al., 2019; Brigidi

y Busquets, 2019; Enderle et al., 2011; Organización c Mundial de la Salud [OMS], 2014; Pereira, 2018; Rangel y Martínez, 2017; Vega, 2017).

Ahora bien, al trasladar esta inequidad en la atención obstétrica al contexto mexicano, se evidencia que la riqueza cultural del país influye significativamente en la forma en que las mujeres son tratadas durante su proceso reproductivo. La diversidad poblacional, junto con la coexistencia de costumbres, tradiciones e ideologías en transición, genera una amplia heterogeneidad social que impacta directamente en la experiencia de las mujeres dentro del sistema de salud.

Si centramos este análisis en el estado de Nuevo León, es importante señalar que, al tratarse de una entidad altamente industrializada y con amplias oportunidades laborales, podría asumirse que el acceso a los servicios de salud está ampliamente garantizado. Sin embargo, Alvarado y colaboradores (2016) advierten que, aunque el estado cuenta con una infraestructura sólida y personal capacitado en el ámbito de la salud, las tasas de mortalidad materna y enfermedades neonatales no difieren significativamente del promedio nacional. Además, estos problemas son más frecuentes en los municipios periféricos. Esta situación evidencia que persisten importantes desigualdades en el acceso a la atención sanitaria, particularmente aquellas vinculadas al género y la clase social.

De acuerdo con la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH, 2021), en Nuevo León el 31.8 % de las mujeres reportaron haber experimentado violencia obstétrica, una cifra muy cercana al promedio nacional de 31.4 % registrado en los últimos cinco años. Sin embargo, es necesario problematizar esta estadística, ya que las preguntas incluidas en dicha encuesta abordan principalmente formas explícitas de violencia obstétrica, dejando fuera muchas prácticas que han sido normalizadas e invisibilizadas por las

propias mujeres. Por su parte, datos de la Dirección General de Información en Salud (DGIS, 2024) indican que en el estado se registraron 55,754 nacimientos, de los cuales el 42% ocurrieron en hospitales privados. Esta cifra refleja no solo una tendencia creciente hacia la atención del parto en el sector privado, sino también las profundas inequidades en el acceso a servicios de salud de calidad (Villanueva et al., 2016; Suárez et al., 2013), en donde las condiciones socioeconómicas determinan la posibilidad de elegir un entorno de atención que no siempre es el más humanizado.

Estas cifras evidencian prácticas médicas que podrían enmarcarse en la violencia obstétrica, y justifican la elección del área metropolitana de Nuevo León como espacio de investigación. Esta decisión responde tanto a la escasez de estudios sobre el tema en la entidad como a la necesidad de explorar el contexto de los hospitales privados como posible escenario de prácticas invisibilizadas. Además, se busca comprender el imaginario colectivo de las mujeres que, en muchos casos, las lleva a preferir los servicios privados como una opción idealizada de atención médica.

Asimismo, destaca otra práctica violenta que, pese a su normalización e invisibilización, resulta fundamental analizar y visibilizar: la creencia en la medicalización del parto como garantía de mejores condiciones tanto para el recién nacido como para la madre. Esta visión del parto ha sido ampliamente promovida por el modelo biomédico y no se limita únicamente a los sectores de altos ingresos. Por el contrario, se ha extendido a todos los estratos sociales, generando la idea de que la intervención médica intensiva es sinónimo de calidad en la atención obstétrica.

Como consecuencia, muchas mujeres optan por acudir a maternidades privadas, incluso cuando ello implica un gasto por encima de sus posibilidades económicas. Este fenómeno ha

propiciado un aumento considerable en el número de clínicas privadas en el estado, las cuales ofrecen "paquetes" de parto a precios accesibles y con facilidades de pago, dirigidos específicamente a mujeres de niveles socioeconómicos bajos. Esta tendencia refleja cómo la medicalización se ha institucionalizado no solo como una práctica médica, sino también como un ideal socialmente aceptado y deseado, muchas veces sin cuestionar sus implicaciones para la autonomía y el bienestar de las mujeres.

### **Justificación**

La relevancia del presente trabajo tiene diversas dimensiones en importancia, internacionales, nacionales y locales. Precisamente, la eliminación de estas desigualdades es uno de los principales elementos de la Agenda 2030 que propone las Naciones Unidas, todo con la idea de mejorar la salud materna. Esta agenda propone una guía para que los países especialmente aquellos en vías de desarrollo, promuevan un modelo de crecimiento justo, inclusivo y equitativo. En este marco, los Objetivos de Desarrollo Sostenible, particularmente el ODS 3 (garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos) y el ODS 5 (lograr la igualdad de género y empoderar a todas las mujeres y niñas), cobran especial relevancia.

Estos objetivos reconocen que para mejorar la calidad de vida es indispensable eliminar las desigualdades de carácter económico, social y sexual. Garantizar el acceso universal a servicios de salud sexual y reproductiva, así como fomentar el empoderamiento de las mujeres, especialmente aquellas que enfrentan múltiples formas de discriminación por su clase social, etnia u orientación sexual, son metas fundamentales. En este sentido, el ODS 5 establece el compromiso de erradicar toda forma de violencia y discriminación contra mujeres y niñas, mientras que el ODS 3 aboga por un acceso equitativo y sin barreras a los servicios de salud, lo

cual resulta crucial para el desarrollo sostenible. (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo).

En el caso de México, la erradicación de la violencia contra las mujeres constituye una prioridad reconocida en distintos instrumentos legales y programáticos. Entre ellos destacan la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (2020) y el Programa Integral para Prevenir, Atender, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres (2014). Ambos marcos normativos reflejan el compromiso del Estado mexicano con los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la Agenda 2030, en particular con la meta de eliminar todas las formas de violencia hacia las mujeres. Este compromiso incluye también la violencia ejercida en el ámbito de la atención médica, especialmente aquella vinculada al proceso reproductivo, como la violencia obstétrica.

Esta investigación tiene como propósito aportar conocimiento sobre una de las formas de violencia contra las mujeres más persistentes y normalizadas. La generación de este conocimiento busca sentar bases sólidas para el diseño e implementación de políticas públicas que contribuyan al bienestar social y al avance hacia una sociedad más justa. Este esfuerzo se enmarca en los objetivos de la Secretaría de Ciencia, Humanidades, Tecnología e Innovación (SECIHTI) y ha sido posible gracias al financiamiento otorgado a través de los Programas Nacionales Estratégicos (PRONACES).

Asimismo, es a través de las aportaciones teóricas que se pretende dar una nueva perspectiva al estudio de la violencia obstétrica, un fenómeno que, en la mayoría de los casos, ha sido abordado desde dos enfoques principales: el primero como un problema de calidad en los servicios médicos ya sea por falta de personal o infraestructura y el otro enfoque como una posible consecuencia del síndrome de burnout en el personal de salud (Pintado, Rodríguez y

Manzano, 2015). Es decir, la violencia obstétrica ha sido tradicionalmente analizada desde la práctica médica, bajo la premisa de que todas las mujeres reciben un trato homogéneo por parte del personal de salud, y que las formas de atención responden principalmente a lo que se ha denominado el *habitus* médico (Castro y Erviti, 2015), así como al modelo médico hegemónico (Menéndez, 1988).

Sin embargo, esta perspectiva omite considerar las desigualdades sociales, económicas y culturales que atraviesan la experiencia de las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio, y que permiten la ejecución sistemática de acciones violentas especialmente dirigidas hacia ciertos cuerpos y condiciones femeninas. En este sentido, se vuelve indispensable la incorporación de un enfoque que articule de forma integral las dimensiones biológica, social y cultural en el análisis de la violencia obstétrica, con el fin de comprenderla no solo como una falla del sistema médico, sino como una forma de violencia estructural anclada en múltiples formas de discriminación.

Retomando los puntos anteriormente expuestos, es posible identificar la directriz que han seguido muchas investigaciones en el campo de la salud, especialmente aquellas centradas en lo que Breilh (2014) denomina la "triple inequidad", basada en la intersección de clase, etnia y género. No obstante, las variables sociales que atraviesan la vida de cada mujer dentro de un mismo contexto han sido escasamente exploradas. Existen pocos estudios que hayan abordado de manera sistemática la medición de estas variables en relación con las distintas formas que adopta la violencia obstétrica (Amroussia et al., 2017; Bedoya et al., 2020; Bohren et al., 2019).

Por esta razón, el presente estudio se propone utilizar como categorías de análisis la edad, el nivel de escolaridad y el nivel socioeconómico, con el objetivo de examinar cómo estas

variables influyen en las formas y consecuencias de la violencia obstétrica. Esta aproximación busca contribuir a una comprensión más profunda de cuáles son los factores sociales que tienen mayor peso en la configuración de esta forma específica de violencia de género.

Lo expuesto hasta este punto permite comprender las causas que subyacen a la violencia obstétrica; sin embargo, son pocos los estudios que profundizan en las secuelas que enfrentan las mujeres como consecuencia de los actos sufridos durante el parto o el posparto. Las investigaciones que abordan estos efectos adversos tienden a limitarse a listados generales, sin realizar una evaluación que permita identificar cuáles son los síntomas más frecuentes. Incluso, muchos autores (Gómez, 2018; Mesquita et al., 2018; Rodríguez et al., 2021; Sánchez y Palacios, 2007) agrupan estas consecuencias bajo la categoría de Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT), sin diferenciar la variedad de impactos físicos, emocionales y sociales que puede implicar.

Por ello, uno de los objetivos centrales de esta investigación es identificar e integrar las principales secuelas y efectos adversos derivados de la violencia obstétrica, con el fin de aportar evidencia empírica que permita visibilizar sus impactos diferenciados y orientar estrategias de prevención e intervención más efectivas.

Es fundamental detenerse a reflexionar sobre la importancia de visibilizar las secuelas derivadas del proceso reproductivo, ya que este aspecto ha sido escasamente documentado en la literatura científica y, con frecuencia, queda silenciado bajo la normalización de todo aquello que se considera inherente a la maternidad. Esta invisibilización no solo responde a la falta de estudios al respecto, sino también a los mandatos sociales que dificultan que las mujeres expresen abiertamente sus sentimientos y emociones tras el nacimiento de sus hijos, por temor a ser juzgadas o consideradas "malas madres". A ello se suma el dolor físico que muchas

experimentan como consecuencia del parto, lo cual refuerza la necesidad de otorgar mayor atención a este componente en las investigaciones sobre salud materna.

Después de lo expuesto, resulta aún más evidente la relevancia de esta investigación, especialmente si se considera que la mayoría de los estudios sobre violencia obstétrica han sido desarrollados desde un enfoque cuantitativo. Como se mencionó anteriormente, este tipo de investigaciones se centra en la medición de la calidad de los servicios de salud, mediante la recopilación de datos sobre los porcentajes de casos denunciados como abuso o maltrato hacia mujeres durante el parto. A partir de estas mediciones surgen comparaciones numéricas entre distintas regiones del país o incluso entre entidades federativas, lo cual, aunque valioso, resulta limitado.

Una de las principales áreas de oportunidad en estos estudios es su localización geográfica, ya que la mayoría se han concentrado en el centro y sur de México, dejando prácticamente invisibilizada la realidad del norte del país, como si en esta región la problemática no existiera. A esto se suma que, al analizar la violencia obstétrica exclusivamente como un déficit en la calidad de la atención médica (Castro, 2014; Villanueva et al., 2016), las propuestas de solución suelen reducirse a intervenciones administrativas dictadas desde los altos mandos del sistema de salud. Esta visión tecnocrática y vertical perpetúa un ciclo de cambios superficiales y efímeros, que no logran transformar de fondo las condiciones que permiten el maltrato en las salas de parto.

La estadística derivada de los estudios cuantitativos, si bien resulta útil para medir la probabilidad de ocurrencia de eventos como la violencia obstétrica en ciertos grupos de mujeres y para vislumbrar posibles áreas de mejora, no representa una solución definitiva al problema.

Los verdaderos cambios deben surgir a partir de una crítica profunda a la esfera social que permite, legitima o incluso condena a determinadas mujeres a formar parte de dicha estadística.

En contraste, los escasos estudios cualitativos existentes han permitido explorar las experiencias de mujeres respecto a sus experiencias reproductivas. Estas investigaciones revelan cómo las puérperas tienden a justificar la sobremedicalización del parto como un acto de buena voluntad por parte del personal médico, así como la baja calidad del servicio como consecuencia de la falta de capacitación del personal de salud (Manogne, 2011). Por otra parte, los estudios cualitativos que se apoyan en marcos teóricos feministas muestran que el proceso de reproducción humana continúa siendo controlado por estructuras patriarcales, donde el cuerpo de las mujeres es objetivado y apropiado. Aun cuando las mujeres reconocen esta situación, muchas terminan por aceptarla, ya sea de manera consciente o resignada. Estas investigaciones también exponen el abuso de poder y el sexismo ejercido por profesionales de la salud en contextos hospitalarios (Arguedas, 2014; Bellón, 2015; Chiarotti, 2003; Orozco & Rocha, 2021).

Entre las limitaciones de estos estudios se encuentra la falta de estratificación por edad, lo cual representa una omisión significativa, ya que factores como la juventud de las usuarias pueden influir en la toma de decisiones médicas, los tiempos de espera y el tipo de atención recibida. La mayoría de los estudios cualitativos se enfocan exclusivamente en mujeres adultas sin incorporar variables sociológicas como edad, número de hijos, etnia o nacionalidad. (Castrillo, 2020; Bohren et al., 2019; D'Oliveira y Madeira, 2002; Magnone, 2011; Rangel y Martinez, 2017) Esta investigación, por el contrario, busca integrar categorías sociales, considerando que, desde una perspectiva epistemológica basada en la determinación social de la salud, estos factores influyen directamente en las inequidades dentro del sistema sanitario.

Finalmente, es importante señalar que gran parte de los estudios cualitativos existentes tienden a centrarse en formas evidentes de violencia obstétrica, como la violencia verbal y física, dejando de lado otras modalidades igualmente relevantes (Brigidi y Busquets, 2019; Chiarotti, 2003; Sadler y Rivera, 2015). Por todo lo anterior, se considera pertinente adoptar una visión crítica e integral como modelo explicativo del fenómeno de la violencia obstétrica.

### **Pregunta de investigación**

¿Cómo construyen e interpretan las mujeres de diferentes categorías sociales sus experiencias y secuelas asociadas a la violencia obstétrica en hospitales privados del estado de Nuevo León?

### **Objetivo general**

Comprender cómo las mujeres de distintas categorías sociales interpretan sus experiencias, las formas que adopta y las secuelas que deja la violencia obstétrica a lo largo del proceso reproductivo, en hospitales privados del estado de Nuevo León, con el propósito de generar conocimiento que contribuya al diseño e implementación de políticas públicas orientadas a prevenir, visibilizar y erradicar la violencia ejercida contra las mujeres en el ámbito de la atención médica.

### **Objetivos específicos**

- Describir las experiencias vividas por mujeres de distintas categorías sociales durante su proceso reproductivo, en relación con la violencia obstétrica.

- Comprender los tipos de violencias obstétricas experimentadas por mujeres de acuerdo con su categoría social
- Examinar las diferencias en los protocolos médicos aplicados a mujeres según su categoría social, dentro del proceso reproductivo.
- Identificar las secuelas generadas por las violencias obstétricas en mujeres de distintas categorías sociales.

### **Supuesto**

Las mujeres que acuden a hospitales privados en el estado de Nuevo León experimentan formas diferenciadas de violencia obstétrica a lo largo de su proceso reproductivo, y estas experiencias, así como sus interpretaciones, emociones asociadas, y secuelas, varían significativamente según su categoría social, evidenciando desigualdades estructurales en el trato médico, los protocolos aplicados y las respuestas institucionales ante la violencia obstétrica.

El presente trabajo de investigación se organiza en dos grandes apartados. El primer apartado comprende los capítulos teórico y metodológico. En el Capítulo 1 se exponen las bases conceptuales que sustentan el análisis del fenómeno de la violencia obstétrica, abordándolo desde la medicina social, la crítica feminista y el enfoque interseccional. El Capítulo 2, por su parte, presenta el diseño metodológico de la investigación, así como las herramientas utilizadas para la recolección y análisis de datos.

El segundo apartado está compuesto por cuatro capítulos que desarrollan los principales hallazgos de la investigación. El Capítulo 3 recoge las experiencias vividas por las mujeres participantes en relación con el fenómeno de la violencia obstétrica. El Capítulo 4 analiza los

protocolos institucionales aplicados durante la atención del embarazo, parto y puerperio. En el Capítulo 5 se identifican y clasifican las distintas acciones violentas ejercidas contra las mujeres, incluidas aquellas que las participantes no lograron visibilizar o nombrar como violencia. Finalmente, el Capítulo 6 presenta las secuelas físicas, emocionales y simbólicas mencionadas por las mujeres como resultado de sus experiencias durante el proceso reproductivo. En conjunto, estos capítulos permiten una comprensión integral del fenómeno de la violencia obstétrica.

## **CAPÍTULO 1.**

**Cuerpos, poder y reproducción: claves teóricas para comprender la violencia obstétrica**

## 1.1 Concepto de Salud

El concepto de salud ha sido difícil de unificar debido a su complejidad y a las múltiples interpretaciones que existen en función del contexto cultural, histórico y disciplinario. Lo que para algunas culturas se considera saludable, para otras puede resultar inconcebible. Esta diversidad ha motivado una búsqueda constante por consensuar su significado. A lo largo del tiempo, distintas disciplinas, corrientes filosóficas y tradiciones culturales han contribuido a su definición.

La definición propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS) se ha consolidado como una de las más reconocidas y ampliamente difundidas a nivel global. En su constitución de 1948, la OMS definió la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (Organización Mundial de la Salud [OMS], 1948).

Esta definición representó un avance significativo al ampliar el concepto de salud más allá del ámbito estrictamente físico, incluyendo también las dimensiones mental y social. Sin embargo, a pesar de su aceptación, esta formulación ha sido objeto de diversas críticas, ya que al integrar conceptos tan amplios y, en ocasiones, abstractos, genera cuestionamientos sobre la posibilidad real de que una persona cumpla con dicho estado de “completo bienestar”. Esto ha provocado que, lejos de unificar criterios, se mantenga una constante discusión sobre los alcances y limitaciones de esta concepción integral de la salud.

De esta discusión surgen conceptos fundamentales como los determinantes sociales de la salud, los cuales permiten comprender el proceso salud-enfermedad desde una perspectiva colectiva.

## **1.2 Determinantes sociales de la salud (DSS)**

La salud pública como campo de conocimiento, representó un cambio de paradigma en la concepción misma de la salud, al cuestionar el modelo tradicional basado en la unicausalidad de las enfermedades. A partir de este giro, surgieron enfoques como el del proceso salud-enfermedad, el cual plantea que los individuos transitan de manera continua entre ambos estados. Esta transición no está determinada únicamente por la presencia de un agente infeccioso, sino que también se ve influida por condiciones del huésped, el entorno físico, y de forma crucial, por las relaciones sociales y los factores estructurales que pueden favorecer o inhibir la aparición de enfermedades (Laurell, 1981).

Ante esta limitación, la integración de las ciencias sociales en la salud pública busca romper con las explicaciones reduccionistas y reconocer que la naturaleza de las enfermedades no puede entenderse únicamente desde su dimensión biológica. Es necesario considerar la interacción de múltiples factores sociales, económicos y culturales que configuran el entorno en el que surgen las enfermedades.

Marc Lalonde (1974) propuso un modelo innovador que marcó un parteaguas en la concepción de la salud pública. Este modelo incorporó la multicausalidad de las enfermedades desde una perspectiva holística, reconociendo que la salud no se limita al componente biológico, sino que se ve influida por múltiples factores interrelacionados. Lalonde acuñó el término “determinantes de la salud”, categorizándolos en cuatro componentes fundamentales: el estilo

de vida, el medio ambiente, la biología humana y el acceso a los servicios de salud (De la Guardia y Ruvalcaba, 2020).

A partir de esta base conceptual, los DSS fueron desarrollándose de forma más estructurada. Según la Organización Mundial de la Salud (2017), los DSS son definidos como “las circunstancias en que las personas nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana”. Entre estos factores se destacan el empleo, los ingresos, el género, la etnia, el nivel educativo, la posición social, así como el contexto socioeconómico y político.

Con el paso del tiempo, esta clasificación ha sido ampliada para incluir elementos como el estrés laboral, el desempleo, el salario, las condiciones de vivienda (ubicación, tamaño, accesibilidad), el acceso a espacios recreativos, las redes sociales de apoyo, la participación comunitaria, así como las costumbres y tradiciones culturales (De la Guardia y Ruvalcaba, 2020). Todos estos elementos contribuyen a la configuración de la salud y al bienestar de las poblaciones.

Se parte del supuesto de que las condiciones sociales, económicas, culturales y ambientales en las que se encuentra un individuo influyen directamente en su probabilidad de enfermar. Factores como los hábitos alimenticios, las conductas de salud, el entorno laboral y la cultura juegan un papel decisivo en esta distribución, lo que refleja una visión multicausal del proceso salud-enfermedad que trasciende la antigua explicación unicausal centrada únicamente en el agente patógeno, demostrando la importancia de integrar las ciencias sociales dentro del estudio de la salud y de las poblaciones (De la Guardia y Ruvalcaba, 2020).

### ***1.2.1 Triple inequidad de Breihl***

Breilh (2013) propone el concepto de "triple inequidad", clase, etnia y género, como elementos silenciosos pero determinantes que atraviesan la forma en que las personas enferman y mueren. En este marco, un estudio realizado por González et al., (2010), utilizando datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2006, mostró cómo estas desigualdades se reflejan incluso en el fenotipo: las mujeres, las personas más pobres y los integrantes de pueblos indígenas presentaban las estaturas más bajas, revelando así como las condiciones sociales se manifiestan físicamente en los cuerpos, conforme al principio de que el fenotipo es el resultado del genotipo más los factores ambientales, entre los que se incluyen sin duda los sociales.

Desde esta perspectiva crítica, se reconoce que el modelo capitalista limita la autonomía individual y condiciona profundamente la capacidad de las personas para tomar decisiones sobre su salud. Los medios de producción, la calidad del entorno, la alimentación disponible y los espacios para el ocio no son elecciones personales, sino condiciones impuestas por la posición social de cada individuo. Así, no es casual que las enfermedades transmisibles, la malnutrición y la exposición a contaminantes afecten con mayor intensidad a las clases más desfavorecidas (OMS, 2025).

El paradigma de la determinación social de la salud también plantea que las innovaciones tecnológicas en salud no son accesibles para todos (Brehil, 2014). Las clases más bajas tienen un acceso limitado a los avances científicos, que suelen concentrarse en centros de salud exclusivos o privados, lo cual reproduce y amplía la inequidad estructural. De igual manera, en el eje étnico, persisten formas de racialización heredadas del pensamiento colonial, donde ciertos fenotipos, particularmente los de ascendencia indígena o afrodescendiente, siguen siendo

objeto de discriminación, incluso dentro del sistema de salud, donde se documenta un trato diferenciado y muchas veces excluyente (Menéndez, 2002).

En cuanto al género, la determinación social de la salud pone en evidencia cómo los roles de género influyen en la forma de enfermar y acceder al cuidado. Las mujeres han sido históricamente relegadas al ámbito doméstico y al trabajo no remunerado, lo que repercute en mayores niveles de estrés, menor acceso a ingresos propios y, por ende, menor capacidad para procurar su bienestar. Incluso aquellas que acceden al mercado laboral son percibidas como “desviadas” del ideal femenino tradicional, lo cual contribuye a su invisibilización y vulnerabilidad social. Esta inequidad se traduce en brechas reales en salud, desde la atención médica sesgada hasta menores recursos destinados a enfermedades femeninas (Secretaría de Salud, 2013; De Miguel, 2016).

La determinación social de la salud y el concepto de triple inequidad permiten comprender que la salud y la enfermedad no son fenómenos aislados ni meramente biológicos, sino expresiones concretas de procesos sociales complejos, atravesados por estructuras de poder, desigualdad y dominación. Estos enfoques funcionan como puentes teóricos que articulan la tradición de la Medicina Social, representada por Laurell, quien enfatiza el peso de los procesos sociales como causas estructurales del proceso salud-enfermedad, con la perspectiva de la Salud Colectiva, que destaca la relevancia crítica del modelo de medicalización vigente. Desde esta última visión, autores como Menéndez (1988) señalan que el poder biomédico actúa como una fuerza limitante en la atención a la salud, donde el personal médico, bajo esquemas jerárquicos, define cómo, cuándo y a quiénes se otorgan los servicios de salud, reproduciendo desigualdades en el acceso y la calidad de la atención.

Es precisamente en este contexto donde la teoría de la interseccionalidad adquiere relevancia, al evidenciar cómo múltiples ejes de desigualdad —género, clase, etnia, edad, entre otros— se entrecruzan en el modelo de atención sanitaria, afectando de manera particular a las mujeres y profundizando las brechas de inequidad en el sistema de salud.

### ***1.2.2 Interseccionalidad en salud***

Como se ha mencionado anteriormente, la falta de una visión que incorpore los determinantes sociales de la salud, así como las características socioeconómicas, culturales y geográficas de ciertas mujeres, limita su acceso a servicios de salud de calidad. En respuesta a estas desigualdades, la tercera ola del movimiento feminista, que emergió en la década de 1980, introdujo el concepto de interseccionalidad, acuñado por la abogada y activista Kimberlé Crenshaw. Este enfoque, originado en el feminismo afroamericano, permite analizar cómo múltiples sistemas de opresión, como el género, la orientación sexual, la etnicidad, la religión, la nacionalidad, la discapacidad y la clase social, se entrecruzan, generando formas específicas de discriminación y exclusión (Crenshaw, 1991).

La interseccionalidad revela que no todas las mujeres enfrentan las mismas formas ni niveles de violencia dentro del sistema patriarcal. Según Crenshaw (1991), se trata de intersecciones en las que la posición de cada mujer frente a diferentes categorías sociales determina la complejidad de su experiencia. Este enfoque reconoce la diversidad de vivencias entre mujeres y propone una visión que trasciende la simple búsqueda de igualdad con los hombres, cuestionando las generalizaciones sobre lo femenino. En su lugar, plantea la necesidad de comprender las múltiples formas de "ser mujer" y las desigualdades que surgen de la interacción entre diversas categorías sociales.

Desde esta perspectiva, el género se convierte en un eje central para entender la violación de los derechos sexuales y reproductivos, sin embargo, otras variables sociales como el lugar de residencia, la pertenencia a una comunidad indígena, la edad, el nivel socioeconómico y educativo, el rol dentro del hogar, la orientación sexual o el hecho de tener o no pareja, actúan como factores que pueden aumentar la vulnerabilidad de las mujeres dentro del sistema de salud.

En los últimos años, se ha prestado mayor atención a estas intersecciones, lo que ha permitido evidenciar cómo las categorías sociales pueden funcionar como factores de riesgo o de protección. Por ejemplo, las mujeres pertenecientes a minorías étnicas o en situación de pobreza reportan con mayor frecuencia experiencias de violencia obstétrica, en contraste con aquellas que acceden a servicios privados de salud y cuentan con mayor capital económico (Bohren et al., 2015; Jewkes y Penn-Kekana, 2015).

Investigaciones como las de Brigidi y Busquets (2019) destacan que la interseccionalidad permite profundizar en las causas estructurales de la violencia de género, visibilizando prácticas históricamente normalizadas por la construcción social del rol femenino. Por su parte, Jewkes y Penn-Kekana (2015) argumentan que existe una conexión directa entre el maltrato durante el parto y la violencia de género, mientras que Bohren et al., (2015) subrayan que esta violencia tiene su origen en la desigualdad estructural entre hombres y mujeres. Asimismo, Vogel et al., (2015) sostienen que el maltrato en el parto responde a una interacción compleja de factores individuales, interpersonales, socioculturales y del sistema de salud, y que su erradicación requiere avanzar hacia la equidad de género.

Sin embargo, gran parte de estas investigaciones se han centrado en contextos africanos o del sur de Asia, dejando un vacío importante en el análisis desde un enfoque interseccional en América Latina. Aunque existen esfuerzos como los de D'Oliveira (2002) por incorporar estas

categorías en contextos latinoamericanos, aún se requiere una mayor producción académica localizada.

En esta investigación se adopta una perspectiva interseccional en el análisis de la violencia obstétrica ya que permite comprender mejor las desigualdades que afectan a las mujeres en función de sus condiciones sociales. Este enfoque respalda conceptos como la racialización de la maternidad (Vega, 2017) y los aportes de Arguedas (2014), quien señala que el personal médico muchas veces actúa como juez moral respecto a la maternidad. Además, abre el debate sobre si estas prácticas violentas son ejercidas de manera inconsciente o si se justifican por el estrés laboral y las condiciones precarias del sistema de salud.

### ***1.2.3 Habitus médico y poder simbólico***

Si bien la forma en que las personas enferman está determinada por una combinación de factores biológicos y sociales, el modo en que se brinda atención médica también se encuentra profundamente influenciado por estos determinantes sociales. Las características de quienes buscan acceder a los servicios de salud, como su clase social, género, etnia o nivel educativo, influyen notablemente en la calidad y el tipo de atención que reciben. Es decir, la atención médica no se ofrece de manera uniforme, sino que se adapta, consciente o inconscientemente, a las percepciones que el personal de salud tiene sobre los usuarios.

A esta realidad deben sumarse las particularidades del perfil profesional de quienes integran el sistema de salud. Entre estas destaca el denominado “autoritarismo médico”, el cual, articulado con la teoría de los *habitus* de Pierre Bourdieu (1991), ha sido conceptualizado por Castro (2014) como el “*habitus* médico”.

El concepto de *habitus*, propuesto por Pierre Bourdieu, engloba el conjunto de disposiciones y prácticas incorporadas que orientan la manera de actuar, sentir y percibir de los individuos, las cuales están profundamente mediadas por el contexto cultural y social en el que se desarrollan. En este sentido, el *habitus* médico se refiere a:

*El conjunto de predisposiciones generativas que resultan de la incorporación (lo social hecho cuerpo) de las estructuras objetivas del campo médico. Tales predisposiciones las adquieren los profesionales de este campo, en primer lugar, los médicos, a través de la formación que reciben en la facultad de medicina y en los hospitales de enseñanza. Al mismo tiempo, dichas predisposiciones se recrean cotidianamente a través de su práctica profesional, y engendran todas las conductas 'razonables' y de 'sentido común' posibles en tanto profesionales (Castro, 2014, p. 35).*

Dicho de otro modo, este *habitus* sitúa al profesional de la salud en una posición de autoridad incuestionable, desplazando la agencia del paciente, cuyas experiencias y conocimientos sobre su propio cuerpo son comúnmente desestimados. Esta relación de poder se traduce en una jerarquía asimétrica en la que el médico se posiciona como único poseedor del conocimiento válido sobre la enfermedad, incluso por encima de la vivencia subjetiva del propio paciente.

Este fenómeno se vuelve especialmente problemático cuando se analiza desde una perspectiva de género. En el ámbito de la atención a la salud reproductiva, el *habitus* médico tiende a invisibilizar los saberes corporales y culturales de las mujeres, imponiendo prácticas clínicas que desestiman sus conocimientos y experiencias sobre procesos como el embarazo, el parto y el posparto. En muchos casos, estas prácticas se acompañan de actitudes despectivas, burlas y deslegitimación de tradiciones culturales, especialmente hacia mujeres pertenecientes a pueblos originarios (Brigidi y Busquets, 2019).

Así, el *habitus* médico no solo genera una atención verticalizada, sino que se entrelaza con la violencia de género en los hospitales a través del absolutismo médico. Este se manifiesta en violaciones sistemáticas a los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, al convertir al personal médico en el único actor legítimo en la toma de decisiones durante el proceso reproductivo. La formación académica que reciben los médicos promueve esta lógica, al enfatizar una práctica centrada en la intervención y el control clínico, minimizando el papel activo de las mujeres.

En esta línea, Castro y Erviti (2015) proponen una lectura sociológica crítica que permita analizar cómo el *habitus* médico reproduce jerarquías de poder dentro de las instituciones de salud. Las mujeres, particularmente aquellas en condiciones de vulnerabilidad social, étnica o económica, son relegadas a los niveles más bajos de esta estructura jerárquica, donde sus decisiones, sensaciones y experiencias son sistemáticamente ignoradas.

#### ***1.2.4 Modelo Médico Hegemónico***

Una característica adicional del *habitus* médico es su estrecha vinculación con el uso intensivo de la tecnología y la farmacología, que se convierten en pilares fundamentales de la práctica médica. Esta tendencia contribuye a la sobremedicalización del proceso salud-enfermedad y el uso de técnicas no siempre recomendadas para la salud de las mujeres, pero, sin embargo, resultan funcionales para la enseñanza clínica del personal en formación.

En consonancia con estas ideas y desde la perspectiva del *habitus* médico autoritario descrito por Castro (2014), es pertinente incorporar el Modelo Médico Hegemónico (MMH) propuesto por Menéndez (1988). Este modelo alude al sistema biomédico dominante, que concentra prácticas, conocimientos y teorías médicas consideradas legítimas y superiores frente

a saberes tradicionales, culturales, espirituales o religiosos. El MMH configura un perfil específico del personal médico, situándolo como figura central y dotándolo de autoridad incuestionable en el abordaje de la enfermedad.

El MMH tiende a invalidar conocimientos ancestrales y prácticas comunitarias. De este modo, el misticismo que por ejemplo enmarcaba el proceso reproductivo en manos de parteras, como el alumbramiento acompañado, las oraciones, masajes, consejos nutricionales, baños con hierbas o creencias sobre la influencia lunar, es reemplazado por la ciencia médica institucionalizada (Menéndez, 1988; Brigidi y Busquets, 2019).

A su vez, el MMH se relaciona con la mercantilización de la salud, concebida como un bien de consumo. Esto se refleja en los altos costos de seguros médicos y en el tipo de atención que los usuarios reciben según su capacidad de pago. En este contexto, la industria farmacéutica juega un rol estratégico al respaldar la figura del médico como único agente autorizado para curar mediante medicamentos, conformando así lo que algunos autores denominan el “complejo médico-industrial-financiero” (Menéndez, 1988).

La mercantilización y medicalización afectan particularmente a mujeres de sectores sociales desfavorecidos, quienes suelen recibir una atención deficiente, con bajo uso de tecnologías y escaso reconocimiento de sus necesidades, todo esto bajo la lógica de que el servicio médico gratuito o de bajo costo es un “favor”, lo que lleva a muchas usuarias a justificar la violencia y el maltrato como parte del trato recibido (Menéndez, 1988; Chiarotti y et al., 2003).

Otro rasgo relevante del MMH es el biologicismo, que concibe el cuerpo humano únicamente desde una dimensión orgánica. Bajo esta mirada reduccionista, las enfermedades

son interpretadas como fallas en las homeostasis provocadas por agentes biológicos o químicos, retornando al concepto de la unicausalidad y dejando de lado el eje sociológico. Si bien esta visión otorga legitimidad científica al quehacer médico, resulta limitada al no integrar la complejidad del contexto de vida de la persona que solicita la atención. Esto ha dado lugar, por ejemplo, al uso sistemático de fármacos o intervenciones quirúrgicas sin considerar las necesidades emocionales o biológicas, como, por ejemplo, el papel del dolor en la producción de ciertas hormonas durante el parto.

Relacionado con lo anterior, el individualismo del MMH concibe al como un ente aislado, desconectado de su entorno social, lo que impide comprender los procesos de salud-enfermedad como fenómenos colectivos. A esto se suma la ahistoricidad, que ignora la dimensión temporal y contextual de la enfermedad. Como ilustra Menéndez (1988), se suele atribuir la reducción de la mortalidad en América Latina en las décadas de 1940 y 1950 exclusivamente a los avances médicos, sin considerar los cambios sociales y económicos de la época.

Tanto el MMH y el *habitus* médico son modelos que se usan en esta investigación para entender la marcada asimetría en la relación médico-paciente, en la cual el profesional de la salud se posiciona como una autoridad incuestionable. Esta característica se entrelaza con el autoritarismo, manifestado en la toma de decisiones médicas sin el consentimiento informado del individuo en situación de cuidado, lo que da lugar a experiencias de insatisfacción, miedo y desconfianza. Dicha asimetría se acentúa en el ámbito reproductivo, donde las mujeres son frecuentemente desestimadas en cuanto a sus saberes, experiencias y decisiones sobre su propio cuerpo. En este contexto, el médico asume la totalidad del control sobre el proceso, respaldado

por su conocimiento científico, relegando a las mujeres a un papel pasivo en la toma de decisiones sobre su salud y su parto.

### **1.3 Violencia obstétrica**

Surge por primera vez el término "violencia obstétrica", acuñado por el médico obstetra James Blundell en 1834. En su obra *The Principles and Practice of Obstetrics*, Blundell realiza una crítica contundente a las prácticas médicas de su época, denunciando las ilegalidades, los daños físicos, las hemorragias y las laceraciones infligidas a las mujeres durante el parto como resultado de intervenciones que describe como "feroces y atroces" (p. 255). Para Blundell, estas prácticas no solo eran innecesarias, sino también profundamente violentas, constituyendo un tipo de agresión sistemáticamente silenciada. Su denuncia temprana marca un hito histórico, ya que permite rastrear los orígenes discursivos y éticos de lo que hoy reconocemos como violencia obstétrica, mucho antes de que el concepto adquiriera relevancia en el campo académico y legal.

Son múltiples las formas en que se manifiesta la violencia obstétrica, y aunque este fenómeno abarca un amplio abanico de expresiones, diversas instituciones han intentado definirla con el fin de visibilizarla y combatirla. El Gobierno de México a través del Instituto Nacional de las Mujeres establece que la violencia obstétrica:

*La violencia obstétrica es un tipo de agresión que se genera en los servicios de salud pública o privada y que consiste en cualquier acción u omisión, por parte del personal de salud, que cause daño físico o psicológico a la mujer durante el embarazo, parto y posparto. Esta violencia puede expresarse en la falta de acceso a servicios de salud reproductiva y en actos como: tratos crueles o degradantes por parte del personal de salud; o abuso de medicalización, que menoscaba la capacidad de decidir de manera libre e informada sobre los procesos reproductivos (INMUJERES, 2025).*

En el mismo sentido, la Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia del estado de Nuevo León (2007) define la violencia obstétrica como:

*Toda conducta u omisión por parte del personal de servicios de salud que tenga como consecuencia la pérdida de la autonomía y capacidad de la mujer para decidir libremente sobre su parto y sexualidad y que por negligencia y/o una deshumanizada atención médica durante el embarazo, parto o puerperio dañe, lastime o denigre a las mujeres de cualquier edad, que le genere una afectación física, psicológica o moral, que incluso llegue a provocar la pérdida de la vida de la mujer o, en su caso, del producto de la gestación o del recién nacido (LAMVLV, 2007).*

Por su parte, la Secretaría de Salud (2010) describe esta forma de violencia como:

*Un tipo de violencia institucional, expresada en relaciones de poder que legitiman y naturalizan una serie de procedimientos de apropiación del cuerpo de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, un trato deshumanizador, abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales (SSA, 2010)*

Dada la amplitud y complejidad de este fenómeno, no existe una definición única ni estandarizada. En esta investigación se parte de la definición de la violencia obstétrica, es un tipo de violencia de género que abarca un amplio conjunto de acciones, físicas, verbales, emocionales y simbólicas, ejercidas durante el embarazo, el parto y el puerperio por parte del personal de salud. Esta categoría incluye no solo a médicos y obstetras, sino también a enfermeras, anestesistas, residentes, camilleros e incluso al personal administrativo, cuando su actuación obstaculiza el acceso de las mujeres a una atención digna, oportuna y respetuosa.

### ***1.3.1 Tipos de violencia obstétrica***

Si bien se ha señalado la ausencia de una definición exacta y consensuada de la violencia obstétrica, esta imprecisión también se refleja en la falta de una clasificación única y estandarizada de sus manifestaciones. Esto se debe, en parte, a que no existe una descripción

clara y sistemática de las acciones que la conforman. En consecuencia, diversos autores e investigadores han elaborado sus propias tipologías con el propósito de visibilizar y analizar las múltiples formas en que se expresa esta violencia.

Un ejemplo ilustrativo lo ofrece Almaguer et al (2010) en la Revista Género y Salud en Cifras, que, basándose en las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, propone una clasificación de la violencia obstétrica en cinco categorías principales (p. 9). Estas son:

1. Procedimientos técnicos realizados de forma rutinaria sin una indicación médica precisa o sin evidencia de beneficio real para el parto.
2. Maltratos y humillaciones, en especial aquellos de tipo verbal, cuyo objetivo es avergonzar a la mujer por su estado de embarazo.
3. Prácticas obstétricas innecesarias efectuadas con el único fin de que médicos pasantes o residentes aprendan o practiquen, sin considerar el consentimiento informado.
4. Infraestructura inadecuada, como espacios físicos reducidos e insuficientes para dar a luz, resultado de presupuestos austeros que afectan directamente la dignidad de la atención.
5. Discriminación estructural, es decir, todo acto de maltrato motivado por factores socioculturales como la condición socioeconómica, la etnicidad o el género, que reproduce prácticas sexistas y excluyentes.

Esta clasificación evidencia cómo la violencia obstétrica no se limita a acciones físicas, sino que también incluye aspectos estructurales, simbólicos y sistemáticos que vulneran los derechos de las mujeres durante el proceso reproductivo.

Otra de las clasificaciones propuestas como un intento de englobar todas las acciones violentas del proceso reproductivo es la de Bowser y Hill (2010) quienes identifican siete formas principales de maltrato durante la atención del parto: abuso físico, atención no autorizada (sin consentimiento informado), atención no confidencial, atención no dignificada, discriminación basada en características particulares de las mujeres, abandono durante la atención médica y detención en las instalaciones de salud por motivos económicos.

Como se puede observar, Bowser y Hill (2010) integran en su clasificación no solo la violencia ejercida por razones asociadas a características sociales de las mujeres, sino también un aspecto que ha sido escasamente visibilizado: la detención o condicionamiento de la atención médica por motivos económicos. Este tipo de violencia resulta especialmente preocupante si se considera que, de acuerdo con diversos marcos normativos internacionales, la atención obstétrica y la salud del binomio madre-hijo no deben, bajo ninguna circunstancia, estar supeditadas al pago de los servicios. Condicionar la atención médica al cumplimiento de requisitos económicos constituye una violación directa al derecho a la salud y a una atención digna y oportuna.

Por su parte, Vogel et al., (2015) amplían esta visión al proponer una tipología que comprende siete dominios de abuso y maltrato ejercido por el personal de salud en las salas de parto: abuso físico, abuso sexual, abuso verbal, estigma y discriminación, incumplimiento de los estándares profesionales, mala relación entre las mujeres y los proveedores de salud y condiciones estructurales y limitaciones del sistema de salud.

En esta tipificación, se incorpora una forma de violencia que continúa siendo un tabú en el ámbito médico: la violencia sexual. A menudo, esta es restringida en el imaginario colectivo

a la penetración vaginal con fines de satisfacción sexual, lo que limita su comprensión y visibilización en otros contextos, como el obstétrico. Sin embargo, la violencia sexual no se reduce exclusivamente a este tipo de actos. De acuerdo con organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS), el abuso sexual incluye cualquier acto en el que se utilice la fuerza, coerción o poder para realizar una penetración, ya sea con el pene, otras partes del cuerpo o con objetos, sin el consentimiento de la persona, independientemente del objetivo sexual explícito (OMS, 2003). Bajo esta definición, procedimientos gineco-obstétricos invasivos realizados sin consentimiento informado, con trato deshumanizado o fuera de contexto clínico justificado, pueden constituir una forma de violencia sexual institucional.

Por su parte Sharma et al., (2019) abordan la violencia obstétrica como un fenómeno que oscila entre dos extremos: la sobremedicalización del parto y el tratamiento insuficiente. En este marco, proponen una clasificación en tres grandes grupos:

1. Falta de respeto y abuso: engloba prácticas como la ausencia de privacidad, imposición de posiciones incómodas para parir, exámenes vaginales sin consentimiento, restricción de acompañantes, falta de explicaciones durante procedimientos médicos, y prohibición de alimentos o bebidas.
2. Sobretratamiento: incluye la realización sistemática y sin justificación médica de enemas, afeitado perineal, lavado uterino, exploración manual del útero, episiotomía y la maniobra de Kristeller <sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Técnica obstétrica que consiste en aplicar presión manual en la parte superior del útero (fondo uterino) durante la segunda etapa del parto, con el objetivo de facilitar el descenso y la expulsión del nonato

3. Tratamiento insuficiente: se refiere a deficiencias en la prevención de infecciones, malas condiciones higiénicas del entorno hospitalario y atención brindada por personal no calificado, como residentes médicos sin supervisión.

D'Oliveira (2002) advierte que muchas cesáreas no se realizan por motivos fisiológicos o médicos estrictamente necesarios, sino en función de factores ajenos al bienestar de la madre y el bebé. Entre estos destacan la conveniencia de los horarios laborales del personal médico y los incentivos económicos asociados a este procedimiento.

Investigaciones como la de Valdez y colaboradores (2018) refuerzan esta perspectiva, al mostrar que la violencia obstétrica en hospitales se presenta como una situación normalizada en el contexto del parto. Entre los tipos más frecuentes se encuentran la violencia verbal y la realización sistemática de procedimientos sin justificación médica.

De esta manera, y con el propósito de esta investigación, se adoptará una clasificación compuesta por seis categorías, que busca integrar la mayoría de las formas de violencia ejercidas durante el proceso reproductivo. Estas categorías son: abuso sexual, abuso físico, abuso verbal, abuso institucional, prácticas médicas innecesarias y la violación de los derechos humanos, sexuales y reproductivos.

### ***1.3.2 Protocolos y atención médica en el proceso reproductivo***

La atención médica en México se lleva a cabo siguiendo protocolos estandarizados cuyo objetivo principal es salvaguardar el bienestar de la persona en proceso de cuidado. En el caso específico del proceso reproductivo, dichos protocolos están regulados por leyes y normas

oficiales que definen los tipos de atención y los procedimientos aplicables a las mujeres y sus recién nacidos durante el embarazo, el parto y el puerperio.

La Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, *Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y del recién nacido*, es el instrumento normativo que regula todos los procedimientos clínicos en este contexto. Esta norma establece lineamientos técnicos y operativos que los profesionales de la salud deben seguir para garantizar una atención integral, segura y de calidad, enfocada en reducir riesgos y promover prácticas basadas en la evidencia (Secretaría de Salud, 2016).

Asimismo, esta norma establece que la atención brindada a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio, así como a las personas recién nacidas, debe garantizarse con calidad y pleno respeto a sus derechos humanos (Secretaría de Salud, 2016). En este sentido, ninguna categoría social, como la etnia, el estado civil o el nivel educativo, debe influir en la aplicación de los protocolos médicos. Es importante señalar que esta normativa es de observancia obligatoria tanto en hospitales y clínicas del sector público como en los del ámbito privado en todo el país.

Además, en el estado de Nuevo León se encuentra vigente la Ley de Protección al Parto Humanizado y a la Maternidad Digna (2019), la cual establece la obligación del sistema de salud de proteger los derechos de las mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio. Esta ley promueve el respeto a la dignidad humana, la eliminación de prácticas rutinarias innecesarias que pueden generar daño físico o psicológico, y el fomento de una atención centrada en la mujer, en condiciones que garanticen su bienestar físico y emocional a lo largo de todo el proceso reproductivo (Congreso del Estado de Nuevo León, 2019).

Ambos marcos normativos buscan no solo estandarizar la atención médica, sino también humanizarla, reconociendo el derecho de las mujeres a una experiencia reproductiva digna, segura y respetuosa de sus decisiones y necesidades individuales, no obstante, a pesar de las disposiciones establecidas en las normativas oficiales, continúan aplicándose ciertas prácticas y protocolos que, en lugar de promover el bienestar integral del binomio madre-hijo, responden más bien a la conveniencia operativa del personal médico o a intereses institucionales, como la optimización de tiempos, el cumplimiento de agendas o la facturación de servicios. Estas intervenciones, muchas veces innecesarias, desvirtúan el objetivo central de una atención humanizada y centrada en la persona usuario del servicio médico, priorizando la eficiencia institucional por encima de los derechos y necesidades de las mujeres.

### ***1.3.3 Poder simbólico en la atención médica obstétrica***

Históricamente las mujeres han sido estereotipadas y encasilladas en roles muy específicos dentro de la sociedad patriarcal, lo cual las relega a mantenerse pasivas ante decisiones, incluso dentro de los procesos a realizar en sus propios cuerpos sobre todo los referentes a el proceso reproductivo y su sexualidad.

Al parecer, las representaciones médicas del cuerpo femenino, así como su manejo han construido un orden simbólico que opera aun y en nuestros días, como lo describe Giberti (1992), la historia de las mujeres ha sido reducida a un papel de agentes pasivos, mientras que quienes ejercen la medicina han sido formados para tratar el cuerpo femenino como inferior y rebelde, un cuerpo que necesita ser silenciado. En esta lógica, los órganos sexuales femeninos son concebidos únicamente en función de la reproducción y, una vez concluido este ciclo, se consideran fuentes de enfermedad o estructuras inútiles.

Para Binetti (2013), los procesos reproductivos han sido históricamente concebidos como símbolos de contaminación, enfermedad e impureza. Esta visión ha contribuido a que los cuerpos de las mujeres sean tratados como objetos médicos que deben ser higienizados, controlados y corregidos, lo que ha legitimado su intervención sin su consentimiento. En este marco, se espera que las mujeres accedan a tales prácticas sin mostrar molestia, reforzando un mandato de obediencia y sumisión frente al poder médico.

Desde esta perspectiva histórica, podemos comprender cómo se ha cimentado la percepción de inferioridad de las mujeres frente a los saberes científicos del personal médico, especialmente en relación con el proceso reproductivo, fenómeno que Castrillo (2020) denomina "modelo hegemónico intervencionista en la atención obstétrica".

Estas prácticas no son hechos aislados, sino que forman parte de un sistema estructural de poder que sostiene y reproduce la subordinación de las mujeres en el ámbito médico. Todo este entramado responde a lo que Michel Foucault denominó "biopoder": una forma de control sobre los cuerpos y las vidas que opera mediante discursos científicos y prácticas institucionalizadas (Cisney y Morar, 2020). En este caso, el cuerpo de la mujer embarazada es disciplinado bajo la lógica del riesgo, de la vigilancia médica constante y de la necesidad de intervención. Se ha instalado la creencia, profundamente arraigada en el imaginario social y médico, de que el parto es un evento inherentemente peligroso, similar a una patología, y que sólo puede transcurrir de forma segura si es intervenido y dirigido por el médico (Suárez et al., 2013). Este discurso ha llegado incluso a cuestionar la capacidad fisiológica de las mujeres para llevar a término un embarazo y parir sin asistencia, consolidando la figura del médico como el "salvador" indispensable tanto de la vida del recién nacido como de la mujer en proceso de parto (Aguar et al., 2020) Esta narrativa no solo invisibiliza la agencia de las mujeres, sino que

perpetúa una relación de poder vertical y jerárquica que constituye el núcleo de la violencia obstétrica.

Desde esta postura, ciertas características sociales, como la edad, el estado civil, el nivel socioeconómico o la pertenencia étnica, determinan, a los ojos del personal médico, qué mujeres son consideradas “dignas” de la reproducción al ser vistas como “buenas madres”, lo que se traduce en un trato diferencial en las salas de parto (Arguedas; 2020; Vega, 2017).

Sosa (2019), Raffaelli y Ontai (2004), Mori et al., (2015), Enderle et al., (2011), entre otros, han documentado ampliamente la estratificación en la atención médica obstétrica, evidenciando cómo las categorías sociales influyen directamente en la percepción del personal médico sobre la maternidad de las mujeres. En consecuencia, los protocolos clínicos no se aplican de forma uniforme: mientras algunas mujeres reciben una atención más cuidadosa, otras experimentan prácticas negligentes o violentas. Este trato diferenciado suele afectar particularmente a mujeres consideradas demasiado jóvenes o mayores para ser madres, quienes, al desafiar las expectativas normativas de edad reproductiva, enfrentan actitudes punitivas por parte del personal de salud.

Por su parte, el uso de técnicas innecesarias, al igual que la inducción del parto, son otros ejemplos claros de cómo el médico asume el protagonismo en un momento tan crucial, controlando por completo el cómo y el cuándo de la experiencia de parir. A su vez, muchas mujeres terminan por naturalizar estas prácticas, percibiéndolas como parte inherente del proceso de parto. De esta manera, se permite al personal médico ejercer un control total sobre sus cuerpos, interviniendo sin consentimiento explícito. Esta naturalización e invisibilización de las intervenciones refuerza y perpetúa el poder simbólico que sostiene estas prácticas en el ámbito obstétrico (Aguiar et al., 2020; Castro, 2014; Chiarotti et al., 2003).

Castrillo (2020) destaca cómo este modelo simbólico se sostiene bajo el amparo de la cientificidad, generando una aparente universalidad y uniformidad en el trato hacia las mujeres. Esta perspectiva ignora las historias de vida y las características particulares de cada mujer, elementos fundamentales que influyen en su experiencia reproductiva. De este modo, el personal médico, apelando a su experticia, desestima estas singularidades y aplica prácticas hasta cierto punto estandarizadas, tratando a todas las mujeres de manera homogénea.

Cuando estas prácticas autoritarias se sistematizan y se presentan como "normales" o "necesarias", se configura lo que ha sido nombrado violencia obstétrica: una forma específica de violencia institucional y de género que afecta a las mujeres por el hecho de estar embarazadas o pariendo. Gil (2018) documenta cómo las mujeres wixaritari en Chihuahua suelen iniciar el control prenatal de manera tardía, principalmente debido al trato hostil recibido durante las consultas médicas. Las mujeres entrevistadas señalan que los regaños por parte del personal de salud, así como la atención brindada por médicos pasantes sin experiencia, generan sentimientos de inseguridad y desconfianza. A lo anterior se suma la falta de condiciones adecuadas en los espacios de atención: se reportan sábanas manchadas de sangre, deficiencias en la higiene y ausencia de esterilización del material quirúrgico. Asimismo, el estudio destaca la incomodidad de muchas mujeres, especialmente adolescentes, al ser atendidas por personal masculino, lo que también limita su acceso a servicios médicos oportunos y adecuados.

Orozco y Rocha (2021) coinciden en que existe un mandato sexista que impone el dolor como parte inherente de la experiencia de embarazo y parto, reforzando la idea de que ese es el destino natural de las mujeres. Desde una mirada filosófica, Sara Cohen Shabot describe la violencia obstétrica como una herramienta para “domesticar el cuerpo rebelde, fuerte y creativo que emerge durante el trabajo de parto”. Para ella, este cuerpo desafía los estereotipos de

feminidad impuestos, y por ello debe ser castigado o reducido nuevamente a la pasividad (citada en Magnone, 2020). De forma similar, Oakley (1984) afirma que esta violencia busca objetivar y silenciar al cuerpo femenino dentro de estructuras jerárquicas y patriarcales de la práctica médica.

En tanto, Brigidi y Busquets (2019) subrayan que para comprender de forma integral la violencia obstétrica, es necesario considerar el entorno en el que las mujeres han sido socializadas. Esto incluye a sus familias, parejas, comunidades y, por supuesto, al personal de salud. A través de entrevistas a profundidad, identificaron cómo la violencia obstétrica se ve intensificada por motivos étnicos, culturales, de edad y clase. De ahí la importancia de aplicar la perspectiva interseccional como herramienta analítica y política para transformar las prácticas de atención, y para redefinir tanto las políticas sanitarias como laborales.

#### ***1.3.4 Vivencias y emociones en el proceso reproductivo***

#### ***1.3.5 Secuelas de la violencia obstétrica***

El estudio de la violencia obstétrica se ha centrado predominantemente en documentar y analizar la violencia obstétrica que ocurren durante el embarazo y, especialmente, en el momento del parto. No obstante, existe una omisión en la literatura y en las políticas públicas respecto a las consecuencias que estas experiencias violentas generan en el corto, mediano y largo plazo. Las secuelas que derivan de haber atravesado situaciones de maltrato obstétrico, ya sea físico, psicológico o simbólico, suelen manifestarse con especial intensidad durante el puerperio, un periodo de alta vulnerabilidad para las mujeres.

Para los fines de este trabajo, las secuelas serán clasificadas en tres categorías: físicas, psicológicas o emocionales, y sociales. Esta división tiene como propósito ofrecer un abordaje

lo más integral posible de los distintos ámbitos en los que las mujeres pueden resultar afectadas tras haber atravesado experiencias de violencia obstétrica durante su proceso reproductivo.

Como es de esperarse, las secuelas físicas comprenden todos aquellos daños y lesiones que las mujeres pueden sufrir como resultado de prácticas médicas innecesarias o de una mala praxis. Entre estas secuelas se encuentran los sangrados excesivos, los cuales pueden estar relacionados con procedimientos como la exploración manual uterina. Esta técnica, además de ser extremadamente dolorosa para la usuaria, resulta innecesaria cuando se ha producido el desprendimiento completo de la placenta (Secretaría de Salud, 2010). En otros casos, el sangrado excesivo puede ser consecuencia de un desgarro uterino, el cual constituye una de las principales causas de muerte materna durante el puerperio inmediato (NIH, 2019).

Los desgarros vaginales representan otra de las secuelas físicas asociadas a partos conducidos de manera agresiva, en los que no se respeta el tiempo fisiológico necesario para que el cuerpo de la mujer complete adecuadamente el proceso de dilatación (NIH, 2019). Estos desgarros pueden tener consecuencias tanto a corto como a largo plazo, que van desde dolor persistente hasta daños en el esfínter anal y rectal.

Paradójicamente, con el argumento de prevenir este tipo de lesiones, se realizan episiotomías (Berzaín y Camacho, 2014, Vargas, 2011). Entre las posibles consecuencias de una episiotomía<sup>2</sup> mal indicada o mal realizada se encuentran la incontinencia urinaria y/o fecal, infecciones debido a la cercanía de la herida con el área rectal, molestias al sentarse por la cicatrización, así como dispareunia (dolor durante las relaciones sexuales).

---

<sup>2</sup> Procedimiento quirúrgico donde se realiza una incisión en el perineo (el área entre la vagina y el ano) durante el parto vaginal, con el objetivo de ampliar la abertura vaginal para facilitar la salida del neonato.

Otra de las secuelas físicas asociadas a prácticas médicas no recomendadas es la atonía uterina, la cual puede ser provocada por el uso excesivo de oxitocina para inducir o acelerar el trabajo de parto. Esta condición implica la pérdida del tono muscular del útero, lo que puede desencadenar hemorragias obstétricas graves. En casos extremos, la atonía puede requerir la realización de una histerectomía de emergencia, lo cual implica la extirpación del útero y, en consecuencia, la pérdida irreversible de la capacidad reproductiva de la mujer (Secretaría de Salud, 2010).

Además del impacto sobre la fertilidad, esta intervención puede acarrear otras secuelas físicas y emocionales significativas, tales como dolor pélvico crónico, incontinencia urinaria y disfunción sexual, afectando de forma profunda la calidad de vida de las mujeres (Correa et al., 2017).

Existen otras secuelas físicas asociadas al embarazo y parto, como la diabetes gestacional, la hipertensión y diversas infecciones, que, aunque en muchos casos se consideran condiciones transitorias, pueden persistir a largo plazo o incluso volverse crónicas, especialmente en mujeres con factores de riesgo preexistentes. De acuerdo con Macías et al., (2018) y Donoso y Villarroel (2003), las mujeres con obesidad y aquellas mayores de 35 años presentan una mayor propensión a desarrollar complicaciones durante el embarazo que pueden extenderse más allá del puerperio, comprometiendo su salud de forma permanente.

En cuanto a la cesárea, al tratarse de una cirugía mayor, las cesáreas implican una incisión abdominal amplia que aumenta la probabilidad de infecciones postoperatorias, tanto superficiales como internas. Uno de los riesgos más frecuentes es la hemorragia, ya que el corte de múltiples capas de tejido incrementa la pérdida sanguínea durante y después de la intervención. En casos severos, esto puede requerir transfusiones de sangre. Además, las

mujeres pueden desarrollar complicaciones hematológicas como coágulos sanguíneos, hematomas o trombosis venosa profunda, condiciones que pueden poner en riesgo su vida si no se detectan y tratan oportunamente (Silver et al., 2006).

Un aspecto relacionado con el parto por cesárea son las posibles secuelas derivadas del uso de anestesia epidural o raquídea<sup>3</sup>. Aunque la probabilidad de complicaciones es relativamente baja, Schioppi (2018) advierte que existen efectos adversos que, en algunos casos, pueden persistir a largo plazo. Entre las complicaciones más graves se encuentra el síndrome de cauda equina, una condición poco frecuente pero sumamente seria, caracterizada por un bloqueo sensitivo, motor y vegetativo de carácter irreversible, que puede generar secuelas neurológicas permanentes. Estos efectos secundarios evidencian que la cesárea, lejos de ser una alternativa segura por defecto, conlleva riesgos que deben ser sopesados con base en criterios clínicos y siempre con el consentimiento informado de la mujer.

Otra de las secuelas es la dificultad o incapacidad para establecer la lactancia materna. Esta situación puede tener múltiples causas interrelacionadas, entre ellas alteraciones hormonales derivadas del estrés físico y emocional durante el parto, especialmente cuando se han utilizado métodos de inducción artificial. Asimismo, la separación inmediata entre la madre y el recién nacido, la falta de contacto piel con piel, la administración de fórmulas glucosadas en los cuneros y la negativa a permitir el alojamiento conjunto las 24 horas del día, son factores que obstaculizan el inicio y mantenimiento de la lactancia (Pochet, 2020; Serdán, 2023; Pachón, 2020; Dioses 2022; O'Hara y McCabe, 2013).

---

<sup>3</sup> Técnica de anestesia regional utilizada para adormecer ciertas partes del cuerpo, a menudo para procedimientos quirúrgicos o para aliviar el dolor durante el parto

Ahora bien, los cambios hormonales propios del posparto pueden provocar una serie de alteraciones físicas, emocionales y psicológicas que se entrelazan y afectan profundamente la salud mental de las mujeres durante este periodo (O'Hara y McCabe, 2013). Entre estos cambios destaca el aumento de peso y las transformaciones corporales asociadas. Según Candel et al., (2020), el aumento de peso durante el embarazo debería situarse entre los 9 y 18 kilogramos, y en condiciones ideales, este peso debería perderse tras el parto. No obstante, muchas mujeres reportan dificultades para recuperar su peso previo, lo cual puede generar sentimientos de frustración, baja autoestima y malestar con su imagen corporal, especialmente en contextos sociales donde persiste una fuerte presión sobre el ideal estético de la maternidad.

Por otro lado, las secuelas psicológicas y emocionales derivadas de la violencia obstétrica generan una amplia gama de sentimientos ambivalentes en las mujeres, que van desde la culpa, la tristeza y el enojo, hasta la confusión, la vergüenza o el miedo. A pesar de que estas reacciones han sido documentadas en diversos estudios, se estima que existe una subdetección significativa de estos síntomas, ya que muchas mujeres optan por el silencio, minimizan su malestar o lo interiorizan como parte natural del proceso reproductivo (Lira et al., 2002; Sánchez y Palacios, 2007). Esta tendencia al ocultamiento está estrechamente relacionada con la normalización del sufrimiento en torno a la maternidad y con la falta de espacios seguros para expresar el daño vivido.

Entre las secuelas psicológicas más graves que pueden derivarse de experiencias de violencia obstétrica se encuentra el Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT). Aunque el proceso reproductivo en sí mismo puede representar una vivencia intensa y compleja para muchas mujeres, especialmente durante el parto, la presencia de prácticas médicas invasivas,

dolorosas y carentes de consentimiento puede convertir este evento en una experiencia profundamente traumática (Sadler, 2020).

El TEPT asociado al parto no solo implica recuerdos intrusivos o angustia emocional relacionada con el evento, sino que puede desencadenar una serie de consecuencias devastadoras en la salud mental y la vida cotidiana de las mujeres. Entre los síntomas reportados con mayor frecuencia se encuentran la ansiedad crónica, ataques de pánico, trastornos del sueño como insomnio o pesadillas recurrentes, sensación persistente de angustia, y una percepción constante de haber fallado o haber sido despojadas de su autonomía corporal. Este sentimiento de fracaso suele estar ligado a la vivencia de haber sido tratadas como meras espectadoras de su propio proceso de parto, sin voz ni participación (Castro; 2014).

Asimismo, se han documentado casos en los que las mujeres desarrollan autolesiones o incluso ideación e intentos suicidas como consecuencia del trauma vivido. Otras manifestaciones incluyen dificultades para establecer el vínculo afectivo con el recién nacido, rechazo hacia la maternidad, aislamiento social, depresión posparto y dificultades para iniciar o mantener la lactancia materna (Sánchez y Palacios, 2007).

Otra de las secuelas ampliamente documentadas en la literatura especializada es la depresión postparto, la cual está reconocida como un problema de salud pública que debe ser abordado desde la etapa del embarazo. La Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016 establece la importancia de proporcionar información oportuna sobre esta condición, con el objetivo de que las mujeres puedan identificar sus síntomas y acceder a tratamiento adecuado. No obstante, al igual que ocurre con el trastorno de estrés postraumático, la depresión postparto suele estar subdiagnosticada (Lira et al., 2002).

Esta invisibilización está profundamente ligada a construcciones sociales que idealizan la maternidad como una experiencia exclusivamente gratificante, lo cual impone expectativas irreales y dificulta que las mujeres reconozcan y verbalicen su malestar. Además, la ausencia de redes de apoyo y el aislamiento en el que muchas mujeres atraviesan el puerperio pueden intensificar el sufrimiento emocional y reforzar el silencio frente a este trastorno (Dois, 2012).

Según Dois (2012), la depresión postparto no suele manifestarse de forma inmediata, sino que puede aparecer entre las 4 y las 30 semanas posteriores al parto. Otros autores señalan que los síntomas pueden emerger incluso en la segunda semana del puerperio o, en algunos casos, desde el embarazo (Navas, 2013; Jadresic, 2017; O'Hara y McCabe, 2013), y prolongarse durante más de un año, lo que permite distinguirla del trastorno de estrés postraumático. Esta forma de depresión se caracteriza por una serie de síntomas que incluyen desinterés por la maternidad, episodios de ansiedad, tristeza persistente, llanto incontrolable, fatiga extrema, sentimientos de insatisfacción y culpa, y, en casos más graves, pensamientos suicidas (Jadresic, 2017; Dois, 2012).

Vilouta y colaboradores (2006) encontraron que la edad materna puede ser un factor determinante en la aparición de la depresión postparto, observándose una mayor prevalencia en mujeres mayores de 35 años. Además, identificaron que la ausencia de apego inmediato con el recién nacido y la experiencia de un parto quirúrgico, como la cesárea, son elementos que pueden contribuir significativamente al desarrollo de este trastorno. Estos factores, al interferir con el vínculo temprano madre-hijo y con la vivencia subjetiva del parto, pueden aumentar la vulnerabilidad emocional en el puerperio.

Asimismo, uno de los factores que puede influir de manera significativa en el desarrollo de la depresión postparto es la experiencia previa de óbitos o abortos espontáneos (López, 2023;

Fuentes, 2009). Estas pérdidas generan un duelo perinatal que, aunque frecuentemente invisibilizado socialmente, puede tener un profundo impacto emocional. Las mujeres que han atravesado este tipo de experiencias pueden enfrentar sentimientos intensos de miedo, culpa o ansiedad durante un nuevo embarazo, lo que repercute negativamente en su vivencia de la maternidad y en el establecimiento del vínculo con el recién nacido.

Todos estos problemas emocionales pueden derivar en un temor persistente a volver a embarazarse, conocido como tocofobia secundaria. Este tipo de miedo se asocia comúnmente con experiencias previas de partos complicados, dolorosos y, en particular, con partos vividos como situaciones de violencia obstétrica (Doll et al., 2015). No obstante, a pesar del trauma, diversos factores sociales y las características sociodemográficas de las mujeres pueden influir en la persistencia del deseo de tener más hijos (Juárez et al., 2024). Esta contradicción evidencia la fuerte presión de los mandatos sociales y culturales asociados a la maternidad, donde el ideal patriarcal impone la reproducción como un destino casi inevitable, incluso cuando implica revivir experiencias profundamente dolorosas.

Como se ha evidenciado, los efectos sociales de los partos violentos tienen un profundo impacto en la relación madre-hijo, afectando el vínculo afectivo durante el puerperio y más allá. Por un lado, las mujeres se enfrentan a un ideal hegemónico de la maternidad que les impone la obligación de amar incondicionalmente a sus hijos y de asumir sin cuestionamiento los mandatos sociales vinculados al cuidado, la entrega y la abnegación. Este discurso sobre el "instinto materno" actúa como un dispositivo de control simbólico que invisibiliza el sufrimiento emocional y obstaculiza la posibilidad de expresar malestar sin ser juzgadas. Sin embargo, por otro lado, muchas mujeres atraviesan un conflicto interno: mientras la norma social exige gratitud y plenitud, su cuerpo y mente manifiestan señales contrarias, como tristeza,

insatisfacción, desapego e incluso rechazo, generando sentimientos de culpa, aislamiento y profunda ambivalencia.

En esta investigación suponemos que esta situación se agrava en mujeres con condiciones sociodemográficas vulnerables, como edad, bajo nivel educativo, bajo nivel de ingresos económicos, que se atienden en hospitales privados, quienes, además de sufrir partos violentos, enfrentan una doble invisibilización. En estos casos, el autoritarismo médico y las prácticas de discriminación estructural que mantienen normalizadas, y el silencio de estas mujeres no es casual, sino una consecuencia del miedo, la falta de recursos y la exclusión sistemática de sus voces en los espacios institucionales. Así, el modelo médico hegemónico perpetúa una violencia obstétrica que no solo deja secuelas físicas y emocionales, sino que refuerza la subordinación de las mujeres dentro de un sistema patriarcal que desvaloriza sus experiencias y saberes.

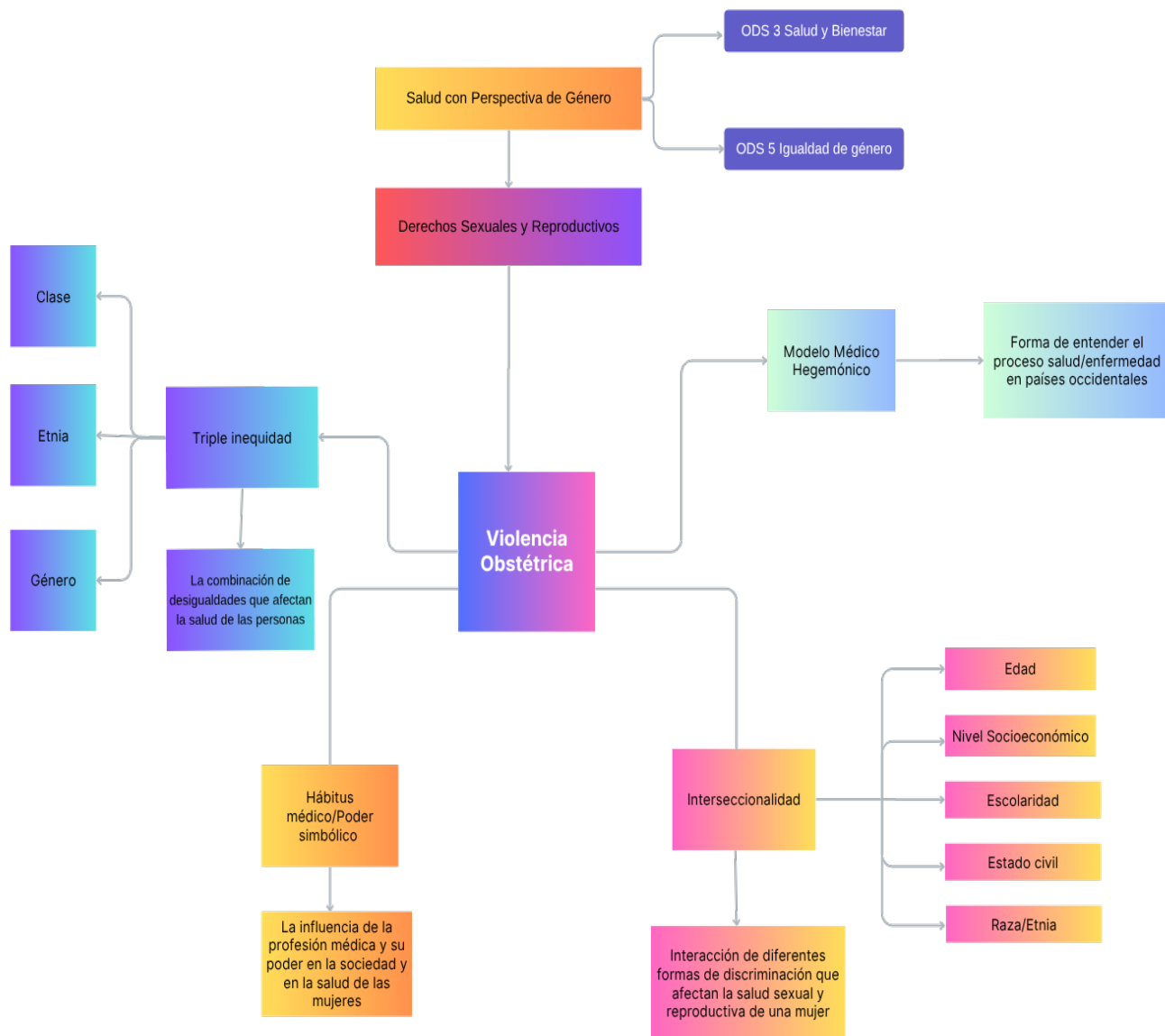
Como se muestra en la Figura 1, el fenómeno de la violencia obstétrica es el resultado de la interacción de diversas teorías y estructuras sociales. El maltrato hacia las mujeres durante su proceso reproductivo no puede comprenderse de manera aislada, sino como una expresión compleja que involucra, por un lado, la formación académica del personal médico y de salud, permeada por el habitus médico, y por otro, un modelo de atención que privilegia la medicalización como norma en los espacios hospitalarios.

Asimismo, la violencia obstétrica refleja la persistente negación del pleno ejercicio de los derechos humanos, sexuales y reproductivos de las mujeres, situación que se vincula con procesos históricos donde la feminidad ha sido socialmente construida como objeto de control y subordinación. Estos procesos históricos y políticos continúan ejerciendo influencia sobre los

cuerpos femeninos, determinando quiénes son consideradas legítimas para ejercer la maternidad.

Finalmente, las mujeres no experimentan la violencia obstétrica de manera homogénea; su vivencia está mediada por categorías sociales como la clase, la etnicidad y la edad, que refuerzan desigualdades y exclusiones dentro del sistema de salud. Así, la violencia obstétrica debe comprenderse como una manifestación situada de relaciones de poder, desigualdad y dominación que atraviesan tanto el ámbito médico como el social.

**Figura 1.** Mapa conceptual sobre la convergencia de dimensiones teóricas y estructurales de la violencia obstétrica



Fuente. Elaboración propia. 2025

## **CAPITULO 2.**

**Camino metodológico para la comprensión de experiencias en contextos hospitalarios**

En este capítulo se detalla el desarrollo de las técnicas e instrumentos utilizados en la investigación, con el fin de profundizar en las diversas formas de violencia obstétrica, las secuelas resultantes, los protocolos implementados y las experiencias vividas por las mujeres durante su proceso reproductivo (embarazo, parto y puerperio). Además, se abordan otras consideraciones relevantes para cumplir los objetivos descritos en el capítulo anterior.

## **2.1 Tipo de estudio**

La recolección y el diseño de la información se orientaron hacia un modelo de estudio interpretativo, transversal y retrospectivo, bajo un enfoque cualitativo, seleccionado para responder a la necesidad de comprender la significación de estos eventos para la población estudiada. En particular, se adoptó una perspectiva fenomenológica, que permitió explorar y profundizar en las experiencias subjetivas de las mujeres, centrándose en cómo ellas interpretan y significan la violencia obstétrica vivida durante su proceso reproductivo. Este enfoque facilitó el acceso a los significados y sentidos construidos por las participantes a partir de sus vivencias, reconociendo su voz como elemento central del análisis.

A diferencia de otros estudios sobre violencia obstétrica, que se centran en un enfoque estadístico para identificar la existencia de ciertos tipos de violencia, este estudio tuvo como objetivo visibilizar las prácticas médicas violentas que, a menudo, permanecen invisibles. El enfoque cualitativo permite un análisis más amplio del contexto y las categorías sociales de las mujeres, posibilitando la relación de estas categorías con las diversas formas de violencia experimentadas. Además, se pretende examinar si dichas prácticas están vinculadas a la determinación social de la salud y al sistema jerárquico en el que estamos inmersos. Este enfoque busca, asimismo, abrir nuevas puertas a la investigación en un contexto local,

integrando las categorías sociales del estado de Nuevo León y proponiendo la generación de nueva teoría.

Otro aspecto importante de este estudio es la selección de hospitales privados para la investigación, dado que la mayoría de los trabajos previos han sido realizados en hospitales públicos, lo que ha llevado a asumir erróneamente que los hospitales privados no presentan este fenómeno, o que la violencia obstétrica en ellos es mínima y no requiere de un análisis profundo.

Como se ha señalado, esta investigación se enmarca dentro del enfoque de los Determinantes Sociales de la Salud (DSS) y la Triple inequidad de Breihl. Estas perspectiva nos ayudan a entender cómo la sociedad contemporánea contribuye a las inequidades en salud, donde las características sociales predisponen a ciertos sectores de la población a recibir servicios médicos deficientes o incluso la negación de estos. Como postula la perspectiva de la interseccionalidad, las principales características que contribuyen a la inequidad en salud incluyen el género, las características raciales o étnicas, y el nivel económico. Estas variables condicionan la forma, calidad y tiempos de atención que se ofrecen a las mujeres. El género, en particular, juega un papel preponderante en la salud reproductiva, lo que da lugar a la invisibilización de prácticas violentas hacia mujeres que comparten características raciales o económicas específicas.

Por ello, este proyecto considera variables, como la edad y el nivel educativo, para entender cómo influyen en el trato recibido por las mujeres en los servicios de salud reproductiva. Esto permitirá una reflexión retrospectiva sobre las variantes presentes en el fenómeno de la violencia obstétrica.

Es importante aclarar que, para los fines de esta investigación, se adoptó el concepto de violencia obstétrica tal como está contenido en la Ley de Acceso a las Mujeres a una Vida Libre de Violencia del Estado de Nuevo León, reformada en octubre de 2019. Esta ley ofrece una definición más amplia de las prácticas que conforman este fenómeno. Las prácticas no contempladas en la ley se complementarán con la clasificación propuesta por Sharma et al (2019), que incluye un mayor número de prácticas obstétricas catalogadas como violentas, y que tiene en cuenta el contexto en el que las categorías sociales sugieren la existencia de prácticas más severas en diferentes grupos de mujeres.

## **2.2 Población de estudio**

La población de estudio estuvo compuesta por mujeres en edad reproductiva que hubieran experimentado al menos un embarazo a término y que se hubieran encontrado en condiciones físicas y emocionales adecuadas para responder a las preguntas planteadas en la investigación. Las participantes debieron haber asistido a consultas prenatales y/o haber permanecido en los servicios de parto y posparto inmediato, los cuales fueron proporcionados por instituciones privadas.

Para asegurar una adecuada representación por grupo etario, se establecieron tres categorías: mujeres menores de veinte años, mujeres de veintiuno a veintinueve años, y mujeres de treinta años en adelante. Esta división tiene como objetivo abarcar tres estratos generacionales distintos, con la intención de encontrar concordancias con la teoría, que sugiere que tanto las mujeres jóvenes como las de mayor edad son comúnmente juzgadas por sus capacidades reproductivas y maternas.

Además, se incorporó una tercera categoría para clasificar a las participantes según su nivel educativo. En este caso, se dividieron en dos grupos: mujeres con educación básica (primaria, secundaria y preparatoria) y mujeres con educación superior (universitaria). Esta categorización tuvo como objetivo analizar la influencia de la educación en las experiencias de las mujeres con respecto a la violencia obstétrica.

Si bien las categorías de edad y escolaridad constituyen el eje central de esta investigación, el universo de estudio también incluyó otras características sociales relevantes, como el número de hijos y el estado civil. Estas variables adicionales permiten cumplir con el objetivo general del proyecto, que es identificar las diferencias en las violencias ejercidas hacia mujeres de diversas categorías sociales.

El muestreo utilizado en esta investigación fue no probabilístico y de conveniencia, con el objetivo de cumplir con las categorías previamente definidas. La participación de las mujeres se solicitó a través de grupos de comunicación en WhatsApp y mediante la técnica de bola de nieve. Esta metodología fue elegida debido a la sensibilidad del tema y la naturaleza íntima de la información solicitada.

La invitación para participar se realizó aclarando que el propósito de la investigación era recolectar experiencias vividas durante el embarazo, parto y puerperio. Para asegurar que la participación fuera completamente voluntaria, se gestionó a través de porteros, formando un círculo de confianza entre las mujeres entrevistadas, lo que facilitó una mayor apertura y sinceridad en las respuestas durante las entrevistas.

Cabe señalar que la elección de este tipo de muestreo fue motivada por la gran heterogeneidad de las variables seleccionadas y la falta de información precisa sobre la

localización de la población de estudio. Esta técnica resultó adecuada precisamente por estas razones. Como se mencionó anteriormente, la diversidad de características sociales que abarcó la investigación dio como resultado un total de doce entrevistas, las cuales cubrieron todas las categorías previstas durante la creación de la batería de preguntas.

**Tabla 1.** *Distribución de las mujeres participantes según edad, tipo de hospital y municipio de atención.*

Nombre	Edad	Tipo de Hospital	Municipio
Angélica	31 años	Hospital Baja Gama	Monterrey
Carolina	21 años	Hospital Alta Gama	Monterrey
Daniela	30 años	Hospital Alta Gama	Monterrey
Fernanda	16 años	Hospital Alta Gama	Monterrey
Jenny	17 años	Hospital Baja Gama	Guadalupe
Karina	28 años	Hospital Alta Gama	Monterrey
Margarita	31 años	Hospital Alta Gama	Monterrey
Nora	26 años	Hospital Baja Gama	San Nicolás
Paty	27 años	Hospital Baja Gama	San Nicolás
Paulina	35 años	Hospital Baja Gama	Juárez
Yanely	18 años	Hospital Baja Gama	Monterrey
Yennifer	20 años	Hospital Alta Gama	Monterrey

Fuente. Elaboración propia, 2025.

### 2.3 Contexto

La investigación se desarrolló en el área metropolitana, localizada en el noreste de México, dentro del estado de Nuevo León. Esta región constituye el principal centro urbano, económico e industrial del estado y uno de los más importantes del país. De acuerdo con datos del Censo de Población y Vivienda del INEGI (2020), el área metropolitana concentra aproximadamente el 94 % de la población estatal, lo que confirma su carácter predominantemente urbano.

La población residente en esta zona se caracteriza por una importante diversidad social y económica, marcada por contrastes entre sectores con acceso a servicios privados de alta especialización y áreas donde persisten condiciones de marginación social y acceso limitado a servicios básicos, incluyendo la atención médica. Esta heterogeneidad permite analizar las desigualdades sociales en salud desde una perspectiva interseccional, considerando factores como clase social, escolaridad y ubicación geográfica. Además, el entorno urbano posibilita el acceso a una amplia red hospitalaria privada, donde se concentra la atención gineco-obstétrica, escenario clave para el estudio del fenómeno de la violencia obstétrica.

Es importante destacar que la región noreste del país carece de suficiente información sobre el fenómeno de la violencia obstétrica. Por esta razón, los datos obtenidos a partir de esta investigación son altamente relevantes para la generación de nueva teoría. En el caso específico de Nuevo León, aunque el estado presenta bajos niveles de marginación en su área metropolitana, no hay evidencia sólida de que la violencia obstétrica esté ausente. De hecho, existe un notable vacío teórico sobre la situación de las usuarias de los servicios obstétricos, lo cual justifica la realización de esta investigación.

#### **2.4 Técnica de recolección de información**

Para la recolección de información, se diseñó una matriz de preguntas que facilitó la aplicación de una entrevista semiestructurada, la cual permitió abordar los temas centrales de la investigación y, al mismo tiempo, otorgar a las mujeres el espacio necesario para expresar libremente sus experiencias. Las preguntas funcionaron como detonantes para propiciar una conversación más profunda. Por ello, la duración de las entrevistas varió según el ritmo y la

disposición de cada participante, siendo la más breve de 1 hora con 10 minutos y la más extensa de 1 hora con 24 minutos.

Esta matriz se estructuró en torno a cuatro etapas del proceso reproductivo: embarazo, parto, puerperio inmediato y las secuelas que permanecen hasta el momento de la entrevista.

En cada una de estas etapas, se formularon preguntas orientadas a profundizar en aspectos específicos. Las preguntas se organizaron en torno a cuatro subtemas clave: las vivencias personales, los protocolos médicos aplicados y las situaciones de violencia identificadas por las participantes y las secuelas generadas de esta violencia obstétrica. Esta estructura metodológica permitió captar tanto los aspectos normativos de la atención médica como las percepciones y significados construidos por las mujeres a partir de sus experiencias.

El subtema de *vivencias* se centró en explorar las experiencias de las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio, con el fin de comprender su percepción de estas etapas. En el subtema de *protocolos*, las preguntas se enfocaron en las prácticas establecidas por la Norma Oficial Mexicana 007. Finalmente, el subtema de *violencias* se abordó con preguntas alineadas a la tipificación presentada en el marco teórico. La sección de *secuelas* consistió exclusivamente en preguntas sobre los daños, heridas y cicatrices derivadas de las violencias sufridas.

La elección de esta técnica de recolección de información responde al objetivo fundamental de la entrevista en las ciencias sociales: generar un conocimiento sistemático sobre el mundo social. Además, las entrevistas no convierten a las participantes en un objeto pasivo, sino que lo posicionan como un agente activo, cuyas experiencias y vivencias son esenciales para comprender su realidad (Vela, 2004). Así, las mujeres entrevistadas participaron de manera activa en la expresión de sus propias experiencias.

El objetivo de las entrevistas semiestructuradas a profundidad es establecer una relación directa entre el investigador y las participantes del estudio, caracterizada por ser "dialógica, espontánea, concentrada y de intensidad variable" (Canales, 2006). Esta dinámica permite realizar dos tipos de análisis: uno basado en el contenido oral y otro en la interpretación gestual y corporal, que solo puede entenderse durante la interacción entre entrevistador y entrevistado.

Como se mencionó anteriormente, la convocatoria para participar en este estudio se llevó a cabo mediante invitaciones difundidas en grupos de WhatsApp. Posteriormente, a través de algunas participantes iniciales, se implementó la técnica de muestreo por bola de nieve, lo que facilitó que otras mujeres se sintieran en confianza para aceptar la entrevista y compartir sus experiencias.

Las entrevistas fueron conducidas a partir de una escucha activa y empática, procurando generar un ambiente de confianza desde el inicio. Para ello, se comenzó recordando el momento en que las participantes se enteraron de su embarazo, lo que permitió evocar recuerdos significativos y crear una atmósfera favorable para la apertura emocional. Esta estrategia ayudó a que las mujeres se sintieran cómodas y libres de juicios, favoreciendo así una narración sincera de sus vivencias.

Asimismo, antes de iniciar cada entrevista, se les recordó verbalmente que sus respuestas serían tratadas con absoluta confidencialidad y que no serían utilizadas con fines ajenos a la investigación, garantizando que no existirían consecuencias negativas derivadas de su participación.

Durante todo el proceso, se empleó un lenguaje claro y accesible, evitando términos técnicos o confusos (Vela, 2004), lo que propició un ambiente conversacional sencillo y ameno, en el que las participantes pudieron expresarse con libertad.

## **2.5 Técnica de análisis**

El análisis de los resultados de esta investigación implicó un trabajo intensivo con software debido a la extensión de los textos generados por las entrevistas a profundidad. Durante esta etapa, los resultados fueron organizados, sintetizados y estructurados.

El proceso comenzó con la transcripción y una lectura preliminar de las entrevistas, lo que permitió realizar una pretabulación. Posteriormente, se utilizó un sistema de códigos y categorías. El análisis se complementó con una aproximación semiótica a los enunciados (Pineda y Alvarado, 2008), empleando el procedimiento de la teoría fundamentada como técnica de análisis de la información. Esta técnica busca explorar los conceptos y experiencias de las mujeres sobre la violencia obstétrica, sin partir de supuestos preconcebidos, lo que permite investigar significados alternativos de los fenómenos (Mallimaci y Giménez, 2006).

Una vez recopilados los datos de las entrevistas, se realizó un análisis de los datos textuales utilizando el software Atlas Ti versión 9. Esto permitió realizar una triangulación entre los significados que las participantes atribuyen a la violencia obstétrica y la teoría de interseccionalidad, triple inequidad y habitus médico. Para ello, se identificaron ejes temáticos comunes en las entrevistas (Gibbs, 2012). Se optó por utilizar este software debido a su accesibilidad y trabajo previo en otras investigaciones, así como por las diversas funcionalidades que ofrece.

## 2.6 Aspectos teóricos y éticos

El proyecto fue presentado al Comité Tutorial del Instituto de Investigaciones Sociales, que forma parte de la Universidad Autónoma de Nuevo León, con el objetivo de obtener la aprobación necesaria para su ejecución de acuerdo con los principios bioéticos establecidos por la Universidad.

En cuanto a las participantes, se les proporcionó un consentimiento informado que detalla de manera clara y comprensible cómo se utilizarán sus experiencias obtenidas a través de las entrevistas. Además, se les solicitó su consentimiento para el uso de sus datos personales, los cuales fueron tratados con estricta confidencialidad. Estos datos fueron codificados con fines de identificación, utilizando uno de los nombres de las participantes y en algunos casos algunas mujeres prefirieron utilizar un diminutivo. El documento también incluyó información sobre la posibilidad de retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto implicara ninguna consecuencia negativa para ellas.

Mi conducta como investigadora se guió por los principios fundamentales de la ética científica: imparcialidad y escepticismo. Asimismo, se mantuvo un compromiso constante con el manejo objetivo, riguroso y realista de la información recolectada, procurando siempre un enfoque científico en el análisis y la interpretación de los datos.

Es importante señalar que no existe conflicto de intereses en el desarrollo de esta investigación. Tanto el Instituto de Investigaciones Sociales como la autora del presente trabajo manifiestan que el único propósito de este estudio es la búsqueda del conocimiento y la verdad, sin que intervengan motivaciones externas vinculadas con el prestigio académico, beneficios económicos o intereses personales (Koepsell y Ruíz, 2015).

**APARTADO II**

### **CAPITULO 3.**

## **Experiencias Reproductivas de las Mujeres desde una Perspectiva Interseccional**

La presente sección expone los principales hallazgos obtenidos a partir del análisis de las entrevistas realizadas a las participantes. Estos resultados permiten dar cuenta de las experiencias vividas por las mujeres a lo largo de su proceso reproductivo —embarazo, parto y puerperio—, así como de las formas en que las desigualdades sociales, económicas y culturales condicionaron su vivencia y el acceso a una atención obstétrica respetuosa. Las narrativas recopiladas reflejan no solo las prácticas médicas y los discursos institucionales que atraviesan el ámbito de la salud reproductiva, sino también los significados personales y emocionales que cada mujer atribuye a su experiencia.

### **3.1 Vivencias en el embarazo**

El embarazo es una etapa única y transformadora en la vida de una mujer, marcada por una mezcla de emociones, cambios físicos y desafíos personales, sin embargo, como es de esperarse cada experiencia es distinta y se encuentra influenciada por factores como la salud, el entorno emocional y las circunstancias sociales. Durante este periodo, se desarrollan vivencias que abarcan desde la alegría y la ilusión de formar una nueva vida, cambios físicos y emocionales, los retos que trae consigo las complicaciones en el embarazo hasta la ansiedad y el temor ante lo desconocido.

Además, las vivencias del embarazo no terminan con el parto, sino que se extienden al proceso del puerperio, una etapa igualmente desafiante y emocionalmente intensa. Durante este periodo, la presión social y las opiniones de terceros pueden generar sentimientos de inseguridad en las mujeres, haciéndolas dudar de su capacidad para desempeñar el rol de madres de manera adecuada. Estas sensaciones, en ocasiones, no solo afectan los primeros meses tras el

nacimiento, sino que pueden prolongarse durante años, influyendo en su bienestar emocional y en su experiencia de maternidad.

Explorar estas vivencias permite entender cómo se entrelazan las dimensiones físicas, emocionales y sociales, enriqueciendo nuestra comprensión sobre este momento crucial en la vida humana. En la figura 2. se resumen los temas destacados en las vivencias relatadas por las mujeres participantes.

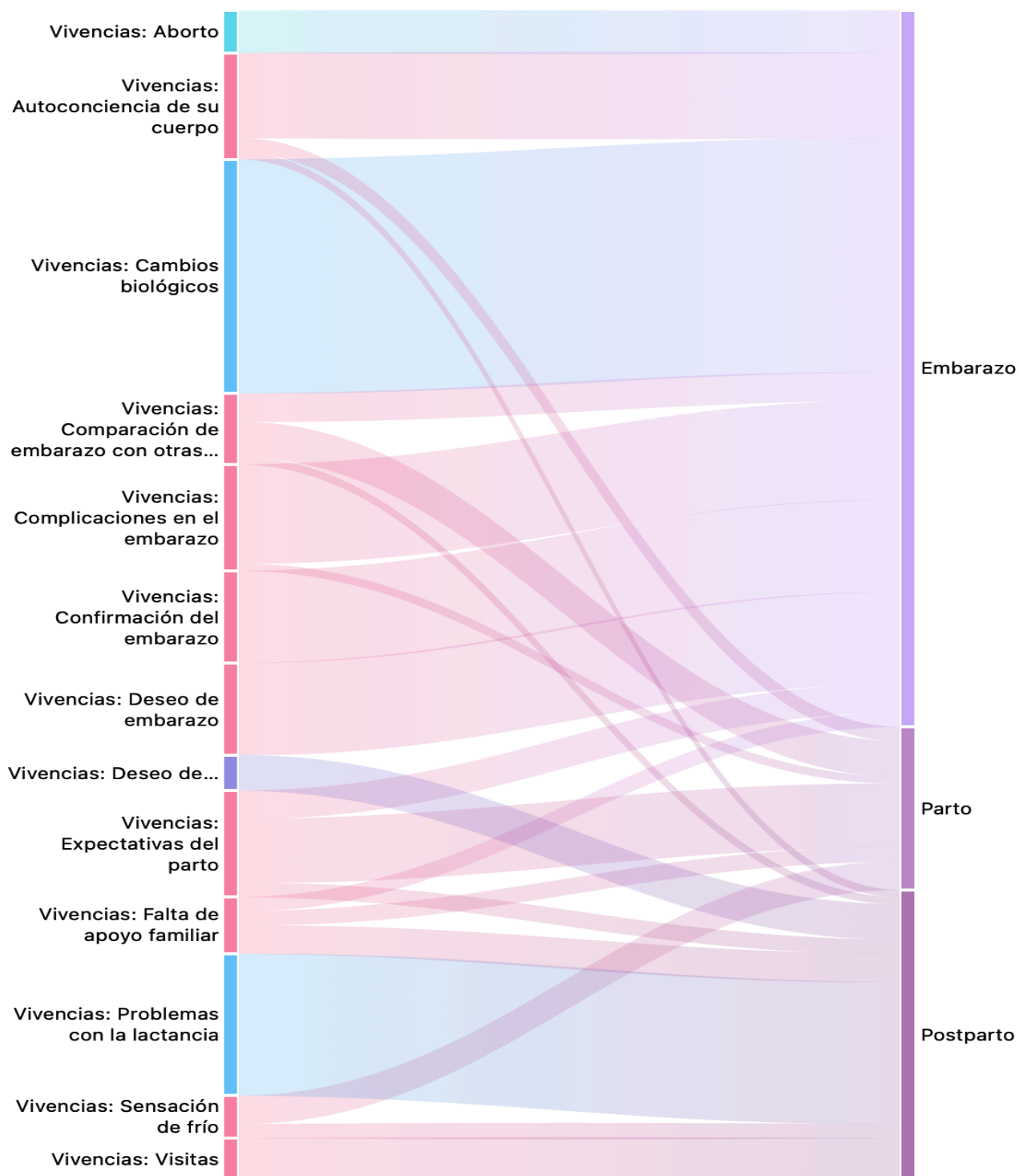
En el embarazo, uno de los temas más recurrentes en el relato de las mujeres entrevistadas fue los denominados “cambios biológicos”, los cuales corresponden a la clásica sintomatología que suele manifestarse como las primeras señales del embarazo. Entre estos síntomas se incluyen náuseas, vómitos, alteraciones en el gusto (como aversión a ciertos alimentos) y cansancio, todos ellos ampliamente documentados en la literatura como consecuencias de los ajustes hormonales propios de esta etapa (Serdán R et al., 2023).

*“El vómito no cesó en todo el embarazo, o sea, dicen que los primeros tres meses son los que tienes más náuseas, más vómitos, pero fue todo mi embarazo” (Nora 27 años).*

*“Los primeros meses me dio mucho asco la carne de res, no podía ni olerla porque me daban ganas de vomitar” (Paulina, 35 años).*

*“En primera instancia fue sueño, náuseas, vómitos, pero esos fueron nada más del primer trimestre” (Yennifer, 20 años).*

**Figura 2.** Temas destacados en las vivencias de las mujeres a lo largo de su proceso reproductivo en Nuevo León



Fuente: Elaboración propia con base en las entrevistas a las mujeres participantes, 2023.

Para muchas mujeres, estos cambios resultan sumamente desagradables y, en algunos casos, tienen un impacto significativo en su experiencia del embarazo. Por ejemplo, una de las entrevistadas expresó que las molestias fueron tan intensas que influyeron en su decisión de no desear más hijos, ya que no estaba dispuesta a experimentar nuevamente esa situación. Además, algunas participantes señalaron que lo más difícil de enfrentar estos cambios no era solo el malestar físico, sino también la falta de comprensión por parte de sus parejas. En algunos casos, esta incompreensión se tradujo en indiferencia hacia sus necesidades, lo que añadió una carga emocional adicional a un proceso ya de por sí desafiante.

*“Desde que inició [el embarazo] me cambió la saliva, no la podía tragar, tenía que escupirla, de hecho, siempre traía yo un contenedor para estar escupiendo en todo momento, estuviera a solas, dormida o en eventos siempre salivaba mucho hasta dormida y no la tragaba, no podía comer nada, toda la comida me daba asco” (Paty 27 años).*

*“Beto [su pareja] se quejaba mucho de que yo tomaba dramamine y decía, es que se duerme todo el día y yo quiero que esté despierta, o sea, no quiero que se la pase dormida” (Fernanda 16 años).*

En el análisis de las entrevistas surgió un tema particularmente interesante relacionado con los cambios biológicos: “autoconciencia del cuerpo”. Este concepto se refiere a la capacidad de algunas mujeres para identificar con precisión el momento en que ocurrió la concepción, una experiencia que, aunque carece de una validación científica amplia, representa un aspecto significativo de su vivencia personal, esta intuición ha sido mencionada por las mujeres, sin embargo, suele ser desestimada o considerada imaginaria, lo que lleva a que la experiencia de las mujeres sea minimizada o ignorada tanto social como médicamente.

Las participantes compartieron que, al expresar esta autoconciencia corporal durante su primera consulta médica, sus observaciones fueron subestimadas o descartadas por los profesionales de la salud. Un caso particularmente llamativo fue el de una usuaria que, a pesar

de estar convencida de su embarazo, recibió un tratamiento abortivo recetado por una ginecóloga, quien consideró que no existía gestación. Este tipo de situaciones no solo pone de manifiesto la desconexión entre las experiencias vividas por las mujeres y el enfoque médico tradicional, sino también la necesidad de replantear la forma en que se valida y respalda su experiencia durante el embarazo.

*“Me dice ¡no hay nada! y yo ok, dijo ¡Te voy a dar unas pastillas para que te baje! y le dije ok, está bien y yo venía llorando como si lo hubiera perdido”* (Margarita, 31 años).

La minimización de las experiencias percibidas por las mujeres durante las primeras etapas del embarazo genera en ellas sentimientos encontrados. Por un lado, sienten contrariedad al percibir cambios claros en su cuerpo, como pinchazos en el vientre, alteraciones en el sentido del gusto o simplemente una sensación de "extrañeza", los cuales suelen ser desestimados por los médicos como indicativos de embarazo.

*“Me dijo mi esposo vamos a comprar las pastillas y yo de que no, y me dice; pero bueno hay que seguirlo intentando y como que yo no quería ya nada; pero yo me seguía sintiendo rara, fui con la ginecóloga y me dice ¿qué problema hay? y le digo estoy embarazada y me dice acabas de venir por lo mismo, me preocupa que puedas tener un embarazo psicológico”* (Margarita, 31 años).

Por otro lado, experimentan enfado y frustración al notar que estas sensaciones, fundamentales en su experiencia personal, son ignoradas o incluso menospreciadas por el personal de salud. Algunas mujeres expresaron que, al compartir que podían identificar el momento exacto en que quedaron embarazadas, fueron tratadas como si estuvieran "locas", lo que profundizó aún más su malestar.

*“Yo le dije, estoy embarazada porque yo se exactamente el momento en que ovulo y solo me contestó eso no se puede saber”* (Jenny, 17 años).

Como consecuencia de esta actitud, muchas mujeres se ven obligadas a recurrir a una confirmación del embarazo mediante ecografía, a pesar de contar con señales biológicas evidentes, síntomas clásicos, retraso en la menstruación y resultados positivos en pruebas caseras o de laboratorio. Según la literatura médica, los falsos positivos en pruebas de embarazo son extremadamente raros, y cuando ocurren, suelen estar asociados con tratamientos farmacológicos para la infertilidad (Mayoclinic.org, 2025).

Por ello, la insistencia en confirmar el embarazo exclusivamente a través de ecografías parece responder más a una práctica médica orientada hacia la generación de costos adicionales en la primera consulta, que a una necesidad estrictamente clínica. Esto evidencia una brecha entre la experiencia de las mujeres sobre su cuerpo y el enfoque médico predominante, subrayando la importancia de validar y respetar sus vivencias en este proceso.

*“Y me dice; ¡si estás embarazada! y yo, te lo dije y ¿cuánto tengo? y me dice 8 semanas, y me dice, tú viniste hace 5, pero tú ya estabas embarazada y no salía ni en el eco normal ni en el vaginal y me dice a lo mejor tenías muy poquito como para que te lo detectara”* (Margarita, 31 años).

Otro aspecto destacado en las vivencias relatadas es que la mayoría de las mujeres entrevistadas, incluidas las adolescentes, expresaron haber buscado activamente el embarazo. En tres de los cuatro casos de adolescentes, mencionaron explícitamente que su embarazo fue deseado, lo que contrasta con la narrativa predominante en la literatura. Por ejemplo, Mori y colaboradores (2015) destacan la escasa información sobre anticoncepción y la ausencia de planificación en los embarazos de adolescentes. De manera complementaria, Martínez y colaboradores (2020) señalan que factores como el déficit educativo, las dificultades económicas y el desconocimiento sobre el ciclo menstrual y los métodos anticonceptivos contribuyen significativamente a la alta incidencia de embarazos en adolescentes. Como era de

esperarse, el embarazo adolescente suele entenderse como una consecuencia directa de la falta de planificación y el uso inadecuado o inexistente de métodos anticonceptivos, reflejando problemáticas sociales y educativas más amplias.

*“Yo tuve un embarazo adolescente, porque muy chiquita conocí al papá de mi hija. Nos conocimos aprox, cuando yo tenía 13 años y el 14 entonces, nosotros decidimos tener una hija a pesar de ser muy conscientes porque éramos adolescentes. Queríamos, no sé, cómo estamos en el momento romántico de que nadie nos separe”* (Fernanda, 16 años).

Este hallazgo sugiere que, para estas mujeres, el embarazo no responde únicamente a circunstancias fortuitas, sino que está profundamente vinculado con las representaciones culturales y sociales sobre lo que constituye una familia tradicional. En este contexto, la búsqueda del embarazo se presenta como una forma de consolidar o cumplir con la visión tradicional de la vida familiar, donde el matrimonio y la maternidad son percibidos como pasos lógicos y deseables. Este discurso, reiterado a lo largo de las entrevistas, refuerza la idea de que, para muchas, el embarazo es un medio de reafirmar roles sociales y de alcanzar un ideal culturalmente valorado sobre la familia (Binetti, 2013; Raffaelli y Ontai, 2004).

*“Ya lo habíamos pensado, que ya era tiempo de que me embarazara porque ya tenía pues años casada, ya había disfrutado, como quien dice mi matrimonio”* (Angélica, 31 años).

*“Entonces, nosotros decimos, nos casamos y o sea, no nos vamos a cuidar por lo mismo”* (Daniela, 30 años).

Lo anterior evidencia cómo el constructo de la familia sigue siendo un imaginario social profundamente arraigado en las mujeres. La figura tradicional del hogar nuclear, con un padre proveedor y una madre cuidadora, ha sido ligeramente reinterpretada en el contexto contemporáneo, donde las madres, además de asumir las tareas de cuidado, también participan activamente en el ámbito laboral fuera del hogar (Vivas, 2019). Sin embargo, a pesar de esta

evolución, los roles tradicionales continúan siendo reforzados por normas sociales, culturales y religiosas que perpetúan estas dinámicas.

*“Pasan los días y mi papá me dice, ¡Tú no te vas de la casa si no te casas! O sea, ya estas embarazada, ¡Cásate!”* (Fernanda, 16 años).

*“En ese tiempo estaba apoyando en una radio. Aparte soy locutora, tengo, a parte estudié para locución y estuve apoyando en una radio en ese tiempo... pero era algo que realmente disfrutaba mucho hacer, entonces... Claro, sin descuidar mi primera responsabilidad, que es mi familia”* (Karina, 28 años).

Un punto relacionado que emerge con fuerza en las entrevistas es la influencia de los valores familiares tradicionales en los contextos donde estas normas prevalecen. Las mujeres que concibieron fuera del matrimonio señalaron la falta de apoyo familiar como una experiencia recurrente y dolorosa. Este incumplimiento de la norma social de primero casarse y luego embarazarse llevó a enfrentar sentimientos de aislamiento y vulnerabilidad, intensificando el estrés emocional asociado al embarazo.

*“El apoyo familiar fue nulo por completo, fue un momento de maduración por mi cuenta yo sola tuve que madurar y pensar en todas las responsabilidades que se me venían no fue un apoyo en conjunto de mi familia, simplemente fue a mi suerte”* (Yanely, 18 años).

*“Yo vengo de una familia muy tradicional y pues las cosas se tienen que hacer de que boda y luego los hijos”* (Paulina, 35 años).

En uno de los casos, esta carencia de una red de apoyo tuvo consecuencias profundas, generando problemas no solo emocionales, sino también físicos y económicos. Estos relatos subrayan cómo las expectativas sociales en torno a la maternidad y la familia no solo moldean las experiencias de las mujeres, sino que también pueden añadir una carga adicional, especialmente en circunstancias que se desvían de lo considerado "normativo" (Vivas, 2019; Giberti, 1992).

*“Fue un proceso que yo tuve que llevar sola, yo sola tuve que aprender a muchas cosas, yo sola pues me cayó el chip, de que voy a ser mamá, tengo que aprender a hacer esto, tengo que saber cómo llevar a mi bebé, porque si es un bebé y yo tengo que, tenía que hacer las cosas yo sola entonces y si fue muy duro eso” (Yanely, 18 años).*

En otro orden de ideas, uno de los hallazgos más relevantes de la investigación es la alta prevalencia de complicaciones en los embarazos, que afectaron a más de la mitad de las participantes. Entre estas complicaciones se destacan condiciones como la preeclampsia, infecciones, placenta previa y sangrados recurrentes, lo que sugiere un contexto de alta vulnerabilidad para muchas de las mujeres involucradas.

*“Al llegar a los 6 meses y 3 semanas empecé con sangrado y ya tuve que guardar reposo y me pusieron a dieta, por el hecho de que tenía riesgo de preeclampsia” (Yennifer, 20 años).*

*“Y luego ya este cuando así como que me bajó un poquito, yo le hablé bien asustada y este me dijo, no vente para checar y traía como amenaza de aborto” (Daniela, 30 años).*

*“Hasta los 6 meses tuve placenta baja previa etc., tuve un puntito arriba de diabetes gestacional, un puntito arriba de anemia, tuve útero no (busca las palabras) no maduró mi útero bien” (Margarita, 31 años).*

Un caso particularmente significativo es el de una mujer que, además de enfrentarse a un embarazo a término, mencionó haber tenido dos abortos espontáneos previos, lo cual pone de manifiesto el impacto físico y emocional que estos eventos pueden dejar en las gestantes. Además, el aborto se presenta como una experiencia recurrente en el discurso de las participantes, aunque solo fue vivido por dos de ellas. Sin embargo, ambas expresaron cómo este evento, dejó huellas profundas tanto a nivel físico como psicológico, lo que coincide con lo denominado como síndrome post-aborto, en el que se enlistan el miedo a futuros embarazos, problemas mentales al estar cerca de bebés, pesadillas, problemas con la pareja, ansiedad, depresión, etc., que ha sido investigado ampliamente (López, 2023; Fuentes, 2009) Este fenómeno resalta la complejidad de las vivencias relacionadas con el embarazo, donde las

complicaciones médicas y las experiencias previas, como el aborto, influyen significativamente en la experiencia y el bienestar de las mujeres durante la gestación.

*“¡No, diles que ya perdimos un bebé, que una vez ya llegué a un cuarto vacío! Le digo... porque... Porque cuando yo llegué sin mi bebé, la cuna todavía estaba dentro, una cunita que te ponen y pues llegas, es como que... todavía está la cuna, pero no hay bebé, le digo, ¡Dile, dile! ¡Dile que yo estoy llore y llore! ¡Que no aguanto, que tengo mucho...! ¡Dile algo! ¡Tráeme a la bebé!”* (Karina, 28 años).

Otro de los temas recurrentes en los relatos es la comparación del propio embarazo con el de otras mujeres, un fenómeno que, como un arma de doble filo, puede tener tanto efectos positivos como negativos. Por un lado, las experiencias de otras mujeres pueden ofrecer un valioso referente o una especie de guía emocional, especialmente cuando se enfrentan a complicaciones o síntomas desconocidos. Este intercambio de vivencias puede ayudar a las gestantes a sentir que no están solas en su proceso, brindándoles consuelo y, a veces, estrategias para afrontar situaciones difíciles.

*“Sí me dolía la cesárea, al momento de levantarme o sentarme, pero no era un dolor insoportable, como muchas otras personas lo dicen”* (Carolina, 21 años).

*“Porque a mi hermana, días después de que había dado a luz, le salió casi como una pelota de beisbol como que la sangre cuajada”* (Nora, 26 años).

Sin embargo, en muchos casos, la comparación también genera incomodidad y ansiedad, sobre todo cuando las mujeres sienten que su embarazo es más complejo o está cargado de mayores molestias que el de otras. Esta incomodidad proviene de la percepción de que sus experiencias no son válidas en el marco de esas comparaciones, ya que cada embarazo es único y cada cuerpo reacciona de manera distinta.

*“Como que si me preocupaba, porque una amiga se alivió 2 meses después que yo, o sea, yo me alivié en octubre y en diciembre ella, y no sé, o sea, haz de cuenta que a pesar de*

*que, pues es acostada, a mí me quedó como si fuera un gusano, como que así muy marcada”* (Daniela, 30 años).

Las mujeres son conscientes de su individualidad y de las particularidades de su proceso, lo que hace que, a veces, la comparación con otras no solo sea innecesaria, sino también injusta, generando un sentimiento de incomodidad al no poder encajar en los relatos ajenos. Este fenómeno resalta la importancia de reconocer y respetar las experiencias particulares de cada mujer durante su embarazo, sin caer en la trampa de las comparaciones que pueden alimentar la inseguridad o la frustración.

### **3.1.2. Vivencias en el parto**

En cuanto a las vivencias relacionadas con el parto, los resultados revelan que muchas mujeres tienen expectativas centradas en un momento de mínima incomodidad y dolor, en el que las complicaciones sean lo menos frecuentes posible tanto para ellas como para el recién nacido.

*“Entonces la expectativa era de que no me doliera [el parto], pero como quiera me dolió”* (Paty, 27 años).

Además, muchas esperan contar con el acompañamiento cercano de su pareja durante el proceso, así como la posibilidad de capturar ese instante a través de fotografías y videos, con el fin de conservar un recuerdo tangible de un momento tan significativo.

*“Que todo iba a ser rápido, me iban a operar temprano en la mañana y pues iba a poder estar con mi bebé y besarlo y que iba a tener la foto y el video y que mi novio iba a poder cortar el cordón”* (Paulina, 35 años).

Sin embargo, se observó que estas expectativas no siempre se cumplieron, especialmente en aquellos casos en los que las mujeres dieron a luz en hospitales de menor calidad o recursos limitados. En estos contextos, las expectativas de un parto tranquilo y controlado se vieron frustradas, generando más decepciones y sentimientos de insatisfacción con la experiencia.

*“Y de repente me dijeron, es que ya tienes que entrar, y yo les decía, es que no puedo entrar si no está aquí el papá de la niña, estoy sola, no tengo las cosas que voy a necesitar ahorita que salga y aparte pues se supone que nos habían dicho que el papá podía entrar al parto, ¿no? (Yanely, 18 años).*

Las dificultades en la atención, el ambiente y la falta de recursos médicos adecuados contribuyeron a que el parto no fuera tal como lo habían imaginado, afectando su experiencia del proceso y dejando una huella emocional importante.

*“Hoy me doy cuenta que a lo mejor muchos los problemas con los que mi niña nació provienen de ahí, ahora creo que también había otras alternativas de qué podía hacer” (Paty, 27 años).*

Entre las expectativas no cumplidas durante el parto, se destacan la falta de acompañamiento, lo que a su vez impidió la obtención de material audiovisual del momento, y las complicaciones que surgieron dentro del quirófano.

Un tema repetido en los relatos fue la sensación de frío en el quirófano, una incomodidad física que, aunque está relacionada con la necesidad de mantener una temperatura baja para reducir el riesgo de infecciones, sigue generando malestar entre las gestantes.

*“Sentía frío, sentía mucho frío ahí, el quirófano es muy, muy frío, está muy helado ese cuarto” (Carolina, 21 años).*

*“Nada más el clima, recuerdo que lo tenían muy, muy frío y con la anestesia te da como mucho frío. Entonces, cuando pasada la sala de recuperación, yo me estaba quedando dormida, pero así temblando sea con bastante frío” (Jenny, 17 años).*

*“Sentía mucho frío y de hecho, si yo sí le decía es que tengo frío” (Angélica, 31 años).*

A pesar de su justificación médica, el frío intenso durante el proceso del parto afecta negativamente la experiencia emocional de las mujeres, quienes lo mencionan como una molestia adicional en un momento ya de por sí difícil.

*“Recuerdo que había una sabanita y yo cómo puede me tape, pero no me podía mover mucho porque decía es que si me caigo se me va a abrir la panza... pero sí, o sea, fue como con la misma sábana que estaba debajo de mí, la voltee y me la puse encima porque tenía demasiado frío. (Fernanda, 16 años).*

### **3.1.3. Vivencias en el postparto**

En esta etapa la atención se encuentra centrada en el recién nacido, y es en esta misma etapa donde las mujeres tienen vivencias que pueden llegar a ser más desconcertantes, entre las que más se repiten es el de las dificultades relacionadas con la lactancia. Las mujeres entrevistadas mencionan frecuentemente la presión ejercida por parte del personal de salud para que amamenten a sus recién nacidos. En muchos casos, esta presión se acompaña de una falta de privacidad y tranquilidad necesarias para iniciar la lactancia de manera adecuada. Como resultado, el estrés generado puede interferir con el proceso natural, provocando una producción insuficiente o nula de leche materna, lo que agrava aún más la experiencia emocional y física de las madres en esta etapa delicada.

*“Ellos iban como que a verificar que estuviera dándole pecho y si no estaba dándole me ponían ahí y pues empezaban “familiares, por favor sálganse porque va a alimentar a la bebé” (Carolina, 21 años).*

La principal preocupación de muchas mujeres es la insuficiente producción de leche materna, un proceso biológicamente vinculado a la liberación de la hormona oxitocina. Esta hormona alcanza su máximo nivel durante las contracciones uterinas propias del trabajo de parto, las cuales estimulan el inicio de la lactancia. Sin embargo, cuando estas contracciones no ocurren debido a cesáreas programadas, podría existir una relación directa con la baja producción de leche. Según los estudios de Pachón (2020) y Dioses (2022), tanto la falta de apego inmediato entre la madre y el recién nacido como el tipo de parto influyen negativamente en el establecimiento exitoso de la lactancia materna.

*“Ay no, y luego te digo, el estrés de que no te sale la leche, el bebé está llorando, las enfermeras, en cierta manera no, pues no se desespere usted póngaselo. Para mí me dolían mucho mis pechos”* (Daniela, 30 años).

*“Yo en mi cuerpo no me notaba, así como que saliera leche y pues como lo voy a dar la leche si no tengo”* (Yennifer, 20 años).

Algunas mujeres expresan su disposición inicial para amamantar a sus hijos, pero enfrentan diversos factores que dificultan el establecimiento exitoso de la lactancia materna. Entre estos, destacan el estrés generado por la experiencia de una producción insuficiente de leche, ciertas dificultades físicas como anomalías en los senos, y la falta de apego inmediato tras el nacimiento. Este último aspecto es especialmente significativo, ya que en ausencia de contacto temprano, los recién nacidos suelen ser alimentados con soluciones glucosadas, lo que interfiere con el inicio y la consolidación de la lactancia materna.

*“Entre mis planes estaba el amamantar a mi hijo, pero no sé qué le dieron en los cuneros que cuando me lo llevaron intenté darle pecho y no lo quiso”* (Paulina, 35 años).

*“Me dolía mucho porque como yo no tengo marcado mucho el pezón, entonces al niño se me pescaba y me lastimaba”* (Daniela, 30 años).

Por otro lado, algunas mujeres expresan su decisión de no amamantar, motivada principalmente por el dolor asociado a la lactancia. Muchas describen esta experiencia como físicamente incómoda, llegando a generar sensaciones de malestar intenso. Además, comparten sentimientos negativos hacia la lactancia materna, lo que refuerza su elección de optar por alternativas de alimentación para sus hijos. Estos testimonios evidencian la importancia de abordar las experiencias individuales y brindar apoyo personalizado durante esta etapa.

*“Sí, pero para mí fue algo muy traumático, salía muy poquita leche, salió bien poquita leche... eso de que es una experiencia inigualable, única; pero yo nunca vi ni lo inigualable ni lo único, me dolió horrible”* (Margarita, 31 años).

*“A mí me daba mucho coraje que me obligan a darle pecho porque yo decía es que me duele mucho y casi no me sale y pues yo prefiero darle formula porque la bebé ni llena y a mí me duele mucho”* (Fernanda, 16 años).

Otro tema recurrente en la etapa del posparto es el manejo de las visitas. Muchas mujeres describen cómo esta situación puede resultar incómoda y estresante, especialmente al enfrentarse a los desafíos iniciales de la maternidad mientras son observadas por varias personas. Aunque la presencia de familiares cercanos suele percibirse como un apoyo valioso y reconfortante, las visitas de otras personas, especialmente cuando son numerosas o inesperadas, pueden generar momentos de tensión y afectar el bienestar emocional de la madre en este periodo de adaptación.

*“Estaban cuatro de mis mejores amigas... y la plática y ay, ¿te duele mucho? y se te nota, o sea, si me explico, o sea, comentarios que pues que uno no debe de hacerle a una mujer que se acaba de aliviar la verdad* (Daniela, 30 años).

*“Era horrible tener visitas, de que, yo sé a quién se le ocurre que a una recién aliviada le gustan las visitas, o sea, yo lo que quería era dormir ya”* (Jenny, 17 años).

Por último, muchas mujeres manifiestan su deseo de tener más hijos, a pesar de los desafíos y dificultades enfrentados durante el periodo reproductivo. Aunque el rol de madre puede ser complejo y demandante, afirman que la experiencia y la gratificación que conlleva superan cualquier obstáculo. Algunas expresan incluso la intención de embarazarse nuevamente de manera inmediata, mientras que otras prefieren esperar más tiempo antes de ampliar su familia. Salvo dos casos excepcionales, todas las entrevistadas comparten el anhelo de aumentar el número de hijos. Este sentimiento evidencia la profundidad del vínculo emocional y la satisfacción personal que encuentran en la maternidad, convirtiéndola en una etapa que consideran valiosa y digna de repetirse.

*“Mi idea era terminar cuarentena y embarazarme, o sea, yo quería eso”* (Karina, 28 años).

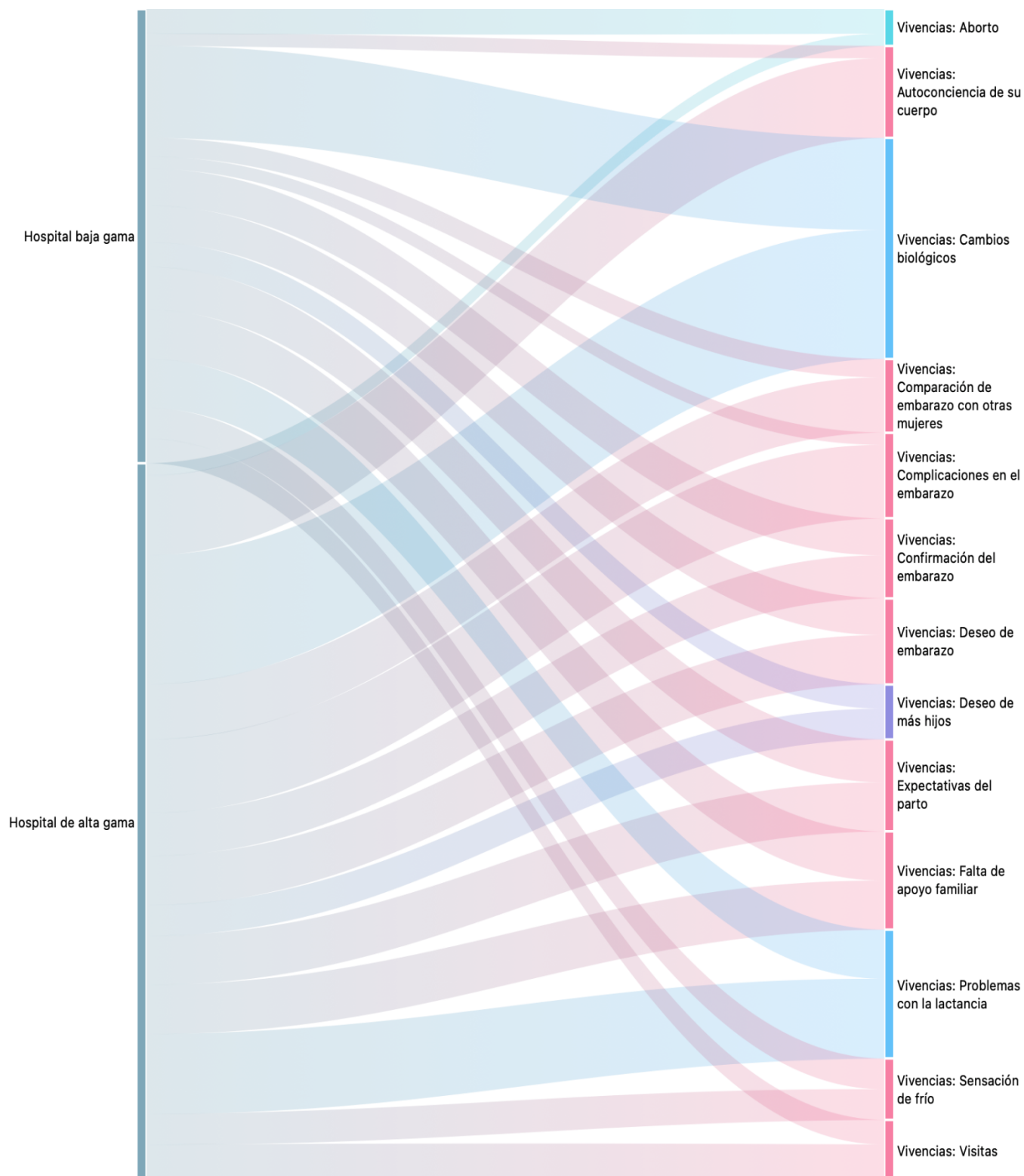
*“Si, quiero tener otro, pero pues mi hijo aún esta pequeño y no quiero como que quitarle atención para dársela a otro bebé”* (Paulina, 35 años).

### **3.2. Vivencias en el proceso reproductivo por tipo de hospital**

Uno de los aspectos centrales de esta investigación es analizar las diferencias y similitudes en las vivencias de las mujeres según el tipo de hospital en el que recibieron atención, clasificándolos en instituciones de alta y baja gama. Este enfoque busca identificar puntos que surgen en esta intersección, permitiendo comprender cómo las condiciones del entorno hospitalario pueden influir en sus experiencias durante el embarazo, el parto y el postparto. La figura 3 resume las experiencias vividas por tipo de hospital.

Aunque las vivencias descritas anteriormente se presentan en mujeres independientemente del tipo de hospital en el que fueron atendidas, es notable que la manera en que relatan sus experiencias varía en amplitud según el hospital. Esta diferencia se refleja claramente en el grosor de las flechas representadas en el diagrama de Sankey (figura 3), que ilustra de manera visual la intensidad y frecuencia de las narrativas asociadas a cada tipo de institución.

**Figura 3.** Temas destacados en las vivencias de las mujeres a lo largo de su proceso reproductivo en Nuevo León por tipo de hospital



Fuente: Elaboración propia con base en las entrevistas, a las mujeres participantes 2023.

Uno de los temas más destacados por las diferencias en las narrativas es la autoconcepción del cuerpo. Las mujeres atendidas en hospitales de alta gama describieron sus experiencias de manera más detallada y profunda en comparación con aquellas atendidas en hospitales de menor prestigio, esto no quiere decir que las mujeres con menor poder adquisitivo no posean esta experiencia, si no que de alguna manera lo pasan por alto o esta vivencia puede ser descrita de manera superficial.

Del mismo modo, las complicaciones durante el embarazo fueron relatadas con mayor amplitud por las mujeres que recibieron atención en instituciones de mayor prestigio. Esto podría estar relacionado con la infraestructura y los recursos disponibles en estos hospitales, que permiten un seguimiento más minucioso y detallado durante las consultas, así como protocolos más estrictos en la solicitud de exámenes médicos, de tal manera que podemos vislumbrar que la forma en que se tratan los padecimientos es diferente, por ejemplo en uno de los casos inmediatamente se trató y se mandó a reposo junto con un cambio alimenticio a manera de tratamiento, mientras que en otro de los casos los malestares continuaron por días sin que el personal médico le diera importancia. Esto nos muestra que el estrato socioeconómico está influyendo en la manera en que se expresa la vivencia del proceso reproductivo.

*“Al llegar a los 6 meses y 3 semanas empecé con sangrado y ya tuve que guardar reposo y me pusieron a dieta, por el hecho de que tenía riesgo de preeclampsia”* (Yennifer, 20 años).

*“Y yo no estoy conforme, yo necesito saber. porque yo seguía sintiendo el dolor, el malestar para caminar, me mareaba tenía que ir agarrada de la pared. Entonces... y sentía como que el bebé se quería salir”* (Nora, 26 años).

Los problemas relacionados con la lactancia parecen tener una mayor relevancia entre las mujeres atendidas en hospitales de alta gama en comparación con aquellas que asistieron a

hospitales de menor prestigio. Esto podría atribuirse a la promoción más intensiva de la lactancia materna que realizan estas instituciones. En algunos casos, incluso se implementaron estrategias de seguimiento posterior al alta, como llamadas telefónicas y visitas domiciliarias, para verificar y fomentar el cumplimiento de la lactancia materna.

*“Incluso hasta me marcaban para ir a la casa a revisar que le estuviera dando para, pues se darle seguimiento. Eran muy insistentes y ya llegó un punto que yo les decía No, es que no voy a estar hoy voy a ir con mi mamá o cosas así, o sea, yo no quería que fueran porque pues te hacían pasar por un dolor” (Carolina, 21 años).*

Por otro lado, hay experiencias, como la confirmación del embarazo, que no muestran diferencias significativas entre los tipos de hospitales. En todos los casos, la realización de una ecografía se percibe como un procedimiento estándar y obligatorio para confirmar el embarazo.

Como se puede observar, las experiencias que viven las mujeres durante su proceso reproductivo independientemente de su estrato social suelen ser similares. Sin embargo, surgen diferencias significativas en aspectos relacionados con la atención y el acompañamiento médico. Estas diferencias parecen estar vinculadas al costo del servicio y a los estándares de calidad que ofrecen los hospitales. Mientras que los hospitales de alta gama tienden a proporcionar un cuidado integral que incluye una mayor consideración por la vivencia y el estado emocional de las personas bajo atención médica, los hospitales de baja gama suelen centrarse exclusivamente en la atención médica básica del embarazo y el parto, dejando de lado el bienestar emocional y la experiencia global de las mujeres.

### **3.2.1 Vivencias en el proceso reproductivo por edad**

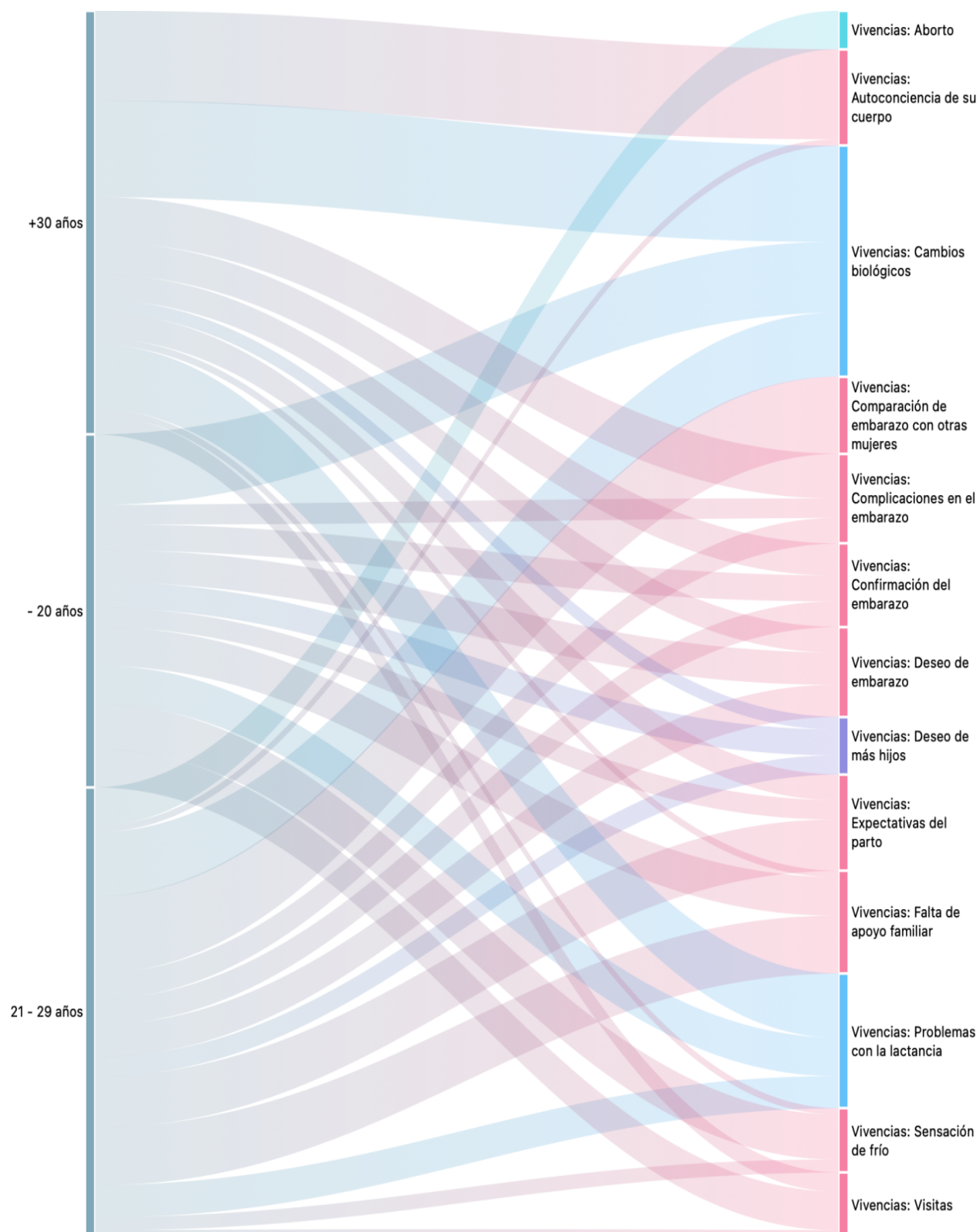
La edad es un factor sociodemográfico ampliamente analizado en los estudios relacionados con la reproducción. Investigaciones como las de Amroussia et al., (2017) y Bohren et al., (2019)

señalan que las mujeres más jóvenes son las que enfrentan formas de violencia más agresivas en comparación con aquellas de mayor edad. Sin embargo, el trabajo de Sosa (2019) amplía esta perspectiva al destacar que los extremos de edad, tanto las mujeres muy jóvenes como aquellas mayores de 35 años, también son vulnerables a experiencias de violencia, lo que sugiere que este factor puede influir en las dinámicas de trato y atención de manera compleja.

La figura 4 presenta un resumen detallado de las vivencias experimentadas por las mujeres a lo largo de su proceso reproductivo, categorizadas según su grupo de edad. Este análisis visual permite identificar diferencias significativas en diversos aspectos, destacando cómo la edad influye en las experiencias relacionadas con el embarazo, el parto y el posparto. En particular, se observan variaciones notorias en temas específicos, lo que sugiere que las necesidades, experiencias y desafíos enfrentados por las mujeres pueden variar considerablemente en función de su etapa de vida.

El tema de autoconciencia de su cuerpo supone una diferencia claramente notoria entre los estratos de edad, de manera que las mujeres que sobrepasan los 30 años se encuentran más conscientes de los cambios en su cuerpo al grado tal que mencionan saber exactamente el momento en el que se embarazaron, mientras que un corto segmento de mujeres entre los 21 y 29 años pudieron detectar estos cambios, y finalmente las mujeres menores de 20 años no mencionan haber detectado estos cambios.

**Figura 4.** Temas destacados en las vivencias de las mujeres a lo largo de su proceso reproductivo en Nuevo León por edad



Fuente: Elaboración propia con base en las entrevistas a las mujeres participantes, 2023

En cuanto al tema enfocado en la comparación de embarazos entre mujeres de este círculo cercano, solo las mujeres de 21 a 29 años fueron las que mencionan este discurso, esto no quiere decir que no haya comparación entre los otros grupos de edades, si no, que al parecer esta comparación parece no ser significativa para estos segmentos de la población muestra.

Por otro lado, las mujeres mayores de 30 años reportan con mayor frecuencia haber enfrentado complicaciones durante el proceso reproductivo, lo que contrasta parcialmente con la literatura existente, que sostiene que las mujeres más jóvenes son quienes enfrentan mayores riesgos y complicaciones (Martínez et al., 2020; Mori et al., 2015). Sin embargo, la edad reproductiva avanzada también está asociada a una mayor probabilidad de padecimientos específicos, como lo señalan los trabajos de Macías et al., (2018) y Donoso y Villarroel (2003). Entre estas complicaciones se encuentran la preeclampsia, eclampsia, síndrome de HELLP, diabetes gestacional, bajo peso al nacer y mayores riesgos de mortalidad neonatal y materna, evidenciando los desafíos únicos que enfrentan las mujeres en este grupo etario.

*“Placenta baja previa etc., tuve un puntito arriba de diabetes gestacional, un puntito arriba de anemia”* (Margarita, 31 años).

*“Pero pues se me empezó a subir la presión una semana antes de la fecha que teníamos programada”* (Paulina 35 años).

El tema de la falta de apoyo familiar se observa con mayor intensidad en el grupo de mujeres de entre 21 y 29 años, lo que contrasta con lo señalado en la literatura, donde se reporta que el abandono familiar es más frecuente en mujeres adolescentes (Martínez, 2020). Además, este grupo etario destaca por tener expectativas más altas en relación con el parto, especialmente en aspectos como la simplicidad del proceso, el manejo del dolor mediante analgesia y la importancia del acompañamiento durante el nacimiento. Estos factores ocupan un lugar

preponderante en sus relatos, reflejando una mayor atención hacia la planificación y el control de su experiencia de parto.

*“No, le dije a mi esposo, no, porque yo quiero que tú entres a la sala, yo quiero que... o sea todo eso.”* (Nora, 26 años).

*“Pero yo pensé que no me iba a doler nada, dije, pues me van a cerrar, me cortas, me la sacan, me cortan y se acabó”* (Paty, 27 años).

Por otro lado, las mujeres situadas en los extremos de los grupos etarios tienden a tener expectativas más centradas en el temor al dolor y en la posibilidad de enfrentar riesgos graves, como la cercanía a la muerte. Estas preocupaciones reflejan una experiencia más intensa de los desafíos físicos y emocionales asociados al parto, posiblemente influenciada por factores como la inexperiencia en el caso de las mujeres más jóvenes, o el riesgo asociado a la edad en el caso de las mayores.

*“De verdad pensé que me iba a morir y recuerdo que yo solo dije ¡Ay Diosito, si es que es tu voluntad que yo me muera aquí, solo dame la oportunidad de conocer a mi bebé, pero la verdad si me sentía muy mal, yo estaba segura que me iba a morir.”* (Paulina, 35 años).

*“Entonces yo decía me va a doler mucho y pues te digo, yo sentía que no iba a salir viva del parto”* (Jenny, 17 años).

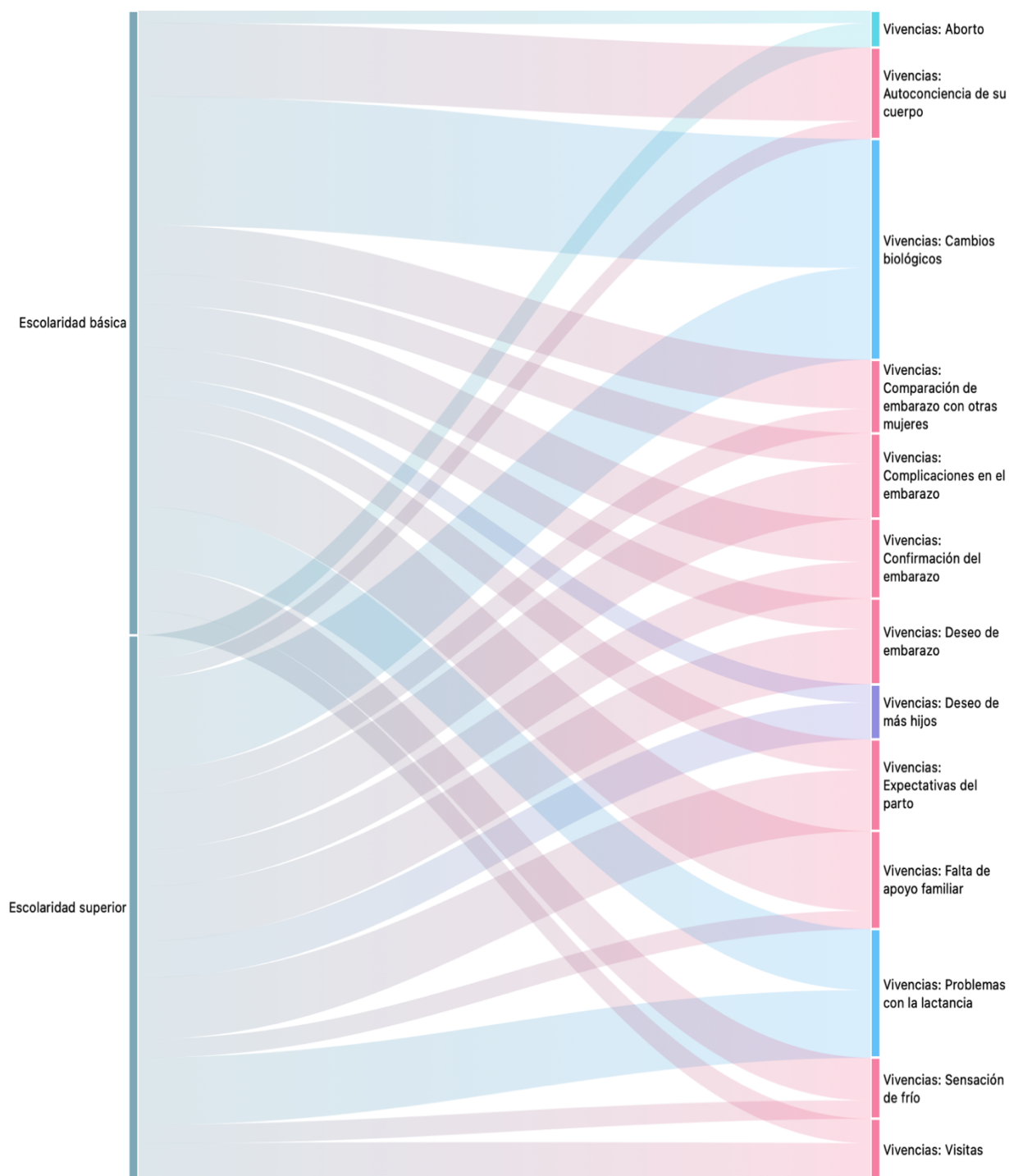
En cuanto a los otros temas de vivencias parece no haber diferencias significativas entre las edades de las mujeres entrevistadas.

### ***3.2.3 Vivencias en el proceso reproductivo por escolaridad***

La escolaridad es una categoría social que, sin duda, moldea tanto nuestras experiencias como nuestra percepción y expresión del mundo. Esto se refleja en la forma en que ciertos temas destacan de manera diferente según el nivel educativo de las mujeres que los manifiestan (figura 5). La baja escolaridad trae consigo una serie de problemas como son la falta de oportunidades

y acceso a mejores servicios, sobre todo los de salud, además de que sirve como un parámetro indirecto del nivel económico de las participantes.

**Figura 5.** Temas destacados en las vivencias de las mujeres a lo largo de su proceso reproductivo en Nuevo León por escolaridad



Fuente: Elaboración propia con base en las entrevistas a las mujeres participantes, 2023

El nivel educativo, también ha sido ampliamente investigado como un indicador del empoderamiento femenino y a su vez influye en el comportamiento sobre los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, de manera que las mujeres que poseen un alto nivel de educación son aquellas que ponen sobre la mesa el uso de sus derechos frente al personal médico.

Ahora bien, uno de los temas con diferencias más notables es la falta de apoyo familiar, una preocupación expresada con mayor frecuencia por mujeres con escolaridad básica en comparación con aquellas con un nivel educativo más alto. Las mujeres que viven en entornos menos favorecidos, ya de por sí estresantes, suelen enfrentar su embarazo con el estrés adicional de la falta de apoyo familiar. Esta situación puede generar problemas físicos y emocionales que afectan tanto a la madre como al recién nacido.

*“Pues no, no porque, mi mamá solo me explicó una vez como hacerlo y yo me hice cargo de mi hija completamente, la suegra, la mamá, nadie, o sea, no había alguien ahí como que me estuviera diciendo esto sí, esto está mal, o se burlaran” (Paty, 27 años).*

Otro tema que destaca en las entrevistas y en el que se observan diferencias significativas entre ambos grupos es el relacionado con las expectativas respecto al parto. Las mujeres con un nivel educativo más alto suelen tener expectativas más elevadas sobre lo que desean y demandan en el quirófano. Estas mujeres tienden a informarse con mayor profundidad sobre los beneficios y riesgos de los diferentes tipos de parto, y utilizan esta información para tomar decisiones más fundamentadas al elegir a los médicos que las atenderán.

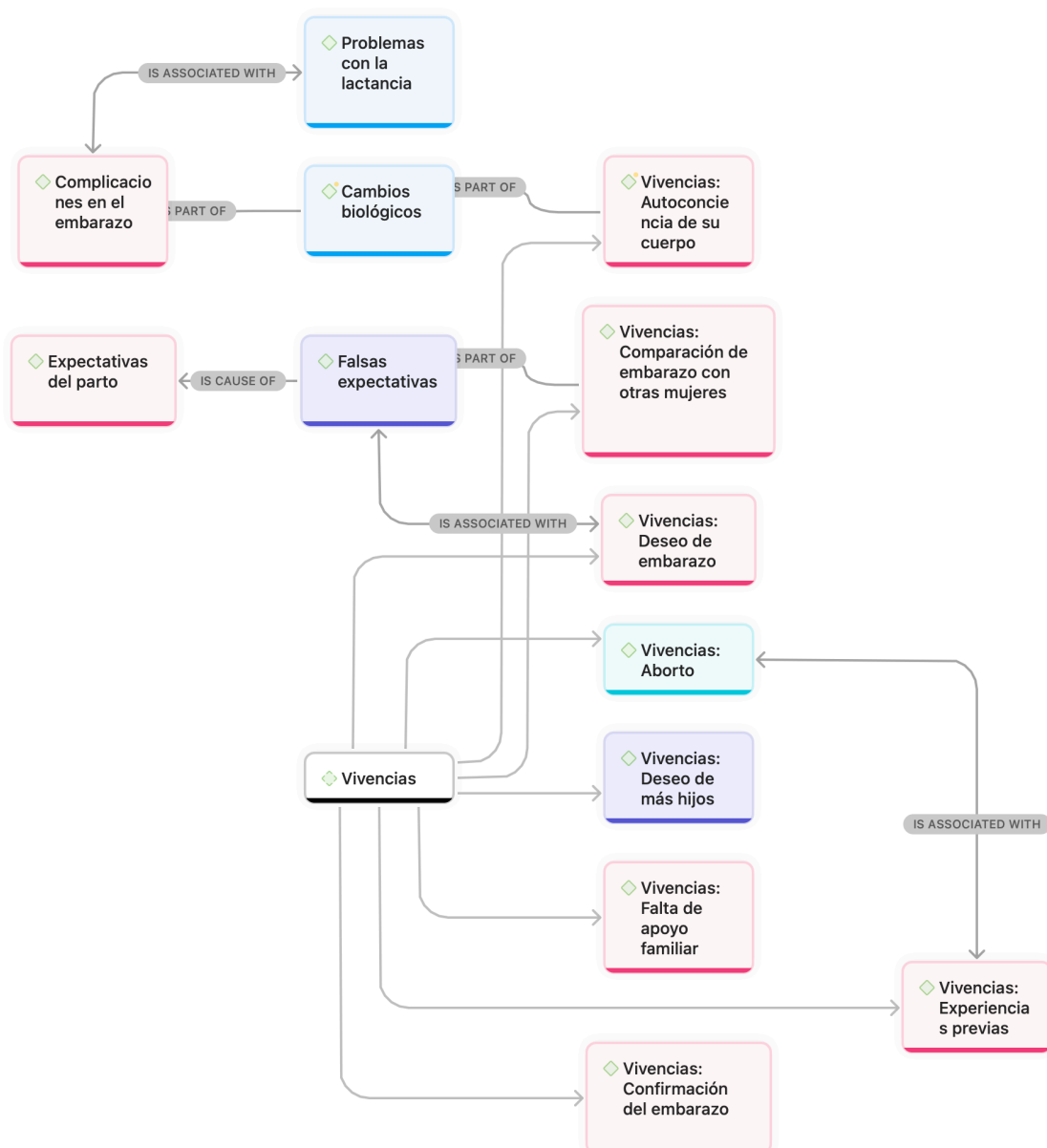
*“Yo le decía a él, es que yo quiero que sea parto, y le digo, en la medida de lo posible, quiero que sea natural, no quiero que me pongan anestesia, no quiero que me pongan analgesia, no quiero que... No quiero que haya fármacos de por medio” (Karina, 28 años).*

Los temas relacionados con el deseo de embarazo y la intención de tener más hijos son mencionados con mayor frecuencia e intensidad en los relatos de las mujeres con un nivel

educativo más alto. Por otro lado, aunque las mujeres con menor nivel educativo también expresan su deseo de embarazo y de ampliar su familia, lo hacen con menor énfasis. Según la literatura (Juárez y cols., 2024), existe una relación inversamente proporcional entre el nivel educativo y la fecundidad. Sin embargo, en esta investigación se observó que las mujeres con mayor escolaridad tienden a expresar con mayor detalle y amplitud su interés en tener más hijos.

En relación con los demás temas abordados en las entrevistas, no se observaron diferencias significativas entre ambos grupos. Esto sugiere que la escolaridad no desempeña un papel determinante en estos aspectos.

**Figura 6.** Red analítica de las categorías de vivencias emergentes en los relatos de las mujeres entrevistadas.



Fuente: Elaboración propia

## **Capítulo 4**

### **Protocolos de Atención Obstétrica: Variaciones en la Práctica Médica según la Posición Social de las Mujeres**

Los protocolos son un conjunto de reglas y lineamientos establecidos, ya sea por normativas oficiales o por los estatutos internos de cada hospital, con el objetivo de garantizar la salud tanto de las mujeres como de sus recién nacidos. Sin embargo, en algunos casos, la aplicación de estos protocolos puede derivar en maltrato hacia las mujeres e, incluso, llegar a vulnerar sus derechos sexuales y reproductivos. En la figura 6 presenta los protocolos practicados por el personal médico en el proceso reproductivo.

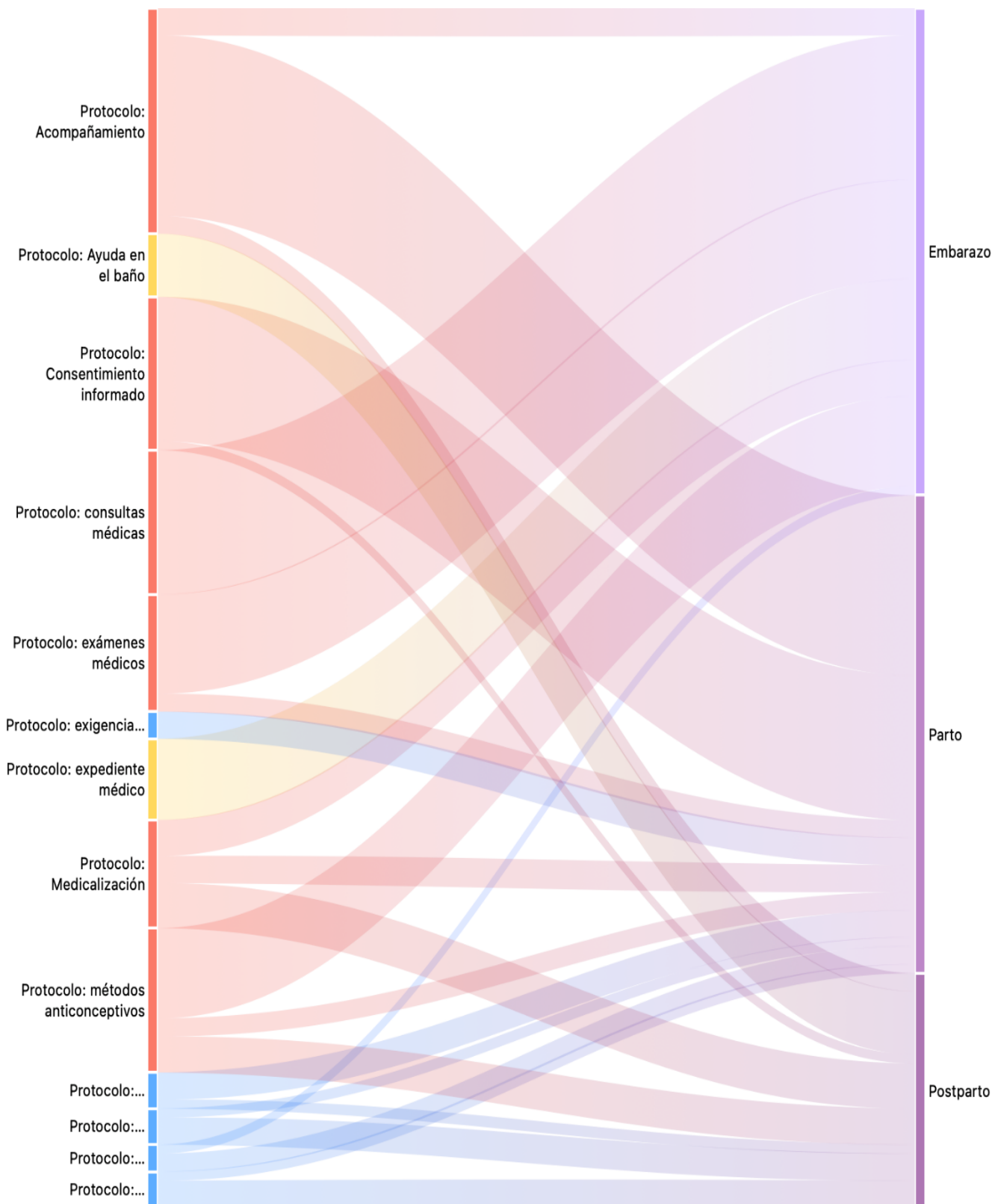
La primera consulta médica durante el embarazo representa un momento fundamental dentro del proceso reproductivo, ya que en ella se confirma formalmente la gestación. Según relataron todas las mujeres entrevistadas para este proyecto, a pesar de contar previamente con pruebas positivas, tanto caseras como de laboratorio, el embarazo fue confirmado únicamente mediante una ecografía.

Si bien la Norma Oficial establece que el diagnóstico del embarazo puede realizarse por medio de ecografía, también reconoce que las pruebas inmunológicas, ya sean de orina o sangre, son igualmente válidas y efectivas. La preferencia médica por el uso exclusivo de la ecografía podría estar influenciada por cuestiones económicas, dado que las consultas ginecológicas que incluyen este estudio suelen tener un costo adicional.

Aunque la ecografía es útil para evaluar el estado general del embarazo, su efectividad depende del tiempo de gestación. Para que proporcione información confiable, el embarazo debe tener al menos seis semanas. De lo contrario, existe el riesgo de emitir diagnósticos erróneos, como afirmar incorrectamente que la mujer no está embarazada.

*“Fui con mi ginecóloga como al mes y de que le digo; yo estoy embarazada, me dice ¡Ok, te voy a hacer un eco! y me hace el eco, ¡No hay nada! y yo; ok, me dijo, ¡Deja te hago uno vaginal para confirmar, porque ese es un poquito más seguro! y nada. Y yo de que, pero no me baja, yo me siento bien rara, pero me dice ¡No hay nada! y yo ok... dijo “Te voy a dar unas pastillas para que te baje” (Margarita, 31 años).*

**Figura 7.** *Protocolos practicados por el personal médico durante el proceso reproductivo en mujeres de acuerdo con su categoría social en el estado de Nuevo León*



Fuente: Elaboración propia con base en las entrevistas a las mujeres participantes, 2023.

El testimonio de esta mujer evidencia cómo algunos ginecólogos se niegan a aceptar pruebas distintas a la ecografía para diagnosticar el embarazo. Esta práctica no solo limita las opciones de confirmación, sino que también puede comprometer la salud de la usuaria y, en casos como este, poner en riesgo la vida de su bebé en gestación.

Según la NOM-007, la primera consulta prenatal es de vital importancia, ya que en ella se identifican los criterios y factores de riesgo que podrían derivar en complicaciones durante el embarazo. Por esta razón, dicha consulta debe ser especialmente detallada y, en consecuencia, más extensa que una consulta habitual.

Entre los parámetros que deben evaluarse se incluyen la talla, peso, signos vitales, estado nutricional, auscultación, medición del fondo uterino, frecuencia cardíaca fetal (FCF) y la toma de citología cérvico-vaginal. Sin embargo, ninguna de las mujeres entrevistadas para este estudio reportó haber sido evaluada en todos estos aspectos. En la mayoría de los casos, incluida la primera consulta, únicamente se midieron el peso, la FCF, la presión arterial y se realizó una ecografía.

Este hallazgo evidencia, una vez más, el incumplimiento parcial de los protocolos establecidos por la norma oficial, lo cual podría comprometer la calidad de la atención prenatal.

*“Era el chequeo general del bebé. Era del bebé y pues a mí nada más me tomaban la presión y nada más”* (Yanely, 18 años).

Según la normativa vigente, las consultas prenatales deben seguir un calendario específico en embarazos de bajo riesgo, contemplando un mínimo de cinco y un máximo de ocho visitas. Estas se distribuyen de la siguiente manera: la primera entre las 6 y 8 semanas; la segunda entre las 10 y 13.6 semanas; la tercera entre las 16 y 18 semanas; la cuarta a las 22

semanas; la quinta a las 28 semanas; la sexta a las 32 semanas; la séptima a las 36 semanas; y la última entre las 38 y 41 semanas.

Sin embargo, los testimonios recabados indican que este calendario no se sigue rigurosamente. En la práctica, los médicos suelen programar una consulta mensual durante los primeros siete u ocho meses, y posteriormente aumentan la frecuencia a una visita cada 15 días o incluso semanalmente. Esta variación no siempre responde a una necesidad médica justificada, lo que lleva a pensar que, en algunos casos, la programación podría estar motivada por consideraciones económicas, como el cobro de honorarios, más que por criterios clínicos.

*“Fui una cada mes, hasta los ocho meses...ya en el último mes fui...como a tres más”* (Paulina, 35 años).

*“Como unas 11 más o menos, consultas, más las consultas que eran, no se, sentí dura la panza y pues iba”* (Jenny, 17 años).

Asimismo, la NOM-007 establece como parte del protocolo prenatal la solicitud de estudios de gabinete, que en embarazos de bajo riesgo deben incluir, como mínimo, una química sanguínea, examen general de orina, biometría hemática, determinación de grupo sanguíneo y factor Rh, así como pruebas para VIH y sífilis. Estos análisis son fundamentales para identificar posibles complicaciones y prevenir riesgos durante el embarazo.

Sin embargo, algunas de las mujeres entrevistadas mencionaron no recordar qué exámenes les fueron solicitados, mientras que otras afirmaron que no se les pidió ninguno de estos estudios.

*“No, nunca, nunca tuve un examen, nunca se me pidió un examen de laboratorio”* (Paty, 27 años).

Lo más preocupante de esta omisión no es solo la falta de cumplimiento del protocolo, sino también la ausencia de información brindada a las mujeres sobre la relevancia de estos análisis. Al no involucrarlas en el proceso ni explicarles la utilidad de dichos estudios, se les excluye de su propio cuidado médico. Aún más grave resulta en los casos en los que no se realizaron exámenes en absoluto, ya que esto representa un riesgo directo para la salud tanto de la madre como del bebé.

Ahora bien, uno de los principales motivos por los que muchas mujeres optan por una atención privada es la posibilidad de recibir un trato más personalizado por parte de ginecólogos particulares. En este contexto, los obstetras suelen mantener una comunicación más constante y cercana con sus consultantes, siendo WhatsApp la vía de contacto más común mencionada por todas las participantes. A través de esta plataforma, los médicos responden dudas, aclaran inquietudes y se mantienen atentos a cualquier síntoma o malestar que pudiera surgir durante el embarazo.

Asimismo, se les preguntó a las mujeres si en algún momento recibieron indicaciones claras por parte de su obstetra sobre cómo identificar signos de alarma o síntomas que pudieran representar un riesgo durante la gestación. La mayoría respondió que no recordaba haber recibido esa información. Solo en algunos casos, las mujeres acudieron a consulta médica tras experimentar molestias o episodios de sangrado. A pesar de ello, destacaron la importancia de la comunicación continua mediante mensajes, valorando positivamente la disponibilidad del médico para atenderlas de forma inmediata.

*“No, yo creo que no. No nada más. Lo único es que me dijo el ginecólogo cada vez tiene va a ser menos el sangrado y si tiene, o sea, si es abundante me tienes que avisar, me tienes que decir. Pero pues realmente no” (Daniela, 30 años).*

En línea con lo mencionado anteriormente, la NOM-007 establece la vacunación como parte fundamental del cuidado prenatal. Según los lineamientos de la Secretaría de Salud, las mujeres embarazadas deben recibir una dosis de la vacuna Tdpa (contra difteria, tos ferina y tétanos) después de la semana 20 de gestación, así como la vacuna contra influenza, que puede aplicarse en cualquier trimestre del embarazo. En cuanto a la vacuna contra la hepatitis B, su aplicación depende del historial clínico de la usuaria, por lo que no es obligatoria, aunque sí altamente recomendada en ciertos casos.

Sin embargo, al igual que en otros aspectos del protocolo, la mayoría de las mujeres entrevistadas no recuerdan haber recibido ninguna de estas vacunas ni haber recibido orientación por parte de su ginecólogo al respecto. Esta omisión representa un riesgo, ya que la falta de inmunización podría aumentar la vulnerabilidad tanto de la madre como del bebé ante enfermedades prevenibles.

*“Ahora, pues también si necesitas algunas vacunas te las aplican y demás, las pruebas de laboratorio; a mí no me mandaron a hacer absolutamente nada, igual yo carecía de información entonces, pues para mí todo estaba bien” (Yanelly, 18 años).*

La normativa también establece la importancia de iniciar un protocolo de vitaminas y suplementación durante el embarazo, con el objetivo de garantizar que las necesidades adicionales de micronutrientes sean cubiertas adecuadamente.

Las mujeres entrevistadas recuerdan haber recibido recomendaciones sobre ciertos suplementos, aunque algunas no recuerdan con precisión los nombres de las vitaminas indicadas. Sin embargo, todas coinciden en que se les prescribió ácido fólico, junto con otros complementos nutricionales.

*“Nada más me daba lo normal, lo que es el ácido fólico y pues las vitaminas que te dan para para el bebé, o para uno, para el embarazo, para lo que uno pierde en el embarazo, lo básico” (Paty, 27 años).*

Otro de los protocolos fundamentales durante el embarazo es la elaboración del expediente clínico. Este no solo debe contener datos sociodemográficos, sino también información detallada sobre antecedentes hereditarios y personales, tanto patológicos como no patológicos. Asimismo, debe incluir la identificación de factores de riesgo, como el consumo de alcohol, tabaco, drogas o medicamentos. La finalidad de este registro es anticiparse a posibles complicaciones y diseñar un plan de atención que resguarde la salud de la madre y del bebé.

Sin embargo, en la práctica, este expediente suele limitarse a los datos sociodemográficos, los resultados de los exámenes de laboratorio y las mediciones realizadas en cada consulta. Ninguna de las mujeres entrevistadas mencionó haber sido interrogada de forma específica sobre estos factores de riesgo, lo que evidencia, una vez más, la falta de compromiso con el cumplimiento integral de los protocolos establecidos.

*“Solamente me hizo las preguntas normales de mis datos, de que, si había sido regular o irregular, que, si hubiera tenido un quiste o problema, y pues no” (Yennifer, 20 años).*

Otro de los aspectos que deben incluirse en el expediente médico, según la normativa, son observaciones sobre posibles signos visibles de depresión. Además, este tema debe abordarse en las consultas subsecuentes, brindando a las mujeres información clara sobre la depresión postparto: sus síntomas, formas de afrontarla y las opciones de derivación a profesionales en salud mental.

No obstante, todas las mujeres entrevistadas afirmaron que en ningún momento el tema fue tratado por su médico ginecólogo durante las consultas, lo que refleja una omisión importante en la atención integral que deberían recibir durante el proceso reproductivo.

*“No, yo supe de la depresión postparto por el podcast, pero el personal de ahí nunca me hablo de eso, ni de que iba a sentir después de tener a mi bebé, o sea, todo lo que se de eso es porque lo viví y porque lo investigué, pero no, ellos nunca”* (Paulina, 35 años).

El Objetivo de Desarrollo Sostenible (ODS) 3 establece como meta la mejora de la salud materna y la garantía de servicios de salud reproductiva accesibles para todas las mujeres. Esto incluye, entre otros aspectos, la consejería en métodos anticonceptivos.

En este sentido, tanto la NOM-007 como la NOM-005 establecen un protocolo para ofrecer una consejería de calidad sobre anticoncepción en el puerperio inmediato. Esto implica que el médico ginecólogo tiene la responsabilidad de informar a las mujeres sobre todas las opciones anticonceptivas disponibles, orientarlas sobre cuáles son las más adecuadas para su caso y proporcionar esta información en un ambiente de respeto y tranquilidad. El objetivo es que cada mujer pueda tomar una decisión informada y anticipada sobre el método anticonceptivo que mejor se adapte a sus necesidades.

No obstante, la consejería brindada por el médico ginecólogo suele ser mínima. En algunos casos, se limita a mencionar la importancia de utilizar un método anticonceptivo, dejando toda la responsabilidad en la pareja, sin proporcionar información detallada ni derivar al departamento de planificación familiar para identificar la opción más adecuada para cada caso.

*“No, en el embarazo, casi no, o sea, nada más me dijo, sí, hay que pensar un método, no es recomendable tener bebés este luego luego, porque pues por los cambios y todo”* (Daniela, 30 años).

Por último, dentro de los protocolos establecidos en la normativa mexicana, se reconoce el derecho de toda mujer embarazada a estar acompañada durante toda la consulta. Esto tiene como finalidad generar un ambiente más cómodo para la usuaria, garantizar una comunicación clara de la información y brindar apoyo emocional a lo largo de todo el proceso.

En este caso, las mujeres afirman estar siempre acompañadas, salvo en contadas excepciones. Como se mencionó anteriormente, este acompañamiento les brinda seguridad y tranquilidad, asegurando que todo el proceso se desarrolle de manera controlada.

El parto requiere el cumplimiento estricto de una serie de protocolos, que abarcan desde el internamiento hasta los procedimientos dentro del quirófano o la sala de labor. Sin embargo, esta etapa también es donde se registran más violaciones a dichos protocolos, lo que la convierte en la fase más compleja del proceso reproductivo.

Cuando las mujeres llegan al hospital, suelen experimentar nerviosismo ante la inminencia del parto. Este sentimiento se intensifica si no reciben asesoramiento previo sobre los procedimientos a realizar ni las razones detrás de ellos. En muchos casos, las instrucciones se daban únicamente en el momento de la intervención, sin una explicación previa, lo que generaba un alto nivel de estrés. Sumado a las emociones del momento, esto provocaba desconcentración durante el parto, y algunas mujeres mencionaban sentirse desorientadas y sin saber qué hacer en ese instante.

*“Cuando ya estaba ya en el quirófano, ahí era donde quería, porque yo no podía... como que en mi cabeza no sabía cómo, me decían, ¡puje, puje! Y yo decía, pero ¿cómo lo hago?”* (Karina, 28 años).

Lo que resulta particularmente revelador es que la mayoría de las participantes dieron a luz mediante cesárea. Según los protocolos establecidos, las mujeres deben ser informadas sobre los riesgos asociados a esta intervención, incluyendo posibles complicaciones futuras o implicaciones para embarazos posteriores. Esta información debe ser claramente detallada en el consentimiento informado. No obstante, dicho documento suele entregarse como parte del conjunto de papeles a firmar al momento del ingreso, sin una explicación adecuada. Las participantes señalaron que no leyeron el consentimiento y que, además, el personal no se tomó el tiempo para explicar su contenido ni para brindar información general sobre los riesgos de las intervenciones en el quirófano.

*“A mi esposo fue al que le dieron que firmara, por si llegaba a pasar algo, ¿verdad? Que porque, como en todo, siempre hay riesgo” (Paty, 27 años).*

Además del consentimiento informado, algunos hospitales implementan protocolos adicionales para garantizar el pago de servicios extraordinarios. En México, tanto la Ley General de Salud, en su Artículo 77 Bis 37, como la NOM-007-SSA2-2016, prohíben expresamente la retención de mujeres y sus recién nacidos en hospitales por motivos económicos. Estas normativas establecen que ninguna institución de salud, ya sea pública o privada, puede impedir el alta médica o la salida de la madre y el bebé por falta de pago. No obstante, en uno de los hospitales analizados, se solicitó a una mujer la firma de un pagaré, lo cual representa una posible transgresión a estos derechos.

*“Sí y un pagaré en blanco, que si aparte me preguntaron si hay alguna complicación quiere que le atendamos aquí o la podemos trasladar a su clínica” (Margarita, 31 años).*

De esta forma, se evidencia que algunos hospitales privados establecen mecanismos para anticipar el pago de los servicios, lo cual, como se ha mencionado, es una práctica contraria

a lo establecido en la Constitución y en las leyes de salud. A pesar de ello, esta situación persiste, priorizando el aspecto económico por encima del derecho a la salud de las mujeres y sus recién nacidos.

La medicalización del parto es otra práctica común dentro de los protocolos de atención, a pesar de la existencia de leyes como la Ley de Protección al Parto Humanizado y a la Maternidad Digna del Estado de Nuevo León, así como la NOM-007-SSA2-2016, las cuales promueven el parto fisiológico y desalientan la intervención médica innecesaria. Estas normativas establecen que se debe priorizar un enfoque respetuoso, evitando la medicalización y el uso de técnicas que instrumentalicen el parto. Sin embargo, en la práctica, se continúa indicando el uso de medicamentos, incluso cuando las mujeres expresan su negativa o no otorgan consentimiento para su administración.

*“Ya casi la criatura estaba afuera, pero le dice ¡tengo que canalizarla como quiera!”* (Karina, 28 años).

Este testimonio evidencia que la medicalización del parto, en este caso, carece de justificación médica, ya que la usuaria ingresó al hospital con una dilatación adecuada para continuar con un parto fisiológico. Sin embargo, el protocolo del hospital impuso la aplicación de anestesia epidural, sin respetar la decisión de la mujer de evitar intervenciones.

*“Al último haz de cuenta que hice 10 horas de labor de parto, el niño no bajó, me provoca, me rompieron la fuente”* (Daniela, 30 años).

Además, podemos incluir en esta medicalización la administración de oxitocina y la rotura artificial de membranas con el objetivo de acelerar el proceso, prácticas que también contravienen lo establecido en la normativa sobre parto humanizado. Esto pone de manifiesto

cómo, en la práctica, el autoritarismo médico prevalece sobre las necesidades, decisiones y derechos de las mujeres y sus hijos.

Dentro del proceso de medicalización y la aplicación de prácticas innecesarias, destacan los tactos vaginales. Las dos mujeres que estuvieron expuestas a partos vaginales señalaron que esta práctica se realiza con mayor frecuencia de la recomendada. Según la normativa (OMS, 2018), los tactos deben realizarse al ingreso y posteriormente cada cuatro horas (NOM 007), preferentemente por el mismo profesional. Sin embargo, esta indicación no se respeta. En algunos casos, se repiten con la justificación de que el personal de enfermería no los ejecutó correctamente, lo que lleva a múltiples evaluaciones por diferentes personas.

*“Primero me lo hizo una enfermera y luego fue el médico, porque dice ¡Es que lo que pasa es que a veces las enfermeras tienen los dedos más chiquitos! Dice, ¡Entonces ellas te dicen una cantidad, pero nosotros te decimos otra, entonces es mejor que te esperes a que nosotros te digamos” (Karina, 28 años).*

El testimonio anterior resulta particularmente preocupante, ya que la justificación ofrecida sugiere que solo los hombres están capacitados para realizar un diagnóstico adecuado de la dilatación cervical. Esta afirmación carece de fundamento y refleja una visión sesgada y sin sustento médico, lo que evidencia una falta de respeto hacia la usuaria y una desvalorización del personal de salud femenino.

Además, es importante señalar que los tactos vaginales pueden resultar dolorosos, especialmente considerando que las mujeres ya están atravesando por contracciones uterinas. Además del malestar físico, muchas expresan sentir incomodidad, vergüenza e incluso invasión, al ser examinadas por más de una persona durante este proceso.

*“Yo estaba, ay no, que pena, o sea, sobre todo porque pues por eso vas con tu ginecólogo particular, así como que nada más, como que con él”* (Daniela, 30 años).

Una de las principales razones por las que muchas mujeres optan por acceder a servicios de salud privados es la posibilidad de contar con acompañamiento durante el parto. Según los protocolos de los hospitales privados, se permite la presencia de la pareja en el proceso de parto, a diferencia de lo que ocurre en muchos hospitales públicos. Como se ha mencionado anteriormente, este acompañamiento brinda a las mujeres una sensación de tranquilidad y seguridad durante un momento tan significativo.

Sin embargo, existen variaciones en la forma en que se implementa este acompañamiento, dependiendo del hospital. En algunos casos, se permite que la pareja permanezca en el quirófano durante todo el procedimiento, mientras que, en otros, su presencia se limita a unos minutos, únicamente para conocer al recién nacido, tomar fotografías o grabar videos, tras lo cual se les solicita abandonar la sala.

*“Desde el momento que a mí me pasaron, a él casi creo que fue inmediato, que él también pasara, en lo que se cambiara, que se pusiera la bata vaya y que él pasara, casi pase yo y a los minutos pasó él”* (Angélica, 30 años).

*“No, pero lo mandaron a llamar, al momento en donde ya iban a sacar a la bebé”* (Yennifer, 20 años).

En los casos en los que la cesárea se realiza debido a una emergencia médica, el protocolo indica que no se permite el acceso de ningún acompañante al área de quirófano, incluso si la persona permanece consciente. Esta situación generó en una de las mujeres una profunda sensación de decepción, ya que, como se mencionó previamente, una de las principales razones para elegir un servicio médico privado es precisamente contar con acompañamiento y conservar un recuerdo significativo del nacimiento de su hijo.

*“Pensé que iba a tener la foto y el video y que mi novio iba a poder cortar el cordón y así, pero pues se me empezó a subir la presión una semana antes de la fecha que teníamos programada y pues fui a consulta y la doctora me dijo, que no podía esperarme más y que me tenía que operar al día siguiente”* (Paulina, 35 años).

El protocolo de anticoncepción, según lo establecido en la NOM-007-SSA2-2016, indica que, tras brindar consejería adecuada, se debe ofrecer a la usuaria un método anticonceptivo, el cual debe ser elegido de manera libre e informada, con pleno conocimiento de sus beneficios y posibles riesgos. En la práctica, esto no se cumple, ya que el personal médico suele limitarse a aceptar la respuesta de la usuaria sin brindar ningún tipo de consejería, incumpliendo así con lo establecido en la normatividad vigente.

El protocolo pediátrico se refiere al conjunto de pruebas que se realizan para verificar que el recién nacido no presenta ningún problema físico o neurológico. Aunque no existe un tiempo estrictamente establecido para llevar a cabo estas evaluaciones tras el nacimiento, en todos los testimonios analizados se observa que los recién nacidos son separados de la madre de manera inmediata, lo que interfiere con el apego temprano y retrasa el inicio de la lactancia, bajo el argumento de la revisión pediátrica.

*“Si en cuanto nació, bueno, nació y el pediatra le saco los moquitos y todo eso, la hizo llorar, lloro todo bien, la midieron, la pesaron... le hicieron otros estudios, el tamiz y todo eso, todos los estudios que le hacen a los recién nacidos y todo eso salió bien”* (Carolina, 21 años).

Lo ideal sería permitir que la madre tenga un primer contacto con su hijo y que pueda iniciar la lactancia materna, antes de realizar el protocolo pediátrico, siempre que el recién nacido no presente ninguna complicación. Sin embargo, este procedimiento suele llevarse a cabo de forma inmediata, aparentemente debido a que el pediatra responsable del protocolo, al igual

que el obstetra y el anesthesiólogo, manejan una agenda laboral ajustada. En muchos casos, sus honorarios se cubren como un servicio adicional, lo cual podría influir en la rapidez con la que se aplican dichas evaluaciones.

*“Nos dijeron que sí, pero que tendríamos que pagar los honorarios del anesthesiólogo y el pediatra aparte, porque pues ellos ya se habían programado y pues iban a tener que hacer espacio de un día para otro” (Paulina, 35 años).*

Como se ha señalado previamente, la ausencia de apego inmediato entre madre e hijo conlleva consecuencias significativas tanto para la madre como para el recién nacido. No obstante, persiste la priorización de los intereses económicos y de agenda del personal médico, quienes asumen un rol protagónico en el parto, tal como lo señala la literatura especializada (Castro y Erviti, 2015).

Dentro de los que para fines de este proyecto se denominó protocolos médicos, son todas las medidas que se llevan a cabo antes de entrar al quirófano, estas prácticas están estrictamente penadas por la normativa vigente, sin embargo, los hospitales y clínicas privadas que fueron incluidos en este estudio siguen con este protocolo.

Una de estas prácticas es la tricotomía. De acuerdo con la Ley de Protección al Parto Humanizado y a la Maternidad Digna del Estado de Nuevo León, la NOM-007-SSA2-2016, y las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018), esta intervención se considera innecesaria, ya que no se ha demostrado que aporte beneficios médicos. Por el contrario, puede provocar molestias o complicaciones cuando el vello púbico comienza a crecer nuevamente. A pesar de ello, este procedimiento continúa realizándose sin el consentimiento informado de la mujer, y en algunos hospitales incluso se solicita que las mujeres lleguen depiladas.

*“No, yo esa, yo me fui preparada porque a mí me dieron las instrucciones de como tenía que llegar, eso lo hice yo en mi casa. Yo llegué ya lista para pasar a archivo” (Paty, 27 años).*

Otro de los protocolos aplicados es la restricción de líquidos antes de la cesárea. Sin embargo, esta práctica va en contra de la normativa vigente, la cual establece que no debe imponerse ninguna restricción en la ingesta de líquidos a las mujeres, ya que no existe evidencia científica que demuestre un riesgo asociado con su consumo en relación con la anestesia.

La restricción de alimentos y líquidos genera estrés en el cuerpo de las mujeres, ya que muchas expresan sentir hambre y malestar al no poder comer ni beber. Esta situación, sumada al retraso en la realización de la cirugía, intensifica su sensación de incomodidad y malestar. Por lo que este protocolo podría describirse fuera de la ley, así como violento a los derechos de las mujeres durante el parto.

*“Me dijeron que tenían que ser doce horas de ayuno y se supone que la bebé nacía, me citaron a las ocho en el hospital, entonces yo, comí un viernes a las ocho, llegué al hospital las a las ocho, pero la bebé nació hasta las once, entonces se fue recorriendo todos los tiempos” (Carolina, 21 años).*

Asimismo, existen otros protocolos que no se encuentran contemplados en la normativa vigente del estado de Nuevo León; sin embargo, no se abordan en este análisis por estar relacionados específicamente con el parto fisiológico.

El puerperio es una etapa que, en muchas ocasiones, tiende a ser subestimada, dejando de lado tanto los aspectos emocionales como los malestares físicos que pueden experimentar las mujeres tras el parto. Es precisamente en este periodo donde la prevalencia de la depresión suele incrementarse. Como es de esperarse, los protocolos médicos continúan durante esta fase; de

acuerdo con la NOM-007-SSA2-2016, se establece la vigilancia activa para asegurar el bienestar tanto de la madre como del recién nacido.

Uno de los protocolos evidenciados en los testimonios es la asistencia en el baño, que incluye tanto el acompañamiento durante la ducha como al momento de hacer sus necesidades fisiológicas. Este procedimiento tiene como objetivo prevenir accidentes dentro del sanitario y garantizar la seguridad de la persona en proceso de cuidado. Sin embargo, aunque su finalidad es proteger la salud de la mujer, muchas de ellas lo perciben como una invasión a su intimidad, ya que sienten que su privacidad se ve vulnerada.

Este protocolo puede variar dependiendo del hospital. En algunos casos, el personal de enfermería se encarga de preparar el baño, colocando una silla y disponiendo los artículos de higiene personal cerca de la usuaria, de modo que ella pueda bañarse por sí misma o recibir ayuda de su pareja o acompañante. En estos contextos, el protocolo únicamente contempla el acompañamiento de la usuaria hasta el baño, retirándose el personal posteriormente.

*“Te ponen una silla ahí en la regadera, pero yo entré sola a bañarme y ya nada más. El que me ayudó, pues a pasarme la toalla y la ropa y la bata pues fue Edwin, pero no, ellas no”* (Daniela, 30 años).

En contraste, en otros hospitales el protocolo es más estricto: el personal de enfermería asiste directamente a la mujer durante el baño, no le permite desnudarse por sí sola, la bañan y la ayudan a vestirse. Es precisamente en este tipo de entornos donde las usuarias refieren sentirse más vulnerables, señalando que este momento les resultó particularmente incómodo.

*“Y dijo a bueno, le voy a quitar la ropa y me dice ¡qué pena, pero es que por política yo tengo que quitarle la ropa y yo la tengo que vestir, y yo la tengo que bañar!”* (Margarita, 31 años).

Como es de esperarse, después de una cirugía o un parto instrumentalizado, la persona presenta una herida que provoca dolor, por lo que la medicalización se convierte en un protocolo necesario para proporcionar analgesia y facilitar su recuperación. Al igual que en el caso de la asistencia en el baño, la aplicación de este protocolo varía de un hospital a otro. En algunos centros de salud, se mantiene la administración de analgésicos durante toda la estancia hospitalaria de la usuaria. Sin embargo, en otros, el suministro de medicamentos para el dolor se limita a las primeras 24 horas, y a partir de ese momento, es necesario realizar un pago adicional para continuar con el tratamiento analgésico. Asimismo, el protocolo de medicamentos se mantiene con antibióticos para evitar infecciones.

*“Sí, pero eso fue al principio, si el primer día, y ya después, ya me quitaron el catéter”*  
(Yennifer, 20 años).

Dentro del protocolo médico se integra lo que es la revisión continua de la usuaria, de acuerdo con la NOM 007 se deberá seguir el siguiente horario; en la primera hora se revisará a la usuaria cada 15 minutos, vigilando el comportamiento de la frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, presión arterial, temperatura, llenado capilar, hemorragia transvaginal, el tono y altura del útero y el reinicio de la micción espontánea. Posteriormente, se revisará cada 30 minutos hasta completar las 2 primeras horas del puerperio y luego entre 4 y 8 horas de acuerdo con su evolución hasta su egreso.

Al parecer, algunos hospitales no cumplen adecuadamente con este protocolo, ya que varias mujeres mencionan no haber sido monitoreadas de forma recurrente, tal como lo establece la normativa vigente. Incluso, algunas participantes señalaron que permanecieron completamente solas en el área de recuperación. Si bien las enfermeras se encontraban en la

estación cercana, ninguna estaba junto a las personas en proceso de atención, vigilando sus signos vitales como lo indica el protocolo.

*“Solo me dejaron ahí, estaba casi a unos metros la estación de enfermeras”* (Yennifer, 20 años).

De acuerdo con lo que se establece en la NOM-006-SSA3-2011 Este procedimiento es de suma importancia, ya que durante el postoperatorio existe un riesgo elevado de complicaciones relacionadas con la anestesia. Por ello, se establece que tanto el anesthesiólogo como el personal de enfermería deben permanecer cerca de la persona, brindando atención continua y monitoreo constante de su estado de salud.

Otro de los aspectos relevantes dentro de la evaluación de los servicios médicos es el protocolo relacionado con la alimentación postparto, el cual, en muchos casos, se aplica de forma tardía. Algunas participantes mencionan que, a pesar de haber tenido a sus hijos por la mañana, no recibieron su primer alimento sino hasta la noche.

La literatura señala que, si bien no existe un tiempo exacto establecido para reanudar la alimentación tras el parto, esta debe restablecerse lo antes posible, siempre que las condiciones clínicas de la usuaria lo permitan (Patolia et al., 2001; Ogbadua et al., 2018; Quiñones et al., 2021).

Además del retraso, se observa que los alimentos ofrecidos al inicio en todos los hospitales son únicamente líquidos y en porciones muy reducidas, a pesar de que no existe evidencia científica que respalde este tipo de restricción en mujeres sin complicaciones.

Dentro de lo que se denomina protocolo pediátrico se incluye el baño del recién nacido. Según las directrices de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018), este debe posponerse, idealmente, hasta 24 horas después del nacimiento, o al menos durante las primeras 6 horas. Esta recomendación busca prevenir episodios de hipotermia y favorecer el contacto piel con piel entre madre e hijo, lo cual fortalece el vínculo afectivo, especialmente si la madre participa en el primer baño.

Sin embargo, muchas mujeres no son informadas sobre estos beneficios, y en los casos en que solicitan expresamente que no se bañe al recién nacido, su petición suele ser ignorada bajo el argumento de que el protocolo pediátrico así lo requiere.

*“Le digo, ok, me quedo en tu sala, pero tráeme a la bebé. ¡No, es que no se puede porque la están bañando! Le digo, es que yo pedí que no la bañaran. ¡No señora, es que es por protocolo!”* (Karina, 28 años).

Otro de los protocolos pediátricos es la colocación del recién nacido en observación dentro de cuneros, una práctica que actualmente no se considera recomendable. Por el contrario, se sugiere que el recién nacido permanezca junto a su madre durante toda la estancia hospitalaria, promoviendo el apego temprano, la lactancia y el bienestar del binomio madre-hijo.

En la práctica, cada hospital establece su propio protocolo para regular el tiempo de convivencia entre la madre y el neonato. En algunos casos, la separación dura solo un par de horas; sin embargo, en otros puede extenderse por más de seis horas, sin que exista una justificación médica para ello.

*“Me dijeron 1 hora, 2 horas, en lo que checamos a la niña, le hacemos, pues todo lo que le hacen a un recién nacido, ya me la pasaron, yo creo que sí, 1 hora 2 horas, ya me la pasaron a la habitación y ya estuve con ella, ya en la misma habitación”* (Angélica, 31 años).

No obstante, también es importante cuestionar si esta pronta atención responde a una verdadera atención humanizada o si forma parte de un modelo más técnico e intervencionista que, aunque eficiente, puede dejar de lado otros aspectos del cuidado emocional y la autonomía de las mujeres durante el proceso del parto.

Por último, el protocolo de seguridad para los recién nacidos es presentado como una estrategia dentro de la oferta comercial de los llamados "paquetes de maternidad". Los hospitales destacan la implementación de medidas de seguridad tanto en el área de cuneros como en las salidas del hospital, argumentando que estas acciones pueden prevenir posibles casos de sustracción de menores. Esta experiencia de seguridad brinda a las mujeres una sensación de tranquilidad y actúa como un elemento persuasivo que las motiva a adquirir dichos servicios.

#### ***4.1 Los protocolos practicados por el personal médico en mujeres de acuerdo con el tipo de hospital***

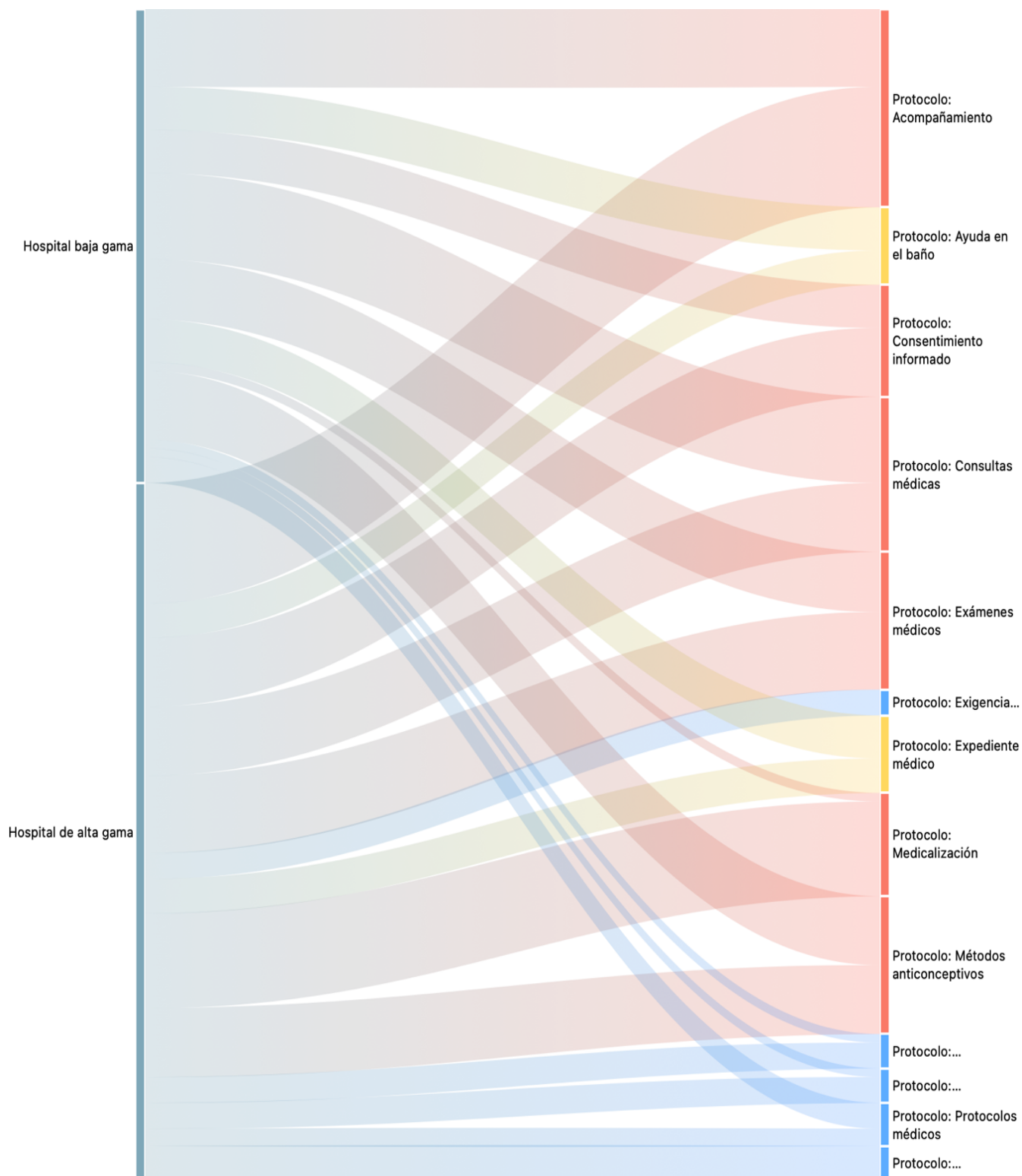
Como se ha mencionado previamente, los protocolos presentan variaciones significativas entre hospitales. Aunque existe una normativa general que rige para todos los centros que brindan servicios de maternidad, cada institución también cuenta con sus propias disposiciones internas. En la figura 7 se ilustran las diferencias que existen en la comparativa de los hospitales.

Como es posible observar, la narrativa revela que los protocolos médicos están más marcadamente presentes en los testimonios de las mujeres entrevistadas que fueron atendidas en hospitales de alta gama. Esto podría llevarnos a pensar que el costo de estos hospitales está directamente relacionado con la implementación rigurosa, y en algunos casos excesiva, de dichos protocolos, como parte de una oferta de atención más estructurada y “completa”.

Uno de los aspectos más destacados en estos testimonios es la frecuencia con la que se menciona el protocolo de medicalización, especialmente en lo que respecta al manejo del dolor y las incomodidades físicas. Las mujeres que fueron atendidas en hospitales de alta gama refieren con mayor regularidad que cualquier síntoma molesto o procedimiento doloroso fue atendido de manera rápida y efectiva. Esta respuesta oportuna parece ser una característica distintiva de estos centros, donde la atención inmediata es parte del valor agregado que justifica, al menos en apariencia, los altos costos de los servicios.

*“Me dieron medicamento de todo, me dieron supositorios y óvulos y medicamento oral y de todo” (Carolina, 21 años).*

**Figura 8.** *Protocolos practicados por el personal médico en mujeres del estado de Nuevo León de acuerdo con el tipo de hospital.*



Fuente: Elaboración propia con base en las entrevistas a las mujeres participantes, 2023.

En el caso del retiro de puntos después de la cesárea, las mujeres atendidas en hospitales de baja gama mencionan que este retiro fue sin analgesia, por lo que sintieron una molestia en el momento, aunque ninguna menciona que el dolor sea incapacitante o fuerte, en el caso de las mujeres que se atendieron en hospitales de alta gama si recibieron analgesia para evitar las molestias.

*“Me aplico un spray de lidocaína y sentí el estirón así y ya” (Yennifer, 20 años).*

Al igual que en el protocolo de medicalización, los exámenes médicos tienden a ser más exhaustivos en las mujeres atendidas en hospitales de alta gama. Al parecer, los médicos que laboran en estos centros procuran no dejar ningún parámetro sin evaluar, lo que se traduce en la elaboración de expedientes clínicos más completos y detallados. Esta atención minuciosa podría estar asociada tanto a los estándares institucionales como a las expectativas que impone el costo elevado de los servicios.

*“Desde un inicio nos pidió a los dos las pruebas para ver la compatibilidad... al final de cuentas sí, las 2 ocasiones me pusieron la vacuna esa, porque los 2 son positivos y yo soy a negativo. Pero sí, si nos lo explicaron también en el embarazo y todo” (Daniela, 30 años).*

El costo de los servicios médicos particulares es mucho más elevado en comparación a los gastos que podrían realizarse en el servicio público, mismos que pueden ser gratuitos en caso de que la mujer tenga seguridad social, el pago de estos servicios lo hacen en espera de un servicio de mayor calidad, empero, el aseguramiento de este pago parece ser un protocolo que se vuelve indispensable.

La exigencia de pago es un tema recurrente en los testimonios relacionados con hospitales de alta gama. En uno de ellos se describe cómo, debido al elevado costo de los honorarios médicos adicionales, el personal del hospital, desde el momento mismo en que la usuaria llega, se enfoca prioritariamente en asegurar el cumplimiento del pago. Esta situación revela una lógica mercantil en la atención médica, donde los intereses económicos parecen prevalecer sobre el bienestar emocional y físico de las personas en proceso de cuidado, generando una experiencia que muchas mujeres perciben como deshumanizante.

Este enfoque comercial de la atención se alinea con lo señalado por diversos autores sobre la mercantilización de la salud, entendida como el proceso mediante el cual los servicios médicos dejan de concebirse como un derecho y pasan a funcionar bajo una lógica de mercado (Castro y Erviti, 2015; Menéndez, 2003). En este modelo, las relaciones médico-paciente pueden verse distorsionadas por la presión de cumplir con costos, paquetes de servicios y honorarios, transformando la atención en un producto.

El contraste es aún más evidente al comparar con hospitales públicos o de menor costo, donde, si bien existen deficiencias en infraestructura y recursos humanos, el componente económico no suele representar una barrera inmediata para acceder a la atención. Esto pone de manifiesto una tensión entre la tecnología y rapidez de respuesta que ofrecen los hospitales de alta gama, y la falta de atención empática o centrada en las necesidades individuales de las mujeres.

El consentimiento informado parece adquirir mayor relevancia en los hospitales de alta gama. Aunque este protocolo aún presenta deficiencias en su aplicación, en estos centros se observa un mayor esfuerzo por explicar, al menos de forma superficial, los procedimientos a

realizar y por incluir a la usuaria en la toma de decisiones. Sin embargo, detrás de esta aparente participación, muchas veces se oculta una forma de coacción sutil, en la que se persuade a las mujeres para que acepten prácticas innecesarias bajo el argumento de seguridad médica o rutina institucional.

Esta simulación de autonomía puede generar una falsa sensación de control, cuando en realidad las decisiones ya están condicionadas por protocolos estandarizados y por una cultura médica que continúa priorizando la autoridad profesional sobre los derechos y deseos de la persona bajo atención médica.

El protocolo de seguridad se presenta de forma más rigurosa y estructurada en los testimonios de mujeres atendidas en hospitales de alta gama. En estos centros, parece existir un mayor control en el resguardo del área de cuneros, así como en los mecanismos de identificación de los recién nacidos, con el objetivo de evitar confusiones o errores en la asignación de los bebés. Este enfoque más estricto sugiere una mayor preocupación institucional por ofrecer garantías en términos de seguridad neonatal, lo cual también puede estar relacionado con la imagen de calidad que estos hospitales buscan proyectar.

En lo que respecta al protocolo pediátrico, los testimonios sugieren que en los hospitales de alta gama se aplica una práctica más estricta que implica la separación del recién nacido de su madre por un periodo mayor al recomendado, y en muchos casos, sin una justificación médica clara. Esta separación prolongada podría obedecer a una adherencia rígida a procedimientos institucionales que priorizan la evaluación pediátrica por encima del contacto inmediato madre-hijo. En contraste, en hospitales de menor costo, el tiempo de desapego suele ser más breve, lo

que permite una recuperación más rápida del vínculo afectivo inicial entre la madre y el recién nacido.

Como conclusión, es posible observar que los hospitales de alta gama tienden a implementar protocolos mucho más estrictos y estructurados en comparación con otros centros de atención. Sin embargo, esta rigurosidad no necesariamente implica un mayor apego a la normatividad oficial ni a las recomendaciones basadas en evidencia científica o en el enfoque de derechos humanos en la atención obstétrica.

En muchos casos, estos protocolos responden más a dinámicas institucionales internas, a intereses administrativos o comerciales, e incluso a prácticas arraigadas en una visión altamente medicalizada del parto, que a una verdadera intención de garantizar una atención segura, respetuosa y centrada en la mujer. De hecho, la implementación de procedimientos innecesarios, la coacción en decisiones clínicas disfrazadas de consentimiento informado, o la separación injustificada del binomio madre-hijo, son señales de que el cumplimiento estricto de un protocolo no siempre se traduce en calidad ni en respeto a la normativa vigente.

#### ***4.2 Los protocolos practicados por el personal médico en mujeres de acuerdo con la escolaridad***

El nivel de escolaridad de las mujeres puede representar una barrera importante en el establecimiento y respeto de ciertos protocolos médicos. Como se ha documentado en diversos estudios, las mujeres con menor nivel educativo son más vulnerables a la violación de sus derechos, incluyendo el acceso a una atención digna, informada y respetuosa durante el proceso de parto.

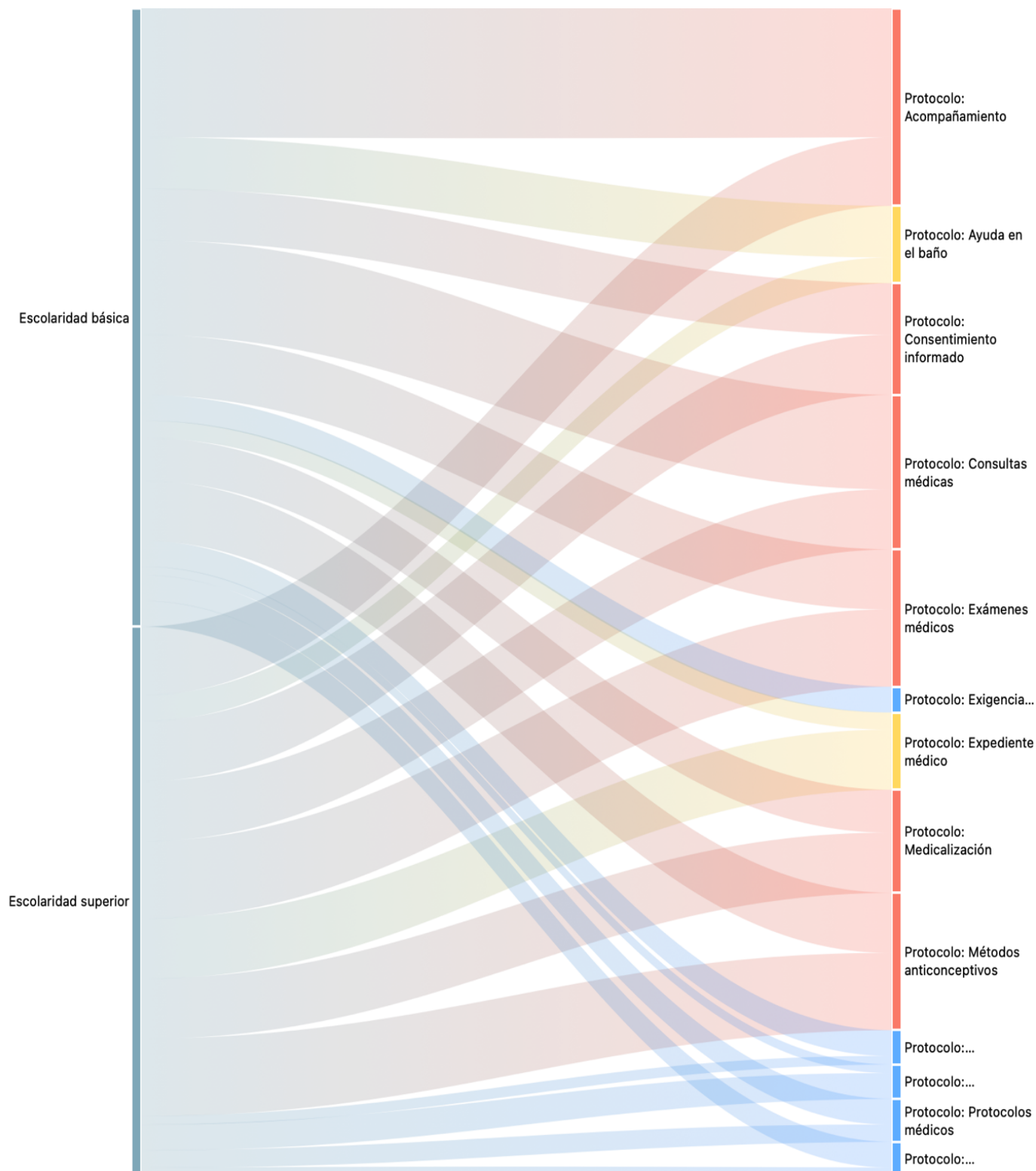
La figura 8 ilustra las diferencias en la aplicación de algunos protocolos según el nivel escolar de las mujeres entrevistadas. Estos datos evidencian cómo las brechas educativas pueden traducirse en desigualdades en la atención, reforzando patrones de discriminación estructural dentro del sistema de salud.

El protocolo de acompañamiento se refiere al derecho de la mujer a estar acompañada por su pareja o por un familiar durante todo el proceso de parto, incluyendo el trabajo de parto, el parto en sí y el posparto inmediato. Este acompañamiento no solo brinda apoyo emocional, sino que también se reconoce como una práctica que favorece una experiencia de parto más segura y humanizada.

Sin embargo, los testimonios de mujeres con nivel educativo básico revelan que este derecho no siempre es respetado. En algunos casos, se impusieron barreras económicas o administrativas para permitir el acceso del acompañante. Por ejemplo, una usuaria relató que se le negó la entrada a su pareja bajo el argumento de que este acompañamiento implicaba un costo adicional. En otro caso, el personal médico intentó obligar a la mujer a ingresar sola a la sala de parto mientras su pareja se había ausentado brevemente para recoger pertenencias.

En contraste, entre las mujeres con mayor nivel educativo, las interrupciones en el protocolo de acompañamiento fueron menos frecuentes y, en los pocos casos registrados, se debieron a razones médicas justificadas.

**Figura 9.** *Protocolos practicados por el personal médico en mujeres del estado de Nuevo León de acuerdo con la escolaridad.*



Fuente: Elaboración propia con base en las entrevistas a las mujeres participantes, 2023.

Por otro lado, el protocolo que se aplica durante las consultas médicas muestra deficiencias más marcadas en el caso de mujeres con nivel educativo básico. Una vez más, se puede inferir que la brecha educativa influye de manera significativa en la calidad de atención que reciben estas mujeres. Esta situación evidencia una desigualdad preocupante, donde el nivel de escolaridad parece condicionar el trato, la profundidad del análisis clínico y la disposición del personal médico para brindar una atención integral y respetuosa.

*“No quiere decir que él estaba hablando conmigo, o sea, a lo mejor yo pasaba, me sentaba en lo que él estaba escribiendo cosas y haciendo cosas. Ahora así pasa en la camita, te pongo gel, checo todo bien, y en lo que sale el papelito que imprime, ahí está, o sea, no es así como que 20 minutos hablando conmigo para ver cómo estoy, cómo me siento, no” (Paty, 27 años).*

Las consultas médicas durante el embarazo tienden a ser significativamente más breves en el caso de las mujeres con nivel educativo básico. Según los testimonios, estas visitas se limitaban principalmente a verificar la frecuencia cardíaca fetal, controlar el peso de la usuaria y realizar una ecografía. Esta atención contrasta de manera evidente con la que reciben las mujeres con mayor escolaridad, quienes reportan consultas más extensas, con mayor apertura para resolver dudas y un enfoque clínico más detallado.

En cuanto al protocolo de exámenes médicos, las mujeres con estudios superiores mencionan que sus médicos obstetras solicitaron estudios de gabinete más completos, mientras que aquellas con menor nivel educativo señalaron que en muchos casos ni siquiera recuerdan haber sido sometidas a este tipo de pruebas. Esta disparidad también se refleja en la elaboración del expediente médico: en mujeres con mayor escolaridad, dicho expediente tiende a estar más

completo, incluyendo resultados de laboratorio y reportes ecográficos integrados adecuadamente. En contraste, las usuarias con menor escolaridad suelen contar con expedientes generales y menos detallados, lo cual podría afectar negativamente la calidad del seguimiento médico.

*“Si, porque es una tarjetita rosa que te dan y ellos van anotando todos los datos, la presión, los pesos, qué semana es, frecuencia cardíaca, todo, todo, todo lo van anotando”* (Karina, 28 años).

De esta manera, es posible concluir que, en lo que respecta a la aplicación de los protocolos, existen diferencias notables asociadas al nivel educativo de las mujeres. Los testimonios analizados evidencian que aquellas con menor escolaridad tienden a ser más vulnerables a recibir una atención deficiente, lo que podría explicarse, en parte, por la experiencia de que desconocen aspectos fundamentales de su proceso reproductivo, así como de sus derechos sexuales y reproductivos. Esta situación revela una preocupante brecha en la calidad de atención, que refuerza desigualdades estructurales y pone en riesgo el bienestar de las mujeres en situación de mayor vulnerabilidad.

### ***3.3.3 Los protocolos practicados por el personal médico en mujeres de acuerdo con la edad***

Al analizar la categoría social de la edad en relación con los protocolos implementados, se observa en la figura 9 que, si bien las diferencias no son numerosas, sí resultan significativas. Los testimonios recopilados muestran que existen variaciones marcadas en la experiencia de atención según el grupo etario, lo que evidencia, una vez más, que la edad continúa siendo un factor que puede generar disparidad en el trato hacia las mujeres durante su proceso reproductivo. Esta situación pone de manifiesto la necesidad de una atención más equitativa y sensible a las características individuales de cada persona con necesidades de salud, sin prejuicios ni estereotipos basados en la edad.

El consentimiento informado respecto a las prácticas realizadas tanto en el cuerpo de la usuaria como en el de su recién nacido parece tener mayor presencia en el grupo etario de mujeres entre 21 y 29 años. Los testimonios de este grupo reflejan una mayor consistencia en cuanto a la entrega y firma de dicho consentimiento, ya sea por parte de ellas o de sus acompañantes. Aunque muchas no recuerdan haberlo firmado directamente, sí mencionan que les fue entregado para que su pareja lo revisara. Lo que muestra que a este grupo de mujeres se le informa la importancia de la firma de este documento, aunque como se mencionó con anterioridad esto se hace de manera muy general.

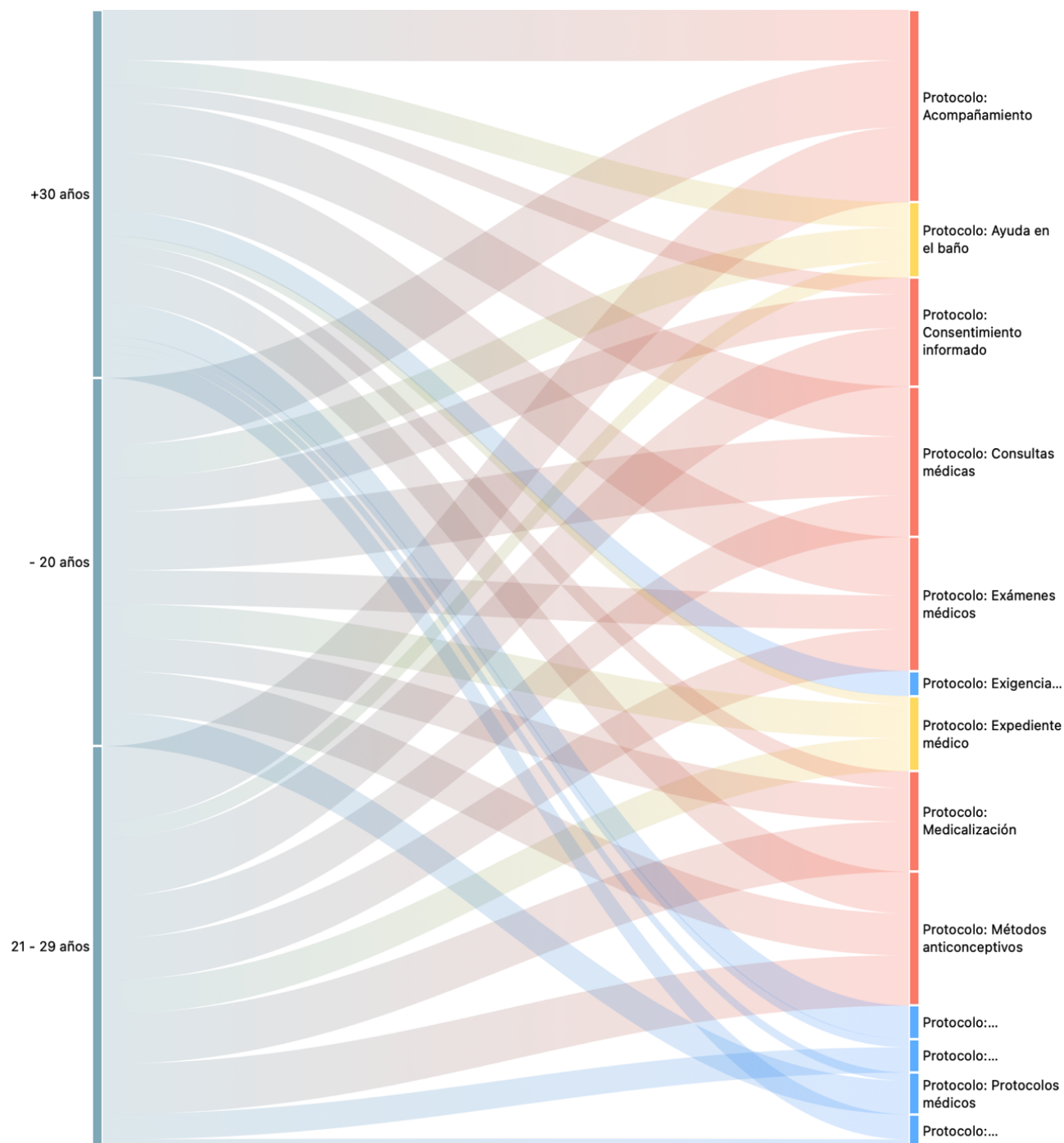
En los otros dos grupos etarios, se observa una particularidad importante: el consentimiento informado fue entregado únicamente a la pareja para su firma, sin que ninguna de las mujeres en estos grupos participara directamente en dicho proceso. De manera aún más preocupante, en el grupo de mujeres menores de 20 años, algunas incluso desconocían por completo la existencia de este documento.

Lo que resulta evidente en los tres grupos es que persisten prácticas médicas, como el suministro de fórmula, el baño del recién nacido y otras intervenciones, que se llevan a cabo sin solicitar previamente la autorización de la madre. Esto pone de manifiesto la persistente omisión del consentimiento informado como una práctica ética esencial dentro de la atención obstétrica.

La medicalización es otro de los protocolos en los que se identifican diferencias significativas en cuanto a su frecuencia, según los testimonios de las mujeres entrevistadas. Particularmente, el grupo de mujeres entre 21 y 29 años reporta un uso más frecuente de medicamentos para el alivio de malestares durante el embarazo, el parto y el puerperio. En sus

relatos, es común que mencionen el uso de analgésicos, antibióticos y otros fármacos para tratar náuseas, infecciones o dolores.

**Figura 10.** *Protocolos practicados por el personal médico en mujeres del estado de Nuevo León de acuerdo con la edad.*



Fuente: Elaboración propia con base en las entrevistas a las mujeres participantes, 2023.

*”Me dieron medicamento de todo, me dieron supositorios y óvulos y medicamento oral... y si te dan medicamentos que para el dolor y la infección” (Carolina, 21 años).*

En contraste, las mujeres mayores de 30 años son quienes menos refieren haber recibido medicación para aliviar molestias. En este grupo, los testimonios evidencian una mayor resistencia al uso de medicamentos, así como una actitud más tolerante hacia el dolor. Esto podría estar relacionado con factores personales, culturales o con una experiencia distinta sobre la medicalización del proceso reproductivo.

*“No me acuerdo el medicamento, pero era para que no vomitara tanto, pero me daba mucho sueño el medicamento, me provocaba que me fuera durmiendo todo el día entonces trataba de no tomarlo tanto” (Margarita, 31 años).*

En relación con el expediente médico, los grupos etarios de menores de 20 años y de 21 a 29 años mencionan que el ginecólogo elaboraba dicho expediente en una computadora, registrando los resultados de las consultas y de los exámenes de laboratorio. Sin embargo, en varios testimonios se señala que esta elaboración se realizaba sin una interacción directa con la usuaria, lo que generó en ellas una sensación de insatisfacción con la atención recibida, al percibir la consulta como impersonal y poco participativa.

*“Siempre era el doctor con su computadora y no, no veía si mantenía algo físico, o no me decía comparativas de, ah mira el mes pasado hubo esta diferencia o algo así, nunca me lo hicieron saber” (Yanely, 18 años).*

Por otro lado, en el grupo de mujeres mayores de 30 años, la existencia del expediente médico se percibe únicamente como parte del protocolo institucional. En sus respuestas, no se

le otorga mayor relevancia al contenido del documento, limitándose a señalar que sí se elaboró, sin expresar preocupación por la información que se registró en él, en uno de los casos, al ser su ginecólogo de cabeza no se menciona en expediente médico.

*“Yo ya tenía con él como como 4 años más o menos... porque con él me empecé a cuidar. O sea, cuando empecé a tener relaciones luego luego fui con el ginecólogo para, pues para el método anticonceptivo haz de cuenta”* (Daniela, 30 años).

El protocolo de seguridad parece tener mayor relevancia en el grupo de mujeres mayores de 30 años, quienes expresan haber sentido tranquilidad al saber que sus recién nacidos estaban debidamente identificados y protegidos. En sus testimonios, manifiestan una preocupación latente por evitar cualquier posible error humano, como un intercambio de bebés, y valoran positivamente las medidas implementadas por el hospital para garantizar la seguridad.

En contraste, las mujeres de los grupos etarios más jóvenes no hacen mención específica de este protocolo, lo que sugiere un menor nivel de interés o conciencia respecto a este aspecto de la atención hospitalaria.

*“Le revisé su pulserita y pues si decían mis datos”* (Paulina, 35 años).

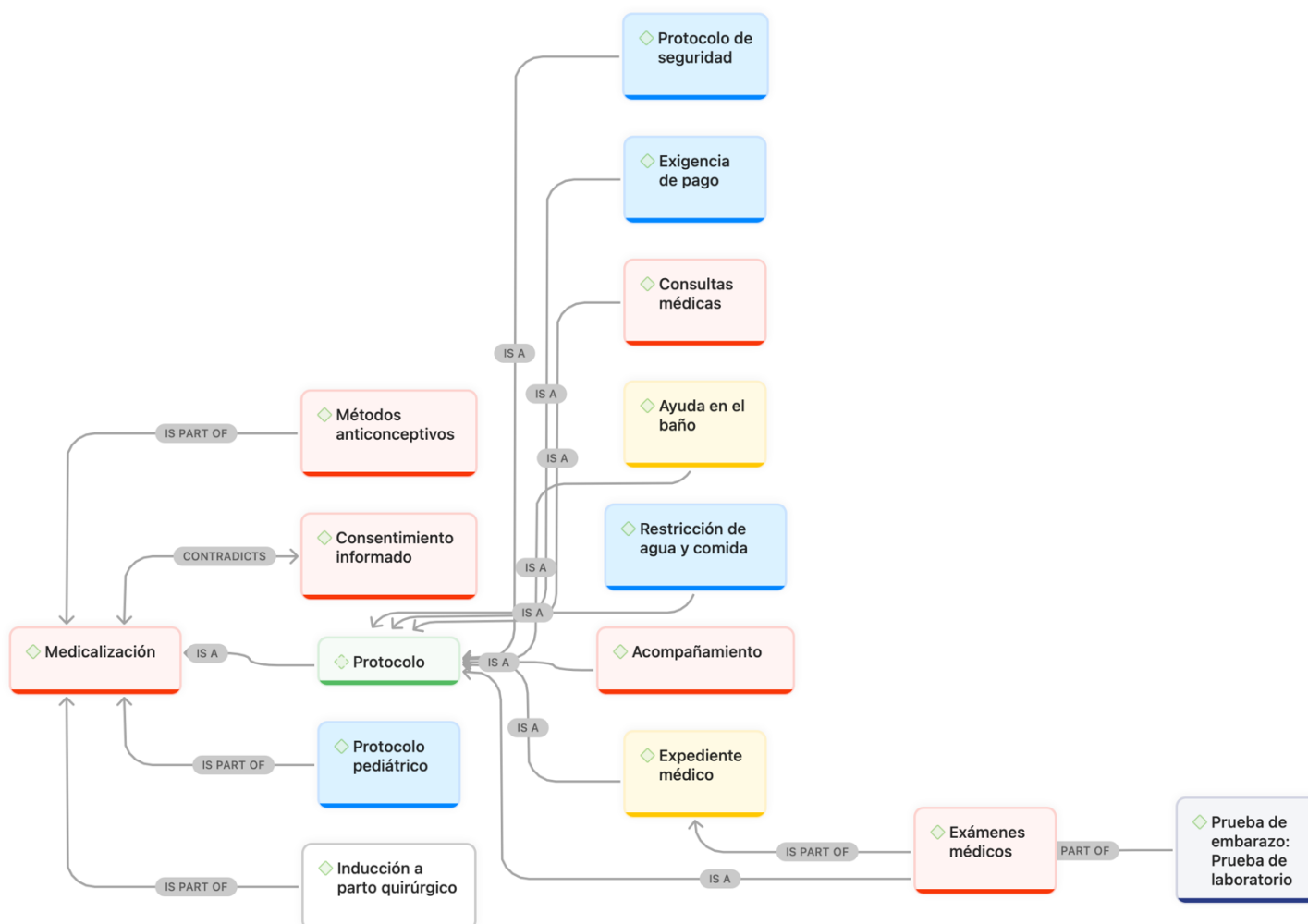
Este protocolo de seguridad al parecer fue una de las estrategias de venta del paquete de maternidad en este grupo etario, puesto que este grupo es el único que menciona este protocolo como un motivo por el cual decidieron contratar los servicios de dicho hospital.

*“En el hospital se enfocaron más en cuanto al reglamento, por si llega a pasar esto o dónde va a estar el bebé y que mucha seguridad, yo creo que por eso me fui por ahí tienen a los bebés bajo varios guardias no puede entrar nadie más que la mamá”* (Margarita, 31 años).

Podemos concluir que la aplicación de ciertos protocolos varía en función de la categoría social, siendo la edad un factor que influye significativamente en la forma en que las mujeres son atendidas a lo largo de su proceso reproductivo. Aunque los lineamientos establecidos deberían aplicarse de manera uniforme, en la práctica se observan diferencias notables según el grupo etario al que pertenecen las personas atendidas.

Si bien los protocolos médicos tienen una estructura general que debería garantizar una atención equitativa y de calidad, los testimonios evidencian que su implementación no siempre es homogénea. Estas variaciones reflejan no solo posibles deficiencias en la atención, sino también la presencia de sesgos que pueden afectar la experiencia y el bienestar de las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio.

**Figura 11.** Red analítica de las categorías de protocolos emergentes en los relatos de las mujeres entrevistadas.



Fuente: Elaboración propia

## **Capítulo 5**

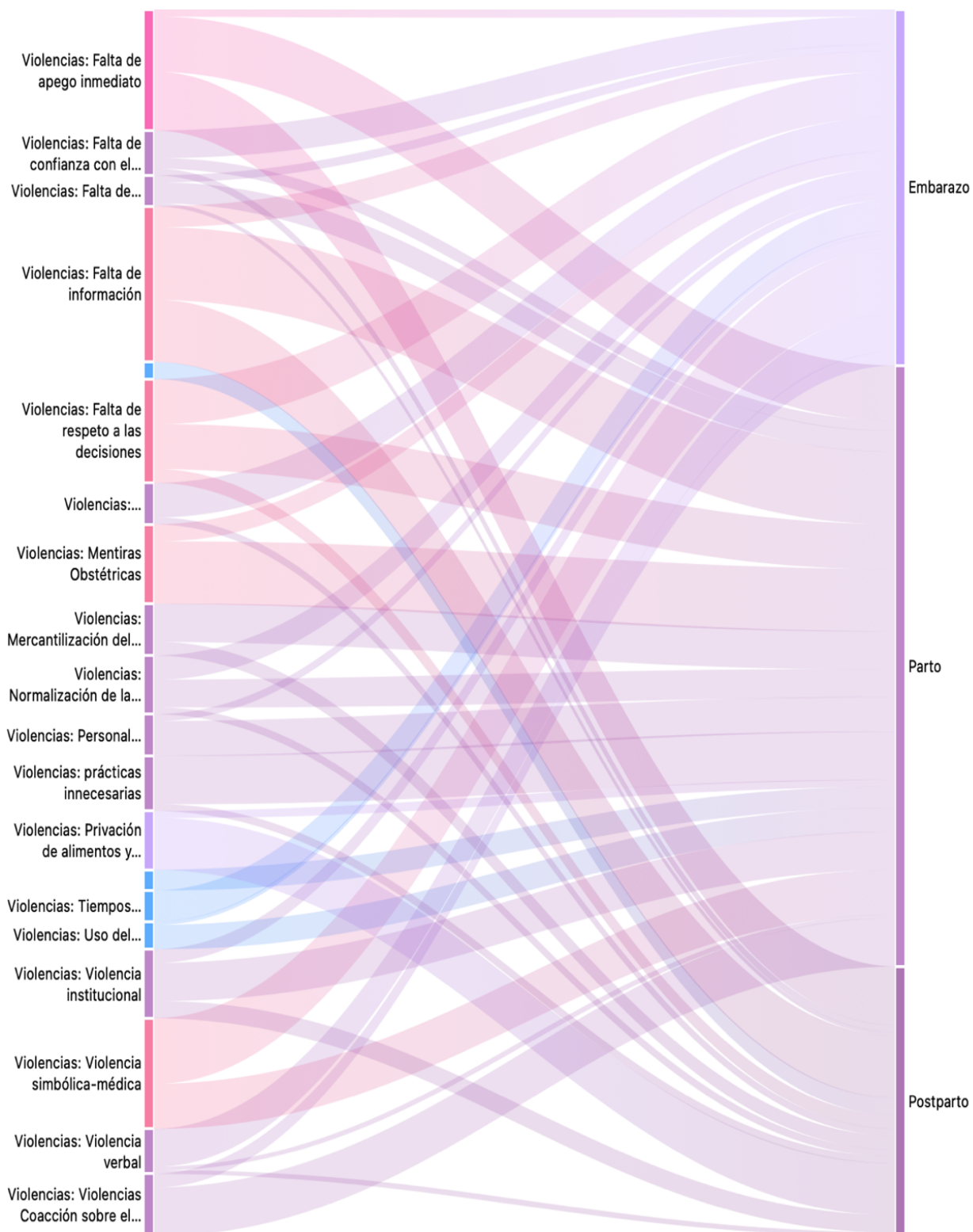
### **Violencias Obstétricas y Condición Social: Experiencias Diferenciadas de las Mujeres**

En el presente apartado se presentan los hallazgos relacionados con las diversas manifestaciones de violencia identificadas en el estudio. A partir de los testimonios recopilados, se evidencia que, si bien algunas mujeres no perciben determinadas experiencias como actos explícitos de violencia, sí han señalado haber atravesado situaciones incómodas, invasivas o coercitivas a lo largo de su proceso reproductivo. Estos relatos permiten visibilizar cómo ciertas prácticas normalizadas dentro de los servicios de salud pueden generar malestar, vulnerar derechos y contribuir a la perpetuación de dinámicas que, en muchos casos, constituyen violencia obstétrica.

La figura 10 resume los temas más relevantes identificados durante las entrevistas, destacando los principales actos de violencia relatados por las mujeres participantes. Sin embargo, es fundamental recordar que la violencia obstétrica no se limita únicamente a los casos aquí expuestos; existen muchas otras formas de maltrato que continúan afectando a las mujeres en distintas etapas de su proceso reproductivo. Además, esta problemática tiende a intensificarse en contextos de atención médica gratuita o de bajo costo, donde las condiciones estructurales y la falta de recursos pueden agravar las experiencias de violencia y vulneración de derechos.

Asimismo, en la figura 10 se observa que el período del parto es la etapa en la que las mujeres reportan el mayor número de actos de violencia. Le sigue el embarazo, donde también se identifican diversas formas de maltrato, aunque en menor medida. Finalmente, el posparto es la etapa en la que se registra la menor incidencia de violencia, aunque sigue presente en todos los testimonios

**Figura 12.** Temas destacados en las violencias ejercidas en las mujeres a lo largo de su proceso reproductivo en Nuevo León



Fuente: Elaboración propia con base en las entrevistas a las mujeres participantes, 2023.

### ***5.1 Las violencias experimentadas por mujeres durante su proceso reproductivo por categoría social***

Durante la etapa del embarazo, el tema más recurrente en los relatos de las mujeres es lo que, para los fines de este estudio, se ha denominado como violencia simbólica médica, cabe recalcar que en este apartado se excluyen ciertos actos de violencia que, aunque forman parte de la violencia simbólica, han sido abordados en secciones específicas debido a su alta frecuencia y relevancia dentro del estudio, aclarado lo anterior podemos retomar que este tema se manifiesta cuando el personal de salud impone su autoridad basada en el conocimiento científico, desestimando tanto los saberes tradicionales como la propia experiencia de las mujeres sobre su cuerpo y proceso reproductivo. Esta desvalorización de sus conocimientos y experiencias no solo limita su participación en la toma de decisiones, sino que, en algunos casos, puede derivar en complicaciones durante el embarazo debido a la falta de reconocimiento de sus necesidades individuales.

Diversos autores han analizado este fenómeno, Bellón (2015), Chiarotti (2003) han descrito cómo el poder médico se impone dentro del proceso reproductivo, relegando a las mujeres a un papel pasivo y disminuyendo su capacidad de agencia. Este ejercicio de autoridad no solo perpetúa dinámicas de subordinación, sino que también contribuye a la normalización de prácticas que vulneran los derechos de las mujeres durante la atención obstétrica.

Brigidi y Busquets (2019) evidencian cómo el autoritarismo médico alcanza niveles en los que se niega a las mujeres el derecho a tomar decisiones sobre su propio cuerpo. Esta invalidación de sus sensaciones e intuiciones refuerza una relación de poder asimétrica, en la que es el médico quien determina la veracidad de sus síntomas, minimizando sus experiencias.

Un caso particularmente revelador es el de una usuaria a la que su obstetra le aseguró que no estaba embarazada y, basándose en este juicio, le recetó pastillas para inducir la menstruación. Sin embargo, la mujer, confiando en su intuición y en las señales de su propio cuerpo, decidió no tomarlas. Posteriormente, se confirmó que efectivamente estaba embarazada. Este tipo de situaciones no solo reflejan una falta de escucha y reconocimiento de la autonomía de las mujeres, sino que también pueden poner en riesgo su salud y bienestar

*“Fui con la ginecóloga y me dice ¿qué problema hay? y le digo estoy embarazada y me dice acabas de venir por lo mismo, me preocupa que puedas tener un embarazo psicológico... pero mira no me voy a meter en tanto rollo, te voy a hacer un eco” (Margarita, 31 años).*

Esta negación de los saberes tradicionales y autoconocimiento del cuerpo de las mujeres es lo que Castro y Erviti (2015) denominan autoritarismo médico, mismo que es una práctica arraigada en la formación profesional del personal de salud, lo que influye directamente en su ejercicio clínico. Esta enseñanza fomenta una visión jerárquica del conocimiento, en la que la perspectiva biomédica se considera la única válida, desestimando los saberes y la experiencia de las mujeres sobre su propio cuerpo.

Como consecuencia, muchos profesionales de la salud no están dispuestos a reconocer la participación de las mujeres en su propia atención médica. Esto se refleja en la falta de apertura para responder a sus dudas, minimizar sus inquietudes e incluso mostrar molestia cuando ellas cuestionan procedimientos o solicitan información sobre intervenciones que, desde su perspectiva, deberían ser exclusivas del personal médico. Esta actitud no solo limita la autonomía de las mujeres en la toma de decisiones, sino que también refuerza relaciones de poder desiguales dentro del ámbito de la atención obstétrica.

*“Entonces yo le decía esto y a él como que no le gustaba. Y yo le decía, es que yo fui a un curso de psicoprofilaxis y nos enseñaban todas estas cosas y yo le decía, y yo tenía mi plan de parto” (Karina, 28 años).*

Si bien el médico es el responsable de supervisar el desarrollo del embarazo, es fundamental que involucre activamente a las mujeres en el proceso. Esto no solo implica resolver sus dudas, sino también brindarles información clara sobre las distintas opciones de parto, permitirles tomar decisiones informadas y escuchar atentamente sus inquietudes y experiencias. Una atención verdaderamente respetuosa y centrada en la usuaria debe reconocer su autonomía, validando sus sensaciones y garantizando un acompañamiento médico basado en el diálogo y la confianza.

La NOM-007-SSA2-2016, referente a la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, así como del recién nacido, establece los lineamientos que deben seguir todos los establecimientos de salud en la atención médica a mujeres en su proceso reproductivo. Esta norma es clara en cuanto al trato que deben recibir las embarazadas durante sus consultas, enfatizando la importancia de hacerlas partícipes activas de su proceso y colocándolas en el centro de su atención. En este sentido, el médico debe fungir únicamente como un facilitador de información, permitiendo que la mujer tome decisiones informadas sobre su salud.

No obstante, la literatura destaca cómo, en la práctica, el médico asume un rol protagónico en el proceso, desplazando la autonomía de la usuaria. Esta dinámica ha sido analizada por Castro (2014), quienes describen este fenómeno como el *habitus* médico, una manifestación de la jerarquización y el autoritarismo en la relación médico-paciente.

Este habitus médico se manifiesta en la violencia simbólica ejercida por los médicos que atendieron a las mujeres entrevistadas, evidenciando que, aunque en distinta intensidad, esta forma de violencia está integrada en su práctica profesional. Estas acciones, aunque no siempre sean explícitamente agresivas, generan una sensación de indefensión y refuerzan la idea de que el médico es la única autoridad en el proceso reproductivo.

Asimismo, y con relación a lo anterior, podemos encontrar como la literatura especializada en el tema ha documentado otro concepto el cual es el de estratificación de la reproducción, en el cual el autoritarismo médico y la violencia simbólica se entrelazan, otorgando al personal de salud un papel de juez sobre las maternidades (Brigidi y Busquets, 2019; Sosa, 2018; Vega, 2017). En este contexto, los médicos no solo ejercen su autoridad desde una perspectiva biomédica, sino que también imponen juicios morales sobre las mujeres embarazadas, basándose en concepciones personales sobre lo que consideran correcto o incorrecto (Arguedas, 2020).

Esta estratificación es una atribución que el personal médico asume como parte de su práctica profesional y que está profundamente arraigada en el habitus previamente mencionado. Parece ser que, desde su formación académica, a los futuros médicos se les inculca la idea de que poseen la verdad absoluta en materia de salud (Castro, 2014), lo que les otorga la autoridad para determinar si una mujer está en condiciones de tener hijos, cuántos debería tener en caso de que así sea, e incluso reprender a aquellas que desafían sus criterios. Estas decisiones, lejos de ser exclusivamente médicas, suelen estar influenciadas por factores sociodemográficos de la usuaria, reforzando así un modelo autoritario en la atención médica.

Como se acaba de mencionar, esta dinámica se refleja en actitudes de regaño o descalificación hacia las mujeres, especialmente en función de aspectos como su estado civil, la presencia o ausencia de una pareja, o el ejercicio de su sexualidad. De este modo, la atención médica se ve atravesada por valores y prejuicios que, lejos de garantizar un acompañamiento respetuoso y libre de violencia, refuerzan la discriminación y la desigualdad en el acceso a una maternidad digna y libre de estigmas.

La sexualidad femenina parece ser un tema delicado a lo largo de la historia, por lo que siempre está en el centro de atención y al parecer el área médica no es la excepción, olvidando que el ejercicio de esta es un derecho fundamental dentro de los derechos sexuales y reproductivos; sin embargo, aún persisten numerosos prejuicios y estigmas en torno a cómo las mujeres deciden ejercerlo. Varias de las mujeres entrevistadas relataron haber recibido comentarios hirientes o incómodos por parte del personal médico simplemente por haber mantenido una relación sexual. Estas actitudes no solo refuerzan estereotipos de género y roles tradicionales, sino que también generan un ambiente de juicio y culpabilización

*“Como que su comentario era como indirecta de que mi infección era por andar...como por tener sexo” (Paulina, 35 años).*

El caso de Paulina ilustra de manera clara cómo la violencia simbólica se manifiesta en el actuar de cierto personal de salud. Ella relata haber salido de una consulta sintiéndose profundamente avergonzada debido a los comentarios del médico, los cuales no solo fueron despectivos, sino que también la hicieron sentir humillada.

El motivo de consulta de Paulina era por sospecha de embarazo, sin embargo, dentro del análisis se le mencionó que tenía indicios de una infección por VPH, cuestión por la que ya se sentía muy avergonzada, si esto fuera poco, Paulina menciona que el médico le solicitó su teléfono celular para tomar fotografías de su área genital con el propósito de que ella misma observara la infección por VPH que presentaba. Este acto, lejos de ser un recurso médico con un enfoque respetuoso y ético, fue percibido por ella como una experiencia profundamente humillante e invasiva, evidenciando cómo ciertas prácticas dentro de la consulta pueden cruzar límites de intimidad y dignidad, perpetuando así la violencia obstétrica.

*“Me pidió mi teléfono para tomarme unas fotos y yo viera como tenía mi parte y pues como que no es padre tener fotos en tu celular de eso y pues iba a que me ayudara con mi infección si no pues yo en mi casa me tomaba las fotos y ya me diagnosticaba con google”* (Paulina, 35 años).

Si bien las enfermedades de transmisión sexual deben ser tratadas con la seriedad e importancia que ameritan, es fundamental que su abordaje se realice con respeto, evitando que las mujeres se sientan juzgadas o señaladas. Además, conforme a lo establecido en la NOM-007, el diagnóstico de estas enfermedades debe basarse en estudios de laboratorio y no únicamente en la exploración física, garantizando así una evaluación precisa y libre de sesgos.

Sin embargo, constantemente podemos darnos cuenta como la sexualidad de las mujeres es juzgada por otra de las mujeres entrevistadas, quien relató cómo su intimidad fue cuestionada por el médico, quien afirmó de manera categórica que tenía una infección de transmisión sexual y que había contagiado a su esposo. Esta aseveración se realizó solo con una pregunta acerca del flujo vaginal de la consultante y no basada en pruebas médicas ni en una evaluación clínica adecuada, sino en suposiciones sustentadas en estereotipos de género y prejuicios sobre la

sexualidad femenina, además de poner entredicho la relación de pareja que ella sostenía con su esposo. En ningún momento se le realizaron pruebas de laboratorio ni se le aplicó un cuestionario que permitiera determinar el origen de la infección, lo que evidencia una práctica médica basada en juicios morales más que en criterios científicos, reforzando la violencia simbólica dentro del ámbito de la atención obstétrica.

*“A mí me hace la pregunta y yo le comento que sí, que ya le doy la descripción y todo y volteo y dice a mi marido, ah bueno, ella tiene infecciones, si tiene infecciones ya te la pego”* (Paty, 27 años).

El comentario realizado por el médico obstetra resulta altamente violento, ya que no tenía ninguna finalidad diagnóstica ni terapéutica. Su emisión carece de justificación médica y evidencia una actitud despectiva hacia la usuaria. Además, el hecho de que el médico haya dirigido el diagnóstico al esposo, ignorando la presencia de la mujer en el consultorio, refuerza una dinámica de desautorización y menosprecio hacia su autonomía.

Por último, como podemos observar, la violencia simbólica médica no siempre se ejerce de manera agresiva, sino, que puede encontrarse de manera sutil, a través del lenguaje, las actitudes y las prácticas que refuerzan la autoridad del personal de salud mientras minimizan la voz y el conocimiento de las mujeres sobre su propio cuerpo. Durante el embarazo, esto se traduce en descalificaciones, omisión de información importante y la imposición de decisiones médicas sin consentimiento que dejan huellas en las mujeres que la padecen.

Ahora bien, como se ha mencionado anteriormente, parte del autoritarismo médico es la toma de decisiones unilaterales en lo correspondiente al embarazo, como menciona Castro y Erviti (2015), el médico toma el papel de protagonista, dejando de lado las decisiones de las

mujeres, tal es el caso que aquellas que toman agencia sobre su proceso reproductivo son constantemente cuestionadas o simplemente invalidadas.

Retomando lo establecido en la NOM-007, se enfatiza que el médico debe asumir el papel de facilitador de la información, mientras que las mujeres embarazadas son quienes deben tomar las decisiones sobre los procedimientos a realizar durante su gestación. Sin embargo, para que esta responsabilidad recaiga verdaderamente en las gestantes, es indispensable que sean informadas de manera clara y completa sobre los beneficios y riesgos de cada opción, garantizando así su derecho a una toma de decisiones libre e informada.

Por su parte, la falta de respeto a las decisiones de las mujeres respecto a su proceso reproductivo es una vulneración que se hace evidente cuando las usuarias en consulta preguntan sobre su intento de ejercer su derecho a decidir sobre su maternidad, ya sea con o sin la aprobación de su pareja. Para el personal de salud, pareciera existir una serie de requisitos implícitos que las mujeres deben cumplir para que su decisión sea considerada válida, especialmente en lo que respecta al número de hijos que desean tener.

*“Porque no me dejaron que por que era el primer bebé y que no cumplía ningún requisito, que era menor de 35, 38, no recuerdo, era mi primer bebé, tendría que ser mi cuarto bebé, y yo; pero es una decisión de mi esposo y mía”* (Margarita, 31 años).

Aquellas que deciden tener solo un hijo son frecuentemente cuestionadas, presionadas para reconsiderar su elección e incluso, en algunos casos, se les niega el acceso a métodos definitivos de anticoncepción bajo el argumento de que podrían arrepentirse en el futuro. Esta imposición refuerza el autoritarismo médico, donde la voluntad del profesional de salud

prevalece sobre la autonomía de las mujeres, limitando su capacidad de decisión sobre su propio cuerpo y perpetuando prácticas de control dentro del sistema de salud.

*“Yo dije, yo quiero que me operen y el doctor me dijo, no, no te podemos operar porque estas muy chiquita y no sabes lo que estás pidiendo, o sea, eso cuando estás más grande o cuando tengas tantos hijos y decidieron, entre el doctor y mi suegra y mi mamá, prácticamente sin avisarme”* (Fernanda, 16 años).

Esta falta de respeto a las decisiones reproductivas de las mujeres confirma los hallazgos previos documentados en la literatura. Sin embargo, la negación de la esterilización a aquellas que no cumplen con los requisitos arbitrariamente impuestos por el personal médico, basados en criterios personales y no en lineamientos médicos objetivos, es un fenómeno que ha sido poco explorado. La imposición de estas barreras evidencia cómo el autoritarismo médico limita la autonomía de las mujeres sobre sus propios cuerpos y perpetúa la idea de que no son plenamente capaces de tomar decisiones informadas sobre su reproducción. Dada la relevancia de esta problemática, sería fundamental profundizar en su estudio para visibilizar sus implicaciones y promover el respeto a los derechos reproductivos.

Otro de los temas relevantes en este estudio es la violencia verbal. Si bien en los testimonios no se identificó el uso de insultos o adjetivos descalificativos de manera explícita, como suele documentarse en la literatura, sí se evidenciaron formas de comunicación que generaron malestar y ofensa en las mujeres. Gran parte de esta violencia verbal se manifiesta a través de regaños o comentarios despectivos, sobre todo acerca del aumento de peso, ya que, si bien este es un parámetro importante de salud en el embarazo, la forma en la que se le habla a las mujeres no siempre es la correcta, lo que refuerza una relación de poder desigual entre el personal de salud y las personas en tratamiento.

*“Sobre todo era el sobrepeso, siempre era un regaño constante de necesitas cuidarte porque yo no te vuelvo a atender”* (Jenny, 17 años).

*“Sí me lo hizo ver firme de que no podía aumentar por la salud mía y por la del bebé. Pero sí así como que regañó sutil”* (Daniela, 30 años).

Nuevamente, es fundamental recordar que la función del médico es únicamente proporcionar información, mientras que la decisión final sobre su propio cuerpo y salud recae en cada mujer. La responsabilidad sobre su bienestar y el de sus hijos está en sus propias manos. Además, es importante considerar que el embarazo es una etapa de profundos cambios físicos y emocionales, por lo que comentarios sobre el peso pueden afectar la salud mental de las usuarias, generando ansiedad o inseguridad en un momento particularmente vulnerable.

Ahora bien, la violencia verbal también se manifiesta a través del uso de sarcasmos y metáforas con la supuesta intención de facilitar la comprensión de la información médica. Sin embargo, lejos de percibir estas estrategias como un recurso didáctico, muchas mujeres las interpretan como una forma de infantilización o incluso como un menosprecio a su capacidad intelectual, especialmente cuando no han expresado dificultades para comprender la información previamente proporcionada. En estos casos, el uso de este tono resulta innecesario y no aporta un verdadero valor a la consulta, limitándose a reforzar una relación de desigualdad entre el médico y la usuaria.

*“O sea, la forma de hablar, la forma de querer hacer que yo entendiera a veces hasta era hasta absurda, porque pues no soy una persona que no entienda tus metáforas”* (Nora, 26 años).

Un aspecto estrechamente relacionado con la violencia verbal es la infantilización con la que el personal de salud se dirige a las mujeres durante la atención médica. Este fenómeno no debe interpretarse como un gesto de amabilidad o cercanía, sino como una forma de minimización y menosprecio que refuerza dinámicas de poder desiguales. Diversos estudios han analizado esta práctica como una estrategia utilizada por el personal médico para reafirmar su autoridad, transmitiendo la idea de que las mujeres no son plenamente capaces de comprender la información médica ni de tomar decisiones autónomas sobre su propio cuerpo (Guillen, 2015).

La infantilización se manifiesta a través del uso de diminutivos, tono condescendiente o expresiones que restan seriedad a las inquietudes de las personas atendidas. Esta actitud no solo vulnera su derecho a una atención digna y respetuosa, sino que también genera un impacto negativo en su experiencia de atención, haciéndolas sentir desvalorizadas y con menor control sobre su proceso reproductivo. En este sentido, la infantilización perpetúa la subordinación de las mujeres en el ámbito médico y obstétrico.

*“No, siempre mostro muy de cariño siempre oye, Dani, cómo te sientes, bla, bla, bla. Era así como que siempre me decía Dani” (Daniela, 30 años).*

La infantilización como forma de violencia no está relacionada con la edad de las mujeres, ya que puede presentarse en usuarias de diversas etapas de la vida. Esta actitud resulta especialmente molesta para quienes la experimentan, pues minimiza su autonomía y capacidad de decisión, tratándolas como si fueran menores de edad que requieren la supervisión de un tutor. Esta situación es aún más evidente y perjudicial en el contexto del proceso reproductivo, donde las mujeres deberían ser reconocidas como quienes llevan a cabo su procreación.

Otra manifestación de la infantilización es la denominada paternalización, el trabajo de Chiarotti y colaboradores (2003, 2008) lo describe como la acción en la que el médico asume un rol de figura parental y toma decisiones en nombre de la usuaria sin consultarla ni proporcionarle toda la información relevante. Bajo el argumento de actuar “en beneficio de su salud”, el personal médico justifica la omisión de información o la imposición de ciertos procedimientos, lo que en realidad subordina y despoja a las mujeres de su autonomía en la toma de decisiones sobre su proceso reproductivo.

Esta práctica refuerza la idea de que las mujeres no son plenamente capaces de comprender o elegir lo mejor para sí mismas, reproduciendo un modelo asistencialista en el que el profesional de salud asume una posición de autoridad absoluta.

Chiarotti rememora cómo, a lo largo de la historia, las mujeres han sido tratadas como seres dependientes de una figura de autoridad, generalmente masculina. En el ámbito médico, esta dinámica se mantiene, ya que el médico, sin importar su género, ocupa ese rol de poder, relegando a las gestantes a un segundo plano. Así, sus decisiones y autonomía son frecuentemente invisibilizadas, mientras que los médicos, bajo el pretexto de actuar “por su bien”, asumen el control de su salud y su cuerpo, de manera similar a como lo haría un padre con su hija.

Otro aspecto relevante por analizar son los tiempos de espera prolongados en la consulta médica. Las mujeres entrevistadas señalaron que optan por servicios médicos privados debido a la experiencia de atención personalizada y de mayor calidad. Sin embargo, los testimonios revelan que, a pesar de contar con citas programadas, muchas deben esperar entre 20 y 60

minutos en promedio, mientras que en algunos casos incluso tuvieron que esperar más antes de ser atendidas dentro de la consulta.

*“Me atendí todo el embarazo con esa doctora, pero en todo el embarazo, la doctora era muy impuntual, o sea, quedábamos a tal hora, sí quedábamos a las tres, ella me venía consultando a las cuatro y media”* (Carolina, 21 años).

Este tiempo de espera puede resultar agotador y frustrante para las mujeres embarazadas, además de interferir con sus actividades diarias. Una vez más, esto evidencia cómo sus necesidades y tiempos quedan en segundo plano, mientras que el médico sigue ocupando el papel central en la dinámica de atención, reafirmando su protagonismo en todo momento.

Este retraso suele atribuirse a la sobrecarga de trabajo del médico, la atención de urgencias o cesáreas de último momento, lo que, aunque comprensible desde la logística hospitalaria, termina afectando la experiencia de las usuarias. Sería fundamental que, en caso de retrasos excesivos, se ofreciera a las consultantes la opción de reprogramar su cita para otro día, evitando así tiempos de espera innecesarios. Sin embargo, parece prevalecer el interés por no perder dichas consultas y sus respectivos honorarios. Además, para ajustarse a su agenda, algunos médicos optan por reducir el tiempo de atención, lo que afecta la calidad del servicio brindado.

La prolongación de los tiempos de espera no solo genera incomodidad, sino que también pone en entredicho la calidad del servicio que originalmente motivó a estas mujeres a elegir la atención privada. Además, evidencia una falta de organización en la gestión del tiempo médico que puede repercutir en la experiencia de desigualdad y poca consideración hacia las usuarias.

En relación con lo anterior, una vez que las mujeres ingresan a la consulta, esta suele ser breve y apresurada, dejando poco margen para la resolución de dudas o una evaluación detallada de su estado de salud. La falta de tiempo dentro de la consulta impide que las usuarias reciban información completa y explicaciones claras, lo que puede generar incertidumbre y una sensación de atención fragmentada. Además, la ausencia de una revisión exhaustiva del embarazo puede afectar la calidad del seguimiento médico y contribuir a que las mujeres perciban la consulta como un trámite más que como un espacio de acompañamiento y cuidado integral.

*“Yo creo que así a lo mucho, algunos 20 minutos, estoy hablando de mucho, de mucho, pero que duraba 20 minutos, no quiere decir que él estaba hablando conmigo, o sea, a lo mejor yo pasaba, me sentaba en lo que él estaba escribiendo cosas y haciendo cosas” (Paty, 27 años).*

*“Pues yo creo que, si me tardaba 20 minutos era mucho, creo que 15... Ya iba directo yo al eco y nada más, a la consulta ahí con el ginecólogo rápido y listo” (Yanely, 18 años).*

Según lo establecido en la NOM 007, las consultas prenatales no deben limitarse únicamente a la realización de una ecografía y la medición del peso y del fondo uterino. También deben incluir orientación sobre lactancia materna, prevención de enfermedades respiratorias y diarreicas, vacunación y otros cuidados esenciales para el recién nacido. Sin embargo, las mujeres entrevistadas señalaron que sus médicos no les proporcionaron esta información, evidenciando una deficiencia en la atención integral durante el embarazo. El reducido tiempo de consulta parece responder más a un interés económico que a la calidad de atención, permitiendo al ginecólogo atender a un mayor número de consultantes en menos tiempo. Sin embargo, esta práctica compromete la adecuada orientación y el acompañamiento necesario para cada mujer, afectando la calidad de la atención médica.

Las consultas médicas de corta duración no solo limitan un análisis más detallado del embarazo, sino que también afectan la relación de confianza entre las mujeres y su médico obstetra. La confianza es un elemento fundamental en la atención obstétrica, ya que las mujeres no solo exponen su cuerpo, sino que también depositan en el personal médico la responsabilidad de su bienestar y el de sus hijos.

Cuando esta confianza se ve debilitada por la falta de atención personalizada, escucha activa o información clara, las mujeres experimentan contradicciones y dudas sobre la calidad de la atención recibida. En muchos casos, esta situación genera un malestar emocional que las lleva a cuestionar su permanencia con el mismo médico, provocando que algunas opten por cambiar de especialista antes o incluso después del parto.

*“Vas a tener un nuevo doctor, es por tu bien, te vas a, o sea, yo platicándome a mí misma lo que iba a vivir. Pero para mi sorpresa este médico, desde el primer momento no tuvimos ese clic” (Karina, 28 años).*

La falta de confianza en el médico también se origina cuando las expectativas de las mujeres respecto al seguimiento de su embarazo y su plan de parto no coinciden con las indicaciones del profesional. Esto puede llevar a que perciban sus recomendaciones de manera negativa, afectando su disposición a seguir tratamientos necesarios. Asimismo, puede fomentar la omisión o distorsión de síntomas por parte de las personas que requieren atención médica y el uso de redes sociales como fuente principal de información médica, lo que, en algunos casos, puede representar un riesgo significativo para su salud y la del bebé.

*“El podcast que me ayudaba mucho, por ejemplo, ay que pena, pero pues tuve relaciones en la noche... y noté que había manchado y pues me asuste y me puse a llorar, porque pensé que tenía amenaza de aborto...me metí a investigar en todos los grupos de maternidad y*

*pues decía que era normal...y pues ya me tranquilicé. Por eso como que no tuve necesidad de mándale mensajes para preguntarle cosas” (Paulina, 35 años).*

Si bien las redes sociales en internet pueden proporcionar información valiosa para las mujeres, es fundamental que sea el médico quien evalúe cada situación de manera personalizada, considerando las particularidades de cada mujer. No obstante, cuando se trata de temas relacionados con la sexualidad, muchas gestantes prefieren mantenerlos en privado por temor a ser juzgadas o sentir vergüenza, lo que puede afectar la comunicación con su médico y, en consecuencia, la adecuada atención a su salud, mostrando una vez más la importancia de crear este lazo de confianza médico-paciente.

En otro de los casos, la falta de confianza surgió cuando la médico comenzó a realizar preguntas de índole personal que no guardaban relación con el seguimiento del embarazo. Esta intromisión generó en la usuaria una sensación de incomodidad y malestar, ya que percibió que su privacidad estaba siendo vulnerada. Más allá de una simple curiosidad, este tipo de cuestionamientos pueden representar una falta de profesionalismo y una violación a la ética médica, afectando la relación entre la usuaria y el especialista.

*“Fui con una ginecóloga que tenía su consultorio, de hecho, cerca de donde vivía, solo que no me sentí muy cómoda con esa doctora, porque, a lo mejor por la edad estaba, pues ya indagando cuestiones muy personales y no me sentí cómoda en su consulta” (Yanely, 18 años).*

La información que los médicos deben recabar durante la consulta se limita a datos sociodemográficos relevantes para la atención médica. Por ello, preguntas sobre la relación de la gestante con su familia o si el embarazo fue planeado no deberían formar parte de la

evaluación clínica. Este tipo de cuestionamientos no solo representan una invasión a la privacidad, sino que también constituyen una vulneración de los derechos de las mujeres. Además, contribuyen a la falta de confianza en la relación médico-paciente, generando incomodidad y limitando la comunicación efectiva durante el seguimiento del embarazo.

Ahora bien, emergen dos temas estrechamente relacionados: las mentiras obstétricas y la coacción sobre el parto. Estos conceptos están vinculados porque, en la consulta, algunos obstetras recurren a razones infundadas y excusas con el fin de persuadir a las mujeres para que acepten un parto quirúrgico programado, sin que este sea médicamente necesario. Esta manipulación limita su capacidad de tomar decisiones informadas sobre su propio cuerpo y su proceso de parto. Dado el impacto de ambas prácticas en la autonomía de las mujeres, en este estudio se ha optado por abordarlas de manera conjunta.

La mentira obstétrica más frecuente entre las mujeres entrevistadas es la supuesta estrechez pélvica. Como es sabido, la mayoría de las mujeres poseen una pelvis ginecoide, que se caracteriza por ser más redonda y ancha, además de tener un sacro corto, por lo que anatómicamente está adaptada para un parto vaginal sin complicaciones. Sin embargo, aunque algunas mujeres presentan variaciones en la estructura pélvica, esto no implica necesariamente la imposibilidad del parto, sino que podría representar ciertos desafíos durante la labor.

De acuerdo con Fonseca y colaboradores (2022), la única forma de determinar con certeza si un parto vaginal no es viable es mediante un examen físico, que incluya mediciones pélvicas y tacto vaginal. Si bien técnicas como la ecografía o la resonancia magnética pueden aportar indicios sobre posibles distocias del parto, estas no son herramientas concluyentes para tomar una decisión definitiva sobre la vía de nacimiento.

Las mujeres entrevistadas mencionaron reiteradamente que sus ginecólogos les aseguraron la imposibilidad de un parto vaginal debido a la estructura de su pelvis. Sin embargo, ninguna de ellas refirió haber sido sometida a mediciones pélvicas o a un tacto vaginal para corroborar dicha afirmación. Como se mencionó anteriormente, determinar con certeza si un parto vaginal es inviable requiere un análisis físico detallado, por lo que esta aseveración, basada únicamente en la observación, carece de sustento científico. Esta situación pone en entredicho las verdaderas razones detrás de dichas afirmaciones, sugiriendo la posible existencia de prácticas coercitivas que promueven el parto quirúrgico sin justificación médica.

*“Me dijo que, como mi cavidad estaba estrecha, sí me dijo que posiblemente se iba a batallar, por el hecho de que a cómo me veía, posiblemente si iba a batallar para que yo dilatara hasta cierto punto”* (Yennifer, 20 años).

Una de las creencias más extendidas en relación con este tema es la idea de que las mujeres delgadas tienen una pelvis estrecha, mientras que las mujeres con una complexión más grande poseen una pelvis amplia, lo que les facilitaría el parto vaginal. Sin embargo, es fundamental recordar que la forma de las caderas está determinada principalmente por la distribución del tejido adiposo, mientras que la estructura pélvica es ósea y no guarda una relación directa con el tamaño externo del cuerpo. Por esta razón, resulta prácticamente imposible determinar la estrechez pélvica a simple vista.

*“Le digo ok, acepto “no puedes tener un parto natural”, un parto normal con anestesia; ¡No, no se puede! y él me decía, es que aparte también estás muy delgada y no sé qué”* (Karina, 28 años).

*“De hecho el ginecólogo me decía, su parto va a ser cesárea, aparte de que usted es muy estrecha, como soy muy delgadita, entonces el doctor me decía”* (Angélica, 31 años).

Esta falsa afirmación sobre la estrechez de la pelvis y la indicación temprana de un parto quirúrgico es una muestra más del autoritarismo médico, disfrazado de preocupación por el binomio madre-hijo. A través de este discurso, se infunde temor en las mujeres, haciéndolas creer que un parto vaginal conlleva riesgos significativos para su bebé, lo que las lleva a aceptar una cesárea sin justificación médica real. Esta práctica va en contra de las recomendaciones de la OMS y la NOM 007, así como de múltiples estudios que respaldan los beneficios del parto vaginal tanto para la madre como para el recién nacido.

Otra de las mentiras obstétricas más comunes está relacionada con el tamaño del bebé dentro del útero. Algunos ginecólogos recurren a este factor para infundir miedo en las mujeres y justificar la necesidad de una cesárea. Sin embargo, para el objetivo de esta investigación, entre las mujeres entrevistadas, ninguna reportó haber tenido un bebé macrosómico o que sobrepasará los 4 kilogramos al nacer, lo que sí podría causar parto distócico.

Un caso particular es el de una mujer a quien su ginecóloga le repetía constantemente que su bebé era más grande de lo habitual para su edad gestacional. No obstante, al tener un parto prematuro por preeclampsia, no fue posible confirmar si dicha afirmación tenía fundamento real o si simplemente se trataba de una estrategia para condicionar su decisión sobre la vía de parto.

*“La doctora me dijo que mi bebé era más grande de lo normal y que lo mejor era que fuera cesárea” (Paulina, 35 años).*

Es evidente que el parto vaginal podría verse comprometido en casos de una pelvis estrecha o un feto de dimensiones superiores al promedio. Sin embargo, ambas afirmaciones pueden combinarse en el discurso del obstetra para justificar la programación de una cesárea en una fecha y hora determinadas, incluso cuando no hay evidencia suficiente para respaldar esta decisión. Esto no solo genera estrés y temores infundados en la mujer desde meses antes del parto, sino que también refuerza la figura del médico como la autoridad absoluta en el proceso de nacimiento. De esta manera, el especialista no solo decide la vía del parto, sino que también se posiciona como el "salvador" que rescata al recién nacido de un entorno supuestamente hostil, ignorando el derecho de la mujer a participar activamente en la toma de decisiones.

Sumado a ello, la posición del feto dentro del útero es otra de las razones más frecuentes por las que los médicos obstetras sugieren a las mujeres la necesidad de una cesárea programada. Si bien una posición inadecuada del bebé puede representar un factor de riesgo, no siempre es una justificación válida para optar directamente por un parto quirúrgico, especialmente cuando aún faltan varias semanas para el nacimiento y el feto tiene margen para cambiar de posición de forma natural.

Un ejemplo de esto se observa en uno de los relatos recopilados, donde la vía de parto fue determinada con mucha anticipación únicamente por la posición del bebé, sin considerar otras alternativas o esperar una evolución natural del embarazo.

*“Después el cuarto; no quinto mes, la niña ya se quedó en un solo lugar. o sea, sí se movía y todo muy bien, pero ya no se acomodó, va a ser cesárea... por qué la niña, pues nunca se acomodó”* (Angélica, 31 años).

Si el feto no ha cambiado de posición para la semana 37, existe la posibilidad de realizar una maniobra para favorecer su acomodo, siempre con el consentimiento de la madre y bajo la

supervisión de médicos especialistas o parteras certificadas. Sin embargo, esta alternativa rara vez se menciona a las mujeres, lo que limita su acceso a información completa y restringe su capacidad de tomar una decisión informada sobre intentar un parto vaginal. Esta omisión refuerza la falta de autonomía en el proceso de gestación y parto, dejando a muchas mujeres con la sensación de que no tuvieron opciones reales respecto a la vía de nacimiento de sus hijos.

Otra de las mentiras obstétricas identificadas en esta investigación es la idea de que la cesárea es un procedimiento más seguro y menos doloroso en comparación con el parto vaginal. En muchos casos, los obstetras omiten información fundamental sobre los riesgos asociados a la cirugía, lo que ha contribuido a la construcción de un imaginario social en el que la cesárea es percibida como una opción sin mayores complicaciones.

*“Me dijo que era más seguro, que era más seguro tanto para la mamá como para el bebé. Era más seguro y que era más rápido y que era más fácil y sin dolor y sin nada”* (Paty, 27 años).

Una de las mentiras obstétricas más difundidas es la supuesta existencia de un número máximo de semanas para el parto. Sin embargo, documentos avalados por la OMS, academias de pediatría y colegios de ginecología y obstetricia respaldan que un embarazo puede extenderse hasta las 42 semanas sin complicaciones. A pesar de ello, según los testimonios recopilados, muchas mujeres son programadas para dar a luz antes de las 40 semanas, impidiendo así el parto espontáneo recomendado por la Norma Oficial Mexicana.

La justificación médica más común para esta práctica es el supuesto "sufrimiento fetal", argumentando que el feto ha crecido tanto que, de esperar más tiempo, podría fallecer. Esto

refleja, una vez más, el autoritarismo médico y la violencia simbólica ejercida sobre las mujeres gestantes, quienes son privadas de una decisión informada sobre su propio proceso de parto.

*“Yo ya tenía la cita programada para ese día, porque el doctor me preguntó, ¡Mira, tenemos estos días disponibles!... me dijo ¿Qué día la quieres? y yo dije el día que sea más lejano, o sea, yo ya incluso cuando me dijo de que el 24 de mayo que era el día más lejano que se podía, porque después me podían dar contracciones y bajar natural y eso puede ser contraproducente”* (Fernanda, 16 años).

Como se puede observar, el discurso del médico obstetra está claramente orientado a su propia agenda, ya que menciona los días en los que tiene disponibilidad sin ofrecer una justificación médica concreta para programar el parto en esa semana específica.

Además, llega a señalar que, si se espera más tiempo, el parto podría iniciarse de forma natural, utilizando el miedo como herramienta de coerción al sugerir que esto sería contraproducente. Esto deja en evidencia que su principal preocupación no es el bienestar de la usuaria, sino la conveniencia de su propio horario.

Además, se observa un fenómeno en el que la cesárea es concebida como un símbolo de estatus, ya que, al ser un procedimiento más costoso, algunas mujeres la perciben como un reflejo de su poder adquisitivo. Esto se relaciona con la mercantilización del parto, un tema que será abordado más adelante en este estudio.

La experiencia de la cesárea como la mejor opción de parto parece ser una idea ampliamente promovida por los ginecobstetras en hospitales privados, donde, en muchas ocasiones, se presenta como la primera alternativa para las personas atendidas. Aun cuando

algunas mujeres manifiestan su interés por un parto vaginal, terminan siendo persuadidas para reconsiderar su elección.

Según los lineamientos de la NOM 007 y otras directrices de organismos internacionales, el parto vaginal debe ser considerado la primera opción, evitando intervenciones innecesarias y permitiendo que el proceso ocurra de manera espontánea, salvo en casos donde existan signos de alarma, como alteraciones en la frecuencia cardíaca fetal, disminución de movimientos fetales o problemas hipertensivos en la madre. Sin embargo, en la práctica, esta recomendación no siempre se respeta. Por el contrario, desde los primeros meses de embarazo, a muchas mujeres se les condiciona a la idea de que la cesárea es la única opción viable, sin considerar su deseo ni evaluar a fondo su estado de salud, lo que evidencia una práctica médica autoritaria que contradice las normas establecidas.

Como se puede inferir, todas estas mentiras obstétricas evidencian una práctica que puede denominarse coacción en la elección del tipo de parto. De hecho, en este estudio, de las 12 mujeres entrevistadas, solo dos insistieron en tener un parto vaginal durante sus consultas; en el resto de los casos terminaron en parto quirúrgico, aunque algunas mujeres ya habían decidido someterse a una cesárea había quienes inicialmente tenían dudas sobre qué tipo de parto elegir. Sin embargo, los médicos orientaron sus decisiones de manera que, finalmente, optaron por la cesárea.

Esta información coincide con la literatura, que señala un incremento constante en la tasa de cesáreas año tras año. En México, según datos de la ENSANUT 2012, el 70 % de los partos en el sector privado se realizaban mediante cesárea. Esta tendencia no es exclusiva del país, sino que se replica en toda Latinoamérica. Por ejemplo, en Chile, los partos medicalizados

en hospitales privados han aumentado en un 39 % (Escalona y colaboradores, 2022). En Argentina, para el año 2021, el 73 % de los nacimientos en instituciones privadas se llevaron a cabo por cesárea (Librandi y colaboradores, 2023). Estos datos evidencian un patrón regional en el que la intervención quirúrgica ha desplazado progresivamente al parto vaginal, pese a las recomendaciones internacionales que promueven este último como la opción más segura en embarazos sin complicaciones.

Como hemos analizado hasta el momento, la violencia en el consultorio ginecológico se ha normalizado a tal grado que muchas mujeres no logran identificarla como tal. Esta invisibilización de la violencia es precisamente uno de los motivos por los cuales resulta fundamental abordarla en esta investigación.

Uno de los aspectos más reveladores es cómo las mujeres justifican las situaciones de violencia que experimentan. Por ejemplo, en el caso de los tiempos de espera prolongados, algunas gestantes minimizan su impacto argumentando que, aunque tuvieron que esperar mucho tiempo, la consulta con el ginecólogo cumplió con sus expectativas. Este tipo de racionalizaciones evidencian la interiorización de la violencia simbólica, en la que ciertas prácticas médicas se aceptan sin cuestionamiento, aun cuando afectan directamente la experiencia y el bienestar de las usuarias.

*“Ya me esperé 2 horas, sí, eso es algo, pues una tachita al ginecólogo, pero pues no era tan relevante porque se compensaba con las cosas buenas” (Daniela, 30 años).*

Para agravar aún más la situación, muchas de las mujeres entrevistadas perciben sus consultas como adecuadas, sin ser conscientes de que, en realidad, son deficientes. Como se ha señalado reiteradamente, la información proporcionada en el consultorio es incompleta y, además, el personal de salud no lleva a cabo todas las acciones recomendadas dentro de un

enfoque integral de atención para la madre y el recién nacido. Esta falta de información y atención integral puede comprometer su bienestar y el de sus bebés.

Por otro lado, se observa cómo la justificación de preguntas de índole personal por parte del personal médico se sustenta en la experiencia de su autoridad profesional. Este fenómeno refuerza el autoritarismo médico, en el cual se asume que el especialista posee un nivel superior de conocimiento y criterio, lo que legitima cualquier tipo de interrogatorio bajo el argumento de que forma parte de su labor profesional. Sin embargo, esta práctica no solo invade la privacidad de las usuarias, sino que también perpetúa una relación desigual de poder, donde las mujeres sienten que deben responder sin cuestionar, incluso cuando las preguntas no están directamente relacionadas con su salud o tratamiento.

*“A lo mejor por una parte yo entiendo que su preocupación como doctora y pues yo como adolescente, ¿verdad? que todavía era en ese tiempo, pero yo dije no, no, son temas que debería de tratar con ella” (Yanely, 18 años).*

Como se puede observar, estas preguntas personales parecen estar dirigidas más a emitir juicios morales sobre la sexualidad y la decisión de embarazo de la mujer que a cumplir una función médica. Cuestionamientos como la opinión de la familia, la existencia de una pareja y la naturaleza de esa relación carecen de un fundamento clínico y no forman parte de los lineamientos establecidos para la atención médica. Independientemente de la edad de la gestante, este tipo de interrogantes excede el ámbito profesional y vulnera su derecho a una atención libre de prejuicios.

Otra de las normalizaciones de violencia muy exacerbadas es la coerción en la elección de la vía de parto. Muchas mujeres creen haber tomado la decisión de manera autónoma, cuando

en realidad esta ha sido influenciada por los temores y las falsas afirmaciones del ginecólogo. A través de discursos alarmistas, se les induce a aceptar una cesárea programada que, lejos de responder a necesidades médicas reales, se ajusta a la conveniencia del profesional de salud, bajo la justificación de ser la opción “más segura” para ellas y sus bebés.

*“Entonces desde el principio decidimos que fuera cesárea” (Paulina, 35 años).*

Esta forma de violencia es especialmente grave, ya que expone a las mujeres y a sus hijos a riesgos innecesarios sin que ellas sean plenamente conscientes de ello, o bajo la falsa premisa de que es “lo mejor” para su bienestar. Es ampliamente reconocido que, al tratarse de una cirugía mayor, la cesárea conlleva un mayor riesgo de complicaciones en comparación con el parto vaginal.

El documental “El renacimiento del parto” (Chauvet, 2013) aborda esta problemática desde la perspectiva de diversos obstetras, quienes revelan que la coerción hacia la cesárea responde, en gran medida, a intereses personales y profesionales del médico. Entre las razones señaladas destacan la conveniencia de ajustar los nacimientos a su agenda laboral, la facilidad de programar y realizar una cesárea en un tiempo reducido, la posibilidad de cobrar honorarios más elevados y la ventaja de disponer de las tardes para consultas privadas. Como resultado, la mayoría de estas cesáreas se programan por la mañana, priorizando la comodidad del profesional sobre la salud y el derecho de las mujeres a un parto respetado.

Con base en lo anterior, abordaremos en detalle las violaciones a los derechos sexuales y reproductivos que enfrentan las mujeres durante el parto. En este apartado se expondrán las distintas formas de violencia que experimentan en esta etapa del proceso reproductivo.

Es fundamental destacar que, según el análisis de los testimonios recopilados, esta etapa del proceso reproductivo es donde se presentan con mayor frecuencia y crudeza diversas manifestaciones de violencia, lo que evidencia la vulnerabilidad en la que se encuentran las mujeres en un momento tan trascendental de sus vidas.

Uno de los temas más recurrentes en los testimonios recopilados es la falta de información brindada a las mujeres al momento de su ingreso al hospital. Tras realizar su registro en la recepción, se les solicita a ellas o a sus acompañantes la firma del consentimiento informado, documento en el que, en teoría, se explican los posibles riesgos del parto y se otorga autorización para llevar a cabo otros procedimientos médicos si fueran necesarios. No obstante, las mujeres entrevistadas afirman no recordar haber recibido información clara y detallada sobre los peligros y posibles complicaciones del procedimiento, lo que evidencia una falta de comunicación efectiva por parte del personal y reitera el imaginario de la seguridad en el caso de la cesárea.

*“No me acuerdo, como que en realidad nunca me dijeron que haya algún riesgo, no que me dijera, ¡Puede pasar esto, puede pasar lo otro!, no“ (Margarita, 31 años).*

La firma del consentimiento informado es un elemento fundamental para garantizar que las mujeres conozcan y comprendan los procedimientos relacionados con la cesárea. Sin embargo, es comprensible que, debido al miedo, los nervios e incluso el dolor en algunos casos, muchas mujeres no lleguen a leer detenidamente el documento antes de firmarlo.

Chiarotti (2008) destaca la importancia de que un miembro del personal médico dedique tiempo a explicar, de manera clara y accesible, el contenido del consentimiento informado. Esto permitiría que las mujeres comprendan plenamente los procedimientos a los que serán

sometidas, favoreciendo una toma de decisiones consciente y evitando que información fundamental pase desapercibida en un momento tan crucial.

Además, la falta de información también abarca los síntomas que experimentan las mujeres durante el parto. Para las primigestas, todo el proceso es una experiencia desconocida, por lo que el acompañamiento y la orientación resultan fundamentales. Sin embargo, el personal médico suele limitarse a seguir el protocolo sin ofrecer una comunicación efectiva que tranquilice a la usuaria o le explique que sus síntomas son parte del proceso natural del parto. La ausencia de esta interacción deja a las mujeres en un estado de incertidumbre y ansiedad, sin una guía clara sobre las etapas que continuarán.

*“No me dieron muchas explicaciones de que iba a seguir, como proseguía, o porque estaba pasando, porque estaba sintiendo, o sea, realmente no había mucha información” (Paty, 27 años).*

La falta de información contribuye significativamente a que las mujeres experimenten episodios constantes de miedo durante el parto. Este temor no solo afecta su bienestar emocional, sino que también provoca un aumento en los niveles de cortisol, lo que a su vez inhibe la liberación de hormonas esenciales para el trabajo de parto, como la oxitocina. Si bien es natural sentir miedo ante un proceso desconocido y doloroso, una comunicación clara por parte del personal médico podría hacer una gran diferencia. Explicar a la usuaria cada etapa del proceso, validar sus sensaciones y detallar los pasos siguientes contribuiría a que el parto sea una experiencia menos angustiante y más manejable.

Además, la combinación de desinformación y miedo suele derivar en una mayor instrumentalización del parto, como señalan Sadler y Rivera (2015). Esto no solo refuerza la

dependencia de intervenciones médicas innecesarias, sino que también limita la autonomía de las mujeres, quienes en muchos casos terminan aceptando procedimientos sin conocer sus implicaciones reales.

Aunado a lo anterior, dado que estos procedimientos médicos son nuevos para muchas mujeres, es común que tengan dificultades para comprender ciertas instrucciones. Esta situación, sumada al miedo natural que conlleva el parto, genera un estado de desorientación. Por ello, proporcionar información clara y precisa sobre lo que se espera de ellas y cuál será el desarrollo del proceso es fundamental para brindarles seguridad y acompañamiento en un momento tan crucial.

*“Yo siento que no te informan muy bien; o sea, no te dicen ¡Tienes que hacer esto, el otro! Normalmente, cuando te pone una inyección te dicen que no te pongas duro, entonces cuando ya me dicen que me ponga del lado, pues me pongo de lado y querían que como que me hiciera como en conchita... no podía hacerlo muy bien que digamos”* (Carolina, 21 años).

La falta de claridad en las instrucciones genera que las mujeres se sientan torpes o incapaces, especialmente cuando el personal médico las reprende por no haber seguido correctamente las indicaciones. Sin embargo, si nunca han estado involucradas en un proceso obstétrico, resulta difícil comprender información que se transmite de manera confusa o apresurada. Como señala Chiarotti (2008), la comunicación deficiente en estos contextos no solo dificulta la cooperación de las usuarias, sino que también contribuye a su sensación de inseguridad.

*“Yo no podía... como que en mi cabeza no sabía cómo, me decían, ¡puje, puje! Y yo decía, pero ¿cómo lo hago? O sea, ¿cómo se debe de sentir? Y como que veían que a lo mejor no sabía cómo y querían como hacerme como de aquí, del estómago, como que querían como empujar y le digo ¡No, no, no, díganme cómo lo hago!”* (Karina, 28 años).

Otro de los procedimientos realizados sin previo aviso, y que muchas mujeres experimentan como un momento de vulnerabilidad, es la colocación de la sonda vesical. Si bien este procedimiento es necesario en partos por cesárea, muchas mujeres desconocen su propósito y, en numerosas ocasiones, se les aplica sin brindarles ninguna explicación. Esta falta de información no solo genera incomodidad y molestia durante su colocación, sino también una sensación de invasión al ser tocadas en el área genital sin previo consentimiento o advertencia.

*“Me asusté, dije, ¿qué pasó, que van a hacer? Tampoco me avisaron, nada más dijeron, ¡Venimos a prepararla! y yo así y de repente me levantan la bata y yo, ¡Ah ok, pero avísame!”* (Yanely, 18 años).

Otro testimonio narra cómo el personal de enfermería llevó a cabo la colocación de la sonda vesical sin previo aviso y de manera brusca, lo que provocó dolor y lesiones en la usuaria. Este acto no solo evidencia una falta de comunicación y empatía, sino que también refuerza el autoritarismo médico presente en las instituciones de salud, donde los procedimientos se realizan sin el consentimiento informado ni el respeto debido a las mujeres.

*“Me sentía como si fuera un animal, porque de un lado un enfermero me pico como dos o tres veces... y por el otro lado una enfermera me estaba limpiando para ponerme la sonda, pero ni me aviso que iba a hacer, nada más me dijo ¡Abre las piernas! Y me empezó a limpiar pero me limpió con una gasa, de esas que son duras y pues me talló y me acuerdo de que me dolía mucho”* (Paulina, 35 años).

Esta misma usuaria menciona también como el personal médico mantenía una interacción mínima con ella, limitándose a dar instrucciones precisas sin brindar ninguna explicación sobre los procedimientos que llevarían a cabo en su cuerpo. Esta falta de

comunicación generó una sensación de incertidumbre y desamparo, ya que en ningún momento se le informó sobre lo que sucedería durante el proceso.

*“Pero nadie me dijo que iba a hacer, es más ni me hablaban, solo me dirigían la palabra para decirme muévete, o ponte de lado o así, pero no para explicarme”* (Paulina, 35 años).

Una vez más, queda en evidencia cómo las mujeres son relegadas al papel de espectadoras en su propio proceso de parto. Son trasladadas, intervenidas y expuestas sin que exista una interacción genuina y humanizada entre ellas y el personal médico. En ningún momento se les reconoce como protagonistas de su experiencia, sino que su cuerpo y su intimidad son tratados como meros objetos de intervención. Esto refleja la persistencia del autoritarismo médico y del habitus en cada etapa del proceso reproductivo, sin importar el contexto, el momento o las circunstancias.

Pintado y colaboradores (2015) señalan que la falta de información a las usuarias es una problemática frecuente en los entornos hospitalarios. Aunque los propios médicos reconocen esta deficiencia como una preocupación, la situación persiste en todas las instituciones de salud. De hecho, la deficiente comunicación entre médico y usuaria se encuentra entre las quejas más recurrentes presentadas ante la CONAMED en los servicios de ginecobstetricia durante el periodo 2002-2017.

Otro de los temas recurrentes en torno al parto son las llamadas “mentiras obstétricas”. Como mencionamos anteriormente, en consulta, estas falsedades suelen estar dirigidas a persuadir a las mujeres de optar por la cesárea como vía de nacimiento. Sin embargo, en el momento del parto, incluso los pocos ginecólogos que inicialmente respetaron la decisión de la

usuaria de tener un parto vaginal recurrieron a este tipo de engaños para hacerla cambiar de opinión.

*“Sí, sí me me dijo que porque, como no estaba dilatada tenían que ayudar y este, y que, pues no me iba a pasar nada, verdad que era lo más acelerar el proceso, porque yo ya tenía como 6 horas de labor”* (Daniela, 30 años).

De acuerdo con la literatura, el trabajo de parto en primigestas tiene una duración promedio de 14 horas (Moreno y cols., 2018), aunque en algunos casos puede extenderse hasta las 24 horas. Además, según el manual MSD, la fase latente del parto, que comprende la dilatación de 1 a 6 cm, suele durar entre 7 y 9 horas. A pesar de estos parámetros, el testimonio de la usuaria evidencia cómo su proceso de dilatación era proporcional al tiempo transcurrido, lo que indica que su labor de parto se desarrollaba dentro de la normalidad. No obstante, el médico obstetra, actuando de manera poco ética, recurrió a la mentira y la coacción para inducirla a aceptar una cesárea innecesaria, lo que refleja una clara violación de su derecho a decidir sobre su propio cuerpo.

*“Me explicó de qué es que mira, no te dilataste, ya hiciste lo que tenías que hacer... Entonces dijo, ¡No, ya vamos a ponerte la raquea, o sea, ya no te puedo maltratar más! ¡No puedes aliviarte!”* (Daniela, 30 años).

En el mismo testimonio, otra de las llamadas "mentiras obstétricas" utilizadas fue la supuesta presencia de una circular de cordón umbilical alrededor del cuello del neonato. El obstetra argumentó que esta condición impedía el progreso del trabajo de parto y, por ello, se tomó la decisión de realizar una cesárea de última hora.

Sin embargo, autores como Ramos y Cruz (2015) sostienen que no existen evidencias científicas que demuestren que la presencia de circulares de cordón cause daño al neonato. Además, tampoco se ha establecido una relación directa entre esta condición y dificultades en el avance del trabajo de parto, por si esto no fuera suficiente, en la obra “el renacimiento del parto” algunos obstetras mencionan que esta es una mentira muy generalizada para la aceptación de la instrumentalización del parto, no obstante, ellos mismos aceptan que no existe un riesgo real con estas circulares, siempre y cuando no exista disminución en la frecuencia cardíaca fetal. Este tipo de afirmaciones médicas sin sustento refuerzan la coacción hacia la cesárea, limitando la autonomía de las mujeres sobre su propio proceso de parto.

*“Nace el bebé y dijo el doctor ¡Ah, ya salió el peine! haz de cuenta que mi hijo al último se enredó con el cordón... entonces dijo el doctor, trae el cordón como corbata. Haz de cuenta que lo traía alrededor de la cabeza. Entonces entre tanto movimiento, al final se enredó y por eso no pudo, no pudo bajar” (Daniela, 30 años).*

La NOM-007 establece con claridad la importancia de conducir el parto con la mínima medicalización e intervención, promoviendo un proceso espontáneo que contribuye a reducir la morbimortalidad materna y minimiza el riesgo de secuelas. Sin embargo, las mentiras obstétricas previamente mencionadas, junto con el uso del miedo como herramienta de coerción, se han normalizado en la atención privada. Esto evidencia que, en muchos casos, los intereses médicos van más allá del bienestar y la salud de las mujeres, priorizando otros factores sobre un parto respetado y seguro.

Por su parte, otra de las mentiras más comunes está relacionada con la aplicación de la analgesia. Uno de los rumores más extendidos sostiene que, al momento de administrarla, la usuaria debe permanecer completamente inmóvil, ya que el más mínimo movimiento podría

provocar invalidez de por vida. Esta creencia genera miedo e incertidumbre en las mujeres, quienes, al desconocer la veracidad de la afirmación, temen no haber seguido correctamente las indicaciones.

*“Sí, nada más era que me tenía que poner, me acosté en posición fetal. Tenía que hacerme, así como que rosquita y que por nada del mundo me moviera, o sea, por nada del mundo me tenía que mover, porque si yo llegaba a moverme, pues podría tener complicaciones, pues irreversibles” (Paty, 27 años).*

Esta situación intensifica el estrés que de por sí implica el parto, generando un escenario aún más angustiante para la mujer. Si a esto se suma el hecho de que algunas usuarias ingresan a cirugía con contracciones activas o en medio de una urgencia médica, el procedimiento puede volverse significativamente más complejo, aumentando los riesgos tanto para la madre como para el recién nacido.

Sin embargo, la probabilidad de sufrir una complicación grave como la parálisis de las extremidades inferiores, conocida como síndrome de Cauda Equina, es extremadamente baja. De acuerdo con estudios realizados por Mogrovejo y colaboradores (2024) y Schioppi (2018), este tipo de complicación ocurre en aproximadamente 1 de cada 32,000 personas sometidas a anestesia, lo que demuestra que se trata de un riesgo mínimo y no de una consecuencia común de la analgesia epidural.

El miedo que experimentan las mujeres ante la aplicación de la analgesia epidural surge, en gran medida, por la falta de información clara y precisa sobre el procedimiento. En lugar de recibir explicaciones detalladas sobre los beneficios, riesgos reales y cuidados necesarios, muchas veces el personal médico, particularmente los anestesiólogos, refuerza la incertidumbre con advertencias exageradas o intimidantes.

Lejos de brindar seguridad y confianza a las usuarias, algunos anestesiólogos utilizan un discurso basado en el temor, haciéndolas creer que cualquier movimiento mínimo durante la aplicación podría tener consecuencias catastróficas, como la parálisis permanente. Esta estrategia no solo incrementa la ansiedad en un momento de vulnerabilidad.

Otro aspecto relevante de la violencia obstétrica durante el parto es la falta de apego inmediato entre la madre y el recién nacido. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022), el contacto piel con piel es altamente beneficioso para el binomio madre-hijo, por lo que se recomienda su implementación inmediata, independientemente de la vía de parto. Este contacto es aún más crucial en el caso de bebés prematuros, ya que contribuye significativamente a su estabilidad fisiológica y emocional.

Sin embargo, en la práctica, este primer contacto suele verse limitado. En todos los casos analizados, tras el nacimiento, el bebé es acercado brevemente al rostro de la madre únicamente para que lo bese, sin permitirle cargarlo ni tener un contacto prolongado. Esta restricción interrumpe el vínculo inicial y reduce las oportunidades de establecer un apego temprano y significativo.

*“No, hombre, yo creo que nada más como, ay, yo creo que menos de 1 minuto porque, o sea, has de cuenta que lo sacan y te lo enseñan” (Daniela, 30 años).*

Otra de las situaciones recurrentes que relatan las mujeres es que el primer acercamiento con su recién nacido parece estar más orientado a la mercantilización del parto que al bienestar materno-infantil. En muchas clínicas, los paquetes incluyen una fotografía del momento, lo que reduce este encuentro a un instante fugaz antes de que el bebé sea llevado a otra área de quirófano para su revisión, mientras la madre permanece en proceso de finalización de la intervención.

*“Nada más la vi como que poquito porque te dicen voltea y te la ponen para la foto y volteas a la foto y ya ni viste la bebé, nomás le vi, así como que el pelito y ya”* (Carolina 21 años).

Al parecer lo habitual dentro de los hospitales o maternidades no es prioridad el apego inmediato, si no que el personal médico prioriza protocolos clínicos, como el pesaje y la evaluación pediátrica, dejando en segundo plano el contacto piel con piel. Una vez más, esto evidencia cómo el enfoque biomédico prevalece sobre los beneficios emocionales y fisiológicos tanto para la madre como para el recién nacido, a pesar de las recomendaciones que respaldan la importancia de este vínculo inmediato.

El breve acercamiento en el quirófano resulta insuficiente, dejando a las madres con una profunda sensación de angustia y ansiedad por no poder estar cerca de su hijo. En algunos testimonios, las mujeres expresan un temor latente a no recordar el rostro de su bebé, lo que genera incertidumbre y, en casos extremos, el miedo de no reconocerlo cuando finalmente se lo entreguen. Esta falta de contacto inmediato no solo afecta el vínculo madre-hijo, sino que también puede derivar en un impacto emocional significativo.

*“Yo quería verle algo, algo para que no me lo fueran a cambiar, iba caminando y yo lo iba viendo, digo puede ocurrir un error, un error humano, ya cuando te lo llevan no pues sí es fue el mismo bebé”* (Margarita, 31 años).

En otro testimonio, el contacto con el recién nacido fue tan breve que, sumado a los efectos de la anestesia, la madre mencionó no recordar a su hijo cuando se lo entregaron en cuneros. Esta situación la llevó a experimentar una profunda incertidumbre durante varios días, llegando incluso a dudar de que realmente se tratara de su bebé.

*“Yo estaba terca que no era mío y me decían las enfermeras, de que era el único niño que había nacido, entonces que, si era el mío y pues así estuve por mucho tiempo, yo creo que hasta los dos meses que se empezó a parecer a mi”* (Paulina, 35 años).

Como consecuencia, el contacto inmediato se retrasa por varias horas, lo que reduce o incluso elimina los beneficios ampliamente respaldados por la literatura científica. Entre ellos, el inicio temprano de la lactancia materna, la liberación de hormonas que fortalecen el vínculo afectivo entre madre e hijo y la disminución del riesgo de depresión posparto. Esta práctica no solo contradice las recomendaciones médicas actuales, sino que también afecta negativamente la experiencia del parto y el bienestar emocional tanto de la madre como del recién nacido, privándolos de un momento fundamental para su conexión y adaptación mutua.

Otro aspecto relevante que surgió en los testimonios fue la persistencia de prácticas médicas innecesarias. Este apartado abarca procedimientos que, según los lineamientos de la OMS y la Secretaría de Salud de México, no están recomendados e incluso, en ciertos casos, están prohibidos. A pesar de ello, continúan realizándose de manera rutinaria, muchas veces sin el consentimiento informado y real de las mujeres.

Uno de los testimonios describe cómo se optó por realizar una amniotomía (ruptura de membranas) para acelerar el parto. Sin embargo, esta técnica fue llevada a cabo de manera arbitraria, sin el consentimiento ni la información adecuada para la usuaria. De acuerdo con la literatura (Navarro, s.f.; Ventura y Figueroa, 2008), esta práctica no parece ofrecer beneficios significativos en cuanto a la duración del parto. Por el contrario, entre sus desventajas se encuentra que la amniotomía puede resultar dolorosa para las mujeres, genera estrés debido al temor de que el bebé quede sin oxígeno, y, en lugar de lograr el resultado esperado por el médico, se asocia con una mayor tasa de cesáreas debido a complicaciones.

*“El doctor llegó de rato, me checó y me dijo, ¡No, todavía te falta! No había dilatado... y pues si va pasando el tiempo y el tiempo hasta que dijo, ¡No! ¡Vamos a poner para las contracciones! y luego me rompió la fuente, y no me puedo aliviar, como yo ya de ahí que me rompió la fuente; pasaron como 3 horas y yo con los dolores de que bien fuertes” (Daniela 30 años).*

Otra de las prácticas más generalizadas es la tricotomía (depilación del área genital). En el pasado, se creía que esta técnica tenía un propósito higiénico, ya que se pensaba que ayudaba a prevenir infecciones en caso de episiotomía y facilitaba la sutura al evitar la interferencia del vello púbico. No obstante, tanto la OMS como la NOM 007, así como diversos estudios (de Queiroz, 2020; Quiroz, 2000), desaconsejan su uso, ya que no se ha demostrado ningún beneficio real. Por el contrario, la depilación puede provocar laceraciones que aumentan el riesgo de infección, además de generar molestias como comezón durante el crecimiento del vello, lo que podría derivar en heridas adicionales o problemas de cicatrización al intentar aliviar la irritación.

*“Era muy incómodo porque, o sea, primero las enfermedades que hicieron la limpieza y todo eso decía, ay que nervios, porque pues me están viendo totalmente desnuda y me están depilando y siento que no lo hice bien también yo, y cosas así” (Jenny, 17 años).*

Esta práctica resulta especialmente llamativa porque suele pasar desapercibida como una forma de violencia. Cerca de la mitad de las mujeres entrevistadas afirmaron haberse depilado antes del parto por razones de higiene, lo que evidencia un tabú persistente en torno al vello corporal, percibido erróneamente como algo antihigiénico o propio de mujeres descuidadas. Sin embargo, no existen pruebas científicas que respalden la idea de que el vello púbico cause

infecciones. Paradójicamente, son los propios ginecólogos quienes suelen recomendar o incluso indicar la depilación.

*“Yo me fui preparada porque a mí me dieron las instrucciones de como tenía que llegar, eso lo hice yo en mi casa. Yo llegué ya lista para pasar”* (Paty, 27 años).

Además, muchas mujeres experimentan vergüenza al hablar del vello púbico. Algunas mencionaron que se sentían incómodas por no haberse depilado a tiempo o por haberlo hecho de manera deficiente, ya que el tamaño de su vientre dificultaba el proceso, lo que refuerza aún más la presión social en torno a esta práctica innecesaria.

*“Un día antes, me depilé, cómo puede aquí en mi casa, porque ya no veía con la panzota que tenía, pero dije qué vergüenza”* (Fernanda, 16 años).

Otra práctica no recomendada por la OMS ni por la Secretaría de Salud en México es el uso de enemas, laxantes o medicamentos evacuantes antes del parto. Estas intervenciones se basan en la creencia de que un intestino vacío facilitaría el descenso del bebé y evitaría una posible contaminación en caso de que la mujer defecue durante el trabajo de parto.

Sin embargo, no existen evidencias científicas claras que respalden su efectividad para prevenir infecciones. Por el contrario, su aplicación solo genera molestias innecesarias para las mujeres en un momento tan importante y en el que debe estar enfocada al nacimiento de su hijo (Gómez y colaboradores, 2006).

*“Sí, sí, ahorita que dices sí. Si has de cuenta que cuando llegue yo creo que como a la hora me hicieron lo del, lo del laxante”* (Daniela, 30 años).

Otra de las prácticas innecesarias mencionadas en las entrevistas es la maniobra de Kristeller, que consiste en aplicar presión sobre el fondo uterino para acelerar el descenso del feto durante la fase de expulsión. Según las recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto (2018), esta práctica no está recomendada debido a los riesgos que conlleva.

*“Tenía mucho dolor en él, no era ni siquiera el vientre, era el estómago... me dijo el papá de la niña que el doctor se apoyó sobre mí, sobre mi estómago, porque la niña estaba muy arriba, se subió y de hecho se ve en el video, porque hubo video, donde el doctor pone mucho peso sobre mi”* (Yanely, 18 años).

Lo más llamativo de este testimonio es que la maniobra fue realizada durante una cesárea y no en un parto vaginal, lo que carece de sentido desde el punto de vista médico. Tal como relata la mujer entrevistada, lejos de aportar algún beneficio, esta intervención solo le provocó dolor posterior al parto, evidenciando una práctica innecesaria y potencialmente dañina.

En otro de los casos, esta maniobra fue aplicada durante la fase de expulsión bajo el argumento de que la gestante no estaba pujando correctamente. Al parecer, el médico intentó acelerar el proceso sin considerar los riesgos asociados a esta práctica. Además del peligro que implica, la mujer entrevistada relató que la situación resultó extremadamente estresante, lo que agravó aún más su experiencia durante el parto.

*“Querían como hacerme como de aquí, del estómago, como que querían como empujar”* (Karina, 28 años).

La maniobra de Kristeller lejos de facilitar el parto puede generar complicaciones que van desde molestias y hematomas hasta consecuencias graves, como la ruptura uterina o fracturas costales, poniendo en riesgo la salud de la madre y del bebé.

Por otro lado, una de las prácticas realizadas de manera rutinaria y generalizada en los partos vaginales es la episiotomía, Berzaín y Camacho (2014), Gómez y colaboradores (2006), la OMS (2018), la Nom 007, así como otras instituciones internacionales y variada literatura, reiteran la recomendación de no realizar este procedimiento a menos de que exista una justificación médica.

*“Veo que toman las tijeras, pero yo veía que ya estaba saliendo y yo le decía, ¿Me va a cortar? ¡Usted no se preocupe, yo aquí estoy haciendo mi trabajo! Le digo, pero ¿por qué me va a cortar? Ya estaba saliendo”* (Karina, 28 años).

El caso de Karina evidencia cómo esta práctica se lleva a cabo de manera rutinaria, sin considerar el consentimiento de las mujeres. A pesar de que ella expresó claramente su negativa, el personal médico ignoró su petición y procedió sin su aprobación, reflejando una clara vulneración de su autonomía y derechos durante el parto.

Otro de los temas recurrentes en el parto es la violencia simbólica ejercida por el personal médico hacia las mujeres. Esta se manifiesta en actitudes como la indiferencia ante sus peticiones o síntomas, imponiendo su criterio sobre el dolor y las necesidades de las usuarias. De este modo, los médicos asumen el papel de jueces sobre cuerpos ajenos, determinando arbitrariamente qué merece o no su atención, lo que refuerza la desigualdad y vulnerabilidad de las mujeres en un momento fundamental.

*“No, solo me quejaba, pero pues la verdad nunca se detuvieron a pensar si me dolía o no y pues no les dije nada porque como que yo seguía con la idea de que me iba a morir”* (Paulina, 35 años).

Esta indiferencia se hace evidente en el quirófano, donde el personal médico evita interactuar con la persona que recibe la atención. En lugar de brindarle apoyo, conversan entre ellos sobre su vida privada y hacen bromas, ignorando el nerviosismo y el miedo que la mujer está experimentando en ese momento. De este modo, la reducen a un mero cuerpo sometido a procedimientos médicos, despojándola de su autonomía y sensibilidad.

*“Ya va llegando el anestesiólogo y entre ellos mientras me operaban estaba bromeando, o sea, hablando de sus vidas personales, y si yo nada más estaba acostada, pues esperando a que me partieran en dos”* (Jenny, 17 años).

Durante el parto, se evidencia una clara despersonalización de las mujeres, lo que puede comprometer su seguridad cuando no se les presta la debida atención. Un ejemplo de esto es el testimonio de una mujer que, en plena cesárea, sintió ganas de vomitar. A pesar de sus intentos por comunicárselo al equipo médico, estos tardaron en responder y atenderla, demostrando una vez más que la prioridad no está centrada en la madre, sino en otros aspectos del procedimiento.

*“Yo empecé a sentir que quería vomitar y nadie me veía, hasta que ella regresó (enfermera) a su sitio, que era ahí, al lado mío y me vio y me movió, me giró un poco de lado para que pudiera vomitar”* (Yennifer, 20 años).

Otra manifestación de la violencia simbólica durante el parto es el constante autoritarismo médico. Como se mencionó anteriormente, el cuerpo de las mujeres es reducido a un mero objeto de intervención, sin reconocimiento de su autonomía. Además, el personal médico carece de la conciencia de informar adecuadamente sobre los procedimientos que llevará a cabo o de solicitar consentimiento previo. En su lugar, simplemente anuncian lo que harán,

dejando a las mujeres con la sensación de que su opinión y sus sentimientos no tienen relevancia en ese espacio.

*“Y luego fue así de repente, ella me dijo, ¡La voy a depilar! pero cuando ya tenía la bata levantada y yo ¡Ah bueno!”* (Yanely 18 años).

Otra muestra de la indiferencia hacia los sentimientos y sensaciones de las mujeres se evidencia en un testimonio donde una usuaria relata su experiencia en el quirófano durante una cesárea. A pesar de manifestar que sentía dolor y solicitar más anestesia para aliviarlo, el personal médico la ignoró por completo, limitándose a responder que no era posible administrar más. Como consecuencia, tuvo que soportar el dolor sin recibir ningún tipo de ayuda o alivio por parte del equipo médico.

*“Yo le decía, es que me duele mucho, es que pónganme anestesia y ella me decía que ¡No!”* (Paty, 27 años).

Otra manifestación de violencia simbólica en la sala de parto es la falta de respeto a las indicaciones explícitas de la madre sobre el alumbramiento de su hijo. Con frecuencia, sus preferencias y medidas son ignoradas en favor del cumplimiento estricto de los protocolos médicos establecidos. Esto refleja cómo, dentro de los hospitales, prevalece la autoridad del personal médico sobre la voluntad materna, sin que se busque un acuerdo o, al menos, se intente respetar aquellas decisiones que no comprometen la seguridad del recién nacido.

*“Pero una de las indicaciones que yo quería, que yo puse por escrito, fue que permitieran que la placenta saliera”* (Karina, 28 años).

La violencia simbólica durante el parto se manifiesta de manera agresiva, al punto de que las mujeres pueden identificar estas conductas como inapropiadas dentro del área de tocología. Sin embargo, estas prácticas persisten, incluso cuando las mujeres optan por atención médica privada con la esperanza de evitar situaciones de violencia y vivir una experiencia de parto más humanizada.

Ahora bien, otro de los temas recurrentes en torno a la violencia obstétrica es la mercantilización del parto. Este fenómeno se puede describir como la oferta de tecnología y amenidades a un costo elevado, en contraste con los partos atendidos en instituciones públicas. La mercantilización ha sido vendida bajo la promesa de que las mujeres que pueden pagar recibirán una mejor experiencia en su proceso reproductivo, además de un servicio de mayor calidad. No obstante, como señala Menéndez (1988) en su modelo médico hegemónico, este enfoque responde a la mercantilización de la salud, donde la atención médica se convierte en un bien sujeto a las dinámicas del mercado, priorizando intereses económicos sobre el bienestar del sujeto en proceso de atención.

La mercantilización del parto se hace evidente cuando se permite que las mujeres prioricen su imagen corporal a través del maquillaje y el peinado para lucir “presentables” o “más bonitas” en el quirófano, con el propósito de obtener una fotografía que inmortalice el nacimiento de su hijo. Sin embargo, esta práctica puede ir en contra de las medidas de higiene y seguridad quirúrgica. A pesar de ello, son los propios obstetras quienes fomentan esta tendencia, alentando a las mujeres a arreglarse para este momento, reforzando así una visión superficial del parto que prioriza la estética sobre la salud y el bienestar materno.

*“A mí la doctora me dijo ¡Te van a tomar fotos, vete maquillada!” (Margarita 31 años).*

Esta fotografía y video del parto se presentan como una de las amenidades incluidas en los paquetes ofrecidos por los hospitales, convirtiéndose en un servicio comercializado dentro del proceso de nacimiento. Sin embargo, a pesar de que los padres pagan por este recuerdo, el acercamiento con su hijo no se prolonga más allá de unos breves instantes. Es decir, el costo del paquete no garantiza un contacto más significativo con el recién nacido, ya que este momento sigue estando limitado por los protocolos hospitalarios, priorizando la logística del centro de salud sobre el vínculo temprano entre padres e hijo.

*“Si, me la acercaron a la cara, me la acercaron nada más a la cara y nos tomaron una foto y ya nada más”* (Carolina, 21 años).

Precisamente, la fotografía y/o video del parto se convierte en uno de los principales incentivos para que las mujeres accedan a esta mercantilización. En los testimonios, este momento adquiere un gran significado, especialmente cuando no se lleva a cabo por razones médicas, lo que genera una sensación de ruptura con la experiencia idealizada del nacimiento. La ausencia de este registro altera las expectativas de las mujeres, evidenciando cómo la comercialización del parto influye en la construcción de su vivencia.

*“Me sentí triste, porque pensé que iba a poder estar con mi bebé y besarlo y que iba a tener la foto y el video”* (Paulina, 35 años).

Otra de las razones por las que las mujeres optan por pagar un parto en un hospital privado es la posibilidad de que su pareja esté presente en el quirófano. Esta presencia les brinda seguridad y les permite compartir la experiencia del nacimiento de su hijo en pareja, algo que

no está permitido en los hospitales públicos, a pesar de que el acompañamiento continuo durante el parto es ampliamente recomendado.

*“Desde el momento que a mí me pasaron, a él casi creo que fue inmediato, que él también pasara, en lo que se cambiara, que se pusiera la bata y que él pasara, casi pase yo y a los minutos pasó él”* (Angélica, 31 años).

Este acompañamiento resulta fundamental durante el parto. De hecho, una de las mujeres que enfrentó un parto de urgencia se mostró renuente a ingresar al quirófano hasta la llegada de su pareja, lo que evidencia cómo la presencia de un ser querido brinda seguridad y bienestar, haciéndolas sentir acompañadas en un momento tan trascendental.

*“Yo decía que no, no me pueden meter si todavía no está aquí el papá, dice, es que ahorita está desocupado el quirófano, tenemos que meterte ya, y yo no, es que no”* (Yanelly 18 años).

Este acompañamiento ha sido tan mercantilizado que, al parecer, en algunos hospitales, el permitir la presencia de la pareja en el quirófano implica un costo adicional, como lo señala una de las mujeres en su testimonio.

*“No lo dejaron estar, yo pensé que, si iba a estar porque yo estaba pagando, es particular, pero creo que tenía otro costo si él entraba”* (Paty, 27 años).

Como podemos observar, existe un imaginario social en torno al parto, en el que muchas mujeres parecen priorizar su apariencia como símbolo de estatus, mientras que aspectos fundamentales del proceso quedan relegados. Esto explica, en parte, por qué ciertas formas de violencia obstétrica en las áreas de labor y quirófano pasan a un segundo plano. Asimismo,

evidencia cómo la contratación de servicios privados no solo responde a la búsqueda de una mejor atención médica, sino también al deseo de cumplir expectativas relacionadas con la imagen y el acompañamiento durante el parto.

Por último, un tema recurrente en los testimonios es la violencia institucional presente en los hospitales privados. Aunque podría parecer contradictorio, dado que muchas mujeres eligen estos servicios con la expectativa de recibir una mejor atención, la realidad es que estas instituciones también presentan deficiencias en el momento del parto.

De acuerdo con Sharma y colaboradores (2019), este tipo de abuso ocurre cuando no hay personal calificado disponible o cuando, aun estando presente, no responde oportunamente. Además, incluye la falta de insumos e infraestructura adecuados o, en algunos casos, la negación de estos recursos a las usuarias debido a problemas de pago.

Un testimonio relata cómo la hora programada del parto se retrasó debido a la ausencia de personal, una situación que, aunque frecuente en distintos hospitales, no debería ser justificación para postergar la atención médica, especialmente en un contexto privado donde las usuarias esperan mayor eficiencia y calidad en el servicio.

*“El anestesiólogo de la doctora, se le juntaron los partos y me terminaron operando a las 10:50, creo, tardaron como dos horas y media en atenderme”* (Margarita, 31 años).

En este mismo testimonio, se muestra como el personal no estaba calificado para la atención médica, es muy recurrente el que exista personal médico con poca experiencia, lo que puede generar descontento y preocupación en las mujeres.

*“Fue un momento medio complicado porque con el aparato no le hallaban el latido y yo de ¿por qué? y yo vi la cara de la enfermera como de medio, de permítame y luego ya fue otra enfermera y ya de que rápido, no sé si eran nuevas y ya tomó el latido del bebé”* (Margarita, 31 años).

Si bien algunos procedimientos pueden ser realizados por practicantes sin representar un riesgo para la madre y el recién nacido, su ejecución podría generar ansiedad en la persona atendida, lo que a su vez podría derivar en otras complicaciones. Por ello, es fundamental garantizar una capacitación continua y rigurosa para el personal médico antes de su ingreso al área de quirófano, asegurando así una atención más segura y evitando incidentes innecesarios.

*“De un lado un enfermero me pico como dos o tres veces y no me pudo poner la... la aguja y pues nada más me lastimó”* (Paulina, 35 años).

Nuevamente, la falta de personal calificado puede derivar en violencia institucional, según lo señalado por la OMS (2018), GIRE (2015) y Sharma (2019). Esta violencia se manifiesta cuando la atención médica se brinda de manera rutinaria, sin considerar el respeto a la privacidad de las mujeres ni a su dignidad, además de un trato indiferente o poco respetuoso durante el proceso.

*“Si me daba vergüenza... cuando la enfermera me dijo abre las piernas pues ahí estaba como que otro enfermero y pues no estaba haciendo nada, solo viendo... o sea, como voy a estar abierta de piernas y el enfermero pasando y como de que, casual viendo”* (Paulina, 35 años).

Este mismo testimonio revela que, a pesar de tratarse de un servicio particular, las instalaciones no siempre cumplen con los estándares establecidos en las normas oficiales, especialmente en aspectos como la limpieza e iluminación de todas las áreas. Asimismo, el

equipo tecnológico, en algunos casos, presenta un deterioro evidente o es de uso prolongado, lo que podría afectar la precisión de las mediciones dentro del quirófano. Esto resulta especialmente preocupante, considerando que las mujeres pagan por un servicio que esperan sea de la más alta calidad, acorde con sus posibilidades económicas.

*“Yo veía todo como muy triste, muy feo, como que en el quirófano veía las cosas viejas, como que poca luz, no sé, por lo menos a mí no me gustó”* (Paulina, 35 años).

Otro aspecto relevante en los testimonios es cómo ciertos hospitales buscan asegurar el cobro de servicios adicionales en caso de complicaciones. Para ello, hacen que las usuarias firmen un pagaré en blanco, que sería utilizado en caso de una emergencia. Esta práctica evidencia nuevamente que la vida y el bienestar de las madres y sus hijos quedan en segundo plano, mientras que el parto se trata principalmente como un negocio.

*“A él, le hicieron hacer firmar un pagaré en blanco y le hicieron firmar un mundo de papeles”* (Margarita, 31 años).

Otra de las formas en que la violencia institucional se ha normalizado es la privación de alimentos y, especialmente, de agua. Esta restricción suele justificarse como una medida preventiva en caso de que se requiera sedación general, con el argumento de evitar la aspiración gástrica. Sin embargo, las recomendaciones de la OMS y estudios como el de Levy y Webster (2004) señalan que el consumo de agua, té, café o líquidos azucarados puede ser beneficioso durante el trabajo de parto, ya que ayuda a reponer energía y proporciona una sensación de saciedad. A pesar de esto, muchas mujeres expresan que sus necesidades básicas son ignoradas durante este proceso.

*“Ya no podía comer nada y todo el camino yo de ay que rico unos tacos, hay que rico un huevito, yo quería comer”* (Margarita, 31 años).

Todo lo anterior evidencia las violaciones a los derechos de las mujeres durante la atención al parto. Sin embargo, esta violencia se encuentra profundamente normalizada, al igual que durante el embarazo, al punto de ser justificada como una parte inevitable del proceso. Esto resalta, una vez más, la importancia de visibilizar y cuestionar estas prácticas para generar un cambio en la atención obstétrica.

*“Lo único que no me gustó es que, por ejemplo, me atendió el residente ¿verdad? Porque pues obviamente que el doctor no va a estar 10 horas esperando a ver cuándo quieras ¿verdad? y luego llegaba otro, le tenemos que checar y luego llega otro”* (Daniela, 30 años).

Si bien es evidente que muchas mujeres reconocen situaciones que les resultan injustas o inapropiadas, terminan por aceptarlas como algo inevitable. Esto se debe, en gran medida, a la falta de información sobre sus derechos, lo que las hace sentir que no tienen el poder de cuestionar o cambiar lo que ocurre durante su atención médica.

A lo largo de los testimonios analizados, se observa cómo la mercantilización del parto, la imposición de procedimientos sin consentimiento, el desinterés por el bienestar emocional de las usuarias y la normalización de estas prácticas contribuyen a perpetuar un sistema violento que prioriza la conveniencia del personal médico por encima de la experiencia y seguridad de las mujeres en el parto.

El último apartado de las violencias dentro del proceso reproductivo corresponde al postparto. Si bien los testimonios reflejan que en esta etapa ocurren menos violaciones a los

derechos humanos y reproductivos, no deben ser ignoradas. Llama la atención que la literatura sobre este periodo es escasa, ya que la mayoría de las investigaciones se centran en el parto.

Uno de los primeros aspectos identificados en los testimonios es la falta de apego inmediato entre la madre y el recién nacido. Una vez que el neonato es extraído en el quirófano, se siguen estrictamente los protocolos pediátricos y hospitalarios, lo que prolonga innecesariamente su separación de la madre. Esta práctica, lejos de priorizar el bienestar emocional de ambos, responde más a dinámicas institucionales que pueden afectar el vínculo temprano y el inicio de la lactancia.

*“Le digo, pero mi bebé, ¿dónde está? Le digo, ok, me quedo en tu sala, pero tráeme a la bebé. ¡No, es que no se puede porque la están bañando!”* (Karina, 28 años).

Como se observa en el testimonio anterior, estos protocolos generan un alto nivel de estrés en las madres, especialmente en aquellas que, como Karina, han sufrido pérdidas previas. La imposibilidad de ver a sus hijos y confirmar que se encuentran en buen estado incrementa su angustia. Además, la separación entre madre e hijo suele prolongarse durante horas, en algunos casos superando las ocho horas posteriores al nacimiento.

*“Ponle que me alivie como hasta las 12:00 o 1:00 y hasta las 12:00 de la noche me la llevaron para verla”* (Jenny, 17 años).

*“Tardaron mucho, yo creo que como hasta las cuatro de la tarde, yo pasé al quirófano como a las 10 de la mañana y ya hasta en la tarde me lo llevaron”* (Paulina, 35 años).

Si bien anteriormente hemos destacado la importancia del contacto piel con piel entre la madre y el recién nacido en el quirófano, es comprensible que se sigan protocolos de limpieza,

evaluación y profilaxis del neonato. Sin embargo, estos procedimientos no deberían prolongarse innecesariamente cuando no existen complicaciones.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018) enfatiza que el apego temprano es fundamental y debe realizarse, a más tardar, dentro de la primera hora después del nacimiento, ya que favorece la estabilidad del bebé, fortalece el vínculo materno y facilita el inicio de la lactancia.

Asimismo, la OMS señala que el contacto piel con piel es una medida efectiva para prevenir la hipotermia en los recién nacidos, por lo que se debe procurar que este vínculo se establezca lo antes posible. Sin embargo, en algunos casos, los bebés son retirados del quirófano y colocados en incubadoras para alcanzar la temperatura corporal adecuada, a pesar de que el contacto con su madre podría brindarles el mismo beneficio de manera natural y con efectos positivos adicionales para su bienestar emocional y fisiológico.

*“A mí me vinieron pasando a cuarto como a las cinco de la tarde y a la bebé si se tardaron más tiempo en llevarla porque la ponen en incubadora que para aclimatarlas”* (Carolina, 21 años).

El apego entre madre e hijo es fundamental, ya que, según Pinto (2007), contribuye a la formación de lazos emocionales sólidos que influyen en la relación a futuro. Incluso, el autor señala que la falta de este vínculo temprano puede estar relacionada con el maltrato infantil, especialmente en madres de bebés prematuros, quienes podrían enfrentar mayores dificultades para establecer una conexión afectiva inmediata con sus hijos.

*“Como te digo, no sentía como que el amor que dicen todas las mamás, yo sentía que lo tenía que cuidar, pero por otro lado decía ¿y si no es mi hijo? ¿y si se equivocaron? Y no sentía ese amor incondicional” (Paulina, 35 años).*

La falta de vínculo entre madre e hijo, sumada a una posible depresión posparto, sigue siendo un tema tabú dentro del proceso reproductivo. Como menciona la mujer entrevistada, aunque reconoce la importancia de cuidar a su bebé, percibe esta tarea más como una obligación que como un acto de amor, lo que evidencia la necesidad de mayor apoyo emocional y sensibilización sobre la salud mental materna en esta etapa.

Si el primer contacto con el recién nacido en el quirófano es breve, el siguiente encuentro en la habitación de la madre tampoco suele ser prolongado. En muchos casos, los bebés son llevados a su madre solo para ser alimentados y luego regresados a los cuneros sin una explicación clara o justificación razonable. Esto continúa afectando la manera en que las mujeres experimentan su maternidad en las primeras horas, privándolas de una conexión vital con sus hijos.

*“No... haz de cuenta que me la dieron y me dijeron, la niña come cada 3 horas, o algo así me dijeron, pero ella, haz de cuenta que me la dejaban un rato, se la llevaban a bañar, así y ellos me avisaban cuando era hora de que la niña comiera” (Paty, 27 años).*

El alejamiento de las madres de sus hijos parece ser una práctica basada en protocolos, pero sin justificación médica clara. A algunas mujeres se les informa que la razón es permitirles descansar después del parto. Sin embargo, este alejamiento parece generar más problemas que beneficios, ya que muchas madres experimentan angustia y ansiedad durante esas horas de separación.

*“Entonces como me la quitaban en la noche, yo pensaba, pues ellos tienen más bebés que cuidar como le van a hacer o sea no se van a dar cuenta si se está ahogando o algo y ya nada más me pude parar y yo iba a los cuneros a estarla viendo” (Carolina, 21 años).*

A la falta de apego tras el parto se suma la carencia de información que se proporciona a las madres sobre el estado de salud de sus hijos. En algunos casos, se les oculta información crucial con la intención de evitar que las madres se preocupen. Sin embargo, esta información no debe mantenerse oculta, ya que son los padres quienes deben estar informados para poder tomar decisiones adecuadas sobre cómo proceder en tales circunstancias.

*“Lo que pasa es que fijate que ya después me dijo la pediatra, lo que pasa es que no subía su temperatura, pero no les podemos decir porque luego las mamás entran en pánico, les puede complicar todo y no era grave, solamente que tardó un poquito más de lo normal en elevarse la temperatura” (Margarita, 31 años).*

Como podemos analizar, una vez más el médico ejerce un autoritarismo al decidir qué información se le proporciona a la usuaria y cuál se le oculta, bajo el argumento de que no existía una situación que pusiera en riesgo la vida del neonato. Sin embargo, este razonamiento resulta contradictorio, ya que, si no había riesgo, no hay justificación para retener dicha información.

La información que se proporciona a las madres suele ser mínima y, en la mayoría de los casos, deja más dudas que respuestas, ya que no se brinda una explicación clara sobre la separación de los recién nacidos. Una de las razones más comunes mencionadas es la necesidad de mantener al bebé en incubadora para observación; sin embargo, en muchos casos, no existe una justificación médica real para este procedimiento.

*“Nada más, que tenían que esperar a que la bebé cumpliera sus horas en la incubadora para que se aclimatara”* (Carolina, 21 años).

Otra de las omisiones en la información proporcionada a las madres es la falta de orientación sobre los signos de alarma en el postparto. Aunque esta etapa representa la fase final del proceso reproductivo, sigue siendo crucial y puede implicar riesgos significativos. La literatura médica señala que las principales complicaciones incluyen infecciones, hemorragias, problemas vasculares, alteraciones en la presión arterial y trastornos de salud mental. De acuerdo con la Norma Oficial Mexicana, el personal médico tiene la obligación de informar tanto a la usuaria como a su pareja o familiares sobre estos signos de alerta. No obstante, ninguno de los testimonios analizados menciona haber recibido esta información, lo que evidencia una grave omisión en la atención postparto.

*“No, no recuerdo que me hayan dicho algo de eso... el personal de ahí nunca me hablo de eso, ni de que iba a sentir despues de tener a mi bebé”* (Paulina, 35 años).

*“No. Pues no. No, nunca, nunca. Yo deducía que si me sentía mal iba a ir corriendo al consultorio, pero así que él me lo ofreciera, no, que me dijera oye estoy al pendiente, que estoy en el teléfono cualquier cosa no”* (Paty, 27 años).

Asimismo, se observa una falta de información sobre los cuidados y signos de alarma en el recién nacido. Los médicos obstetras omiten brindar esta orientación, a pesar de que está estipulado en la normativa oficial. En la práctica, esta responsabilidad parece ser completamente delegada a los pediatras, lo que deja a las madres y sus familias con un acceso tardío a información crucial para el bienestar del bebé.

*“Me hablaron sobre, cómo la muerte súbita de los bebés, que se les olvida respirar, de cómo acostarla, de que tenía que repetir después de tomar el biberón. Todo esto ya no me lo explicó el ginecólogo, pero creo que fue el pediatra nos explicó como a detalle”* (Fernanda, 16 años).

Para los fines de este trabajo, podemos concluir que ninguno de los testimonios recogidos menciona haber recibido información sobre las señales de alarma en el postparto. Esto evidencia cómo esta etapa sigue siendo infravalorada por el personal médico, quienes parecen considerar que su labor finaliza con el postparto inmediato o durante la estancia hospitalaria. Sin embargo, omitir estos aspectos pone en riesgo la salud de las mujeres, ya que el postparto es un periodo crítico que requiere seguimiento y orientación adecuada.

Anteriormente se mencionó la privación de alimentos antes del parto, pero poco se habla de la alimentación en el postparto. Tanto en el caso de una cesárea como en un parto vaginal, las mujeres experimentan un gran desgaste energético que, sumado al ayuno prolongado, incrementa su necesidad de alimento. Sin embargo, las entrevistadas relatan que se les restringe la dieta incluso por más de ocho horas después de la cesárea, a pesar de que esta práctica está contraindicada debido a los riesgos que representa para la salud materna (Patolia y et al., 2001; Ogbadua y et al., 2018; Quiñones, et al., 2021).

*“Como a las 8 de la noche, para entonces ya tenía mucha hambre”* (Paulina, 35 años).

La dieta tras una cesárea suele ser líquida o blanda y en porciones reducidas durante las primeras 24 horas, lo que deja a las mujeres con una constante sensación de hambre. Aunque este tipo de alimentación está indicada para favorecer el retorno del movimiento intestinal sin causar distensión abdominal, Ogbadua señala que existe evidencia de que iniciar la alimentación oral de manera temprana reduce complicaciones y ofrece múltiples beneficios para la madre.

Autores como Patolia, et al., (2001) han demostrado que las mujeres pueden tolerar bien los alimentos sólidos después de una cesárea, desmitificando la idea de que esto genera complicaciones postquirúrgicas. En este sentido, la privación de alimentos y la prolongación del hambre carecen de justificación médica y, en cambio, contribuyen a aumentar el estrés ya presente tras el parto. Algunos testimonios relatan cómo las mujeres suplicaban por comida sin que sus peticiones fueran atendidas, lo que sugiere que en muchos hospitales aún se siguen protocolos de alimentación desactualizados, sin considerar la evidencia médica más reciente sobre los beneficios de una alimentación sólida temprana.

*“Si sentía mucha hambre. Yo me acuerdo de que les decía que ya por favor, me dieran algo y me decían ¡No se puede! ya cuando me dieron de comer, me dieron un desayuno muy blando... yo decía, es que no siento haber comido nada...Tenía muchísima hambre”* (Carolina, 21 años).

Como se mencionó anteriormente, uno de los principales problemas con la dieta postparto es la cantidad insuficiente de alimentos. Las mujeres relatan que las porciones eran demasiado pequeñas, lo que las mantenía en un estado constante de hambre, dificultando su recuperación y bienestar tras el parto.

*“Hasta la noche, me dieron, si no me equivoco, eran dos vasitos, uno era un té y el otro era como un atole... Al día siguiente ya sí tenía muchísima hambre, pero en la mañana, no me dieron comida sólida, me dieron igual un vaso de té, un vaso de atole y un platito con como con tres o cuatro cubitos de gelatina, ya me dieron de comer ya más tarde, era como un huevo con calabaza, creo, pero todavía la mañana del día siguiente no probé comida sólida”* (Yanely, 18 años).

*“Solo me dieron de comer como cuatro galletas marías y un té de manzanilla...ah y como que el agüita del arroz con leche y ya”* (Paulina, 35 años).

La privación de alimentos puede influir de manera negativa con la lactancia, la que ya por sí sola, suele ser un tema recurrente entre las violencias que viven las mujeres en el puerperio.

Según la literatura (OMS, 2022; NOM-007), la lactancia materna debe iniciarse de manera inmediata o, en su defecto, lo antes posible. Sin embargo, como se mencionó anteriormente, los recién nacidos son separados de sus madres durante varias horas, lo que imposibilita el inicio oportuno de la lactancia. Como resultado, se implementan protocolos de alimentación con soluciones glucosadas o fórmulas lácteas, a pesar de que su uso solo está indicado cuando la lactancia materna no es viable.

*“Me la llevaron, de inmediato que ella llegó yo la pegué a mi pecho para que comiera porque yo ya sabía que ya le habían dado fórmula, entonces, pues yo quería que su primer alimento fuera la leche materna, pero... pues bueno, hicieron lo que quisieron y ya, pues gracias a Dios no batallamos nada para la lactancia” (Karina, 27 años).*

Se observa de manera recurrente que en el área de cuneros se administra fórmula láctea a los recién nacidos sin el consentimiento previo de la madre. Esta práctica responde a un enfoque autoritario por parte del personal médico, donde las decisiones maternas son ignoradas y reemplazadas por determinaciones unilaterales. En lugar de consultar a las madres, estas solo son informadas después de que la decisión ha sido tomada, vulnerando así su derecho a participar activamente en la alimentación y el cuidado de sus hijos.

*“Solo se la dieron, de hecho, cuando me la llevaron ellos me dijeron, ya tomó su primer biberón, y yo digo, ah, bueno, y no, no, o sea, lo primero que tomó ella fue biberón, no fue leche materna” (Yanely, 18 años).*

Solo en uno de los testimonios se menciona que se solicitó el consentimiento de la madre antes de administrar fórmula láctea ante la falta de lactancia materna, cuando este debería ser un procedimiento estándar en todos los casos. Garantizar el derecho de las madres a decidir sobre la alimentación de sus hijos es fundamental, ya que permite una toma de decisiones informada y respeta su autonomía.

*“Sí, porque fueron conmigo y me intentaron, o sea, si intenté ponerme a la niña y no, pues no bajaba la leche, entonces ella, pues me vino con un documento y me dijo que si les autorizaba que le dieran una fórmula porque la bebé debería de comer, ella han sido intentos y pues nada más, no“ (Yennifer, 20 años).*

Como podemos observar, aunque las madres están dispuestas a amamantar a sus hijos, los protocolos médicos terminan por interferir en este proceso. En algunos casos, esta interferencia llega a dificultar e incluso imposibilitar el establecimiento de la lactancia materna exclusiva.

*“Pero no sé qué le dieron en los cuneros que cuando me lo llevaron intenté darle pecho y no lo quiso” (Paulina, 35 años).*

En este caso en particular, en lugar de que el equipo médico asuma su responsabilidad en las dificultades para establecer la lactancia, opta por trasladar la culpa a la madre. Como justificación, el personal le asegura a la mujer que el recién nacido no acepta el pecho materno porque ella no sabe amamantar correctamente, evidenciando una vez más el autoritarismo médico.

*“Las enfermeras me decían que era porque seguramente no lo estaba acomodando bien” (Paulina, 35 años).*

Por otro lado, algunos hospitales buscan promover la lactancia materna exclusiva a través de personal especializado en el tema. Si bien este servicio puede ser de gran ayuda para resolver dudas y brindar apoyo, la falta de contacto inmediato entre madre e hijo sigue siendo un obstáculo. Además, para algunas mujeres, esta intervención resulta incómoda, especialmente si tienen dificultades para producir suficiente leche o no se sienten en condiciones de iniciar la lactancia en ese momento.

*“En el hospital fue una experta en lactancia de que, los trucos, los tips, bla bla bla y el niño lo agarraba, el problema era que no me bajaba” (Margarita, 31 años).*

Algunas mujeres expresan sentirse presionadas para amamantar a sus hijos, lo que, si bien es una opción altamente beneficiosa para la salud del recién nacido, sigue siendo una decisión personal que debe ser respetada por el personal médico. Sin embargo, esta presión no solo ocurre dentro del hospital, sino que puede extenderse al entorno social, generando incomodidad y malestar en quienes la experimentan.

*“Eran muy insistentes y ya llegó un punto que yo les decía No, es que no voy a estar hoy voy a ir con mi mamá o cosas así, o sea, yo no quería que fueran porque pues te hacían pasar por un dolor” (Carolina, 21 años).*

Además, algunas usuarias han señalado que la intervención de las expertas en lactancia puede resultar invasiva. Un caso particularmente incómodo fue el testimonio de una mujer cuya enfermera, en un intento de corregir la postura de amamantamiento, tomó su pecho sin previo consentimiento para mostrarle cómo debía hacerse el agarre del pezón, lo que fue percibido como una experiencia desagradable e irrespetuosa.

*“Me agarraba el pecho y se lo metía a la boca y mi hijo lloraba...se que no lo hicieron en mal plan, pero la verdad si me dio mucha vergüenza, aparte como me agarró y como que me aplastó para que empezará a salir la leche, entonces pues si fue como que muy incómodo”* (Paulina, 35 años).

La falta de privacidad es otro problema significativo en la lactancia materna. Las mujeres entrevistadas que recibieron asistencia de expertas en lactancia relatan que este personal permanecía presente durante las tomas, lo que generaba incomodidad al amamantar. Esta falta de espacio íntimo puede afectar la experiencia de la madre, aumentando su estrés y dificultando el establecimiento de la lactancia materna de manera natural y tranquila.

*“Si se quedaban ahí como que esperando hasta que Isabella agarrara bien el pecho... Pero sí, o sea, era muy incómodo, aparte, yo decía que, yo no quiero que nadie me esté viendo, yo quiero si voy a darle pecho yo sola”* (Fernanda, 16 años).

Cambiando de tema, la violencia institucional sigue manifestándose en el puerperio, lo que demuestra que no se trata de hechos aislados, sino de una problemática que se extiende a lo largo de todo el proceso reproductivo y, por ello, merece un análisis detallado.

En el postparto, esta violencia institucional se refleja principalmente en la falta de infraestructura adecuada para garantizar a las mujeres las condiciones de atención que requieren o por las que han pagado. Algunos testimonios señalan la escasez de cuartos disponibles, lo que obligó a las madres a esperar más tiempo del habitual para poder descansar en un espacio privado o estar cerca de sus familiares, a pesar de haber elegido un hospital privado con la expectativa de recibir un mejor servicio.

*“Por mis papás, supe que si se tardaron mucho en subirme a al cuarto. Creo que no había, no había cuartos disponibles”* (Daniela, 30 años).

*“Iban a enfermeras cada cierto tiempo a revisarme en la sala de recuperación y creo que no había cuartos disponibles como tan rápido”* (Jenny, 17 años).

Otra forma de violencia institucional presente en el postparto es la falta de personal calificado para atender adecuadamente a las mujeres en esta etapa. Parece evidente que el postparto sigue siendo infravalorado, lo que resulta en que muchas de las tareas sean realizadas por personal sin la capacitación adecuada o por estudiantes en práctica. Si bien los testimonios no señalan que estos procedimientos pongan en riesgo la vida de las usuarias, sí destacan que pueden resultar extremadamente incómodos y generar malestar innecesario.

*“Entonces esa vez me tocó que mandaron estudiantes. Creo que eran tres estudiantes, pero a lo mejor tenían muy poco tiempo en eso y no podían ponerme las vendas. Me lastimaban muchísimo, muchísimo, me la dejaban o muy apretada o muy floja. Entonces era mucho el dolor porque me movían muy bruscamente. Me querían poner de lado, pero me movían así, totalmente brusco”* (Carolina, 21 años).

Por otro lado, la falta de atención en el postparto constituye otra forma de violencia institucional. Tanto el personal de enfermería como el médico a cargo suelen realizar revisiones superficiales de la herida de la cesárea, limitándose generalmente a una única evaluación por persona. Esto supone, de manera implícita, que todas las mujeres evolucionarán favorablemente, sin considerar que podrían presentarse signos tempranos de infección u otras complicaciones. Una supervisión diaria y detallada del estado de la herida no solo sería recomendable, sino esencial para garantizar una adecuada recuperación.

*“Fueron una vez las enfermeras pero nada más, dijeron que estaba muy bien y que no se veía que estuviera con alguna infección y ya, pero de ahí en adelante no me revisaron de nuevo”* (Paulina, 35 años).

Otro aspecto recurrente en las entrevistas es la falta de respeto a las decisiones de las madres, como lo mencionamos anteriormente, esto se encuentra enfocado especialmente en lo relacionado con la alimentación de sus recién nacidos. A pesar de que algunas mujeres dieron instrucciones claras sobre este tema, dichas indicaciones fueron ignoradas, lo que afectó significativamente sus expectativas y experiencias. Esta falta de consideración no solo vulnera su autonomía, sino que también puede generar un impacto emocional y dificultar el establecimiento del vínculo madre-hijo.

El caso de Karina es muy particular, ya que es una mujer muy actualizada en los temas de parto humanizado y prácticas innecesarias en lo correspondiente al proceso reproductivo, tal es el caso, que fue muy enérgica en lo que solicitaba en la atención a su recién nacido, sin embargo, ninguna de sus peticiones fue respetada.

*“Es pedí que no le hollaran sus orejitas, que no la bañaran... Todo me dijeron que sí, ahí en Conchita, todo me dijeron que sí. Al final no hicieron nada, o sea, no respetaron”* (Karina, 28 años).

Nuevamente, se evidencia cómo el autoritarismo médico se impone sobre las decisiones de las mujeres, relegando su autonomía y derecho a participar activamente en el proceso de atención médica. En lugar de ser escuchadas y respetadas, sus preferencias y necesidades son ignoradas bajo el argumento de protocolos hospitalarios o supuestos criterios médicos incuestionables. Esta práctica no solo vulnera sus derechos, sino que también genera una sensación de impotencia y desconfianza en el sistema de salud, afectando su experiencia durante el postparto. La imposición de decisiones unilaterales refuerza un modelo de atención

paternalista que debe ser cuestionado y reformado para garantizar un trato digno y respetuoso a las mujeres en todas las etapas del proceso reproductivo.

Otro aspecto relevante de la violencia en el puerperio es la mercantilización de la atención médica. En muchos casos, los hospitales ofrecen paquetes de maternidad que incluyen servicios adicionales como un incentivo para atraer a las mujeres a contratar sus servicios. Entre estos extras se encuentran sesiones fotográficas realizadas un día después del parto, presentadas como un valor agregado. Sin embargo, esta comercialización de la experiencia materna puede generar presión sobre las mujeres en un momento de vulnerabilidad, convirtiendo lo que debería ser un proceso centrado en su bienestar en una oportunidad de negocio que no siempre responde a sus verdaderas necesidades o deseos.

*“Al siguiente día yo tenía una sesión de fotos y dije yo tengo que bañarme porque va a venir el fotógrafo, porque era parte del paquete” (Margarita, 31 años).*

En este caso en particular llama la atención un incidente en el que ocurrió un problema con la canalización de la usuaria. La aguja se desplazó, lo que provocó que la sangre comenzara a fluir, empapando su cabello. Sin embargo, lejos de preocuparse por no haber recibido la medicación correspondiente, por la posible mala praxis en el procedimiento o incluso por el impacto de ver su propia sangre goteando, su principal inquietud era lavarse y arreglarse para la sesión fotográfica programada. Este episodio evidencia cómo la mercantilización del proceso reproductivo puede desviar la atención de situaciones que realmente requieren una respuesta médica inmediata, restando importancia a la seguridad y bienestar de la mujer.

*“Lo único fue que el catéter, no sé cómo se llama..., yo creo que tuve un movimiento y como que me lo jalé y me llenó todo el cabello de sangre, me llené la cara, aquí todo...y me*

*lo tuvieron que cambiar y limpiar... como que me impresioné de verme toda, yo traía el cabello suelto planchado y se me veía aquí como que todo lleno de sangre y me tuvieron que limpiar no fue nada grave más bien fue como para mí el verme así toda manchada de sangre... va la enfermera y le dije a la enfermera tengo que bañarme porque te digo que andaba llena de sangre” (Margarita, 31 años).*

Asimismo, estos hospitales ofrecen una variedad de servicios y productos adicionales para las usuarias, incluyendo la venta de artículos específicos para el recién nacido. Un ejemplo de ello es la colocación de aretes en las niñas, servicio para el cual, en caso de que las madres no lleven los suyos, se ofrece la opción de adquirirlos directamente en el hospital. De esta manera, se incentiva el consumo de estos productos dentro de la misma institución, promoviendo la mercantilización de la experiencia del parto.

*“Solamente lo de los oídos lo respetaron, ¿por qué?, porque yo no llevaba aretes; pero me decían que ponerle unos aretes ahí y que ahí vendían” (Karina, 28 años).*

Otro de los productos comercializados fuera del paquete de maternidad son las fajas postparto, promocionadas con la supuesta finalidad de favorecer la cicatrización y el retorno del útero a su tamaño original. Sin embargo, esto resulta contradictorio con la literatura científica, que señala la falta de evidencia sobre los beneficios de su uso en el puerperio (Pagés y Aller, 1999). De hecho, algunos estudios advierten sobre los posibles riesgos asociados a su utilización, como son problemas de incontinencia por el daño en el suelo pélvico (Madison et al., 2021). A pesar de ello, estos productos continúan vendiéndose, lo que pone en duda la ética del hospital al priorizar la mercantilización por encima del bienestar y la salud de las mujeres.

*“Fue aumentando un poco el dolor y ya iban y nos ofrecían de que las fajas, porque pues con la cesárea se ocupa más” (Jenny, 17 años).*

Además de lo mencionado, otro de los servicios que se comercializan por separado en el hospital es la administración de analgésicos para el dolor post cesárea. Al parecer, la analgesia solo está incluida durante el primer día, y si las mujeres desean continuar con el manejo del dolor, deben pagar un costo adicional. Esta práctica resulta contradictoria e ilógica, especialmente considerando que, como hemos señalado, es el mismo médico obstetra quien, en muchos casos, persuade o coacciona a las mujeres para aceptar una cesárea, un procedimiento que conlleva un proceso de recuperación más doloroso.

*“Al final pues fueron como 22 o 23 mil, bueno sin contar con medicamentos que luego nos vendian aparte”* (Paulina, 35 años).

Otro de los factores que influyen en la contratación de paquetes de maternidad es la experiencia de mayor seguridad en los cuneros. Muchas mujeres eligen estos servicios bajo la creencia de que los hospitales privados cuentan con protocolos más estrictos para prevenir el robo de infantes. Esta sensación de seguridad les brinda tranquilidad, al confiar en que sus hijos estarán protegidos y bien cuidados durante su estancia hospitalaria.

*“Mucha seguridad, yo creo que por eso me fui por ahí, tienen a los bebés bajo varios guardias no puede entrar nadie más que la mamá, ni el papá, yo tenía que darle el acceso incluso al papá o a cualquier familiar”* (Margarita, 31 años).

Sin embargo, en la práctica, algunos de los servicios prometidos no fueron proporcionados, a pesar de que la tecnología ofrecida fue un factor determinante en la contratación de los servicios. Esto evidencia, una vez más, cómo el Modelo Médico

Hegemónico de Menéndez se hace presente, priorizando intereses institucionales sobre las necesidades y expectativas de las usuarias.

*“Lo único que no cumplieron fue que al bebé le ponen una pulserita y a la mamá también y trae un folio que si el bebé lo sacaban fuera de un radar iba conectado a mi pulsera y se activaba, fue lo único que la verdad nunca vi, que la activarán la pulsera”* (Margarita, 31 años).

La mercantilización refleja cómo el proceso reproductivo ha sido convertido en un servicio dentro del mercado de la salud, donde los intereses económicos frecuentemente prevalecen sobre el bienestar de las mujeres y sus recién nacidos. A través de testimonios y análisis, se evidencia que los hospitales privados ofrecen paquetes de maternidad que incluyen servicios adicionales, algunos de ellos innecesarios o sin respaldo científico, con el fin de aumentar sus ganancias, que lejos de aportar beneficios reales a su salud, refuerzan un modelo de consumo dentro de un momento tan vulnerable como el puerperio.

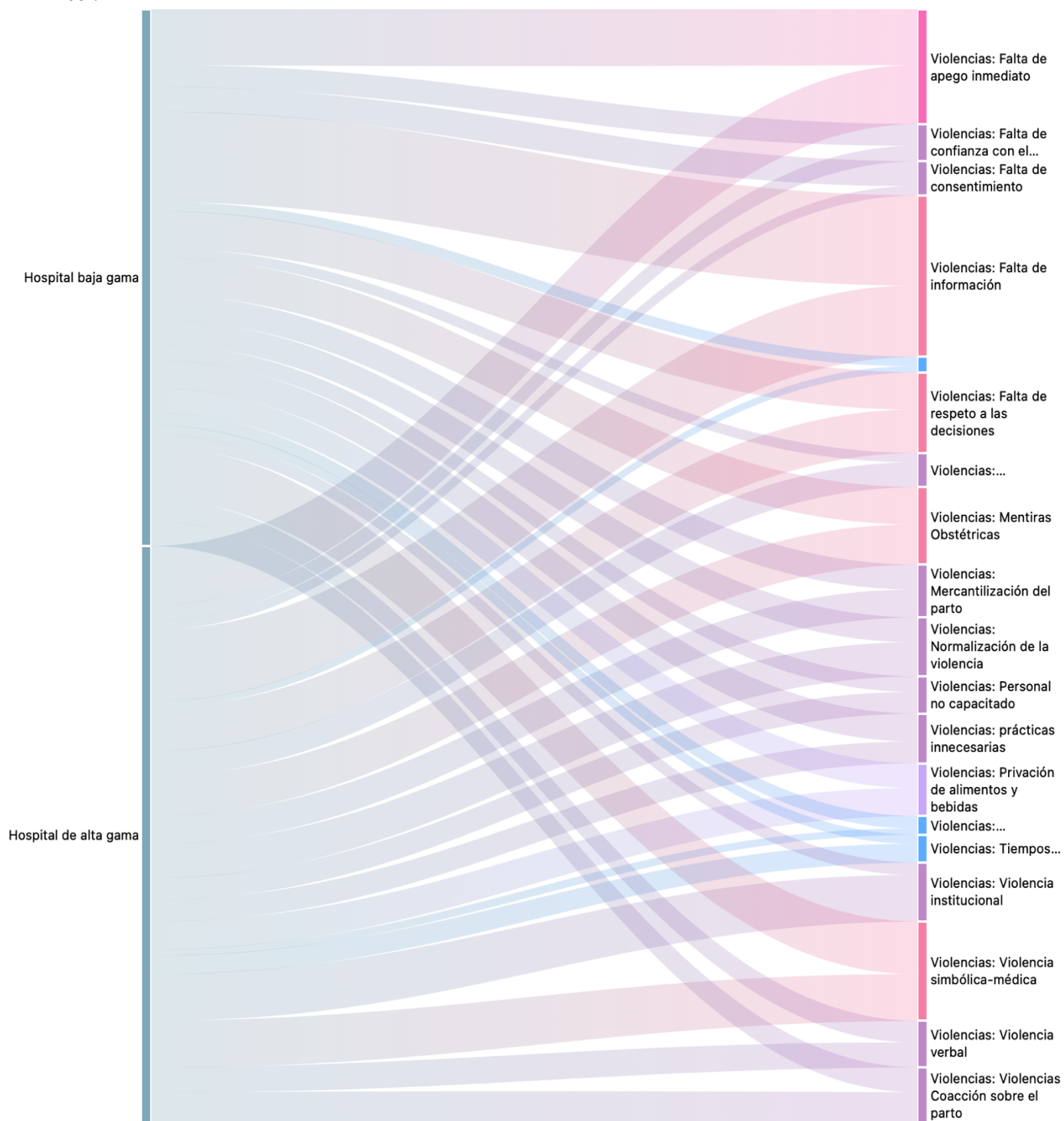
## ***5.2. Las violencias experimentadas por mujeres de acuerdo con el tipo de hospital***

A continuación, se analizarán las diferencias en las violencias ejercidas contra las mujeres según el hospital en el que recibieron atención. El objetivo es determinar si el tipo de hospital influye en la severidad de estas violencias y si existen patrones que indiquen un trato más agresivo o deshumanizado en determinados entornos. La figura 10 presenta la distribución de los temas abordados, permitiendo visualizar y comparar cómo se manifiestan estas violencias en cada contexto hospitalario.

Al analizar el diagrama de Sankey (figura 10), se pueden identificar diferencias sutiles entre los hospitales en cuanto a las violencias ejercidas contra las mujeres. Sin embargo, existen

ciertos temas en los que estas diferencias se acentúan, evidenciando cómo algunos entornos hospitalarios presentan manifestaciones más marcadas de ciertas formas de violencia.

**Figura 13.** Temas destacados en las violencias ejercidas en las mujeres por tipo de hospital en Nuevo León



Fuente: Elaboración propia con base en las entrevistas a las mujeres participantes, 2023.

El tema en el que se observa una diferencia más marcada entre hospitales es la violencia institucional, la cual, como se mencionó anteriormente, está estrechamente relacionada con la infraestructura, la tecnología disponible y la cantidad de personal asignado. Contrario a lo que se podría suponer, son los hospitales de alta gama donde se reporta un mayor número de incidencias en este ámbito.

La queja más recurrente es la falta de personal disponible para atender a las personas en proceso de cuidado de manera eficiente. La alta demanda de estos servicios parece generar una sobrecarga laboral en el personal, lo que provoca retrasos en la atención. Paradójicamente, muchas de las mujeres entrevistadas mencionan haber elegido estos hospitales con la expectativa de recibir un servicio más ágil y de mayor calidad, encontrándose, en cambio, con tiempos de espera prolongados y una atención que no siempre cumple con sus expectativas.

*“Lo único que tardaron mucho porque no llegaba, estaba en otros partos el anestesiólogo, cómo que llegaron casos muy urgentes que fueron moviendo”* (Margarita, 31 años).

La falta de cuartos disponibles también se debe a la alta demanda de estos servicios. Sin embargo, dado que la mayoría de los partos son programados, debería existir una mejor planificación y gestión para evitar esta problemática. Esto resulta aún más relevante considerando que la principal justificación de los altos costos en estos hospitales es la promesa de una atención personalizada y de calidad, algo que se ve comprometido cuando no se garantiza un espacio adecuado para la recuperación de las usuarias.

*“Creo que él no había cuartos disponibles como tan rápido”* (Fernanda, 16 años).

Otra de las formas de violencia identificadas, estrechamente relacionada con la violencia institucional, es la presencia de personal no capacitado. Este problema se repite con mayor frecuencia en los testimonios de mujeres atendidas en hospitales de alta gama.

Al parecer, estos hospitales recurren con frecuencia a personal en formación, cuya inexperiencia y falta de preparación en la atención al usuario pueden afectar significativamente a mujeres que atraviesan un momento de alta vulnerabilidad. Un ejemplo claro de esta situación es el caso de personal de enfermería joven que, aunque no participaba activamente en el parto, estaba presente con fines de aprendizaje. Si bien en este testimonio la mujer no expresó sentirse violentada, tampoco se le solicitó su consentimiento para que dicho personal estuviera en la sala de tocología, evidenciando nuevamente la falta de respeto por la autonomía de las mujeres en estos espacios.

*“Hasta los practicantes, el pobre practicante que hasta aplaste su mano, no sé, pobrecito, me dice ¡Agárreme la mano!”* (Karina, 28 años).

Uno de los casos más preocupantes es el de una usuaria que relató cómo el anestesiólogo encargado de aplicar la analgesia raquídea mostró inseguridad durante el procedimiento, debido a que la mujer no podía permanecer inmóvil a causa de las contracciones. Ante esta situación, fue necesario llamar a un especialista de mayor rango para que realizara la aplicación correctamente.

Este incidente resulta especialmente grave, ya que la administración de anestesia requiere una precisión extrema, pues un error en su aplicación puede comprometer seriamente

la salud de la mujer, e incluso representar un riesgo vital. La falta de preparación y seguridad del personal en un procedimiento tan delicado evidencia una deficiencia en la capacitación y en la gestión del equipo médico.

*“Le mandaron a hablar al jefe de de Anestesiólogos porque el doctor de plano se rajó, o sea, como yo tenía las contracciones bien fuertes” (Daniela, 30 años).*

Ahora bien, la falta de consentimiento informado es una forma de violencia que, según los testimonios, se presenta con mayor frecuencia en los hospitales de baja gama. En estos centros, ciertos procedimientos y técnicas parecen realizarse de manera rutinaria sin que las usuarias sean debidamente consultadas, evidenciando un claro autoritarismo médico al ignorar su derecho a decidir sobre sus propios cuerpos.

Si bien esta problemática está presente en ambos tipos de hospitales, se observan diferencias significativas. En los hospitales de menor costo, las mujeres suelen firmar toda la documentación al ingresar sin recibir ninguna explicación sobre su contenido. En contraste, en los hospitales de alta gama, aunque se informa a las usuarias que están firmando un consentimiento, el personal rara vez detalla los procedimientos incluidos, especialmente en lo que respecta a los riesgos de una cesárea, limitando así la toma de decisiones informada.

*“Bueno, a mí no me dieron así, a firmar ningún papel” (Angélica, 31 años).*

Podría parecer que la explicación ambigua del consentimiento informado en los hospitales de alta gama está más enfocada en dejar en claro los costos de los servicios adicionales que puedan surgir, en lugar de garantizar el derecho de las mujeres a recibir información detallada sobre los procedimientos médicos. Esto evidencia una prioridad en la

facturación de ciertas prácticas por encima de la transparencia y el respeto a la autonomía de las usuarias.

*“Me preguntaron, ¿Si hay alguna complicación quiere que le atendamos aquí? ¡O la podemos trasladar a su clínica!... pero sí me hicieron, bueno a él, le hicieron hacer firmar un pagaré en blanco y le hicieron firmar un mundo de papeles”* (Margarita, 31 años).

Asimismo, la falta de información representa otra forma de violencia que se manifiesta con mayor intensidad en los testimonios de mujeres atendidas en hospitales de baja gama. Al igual que la omisión del consentimiento informado, esta deficiencia parece estar relacionada con la realización de prácticas rutinarias, lo que lleva al personal médico a minimizar la importancia de mantener informadas a las mujeres y sus familiares sobre los procedimientos realizados o el estado de salud de sus recién nacidos.

*“No era así como que me dieron muchas explicaciones de que iba a seguir como prosegua, o porque estaba pasando, porque estaba sintiendo, o sea, realmente no había mucha información”* (Paty, 27 años).

Este problema cobra especial relevancia cuando la falta de información puede tener consecuencias permanentes para la persona bajo atención médica. Un caso particularmente grave es el de una mujer a quien se le ofreció un procedimiento de esterilización sin una explicación clara. El personal médico utilizó únicamente el término técnico, el cual ella desconocía, y en ningún momento se tomó el tiempo para informarle sobre la naturaleza irreversible de la intervención. Esta omisión representa una grave vulneración de sus derechos, ya que una decisión de tal magnitud debe tomarse con pleno conocimiento y consentimiento informado.

*“Lo único que sí me ofrecieron, fue la salpingo, pero fue en ese momento, fue, ¿Sabes qué? ¡Ya vas a entrar a quirófano! ¿Nada más queremos saber si vas a querer salpingo?, y yo no, pero fue en ese momento, ni siquiera me explicaron, nada, o sea, Nada más queremos saber si lo quiere, ¿no?” (Yanely, 18 años).*

Existen dos temas estrechamente relacionados dentro de los testimonios de las mujeres entrevistadas, ambos temas al final de todo ambos terminan en el mismo punto, un parto quirúrgico. El primero es la programación del parto. Según los relatos de las entrevistadas, los obstetras que trabajan en hospitales o clínicas de baja gama suelen programar las cesáreas desde la consulta prenatal, e incluso en algunos casos, desde los primeros meses del embarazo. En lugar de basar la decisión en la evolución natural del embarazo, los médicos revisan su agenda y ofrecen fechas de parto según su disponibilidad, priorizando su conveniencia sobre el bienestar de la usuaria.

*“Si, fue programada, y la fecha, pues me la dio ella, ella me dio entre este día y este día, o sea, no fue así como que yo le dijera... no, o sea, que se acercará; no me dijo ¿Cuándo vas a querer que...?, no. Dijo, ¿Sabes qué? ¡Se acerca la fecha! ¡Es esta o esta! ya me dijo que eligiera el día y elegí el día y así” (Paty, 27 años).*

En otro caso, la cesárea fue programada con mucha anticipación bajo el argumento de que el bebé tenía un tamaño mayor al esperado para su edad gestacional. La médico obstetra aseguró que esta condición hacía necesaria la intervención quirúrgica, sin considerar la posibilidad de un retraso en el crecimiento fetal en las últimas semanas debido a la falta de espacio o la opción de que el parto se desencadenara de manera natural. Esto evidencia, una vez más, el uso de información sesgada o engañosa para persuadir a las mujeres de aceptar la programación anticipada de una cesárea.

*“La doctora me dijo que mi bebé era más grande de lo normal y que lo mejor era que fuera cesárea, porque me dijo que si se llegaba a atorar y ya había salido la cabecita pues le iba a tener que romper el bracito... ya la habíamos programado para el 19 de febrero y pues la cambiamos para el 14 de febrero”* (Paulina, 35 años).

Como se puede observar en ambos testimonios, los médicos obstetras no se enfocan en la atención de las necesidades de las mujeres, sino en su propia carga de trabajo. A través de un discurso persuasivo, hacen creer a las mujeres que han tomado la decisión sobre la fecha del parto, cuando en realidad solo han sido conducidas a aceptar una de las opciones que el médico tenía disponibles.

El otro tema relevante es la coacción al parto, que, como se mencionó anteriormente, abarca todas las estrategias utilizadas por el médico obstetra para persuadir a las mujeres de optar por un parto quirúrgico. En este caso, fueron principalmente las mujeres atendidas en hospitales de alta gama quienes expresaron su deseo de tener un parto vaginal; sin embargo, la mayoría terminó siendo convencida de lo contrario.

*“Sí, me dijo que, como mi cavidad estaba estrecha, me dijo que posiblemente se iba a batallar para que yo dilatara hasta cierto punto, aunque me rotarán, entonces sí, me dijo, pues puede ser de que tenga ahí en vano y pueda terminar siendo una cesárea, pero si lo podemos intentar, si tú lo quieres, natural”* (Yennifer, 20 años).

En estos escenarios, los médicos aparentan respetar la decisión de las mujeres y les permiten manifestar su preferencia por el parto vaginal. No obstante, de manera sutil, terminan presentando argumentos que inclinan la balanza hacia la cesárea, enfatizando los riesgos asociados al parto natural, tanto para la madre como para el recién nacido. Así, aunque en

apariciencia se respeta la autonomía de las mujeres, en la práctica se ejerce una influencia significativa sobre su decisión.

*“Me explicó de qué ¡Es que mira, no te dilataste, ya hiciste lo que tenías que hacer!* (Daniela, 30 años).

En algunos casos, las mujeres llegaron a iniciar el trabajo de parto de forma natural; sin embargo, en un caso se empleó una estrategia para que, en el último momento, la usuaria aceptara la cesárea. En otro, el médico recurrió a la persuasión de la pareja de la mujer, involucrándolo en la decisión para influir en que aceptara la medicalización del parto.

*“Entonces le dicen a mi esposo todo lo que, o sea, le dan todo el panorama malo que pudiera pasar, mi esposo llorando entra a la sala de espera”* (Karina, 28 años).

El autoritarismo médico se manifiesta a través de la manipulación de la información médica, orientando a las mujeres a aceptar determinadas técnicas y procedimientos. Esta estrategia no solo influye en sus decisiones, sino que también favorece la optimización del tiempo y el beneficio económico derivado de los honorarios médicos.

Otra de las violencias recurrentes en los testimonios de las mujeres es el prolongado tiempo de espera en consulta, especialmente entre aquellas atendidas en hospitales de alta gama.

Este problema parece estar relacionado con la alta demanda de los servicios obstétricos en dichos hospitales. Sin embargo, en muchos casos, los tiempos de espera superan una hora, lo que no solo representa una incomodidad para las mujeres embarazadas, sino que también interfiere con sus actividades diarias y puede generar estrés innecesario en un periodo en el que deberían recibir atención oportuna y de calidad.

*“El doctor siempre se retrasaba, siempre, y era algo que no me gustaba porque no era como que, para hablarte y decir, ¡Ay, va retrasado! entonces, de repente yo llegaba y tenía 3 embarazadas por delante”* (Daniela, 30 años).

En otros casos, el ginecólogo llegaba tarde al consultorio sin ofrecer ninguna explicación y comenzaba a atender a los consultantes como si nada hubiera sucedido, obligando a las mujeres a esperar indefinidamente para recibir atención.

*“La verdad, sí había, pues gente y daba de que a veces, el doctor llegaba tarde, o sea, andaba retrasado, esperaba Alrededor de unos 30, 40 minutos”* (Yennifer, 20 años).

Existe un patrón recurrente en todas las violencias expuestas: la normalización de estos actos. Las mujeres tienden a aceptar estas prácticas como algo habitual dentro de la atención médica. Sin embargo, se observa que aquellas atendidas en hospitales de alta gama justifican con mayor frecuencia estos procedimientos en comparación con quienes fueron atendidas en hospitales de menor costo.

*“Yo sé que ellos tienen que aprender...tuvieron buena actitud, pero sí les faltaba por aprender”* (Carolina, 21 años).

*“No, la verdad no, siento que es parte de, también, van en el paquete los muchachos”* (Karina, 28 años).

Un claro ejemplo de esta normalización es cómo las mujeres tienden a minimizar o pasar por alto la falta de personal capacitado en los hospitales donde fueron atendidas. En muchos

casos, asumen que la presencia de practicantes o personal en formación es parte del proceso médico, sin cuestionar si esto afecta la calidad de la atención recibida.

Esta actitud de resignación también se ve reflejada en la forma en que muchas mujeres aceptan tiempos de espera prolongados, diagnósticos apresurados o la falta de explicaciones detalladas sobre su estado de salud, sin percibirlo como un problema estructural que afecta su derecho a una atención médica digna y de calidad.

En resumen, aunque los testimonios muestran diferencias sutiles en cómo se presentan las violencias de acuerdo con el hospital en el que las mujeres fueron atendidas, es evidente que la violencia obstétrica y la institucional atraviesan ambos tipos de establecimientos. En los hospitales de alta gama, la mercantilización de los servicios y la sobrecarga de trabajo del personal parecen ser factores importantes que afectan la calidad de la atención, incluso cuando se presentan como instituciones de alta calidad. A pesar de ofrecer servicios de lujo, la falta de personal capacitado, la sobrecarga de trabajo y la normalización de prácticas autoritarias perpetúan un sistema de violencia que no respeta plenamente los derechos de las mujeres.

Por otro lado, en los hospitales de menor costo, la violencia institucional se manifiesta principalmente a través de la falta de información, el autoritarismo médico y la ausencia de consentimiento informado, lo que genera una experiencia de despersonalización y vulnerabilidad aún más profunda. Las mujeres atendidas en estos lugares se ven sometidas a procedimientos sin ser debidamente informadas o escuchadas, lo que no solo infringe sus derechos, sino que también compromete su bienestar físico y emocional.

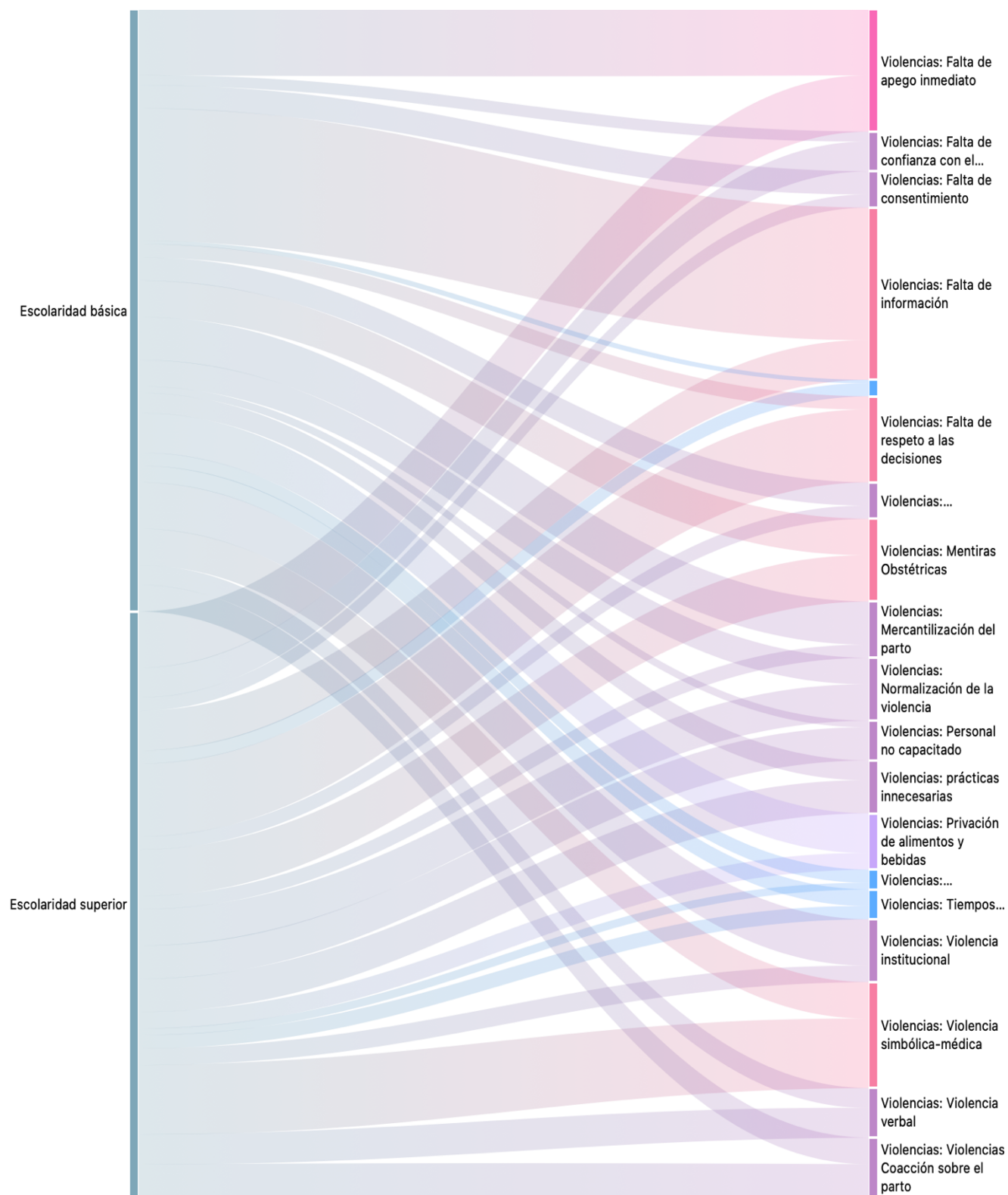
En ambos contextos, las mujeres tienden a aceptar o incluso justificar las violencias sufridas, lo que refleja una normalización de estas prácticas dentro del sistema de salud. Esta

actitud puede estar influenciada por la falta de alternativas, la presión social o la creencia de que los profesionales médicos tienen siempre la razón, lo que dificulta la denuncia de los abusos y perpetúa un ciclo de violencia que debería ser erradicado.

### ***3.2.3 Las violencias experimentadas por mujeres de acuerdo con la escolaridad***

La violencia es un fenómeno sumamente complejo en el que intervienen diversos factores, y uno de los más relevantes es el nivel educativo de las personas que la sufren. En particular, en el caso de la violencia obstétrica, la literatura señala que esta afecta principalmente a las mujeres con bajo nivel educativo. Esto parece estar relacionado con la falta de información sobre sus derechos sexuales y reproductivos, lo que las coloca en una situación de vulnerabilidad frente a prácticas abusivas y desinformadas en el ámbito de la salud. La carencia de conocimiento sobre sus derechos les dificulta identificar y defenderse de la violencia, perpetuando así un ciclo de abuso en el que se sienten impotentes para exigir un trato respetuoso y digno. En la figura 11 se presenta un diagrama de Sankey que ilustra las violencias identificadas y su agrupación según el nivel de escolaridad de las mujeres entrevistadas.

**Figura 14.** Temas destacados en las violencias ejercidas en las mujeres por escolaridad en Nuevo León.



Fuente: Elaboración propia con base en las entrevistas a las mujeres participantes, 2023

La escolaridad es un parámetro socioeconómico registrado en las consultas obstétricas, cuya finalidad debería ser contribuir a una mejor comprensión de la evolución del embarazo. Sin embargo, en algunos casos, este factor puede convertirse en un elemento de discriminación.

Los resultados obtenidos en función de este parámetro muestran, como se observa en la figura 11, diferencias significativas en los testimonios de mujeres con escolaridad básica en comparación con aquellas que cuentan con educación superior.

Entre las violencias que varían según el nivel educativo destaca, una vez más, la falta de información. Las mujeres cuyo nivel máximo de estudios es el bachillerato reportan con mayor frecuencia no recibir información clara sobre su proceso reproductivo. La literatura (Amroussia et al., 2017; Bohren et al., 2019) señala que las mujeres con menor escolaridad suelen ser ignoradas y excluidas de la toma de decisiones, lo que implica una vulneración de sus derechos al desconocer los procedimientos a los que son sometidas durante el parto.

*“No, no, ellas no me explicaron, dijeron de esta hora a esta hora ya nada de alimentos para que vengas ya preparada... pero ellos no me dijeron nada, me dijeron las instrucciones de cómo tenía que ir y presentarme” (Paty, 27 años).*

Como se observa en el testimonio, el personal médico se limita a dar instrucciones sin proporcionar explicaciones sobre la importancia de cumplir con el ayuno. En contraste, las mujeres con mayor nivel educativo sí reciben información detallada al respecto, lo que sugiere una diferencia en el trato y en el acceso al conocimiento según el nivel de escolaridad de las mujeres.

*“No, no podías comer nada ni tomar nada por si se iba. Sí me explicaron por si se requería la cesárea, debes de tener cierto ayuno” (Yennifer, 20 años).*

En relación con la privación de alimentos, esta es una de las violencias que se ejerce con mayor frecuencia en mujeres con escolaridad básica. Aunque se trata de una práctica generalizada, los testimonios de estas mujeres resaltan con mayor énfasis el tiempo prolongado que transcurrió antes de que pudieran ingerir alimentos después del parto. Esta situación no solo refleja una falta de atención a sus necesidades básicas, sino también una posible discriminación basada en el nivel educativo.

*“Hasta la noche, me dieron, si no me equivoco, eran dos vasitos, uno era un té y el otro era como un atole” (Yanely, 18 años).*

Si bien todas las mujeres recibieron alimentos varias horas después del parto, las de menor escolaridad destacan con mayor frecuencia cómo esta privación les generó ansiedad y estrés debido al hambre que experimentaban. Este aspecto refuerza la percepción de una atención desigual, donde sus necesidades básicas parecen ser ignoradas con mayor facilidad.

Además de lo anteriormente expuesto, la violencia institucional se reporta con mayor frecuencia en mujeres con escolaridad básica. Aunque muchas de ellas no la identifican explícitamente, es posible percibir su presencia en los testimonios, donde se evidencian prácticas que vulneran sus derechos y afectan la calidad de su atención médica.

*“Sentía que yo que casi no me pelaban y decía que yo no sé qué es normal y qué no porque es la primera vez que tengo un hijo, aparte, no tengo tanta experiencia y sí, yo las llamaba y tardaban un poco en ir” (Jenny, 17 años).*

En este grupo de mujeres, se evidencia cómo el hospital prioriza el cobro de sus servicios por encima del bienestar de las usuarias, dejando en claro que su enfoque está más orientado al negocio que a la preservación de la salud, de manera que el servicio que ofrecen pudiera evaluarse como incompleto.

*“Aparte me preguntaron si hay alguna complicación quiere que le atendamos aquí o la podemos trasladar a su clínica” (Margarita, 31 años).*

Al priorizar el cobro de los servicios, se refuerza el concepto de mercantilización y su relación con la violencia obstétrica. Según los testimonios, esta dinámica parece estar más arraigada en mujeres con un nivel educativo básico. Como se ha discutido previamente, el acceso a servicios privados no solo se asocia con la calidad de la atención, sino que también se vincula con el estatus económico de la persona. En el imaginario de estas mujeres, el acceso a estos servicios representa un valor añadido, lo que influye significativamente en la elección tanto del médico como del hospital, resaltando así la influencia del factor económico en la toma de decisiones relacionadas con la salud materna.

*“Sí, ahí ya estuvo mi esposo, llegaba mi visita y ahí había una salita, o sea, ya había para recibirlos, o sea, todo estaba todo bien” (Paty, 27 años).*

Sin embargo, la falta de información clara sobre los beneficios y riesgos de esta mercantilización lleva a muchas mujeres a aceptar servicios innecesarios que, en algunos casos, podrían incluso resultar contraproducentes para su salud y bienestar, como es la recomendación y venta de fajas.

En contraste, aunque las mujeres con mayor nivel educativo también enfrentan la mercantilización de los servicios médicos, suelen contar con más herramientas para identificarla, cuestionarla y exigir una atención médica más informada y respetuosa.

En relación con lo anterior, estas herramientas con las que cuentan estas mujeres también les funcionan para identificar cuando el personal médico que las atiende carece de la capacitación adecuada. Su nivel educativo les permite reconocer fallas en la atención, desde la falta de experiencia hasta errores en la aplicación de procedimientos. Sin embargo, a pesar de esta capacidad de discernimiento, muchas de ellas terminan normalizando esta forma de violencia obstétrica.

Una justificación recurrente en sus testimonios es la experiencia de que la falta de capacitación es parte del proceso de aprendizaje del personal en formación. En algunos casos, llegan incluso a considerar que su propia experiencia obstétrica debe contribuir a la enseñanza de médicos residentes, enfermeras practicantes o estudiantes en formación, sin cuestionar el impacto que esto pueda tener en su salud y bienestar.

La coacción para acceder a un parto quirúrgico y medicalizado parece ser más evidente en los testimonios de mujeres con un nivel educativo superior. En estos casos, dicha coacción se entrelaza con otras formas de violencia, como la paternalización por parte del médico y su *habitus* profesional. Aunque a estas mujeres se les presenta la ilusión de una decisión autónoma, en realidad se emplea un discurso persuasivo que las lleva a aceptar la cesárea como la mejor opción.

*“Me dijo que posiblemente se iba a batallar, por el hecho de que ah cómo me veía, posiblemente si va a batallar para que yo dilatara hasta cierto punto, aunque me rotarán,*

*entonces sí, me dijo, pues puede ser de que tenga ahí en vano y pueda terminar siendo una cesárea, pero si lo podemos intentar, si tú lo quieres, natural” (Yennifer, 20 años).*

*“Yo le dije que yo seguía con mi idea de parto. Me dice, ¿todavía sigue con esa idea? Le digo, sí, dice, mire, la verdad es que usted no se puede aliviar en parto” (Karina, 28 años).*

Como se evidencia en el testimonio anterior, las mujeres con un nivel educativo superior tienden a investigar más sobre los beneficios y riesgos de los distintos tipos de parto. Ante esto, el médico obstetra recurre a argumentos basados en factores como el tamaño del bebé o la salud materna, con el fin de orientar la decisión de la mujer hacia la cesárea como la opción más adecuada.

Lo anterior evidencia una clara falta de respeto por las decisiones de estas mujeres sobre su propio cuerpo. Aunque esta problemática es generalizada, las mujeres con un nivel educativo alto tienden a percibirla con mayor claridad y a expresarla en sus testimonios.

Si bien esta falta de respeto se manifiesta principalmente en la elección del tipo de parto, también se extiende a otras decisiones fundamentales, como el método anticonceptivo, el número de hijos deseado y el momento en que se planea tenerlos.

*“Antes de entrar me preguntaron si quería alguno y les dije que no y pues como que se molestaron porque me dijeron ¡Que aventada! Y alcance a escuchar un comentario de que en menos de un año ya iba a estar de nuevo ahí” (Paulina, 35 años).*

Este testimonio evidencia una forma de violencia sutil pero significativa, expresada a través de comentarios que, aunque no emplean un lenguaje abiertamente agresivo, sí sugieren que la decisión de la usuaria es errónea. Esta postura del personal médico se basa en suposiciones y no en información concreta sobre los planes reproductivos de la mujer, como la

posibilidad de tener otro hijo a corto plazo o la intención de utilizar un método anticonceptivo distinto.

*“Eran muy insistentes en ¿Cómo te vas a cuidar? ¿Y cómo se cuida tu esposo? Y luego ¿Han considerado la vasectomía? Y yo así de que espérate y una vez cuando si me dijeron mucho, si le dije ¡Pues es que yo quiero cinco! Y se quedó así, digo, pues es que es mi decisión los que yo quiera tener” (Karina, 28 años).*

En este testimonio, nuevamente se evidencia cómo las mujeres llegan a percibir una forma de acoso en torno a un tema en el que tienen clara su decisión de no aceptar el método anticonceptivo ofrecido por el personal de salud. Asimismo, se observa que las mujeres con un nivel educativo más alto suelen mostrar mayor seguridad y firmeza al tomar decisiones sobre su propio cuerpo.

Este tipo de discursos no solo descalifican la autonomía de la mujer, sino que también refuerzan una dinámica de poder en la que las decisiones sobre su cuerpo son cuestionadas o invalidadas, perpetuando así la falta de respeto y la coerción en la atención médica.

Del mismo modo, la actitud autoritaria del personal médico hacia estas usuarias evidencia cómo la violencia simbólica está presente de manera generalizada en los centros hospitalarios. Esta forma de violencia, sutil pero profundamente arraigada, se manifiesta en la imposición de decisiones, la descalificación de la autonomía de las mujeres y la normalización de un discurso médico que minimiza sus derechos sobre su propio cuerpo.

Sin embargo, son precisamente las mujeres con un mayor nivel educativo quienes, al contar con más herramientas críticas y acceso a información, parecen identificar con mayor facilidad estas dinámicas de poder y cuestionarlas en sus testimonios. Esta capacidad de

reconocimiento no solo visibiliza la problemática, sino que también refuerza la importancia de fomentar una atención médica más ética y respetuosa.

La atención médica parece variar en función de la usuaria, evidenciando la clara influencia de factores socioeconómicos. Como señalan Castro (2014), el personal médico tiende a actuar de manera autoritaria, y este habitus se encuentra profundamente arraigado en la formación médica, lo que genera un sentimiento de superioridad. Esta actitud se exagera particularmente en la atención a mujeres con menor nivel educativo, reforzando dinámicas de desigualdad y perpetuando prácticas discriminatorias en el ámbito obstétrico.

#### ***5.4 Las violencias experimentadas por mujeres por edad***

La edad, como se ha señalado repetidamente, es un factor importante en los procesos de discriminación más estudiados en la literatura. En el ámbito de la atención médica, parece existir una experiencia arraigada entre el personal de salud sobre la edad “adecuada” para que una mujer atraviese su proceso reproductivo.

Diversos estudios (Amroussia et al., 2017; Bohren et al., 2019; Brigidi y Busquets, 2019; Pereira, 2018) destacan que la edad es un elemento de gran peso en las dinámicas de violencia obstétrica. Según esta literatura, las mujeres en los extremos de los grupos etarios, tanto las más jóvenes como las de mayor edad, son las más propensas a sufrir violencia, ya que no encajan en las expectativas normativas del personal médico sobre el momento "correcto" para la maternidad. Esta visión impuesta no solo limita la autonomía de las mujeres, sino que también perpetúa prácticas discriminatorias en la atención obstétrica.

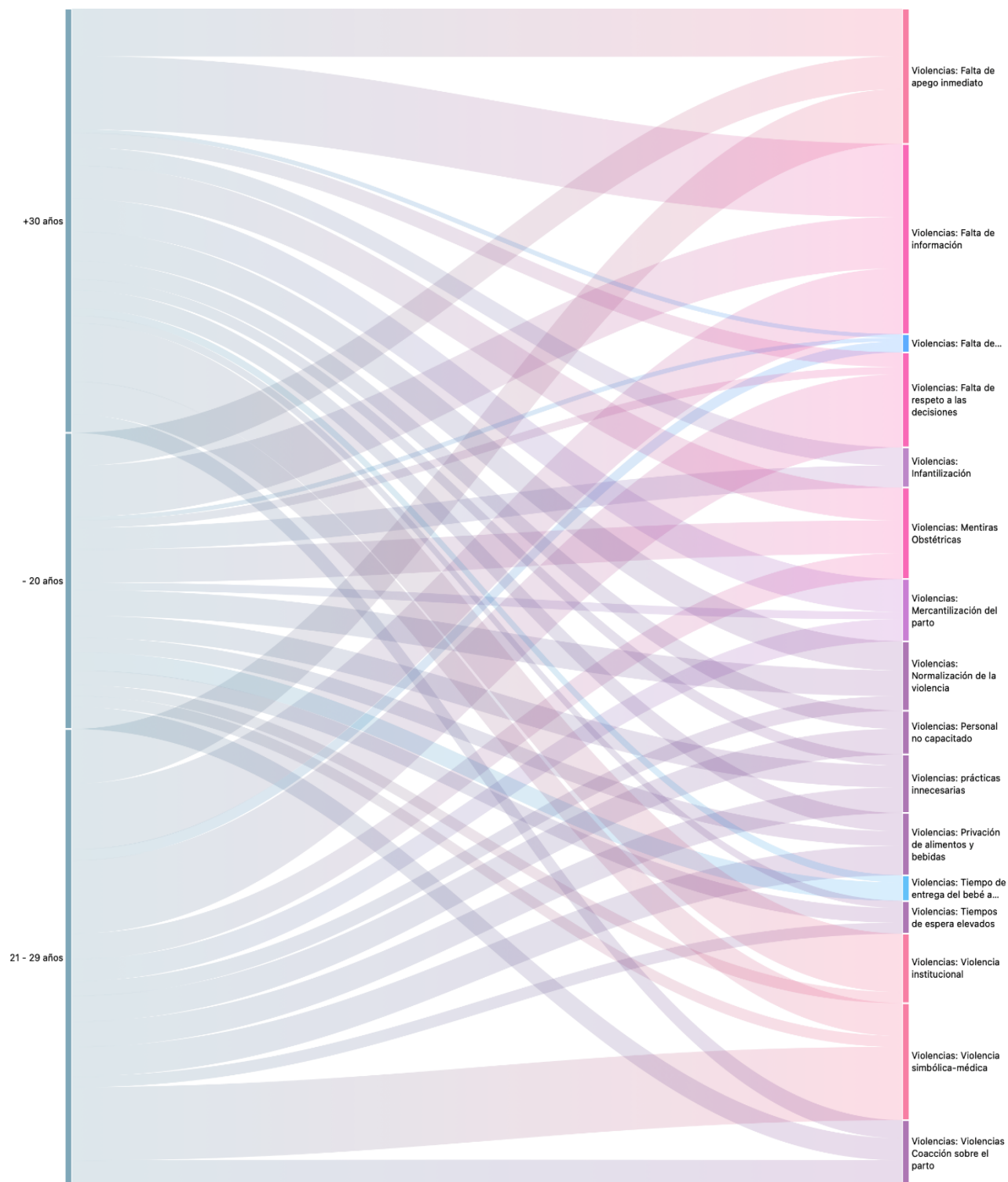
La figura 14 presenta las diferencias observadas entre los distintos grupos etarios de las mujeres entrevistadas. Una de las primeras diferencias destacadas en el diagrama es la falta de apego inmediato, una forma de violencia obstétrica que, según los testimonios, afecta de manera más significativa a las mujeres menores de 20 años. Esto sugiere que las mujeres jóvenes pueden enfrentar mayores obstáculos para ejercer su derecho al contacto temprano con sus recién nacidos, lo que refleja dinámicas de control y discriminación en la atención obstétrica.

*“La acercaron a mí, fue muy rápido, yo creo que vieron que yo igual no reaccionaba, pero fue muy rápido, nada más así, para que la viera y se la llevaron”* (Yanely, 18 años).

*“Ponle que me alivie como hasta las 12:00 o 1:00 y hasta las 12:00 de la noche me la llevaron para verla”* (Fernanda, 16 años).

Como podemos observar, parece existir la experiencia de que las mujeres jóvenes tienen otras prioridades o necesidades, lo que lleva al personal médico a postergar o incluso negar el contacto inmediato con sus recién nacidos. Esta suposición refuerza una visión paternalista que desestima la importancia del apego temprano en este grupo de mujeres, a pesar de que los beneficios del contacto inmediato han sido ampliamente documentados y son esenciales para todas las madres, independientemente de su edad.

**Figura 15.** Principales formas de violencia ejercida contra las mujeres según grupo de edad en Nuevo León.



Fuente: Elaboración propia con base en las entrevistas a las mujeres participantes, 2023.

La falta de apego inmediato no solo afecta el bienestar emocional de la madre y el bebé, sino que también puede tener consecuencias en la instauración de la lactancia y en el desarrollo del vínculo materno-infantil. Esta práctica discriminatoria refleja cómo los prejuicios sobre la juventud influyen en la atención obstétrica.

Asimismo, la falta de consentimiento en diversas prácticas médicas parece presentarse con mayor frecuencia en mujeres jóvenes. Una vez más, este autoritarismo por parte del personal de salud, acompañado de una actitud paternalista, evidencia la tendencia a imponer decisiones sin tomar en cuenta la voz de las mujeres.

Esta dinámica no solo refleja una falta de respeto por la autonomía de las mujeres jóvenes, sino que también refuerza la idea de que su criterio es menos válido o que requieren la tutela del personal médico para tomar decisiones sobre su propio cuerpo. En consecuencia, se perpetúa una relación de poder desigual, en la que las mujeres jóvenes son tratadas como sujetos pasivos en su atención obstétrica, en lugar de ser reconocidas como protagonistas de su propio proceso de salud y maternidad.

*“Cuando me lo pusieron así fue como, pues equis, o sea, no se siente, no pasa nada, claro que sí dije que, pues porque no me preguntaron, no, ya estando así, casi dormida cuando me anestesiaron, o sea yo ya no podía hablar, me tenía que dormir porque ya se me estaba cerrando los ojos y parecía borracha; me pregunta, me dice el doctor de que, -vas a sentir un piquetito, te voy a poner el diu- y ya o sea, nunca me preguntó ni nada y pues ya me lo pusieron”* (Jenny, 17 años).

Este testimonio resulta especialmente revelador, ya que evidencia con gran claridad cómo el médico toma decisiones de manera unilateral respecto al método anticonceptivo, sin consultar a la mujer ni solicitar su consentimiento. Además, no se proporciona ninguna

explicación sobre los beneficios y riesgos de dicho método, privando a la mujer de información esencial para su bienestar.

Esta forma de violencia es particularmente alarmante, ya que vulnera múltiples derechos sexuales y reproductivos de las mujeres jóvenes. Además, pone en riesgo su salud, ya que, al no recibir orientación adecuada, desconocen los signos de alarma ante posibles complicaciones, como infecciones derivadas del uso del método anticonceptivo impuesto. Esta práctica no solo refuerza la desinformación y el control sobre sus cuerpos, sino que también expone a estas mujeres a consecuencias médicas evitables.

*“A mi mamá, porque era menor de edad y entonces ellos tenían como que firmar el consentimiento. Y sí, o sea, obviamente, le explicaron a ellos a mí no, como los peligros que conllevaba, ¿verdad? Y por qué se tenía que firmar ese ese consentimiento y pues ya, o sea, los firmaron ellos y ya, yo no supe realmente mucho”* (Fernanda, 16 años).

Nuevamente, este testimonio refuerza la idea de la minimización de las mujeres jóvenes por parte del equipo médico. Parece existir una tendencia a ignorar que es su cuerpo el que se verá directamente afectado por los procedimientos, asumiendo erróneamente que, por ser menores, carecen de la capacidad para comprender y dar su consentimiento informado.

Sin embargo, estas mujeres son plenamente conscientes de su salud y la de sus hijos, y tienen el derecho de participar activamente en las decisiones médicas que las involucran. La negación de este derecho no solo perpetúa una relación desigual de poder.

Por otro lado, la mercantilización del parto parece ser menos frecuente en los testimonios de mujeres menores de 20 años. Esto podría estar relacionado con factores económicos, como la falta de un ingreso propio significativo en este grupo etario. Aunque muchas de estas mujeres

reciben atención en hospitales privados y acceden a sus respectivos beneficios, no suelen ser presionadas para adquirir servicios adicionales, a diferencia de lo que ocurre con mujeres de otros grupos de edad. Esto sugiere que la mercantilización de la atención obstétrica está vinculada no solo a la experiencia de necesidad médica, sino también a la capacidad económica de las usuarias.

Otra forma de violencia recurrente en los testimonios de mujeres jóvenes es la infantilización. Debido a su edad, el equipo médico tiende a minimizar su capacidad de decisión, tratándolas de manera condescendiente. Esto se manifiesta en el uso de diminutivos al dirigirse a ellas, en explicaciones simplificadas con un lenguaje más propio de niñas que de mujeres adultas y, en muchos casos, en la exclusión de su voz en la toma de decisiones sobre su propio cuerpo.

En lugar de reconocer su autonomía, el personal de salud suele delegar estas decisiones en sus padres o parejas, negándoles el derecho a participar activamente en su atención médica. Esta actitud no solo refuerza la desigualdad en la relación médico-paciente, sino que también vulnera los derechos reproductivos y la dignidad de estas mujeres.

*“Como estaba chiquita, siempre me preguntaba, ¿tienes alguna duda? ¿hay algo que no sepas? ¿hay algo que quieras saber? y si me respondía las dudas y bueno, también me trataba como una niña, porque incluso pues me había acompañado mi suegra, mi mamá y Beto, obviamente, entonces era como -tienen que decirles a estos niños que tal-, entonces era como, me lo puede decir a mí, o sea, yo soy lo que estoy embarazada, pero si era, se dirija más hacia mi mamá, o a mi suegra”* (Fernanda, 16 años).

El testimonio anterior evidencia con claridad la violencia ejercida por el médico al minimizar a la usuaria, excluyéndola de decisiones y acuerdos que deberían ser exclusivamente suyos o, en todo caso, compartidos con su pareja. Además, resulta especialmente preocupante

que el médico ni siquiera se dirija directamente a ella, reforzando su invisibilización y vulnerando su derecho a participar activamente en las decisiones sobre su propio cuerpo y salud.

Asimismo, la infantilización también se manifiesta cuando el equipo médico ignora o posterga las peticiones de la usuaria, asumiendo que carecen de importancia o que responden a cuestiones triviales. Esta actitud no solo minimiza sus necesidades y preocupaciones, sino que también refuerza la idea de que su voz no merece ser tomada en cuenta.

*“Si a mí me preocupaba algo decían es normal y entonces sentía que yo que casi no me pelaban... y sí, yo las llamaba tardaban un poco en ir. Y yo decía no sé porque nos tratan así, probablemente porque estamos chiquitos... yo veía que, en otros cuartos, era de que la mamá se quejaba de algo, pero pues ya era una persona más grande, entonces como que tenían más respeto... y yo siento que con nosotros como éramos papás muy jóvenes de que no nos respetaban la verdad” (Jenny, 17 años).*

La infantilización y minimización no son exclusivas de las mujeres jóvenes. Como se observa en la Figura 12, las mujeres mayores de 30 años también han reportado experiencias en las que los médicos obstetras adoptan una actitud paternalista, especialmente durante las consultas. Esta dinámica se traduce en un trato condescendiente, en la invalidación de sus decisiones y en la imposición de recomendaciones médicas sin espacio para el diálogo.

*“Mi amor, pero es como que a todo mundo le dice mi amor, ay, mi amor, fíjate, mi amor; pero nunca lo sentí fingida... ella es muy tierna la verdad, muy tierna muy, muy maternal, por mi nombre era raro que me llegara a hablar, pero siempre mi amor pero yo creo que así era en general” (Margarita, 31 años).*

El uso de sobrenombres y diminutivos parece generar una reacción distinta según la edad de las mujeres. Mientras que las mayores de 30 años suelen recibirlo de manera positiva o, al

menos, no lo perciben como una falta de respeto, las mujeres menores de 20 años tienden a sentirse incómodas o molestas ante este trato condescendiente. Para ellas, este tipo de lenguaje refuerza la infantilización y la falta de reconocimiento de su autonomía en el contexto médico.

*“No, siempre mostro muy de cariño, siempre ¡Oye, Dani!, ¿Cómo te sientes?, bla, bla, bla. Era así como que siempre me decía Dani” (Daniela, 30 años).*

*“Me decía Fernandita, me sentía un poco incómoda, pero lo entendía, porque él era así, decía que el bebecito no sé qué. Entonces todo hablaba en chiquito y supongo que me veía, pues chiquita y decía que es una niña o no sé... entonces yo creo que no estaba acostumbrado a lidiar con un embarazo adolescente” (Fernanda, 16 años).*

Además de la infantilización, las mujeres mayores de 30 años mencionan reiteradamente la presencia de violencia institucional en diversas formas. Este grupo etario, al tener una mayor conciencia sobre su embarazo, suele estar más atento a los cambios en su cuerpo y espera una atención médica que responda a sus inquietudes. De hecho, muchas optan por servicios privados precisamente con la expectativa de recibir un trato más personalizado y respuestas claras a sus dudas. Sin embargo, sus testimonios reflejan una realidad distinta: la atención que buscan no siempre es proporcionada, lo que genera frustración y refuerza la experiencia de negligencia o desinterés por parte del personal médico.

*“En realidad nunca me dijo nada, solo me decía que si tenía algún problema que le mandara un mensaje sin importar el día o la hora, pero las pocas veces que le llegue a preguntar tardaba mucho en contestar, así que pues no le preguntaba nada” (Paulina, 35 años).*

Además, estas mujeres tienden a ser más observadoras y críticas respecto a las deficiencias en el servicio de salud. Entre los problemas que identifican con mayor frecuencia se encuentran la falta de personal, la escasez o el uso de tecnología obsoleta, así como la limitada disponibilidad de ciertos servicios. Esta experiencia más aguda de las carencias en la atención

médica puede estar relacionada con su experiencia previa y con las expectativas que depositan en los servicios contratados, lo que hace que sean más exigentes y conscientes de las fallas del sistema.

*“Yo veía todo como muy triste, muy feo, como que en el quirófano veía las cosas viejas, como que poca luz, no sé, por lo menos a mí no me gustó”* (Paulina, 35 años).

Asimismo, esta forma de violencia se manifiesta cuando el personal de enfermería no proporciona información sobre signos de alarma ante posibles complicaciones, como infecciones o problemas de presión arterial. Según la literatura (Donoso y Villarroel, 2003) estas condiciones tienen una mayor prevalencia en este grupo etario, lo que hace aún más preocupante la omisión de información fundamental para su bienestar. La falta de orientación no solo limita la capacidad de las mujeres para identificar y responder a estos riesgos a tiempo, sino que también refleja una negligencia en la atención que puede tener consecuencias graves para su salud.

*“No, no recuerdo que me hayan dicho algo de eso”* (Paulina, 35 años).

*“Fueron una vez las enfermeras, pero nada más, dijeron que estaba muy bien y que no se veía que estuviera con alguna infección y ya, pero de ahí en adelante no me revisaron de nuevo”* (Paulina, 35 años).

El testimonio de Paulina resulta especialmente revelador, ya que, al superar la edad médicamente recomendada para un embarazo saludable, evidencia cómo la violencia institucional se ejerce contra aquellas mujeres que desafían las normas impuestas por el autoritarismo médico. Su experiencia refleja una discriminación latente en la atención, donde

las decisiones reproductivas que no encajan en los estándares establecidos por el personal de salud son cuestionadas o desvalorizadas, afectando la calidad del trato recibido.

*“No pudo estar mi novio, no estuve despierta, muy apenas recuerdo el momento cuando me acercaron a mi bebé y pues ni foto, ni video ni nada”* (Paulina, 35 años).

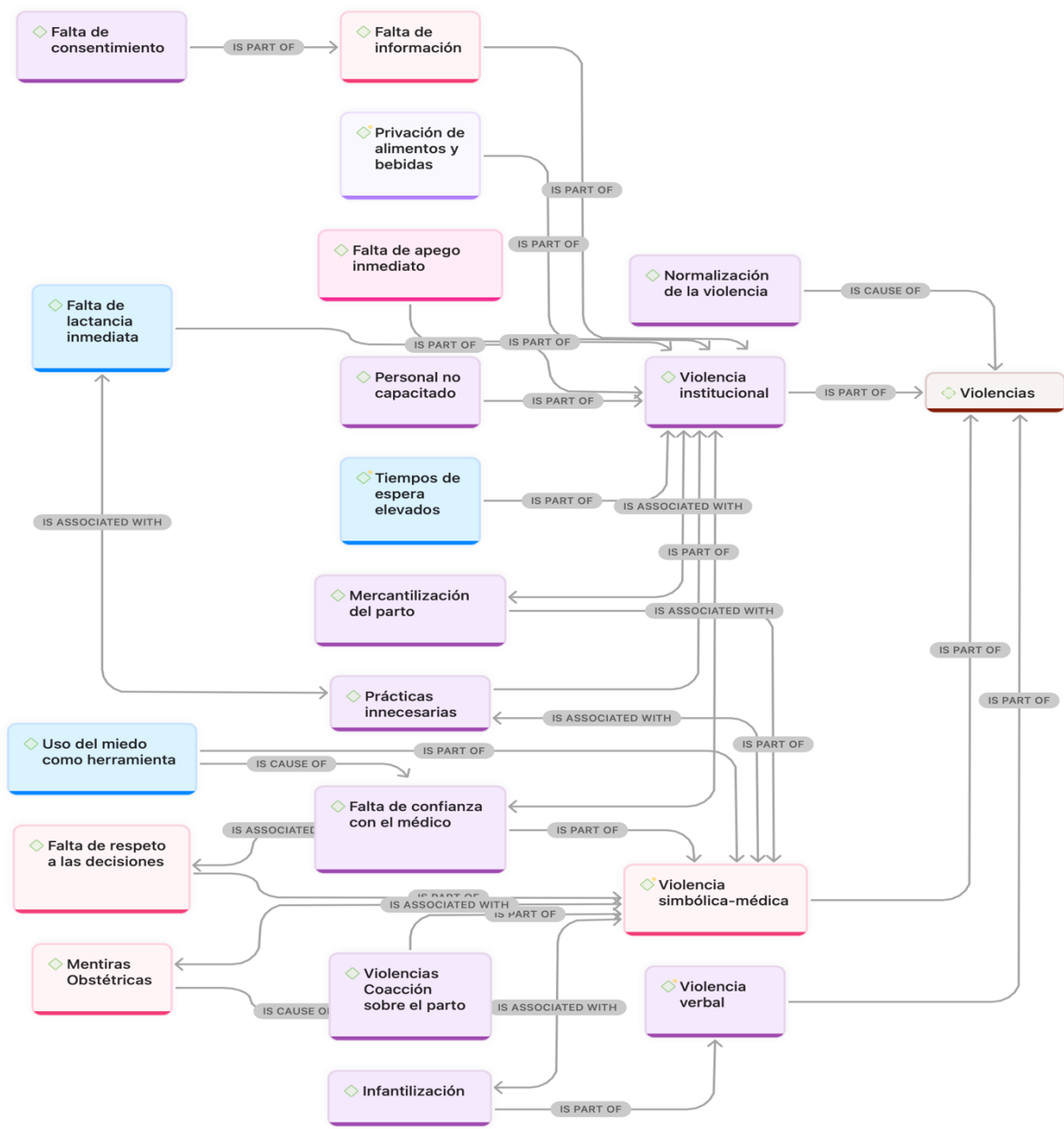
*“Las enfermeras me decían que era porque seguramente no lo estaba acomodando bien, y pues ellas me agarraban el pecho y se lo metían a la boca y mi hijo lloraba que no quería, se enojaba y fue entonces que se dieron cuenta que no era que no supiera como acomodarlo”* (Paulina, 35 años).

*“No, yo supe de la depresión postparto por el podcast, pero el personal de ahí nunca me hablo de eso, ni de que iba a sentir después de tener a mi bebé, o sea, todo lo que se de eso es porque lo viví y porque lo investigué, pero no, ellos nunca”* (Paulina, 35 años).

Como puede observarse, algunas actitudes del personal médico pueden considerarse como violencia institucional, incluso cuando no se perciben de manera evidente. A pesar de la incomodidad que generan en la usuaria, termina por justificarla, ya sea por la normalización de estas prácticas o por la relación de poder que se establece en el contexto médico, lo que dificulta su reconocimiento como experiencias de violencia obstétrica.

En conclusión, la edad es un factor determinante en el trato que el personal médico brinda a las mujeres durante su proceso reproductivo. Esto evidencia cómo el autoritarismo médico prevalece sobre los derechos sexuales y reproductivos, menospreciando la autonomía de las mujeres por haber decidido ser madres en el momento que consideraron adecuado. Así, se ejerce sobre ellas diversas formas de violencia, que funcionan como una forma de castigo por no ajustarse a los estándares impuestos sobre lo que se considera una "buena maternidad".

**Figura 16.** Red analítica de las categorías de violencias emergentes en los relatos de las mujeres entrevistadas.



Fuente: Elaboración propia

## **CAPITULO 6**

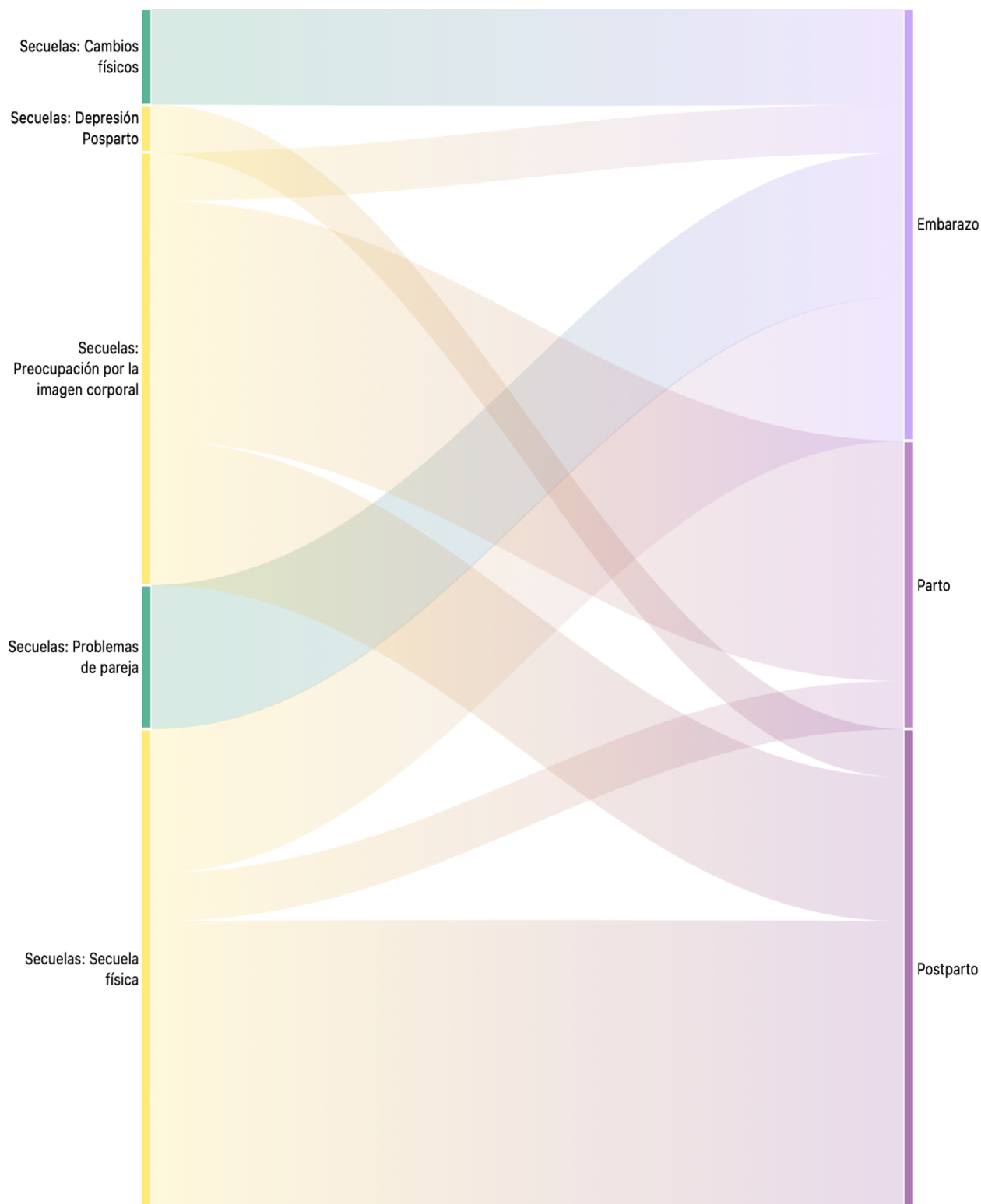
### **Secuelas del Proceso Reproductivo: Impactos Diferenciados Según la Categoría Social de las Mujeres**

Las secuelas son definidas como las consecuencias físicas, emocionales o psicológicas que permanecen en una persona después de haber experimentado una situación médica, en este caso, relacionada con el embarazo, el parto o el puerperio. Estas pueden manifestarse a corto, mediano o largo plazo, y afectar distintos aspectos de la vida de la mujer, desde su salud física y mental hasta su entorno social y familiar. Las secuelas pueden derivarse tanto de complicaciones propias del proceso reproductivo como de la forma en que fueron aplicados los protocolos médicos durante la atención.

De tal manera, que el presente apartado busca analizar las secuelas presentadas por las mujeres durante su proceso reproductivo y de manera indirecta deducir si alguna de ellas responde a la mala praxis del personal médico en alguna de las etapas reproductivas, así como analizar si las categorías sociales de las mujeres entrevistadas tienen relación con estas secuelas.

Como se puede apreciar en la figura 12, las secuelas más comúnmente mencionadas por las mujeres entrevistadas son de carácter emocional y/o psicológico. Esto evidencia una necesidad urgente de incorporar una atención integral en salud mental dentro del proceso reproductivo. A pesar de que la NOM-007 y otros marcos normativos reconocen la importancia de este aspecto, en la práctica no se le otorga el peso necesario ni se establece como una obligación clara para el personal médico el referir a las usuarias con especialistas en salud mental. Esta omisión deja a muchas mujeres sin el acompañamiento necesario para procesar experiencias que, en algunos casos, pueden ser traumáticas o generar consecuencias emocionales de largo plazo.

**Figura 17.** *Secuelas generadas durante el proceso reproductivo en mujeres del estado de Nuevo León*



Fuente: Elaboración propia con base en las entrevistas a las mujeres participantes, 2023.

Durante la etapa del embarazo, los testimonios de las mujeres hacen constantes referencias a lo que, para fines de este proyecto, se ha clasificado como secuelas físicas. En este sentido, una de las más mencionadas es la aparición de estrías, resultado del estiramiento de la piel. Aunque este fenómeno es común durante la gestación, las participantes destacan que su aparición, no obstante, esta suele estar determinada por factores genéticos, lo que limita las posibilidades de prevención o control.

Además, algunas mujeres señalaron como secuela física el aumento en el tamaño de los senos y de los pies, el cual, si bien es una transformación esperada y documentada durante el embarazo, fue percibido por algunas de ellas como una molestia por incomodidad física.

*”Estrías, las estrías y como que me creció el busto, pero nada más”* (Yennifer, 20 años).

*“Mis pies, nunca volvieron a la misma talla y tuve que cambiar de zapatos porque no me quedó ninguno y yo pensaba que solo los tenía hinchados por el embarazo”* (Paulina, 35 años).

Por otro lado, en el apartado de cambios físicos se han incluido aquellas transformaciones temporales que ocurrieron durante el embarazo. Aunque estas modificaciones no persistieron después del parto, su prolongada duración durante la gestación justificó su integración en este capítulo.

Entre los cambios físicos más comúnmente mencionados se encuentran la inflamación de extremidades, rigidez en las manos, alteraciones en el sentido del gusto y del olfato, así como episodios frecuentes de dolor de cabeza y migrañas. Si bien estos síntomas son considerados normales en muchos embarazos, su intensidad y constancia fueron descritas por las participantes como altamente incómodas, generando malestar continuo a lo largo de esta etapa.

*“También me dio lo del túnel carpiano, el de la mano que se inflama y así, entonces todas las mañanas me despertaba con dolor en las manos y las sentía rígidas, batallaba para mover los dedos”* (Paulina, 35 años).

Otra de las secuelas mencionadas durante la etapa del embarazo son los problemas de pareja, al parecer el embarazo si bien es un momento que puede considerarse especial para una pareja, en algunas otras puede ser un parteaguas en la relación independientemente de si se haya o no deseado el embarazo.

Estos conflictos de pareja se originan principalmente a raíz de los cambios físicos experimentados por las mujeres durante el embarazo, según se desprende de los testimonios recabados. Varias entrevistadas relataron que la cercanía física con sus parejas les generaba un profundo malestar, llegando incluso a provocarles náuseas y vómito. Esta reacción fisiológica, aunque involuntaria, genera una barrera emocional y física que inevitablemente afecta la relación, contribuyendo al distanciamiento entre ambos miembros de la pareja.

*“Cuando veía el cabello de mi marido. Él venía de trabajo y nomás le veía yo el cabello, pero es que le veía demasiado, muy abundante, demasiado oscuro, que a mí me daban náuseas”* (Paty, 27 años).

*“No vomitaba todo el tiempo, vomitaba cuando llegaba él, yo no podía estar tanto tiempo con él porque vomitaba y yo decía ¿Por qué?”* (Margarita, 31 años).

Asimismo, las mujeres señalaron que otro de los conflictos dentro de la relación de pareja estuvo relacionado con la irregularidad en el ejercicio de la sexualidad. Algunas manifestaron que la intimidad se volvió esporádica, mientras que en otros casos desapareció por completo durante el embarazo. Esta situación generó altos niveles de tensión emocional en la relación, provocando malentendidos, frustración y, en algunos casos, un deterioro significativo en la convivencia de pareja.

*“Yo siento que a mí me bajo mucho la libido... entonces yo no tenía ganas de tener relaciones, nunca, yo tenía sueño y pues, así como sobrevivir, ¿verdad? lo básico, bañarme y para eso me daba, entonces, pues si cambio a lo mejor en la frecuencia en que teníamos relaciones antes... yo sí me tarde mucho como quedan volver a retomar la vida sexual. (Jenny, 17 años).*

Por último, entre las secuelas del embarazo se encuentra la preocupación por la imagen corporal. Las mujeres suelen enfocar su atención en el aumento de peso, lo cual genera ansiedad y malestar en muchos casos. Si bien se recomienda un incremento de entre 9 y 18 kg durante el embarazo (Candel et al., 2020), la Organización Mundial de la Salud (OMS) sugiere que esta ganancia debe evaluarse en función del índice de masa corporal (IMC) previo al embarazo. Así, se estima un aumento de entre 5 y 9 kg en mujeres con obesidad y de entre 11 y 18 kg en aquellas con bajo peso.

No obstante, muchas mujeres construyen un ideal subjetivo de lo que consideran un aumento de peso "adecuado", y cuando esta expectativa no se cumple, pueden presentarse conflictos relacionados con la autoestima y la percepción corporal. Esto ocurre sin considerar que la evolución del peso es altamente individual y depende de múltiples factores físicos y contextuales.

*“Sí me cuidé bastante y como quiera subí 20 kg. O sea, por más que yo quise, no subir tanto, quería subir los 8 los 9 kg que son, no pude” (Paty, 27 años).*

Esta preocupación por la imagen corporal también se extiende al momento del parto. En esta etapa, muchas mujeres manifiestan el deseo de lucir bien para el material audiovisual que suele registrarse durante el nacimiento. Actualmente, en hospitales privados se ha popularizado la práctica de permitir que las mujeres acudan al parto quirúrgico con maquillaje y peinado, como una forma de favorecer su bienestar emocional y reforzar una imagen positiva de sí mismas en un evento tan significativo de sus vidas.

*“A mí la doctora me dijo te van a tomar fotos, vete maquillada! Un día o dos días antes me fui a hacer pedicure y manicure... Yo me levanté, me bañé, me planché el cabello, me maquillé... pero fue como que me tengo que ver bien y yo chin me hubiera hecho una trencita por que luego se me va a despeinar el cabello y era como que como me voy a ver yo en las fotos”* (Margarita, 31 años).

Parte de esta preocupación por la imagen corporal también se refleja en uno de los testimonios, donde una mujer expresa su intención de lucir bien frente al personal médico. En su relato, menciona que procuraba maquillarse para no ser percibida como desarreglada, revelando así como la presión por mantener una buena apariencia se extiende incluso a contextos médicos.

*“Llegó un doctor bien guapo y yo de que Ay qué pena, tráigame las pinturas, porque está bien guapo. Ay bien, guapísimo yo de menos pinturas para que me vea guapa”* (Daniela, 30 años).

Las secuelas físicas del parto se encuentran estrechamente relacionadas con la aplicación de anestesia. Según Schioppi (2018), el dolor de cabeza y lumbar son efectos secundarios comunes de la anestesia raquídea, por lo que no resulta sorprendente que en los testimonios de las mujeres estas molestias sean señaladas como consecuencias directas del procedimiento durante el parto.

*“Y es verdad, cuando cambia el clima sientes como un piquetito como si fuera un alfiler o una aguja, un alfiler, pero si duele”* (Margarita, 31 años).

Por último, se presentan las secuelas identificadas en los testimonios correspondientes a la etapa del posparto. La secuela más recurrente en esta fase son las de tipo físico, destacando entre ellas la cicatriz de la cesárea. Muchas mujeres expresan incomodidad con dicha cicatriz, ya sea por su localización, su apariencia o por las molestias físicas que genera, lo cual impacta en su percepción corporal y bienestar general.

*“No me quedó muy bien, o sea, se ve gruesa, me la hicieron horizontal y muy abajo, pero aun así me abrieron mucho, o sea, he visto las cicatrices de otras amigas y es más chiquita y a mi si me la dejaron muy grande”* (Paulina, 35 años).

Una de las secuelas físicas mencionadas por las mujeres entrevistadas está relacionada con el método anticonceptivo que les fue indicado tras el parto. En uno de los testimonios, la mujer refiere que dicho método le provocó ciclos menstruales más dolorosos, acompañados de un sangrado más abundante. Lo preocupante es que estos efectos secundarios no le fueron informados previamente, lo que limitó su capacidad para tomar una decisión informada sobre el método más adecuado a sus necesidades y condiciones de salud. Esta experiencia pone en evidencia la falta de una asesoría anticonceptiva integral y personalizada, así como la necesidad de garantizar el consentimiento informado en la elección de métodos anticonceptivos durante el puerperio.

*“Me pusieron el DIU yo no estaba segura de querer ese método anticonceptivo, sabes, ni siquiera sabía que onda todavía y pues por muchos años me estuvo haciendo mucho daño porque hacía que sangrara demasiado mi menstruación”* (Jenny, 17 años).

Otra de las secuelas que, si bien se gestaron a lo largo de todo el proceso reproductivo, se mencionan con mayor frecuencia durante la etapa del posparto, es el aumento de peso y la flacidez corporal. Estas transformaciones físicas, lejos de desaparecer con el tiempo, persisten incluso años después del parto, según lo relatan varias de las mujeres entrevistadas.

Esta permanencia genera un impacto significativo en su autoestima y en la manera en que perciben su cuerpo. Para muchas, estas secuelas físicas se convierten en recordatorios constantes de los cambios vividos, provocando inseguridad e incluso malestar emocional. Este tipo de experiencias pone de manifiesto la necesidad de integrar una atención postnatal que no solo se centre en la recuperación física inmediata, sino que también aborde las dimensiones

emocionales y psicológicas del cambio corporal, reconociendo el valor del acompañamiento profesional en la adaptación a la nueva identidad física y maternal.

*“Yo como no sabía nada, yo dije, me van a sacar a la bebé, yo voy a quedar igual de delgada que antes y no, fue mucho shock para mi ver que después de que me sacaron a la bebé mi piel estaba demasiado flácida, agudísima, entonces yo decía que asco, porque quede yo así”* (Fernanda, 16 años).

Varias mujeres señalaron que, tras el embarazo, notaron cambios significativos en su físico. En algunos casos, estos cambios fueron motivo de estrés y afectación emocional profunda. Particularmente, una mujer relató cómo su pareja fue quien le hizo notar las transformaciones en su cuerpo, pero lo hizo en un tono despectivo, lo cual agravó su malestar y minó su autoestima. Esta experiencia revela cómo las secuelas físicas del embarazo pueden verse intensificadas no solo por los cambios corporales en sí, sino también por la falta de empatía y apoyo emocional en el entorno cercano, especialmente por parte de la pareja.

*“Sí me llegó a hacer un comentario, una vez me comentó... un día normal yo iba caminando con él y no más de pronto, así me dijo, ¡Oye!, algo así como que mi trasero se me estaba haciendo muy ancho, que me pusiera las pilas, porque mi trasero estaba, así como que muy ancho, desparramado”* (Paty, 27 años).

Estas secuelas físicas causan en las mujeres preocupación por la imagen corporal después del parto, ocasionando así que algunas entren en rigurosos sistemas de ejercicio con la finalidad de volver a mantener la figura que tenían antes del embarazo.

*“Mucho tiempo me sentí muy mal, que hasta me obsesioné haciendo ejercicio, o sea, me obsesioné porque todo el día me la pasaba en ejercicio, me metía a muchas partes, hacía muchos tipos de ejercicios, que me excedía, yo abusaba de eso, porque yo quería recuperar ese trasero, verdad, que no estuviera desparramado”* (Paty, 27 años).

Todo lo anterior, sumado a los intensos ajustes hormonales propios del posparto, puede desencadenar en depresión posparto, la cual representa una de las secuelas más significativas

identificadas en este proceso. Aunque este estado psicológico ha sido ampliamente documentado y se reconoce en la normativa vigente la importancia de informar a las mujeres sobre los posibles cambios emocionales asociados al parto, lo cierto es que un número considerable de ellas desconocía por completo los signos y síntomas de este trastorno. Esta falta de información limita su capacidad de identificar y buscar ayuda oportuna, lo que refuerza la necesidad de implementar estrategias efectivas de comunicación y acompañamiento emocional desde el embarazo hasta el posparto.

*“Yo lloraba y lloraba y lloraba, lloraba mucho, porque yo veía al bebé y digo porque si ya lo tengo no soy feliz; nadie se dio cuenta... yo no tomé medicamento, yo dije qué tan grave, a qué grado llegué, que mi cuñada también tuvo y ella tuvo que ir con un psiquiatra y me dice si te dan medicamento, porque ya después platiqué de que yo también tuve depresión”* (Margarita, 31 años).

Asimismo, podemos encontrar algunos otros testimonios donde las mujeres muestran signos de depresión postparto, pero que muchas de las veces deciden no mencionar abiertamente por el miedo de ser catalogadas como malas madres.

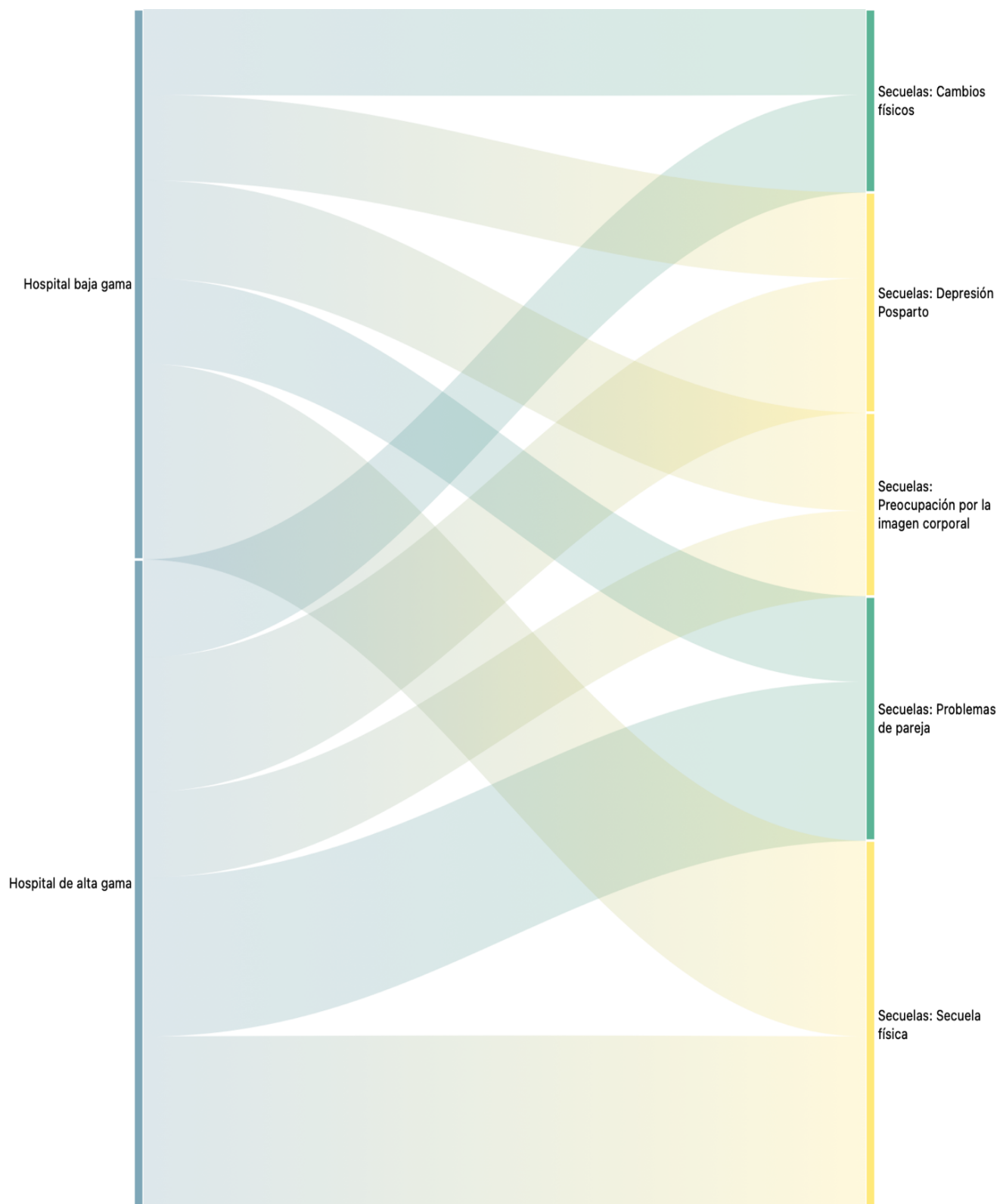
Lo anterior evidencia, una vez más, cómo la falta de información adecuada puede tener un impacto significativo en la salud de las mujeres que atraviesan estas experiencias. Por ello, resulta fundamental que el personal médico dé prioridad a la implementación de protocolos más integrales, en los que la salud mental sea considerada un componente esencial del acompañamiento durante todo el proceso reproductivo. Brindar una atención que contemple tanto el bienestar físico como el emocional no solo mejoraría la calidad del cuidado, sino que también permitiría a las mujeres enfrentar esta etapa con mayor conocimiento, contención y seguridad.

### ***6.1 Las secuelas generadas en mujeres de acuerdo con el tipo de hospital***

Si bien las secuelas del proceso reproductivo no dependen exclusivamente de la calidad de los servicios hospitalarios, sí pueden observarse algunas diferencias entre los hospitales de alta y baja gama. En este sentido, los servicios ofrecidos por instituciones de mayor nivel pueden influir de manera indirecta en la prevención de ciertas consecuencias, principalmente mediante una atención más personalizada y una orientación oportuna sobre lo que se puede esperar y cómo actuar ante determinados síntomas durante el embarazo y el postparto.

Tal como se muestra en la figura 13, no se identifican grandes diferencias en los testimonios de las mujeres respecto a las secuelas en general. Sin embargo, en el caso específico de la depresión postparto, las mujeres atendidas en hospitales privados son quienes más frecuentemente refieren haber experimentado esta condición. A pesar de ello, ninguna de ellas recibió información adecuada sobre qué esperar emocionalmente tras el parto, ni orientación sobre los signos de alarma que deberían motivar la búsqueda de apoyo psicológico. Esta omisión evidencia una carencia importante en la atención integral, incluso en contextos donde se presume una mayor calidad en los servicios médicos.

**Figura 18.** Secuelas generadas en mujeres del estado de Nuevo León de acuerdo con el tipo de hospital



Fuente: Elaboración propia con base en las entrevistas a las mujeres participantes, 2023.

*“Si me sentí muy triste, no sé si era depresión, yo ya no comía, muy apenas y me bañaba y era muy difícil para mí, y ahorita pienso que, pues probablemente te da depresión, no lo sé, de verdad no, nunca me trate con un psicólogo, pero si no más nadie me habló sobre eso”* (Fernanda, 16 años).

En el caso de las mujeres que fueron atendidas en hospitales de baja gama, la mayoría afirma rotundamente no haber experimentado síntomas de depresión postparto. Sin embargo, es importante considerar que esta respuesta podría estar influenciada por la falta de información sobre el tema, así como por los imaginarios sociales profundamente arraigados, los cuales dictan que la maternidad debe ser vivida como una experiencia plena y gratificante. Bajo este contexto, es posible que algunas mujeres, por temor al juicio social o por no reconocer ciertos síntomas como parte de un cuadro depresivo, opten por no manifestar su malestar emocional, lo que invisibiliza aún más esta condición.

La siguiente secuela en la que se observan diferencias según el tipo de hospital son los problemas de pareja. Si bien, como se ha mencionado anteriormente, la calidad o el costo de los servicios médicos no inciden directamente en las dinámicas de pareja, es posible identificar ciertos factores relacionados con la atención médica que contribuyen a este tipo de conflictos. Un ejemplo de ello son algunos protocolos médicos aplicados en hospitales de alta gama, donde se reporta una mayor tendencia al uso de medicación. Uno de los testimonios señala que los medicamentos prescritos a la consultante generaban efectos secundarios como somnolencia excesiva, lo que progresivamente afectó su vínculo de pareja. Esta situación refleja cómo ciertos abordajes clínicos, aunque bien intencionados, pueden tener repercusiones no anticipadas en la vida íntima y emocional de las mujeres.

*“Beto, por ejemplo, se quejaba mucho de que yo tomaba dramamine y decía, es que se duerme todo el día y yo quiero que esté despierta, o sea, no quiero que se la pase dormida”* (Fernanda, 16 años).

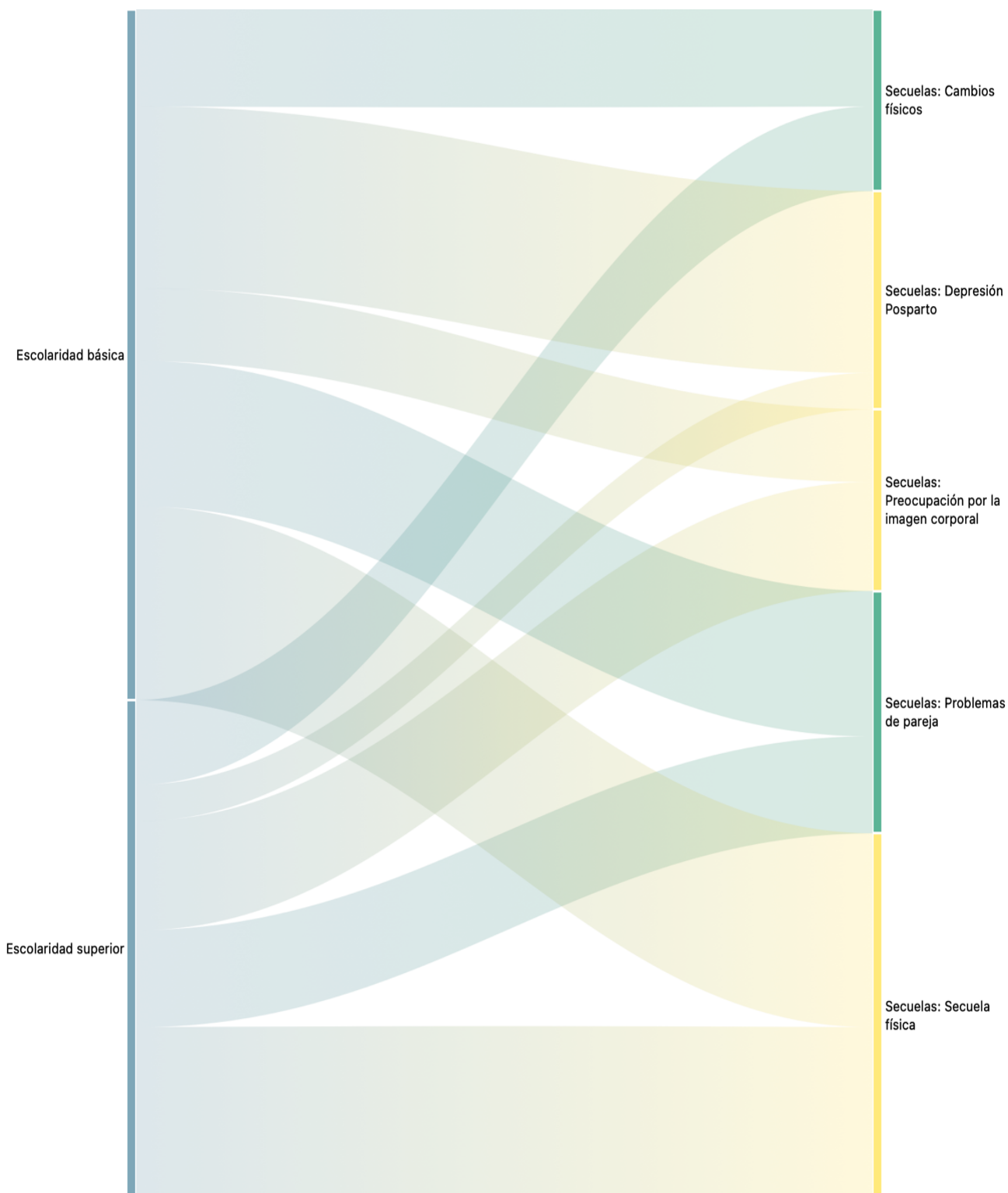
Podemos concluir este apartado señalando cómo la categoría del hospital incide de manera indirecta en las secuelas que una mujer puede experimentar a lo largo de su proceso reproductivo. Esto nos lleva a cuestionar la creencia generalizada de que contratar servicios médicos en hospitales de alta gama garantiza una mejor experiencia. Aunque es común que las mujeres asocien la calidad de las instalaciones y el prestigio institucional con una atención más humana o integral, los testimonios revelan que esta expectativa no siempre se cumple.

Por el contrario, en algunos casos, la aplicación rígida de protocolos médicos, el uso excesivo de intervenciones farmacológicas, o la falta de un enfoque centrado en la salud mental y emocional, pueden generar consecuencias adversas en la vivencia del embarazo, parto y postparto. Esta realidad evidencia la necesidad de repensar el concepto de “calidad” en los servicios de salud reproductiva, incorporando no solo aspectos técnicos, sino también el acompañamiento emocional, la escucha activa y el respeto por las necesidades individuales de cada mujer.

## ***6.2 Las secuelas generadas en mujeres de acuerdo con la escolaridad***

Como se ha mencionado en varias ocasiones a lo largo del análisis, el nivel educativo de las mujeres entrevistadas influye significativamente en la manera en que experimentan y comprenden las consecuencias de su proceso reproductivo. El acceso diferenciado a la información, dependiendo del grado de escolaridad, se refleja de forma clara en las respuestas y en la profundidad con la que abordan los distintos aspectos planteados durante las entrevistas.

**Figura 19.** *Secuelas generadas en mujeres del estado de Nuevo León de acuerdo con su escolaridad*



Fuente: Elaboración propia con base en las entrevistas a las mujeres participantes, 2023.

Tal como se observa en la figura 14 a diferencia del apartado anterior, las secuelas analizadas en esta sección presentan una mayor intensidad o frecuencia en ciertos testimonios, lo cual parece estar estrechamente relacionado con el nivel educativo de las mujeres que las relatan. Esta tendencia sugiere que la educación no solo condiciona el conocimiento sobre el proceso reproductivo, sino también la forma en que se reconocen, expresa y enfrentan las secuelas físicas, emocionales y sociales derivadas de él.

La depresión postparto se manifiesta con mayor frecuencia en los testimonios de mujeres con educación básica. Aunque muchas de ellas no identifican o nombran esta condición como "depresión", sí describen síntomas característicos, como sentimientos persistentes de tristeza, desinterés por actividades cotidianas y un profundo desconocimiento sobre el tema. Esta falta de información dificulta su reconocimiento y, en consecuencia, la posibilidad de recibir apoyo adecuado durante el postparto.

*“Me sentí muy triste, no sé si era depresión, yo ya no comía, muy apenas y me bañaba y era muy difícil para mí”* (Fernanda, 16 años).

En uno de los testimonios, una usuaria afirma no haber experimentado depresión postparto; sin embargo, al analizar su relato, es posible identificar señales claras de esta condición. Esta negación puede estar influida por las expectativas sociales que idealizan la maternidad como el momento de mayor plenitud para las mujeres. Bajo este mandato, muchas sienten que no hay espacio para reconocer ni atender su propio bienestar emocional, pues toda su atención debe estar enfocada en el cuidado de la familia.

*“Me la pasé muy triste y yo le hablaba mucho, entonces ya tenerla ahí era como de ya no tengo tiempo de estar triste, ya no tengo tiempo de estar aquí toda tirada ni nada, o sea, ya tengo un porque estar al cien, entonces yo siento que me curó”* (Yanely, 18 años).

Los cambios físicos son evidentes en ambos grupos, y se reflejan de manera regular en todos los testimonios. No obstante, la preocupación por la imagen corporal se presenta de forma más constante en las mujeres con un nivel educativo superior. Esto podría estar relacionado con el hecho de que muchas de estas mujeres tienen empleos en los que su apariencia resulta ser relevante.

*“La verdad si me da como, así como que no me siento bien, mucha ropa que pensé que terminando el embarazo podría volver a usar pues la tengo guardada, tengo la esperanza de que algún día la pueda volver a usar”* (Paulina, 35 años).

El aumento de peso es uno de los cambios físicos más notorios en los testimonios, pero las mujeres con educación superior asocian la importancia del peso no solo con la imagen corporal, sino también con su salud. Como resultado, prestan mayor atención a su apariencia física y al impacto que esta tiene en su bienestar general.

*“Entonces siento que si regresara el tiempo me cuidaría por salud. O sea, para no haberme quedado gorda, has de cuenta, me hubiera cuidado de verdad”* (Daniela, 30 años).

Los problemas de pareja parecen presentarse con mayor frecuencia en las entrevistas realizadas a mujeres con educación básica. Según los testimonios, una de las principales causas es la disminución en la frecuencia de las relaciones sexuales durante el posparto. Esta reducción se relaciona, de acuerdo con lo expresado por las participantes, con el miedo a sentir dolor o a sufrir complicaciones en la herida de la cesárea. Aunque estas preocupaciones son poco probables desde un punto de vista médico, el temor podría estar influenciado por la falta de información sobre el cuerpo y el proceso de recuperación.

*“Yo todavía no me sentía en condiciones de tener relaciones... yo tenía mucho el miedo de que; ¿y si me lastimo? aunque ya me quitaron los puntos, todavía sentía, todavía sientes algo ahí, yo decía que traía algo adentro y es que siento algo, o sea, te queda una sensación muy extraña”* (Yanelly, 18 años).

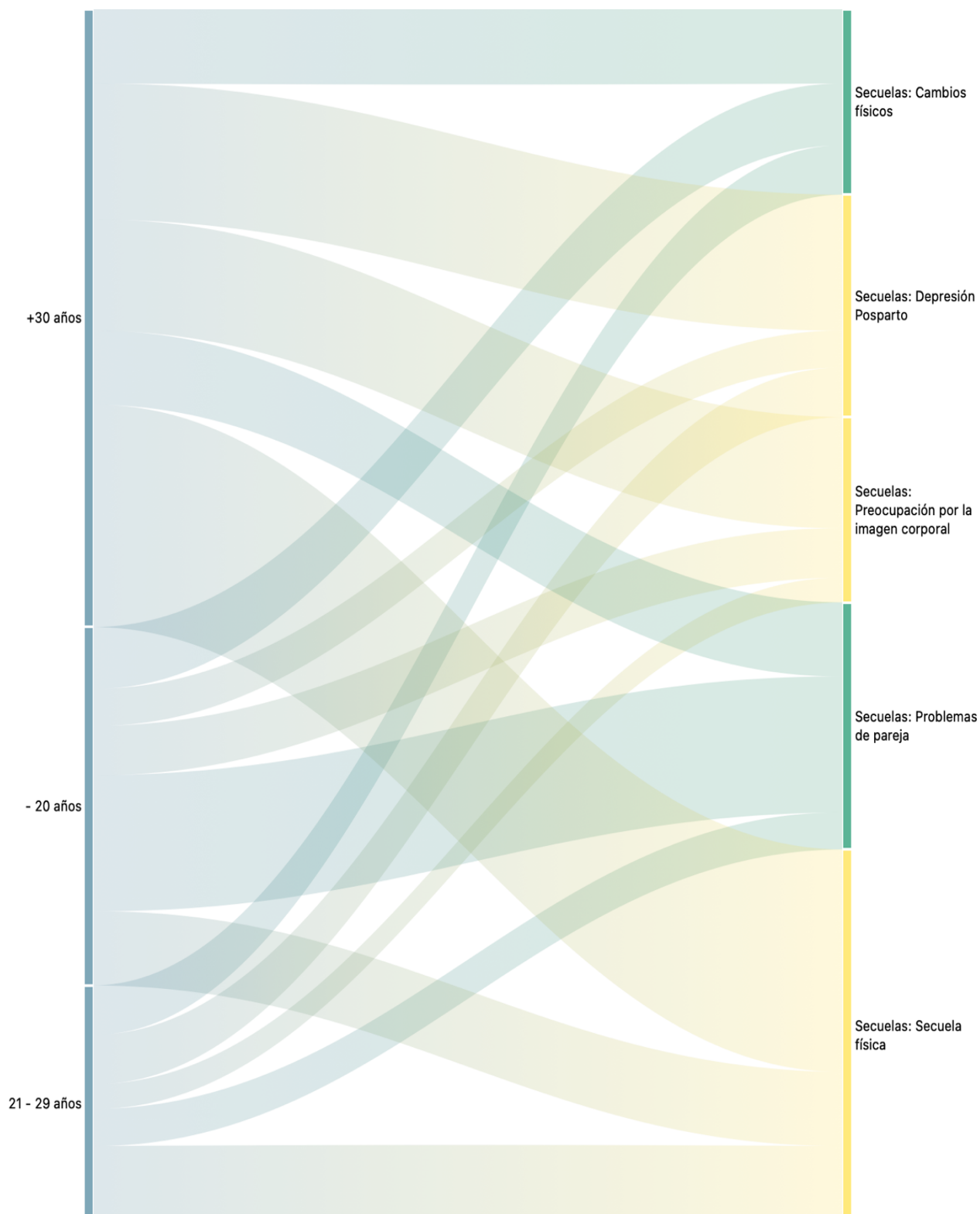
No obstante, es fundamental enfatizar que la decisión sobre retomar la vida sexual en el posparto debe ser siempre de la mujer, respetando sus tiempos, creencias tradicionales y culturales.

El análisis de los testimonios revela que las secuelas físicas y emocionales se manifiestan en mujeres de todos los niveles educativos; sin embargo, la manera en que estas son percibidas y expresadas varía significativamente según la escolaridad. Las mujeres con educación básica tienden a experimentar mayores dificultades relacionadas con la falta de información, lo que se refleja en una mayor prevalencia de temores, conflictos de pareja y menor atención a los aspectos de salud. En cambio, aquellas con un nivel educativo superior demuestran una mayor conciencia sobre su cuerpo, salud y bienestar, lo que les permite enfrentar las secuelas con una perspectiva más informada.

### ***6.3 Las secuelas generadas en mujeres de acuerdo con la edad***

La categoría social de la edad también evidencia diferencias significativas en los testimonios de las mujeres en relación con las secuelas del posparto. Las experiencias varían notablemente entre mujeres jóvenes y adultas, tanto en la manera en que viven los cambios físicos y emocionales, como en los recursos personales y sociales que tienen para afrontarlos. En la figura 15 se pueden observar la distribución de estas diferencias por grupo etario.

**Figura 20.** *Secuelas generadas en mujeres del estado de Nuevo León de acuerdo con el tipo de hospital*



Fuente: Elaboración propia con base en las entrevistas a las mujeres participantes, 2023.

Las secuelas físicas aparecen de forma recurrente en los testimonios de mujeres mayores de 30 años. Entre ellas, el aumento de peso es la queja principal. En este grupo etario, esta condición es más común y podría estar relacionada con los cambios hormonales propios de la edad, particularmente con la disminución en los niveles de estrógenos, lo que favorece una mayor facilidad para ganar peso.

En contraste, en los otros dos grupos de edad, las mujeres tienden a mencionar con mayor frecuencia secuelas como las estrías, la flacidez y la inflamación, lo cual sugiere que la percepción del cuerpo y las preocupaciones físicas varían según la etapa de la vida.

Otra secuela señalada de forma específica por las mujeres mayores de 30 años es la cicatrización anormal, ya sea en forma de una cicatriz más grande de lo habitual o con tendencia a desarrollar queloides. Esta situación podría estar vinculada al envejecimiento natural de la piel, ya que con el paso del tiempo disminuye la producción de colágeno y elastina, elementos esenciales para una adecuada regeneración de los tejidos.

La depresión posparto se presenta con mayor frecuencia en los testimonios de mujeres mayores de 30 años, seguida por el grupo de 21 a 29 años, y en menor medida en mujeres menores de 20 años. Estos hallazgos difieren parcialmente de lo reportado por Vilouta y colaboradores (2006), quienes identifican los niveles más altos de depresión posparto en mujeres de entre 21 a 34 años, seguidos por aquellas mayores de 35 años, y finalmente por el grupo de mujeres menores de 20 años.

Es posible que esta diferencia esté relacionada con factores hormonales, ya que los desajustes hormonales en el posparto pueden ser más pronunciados con el aumento de la edad, lo que incrementaría la vulnerabilidad a desarrollar este trastorno. Además, factores

psicosociales asociados a la edad, como mayores responsabilidades laborales, familiares o expectativas personales, podrían también influir en la aparición de síntomas depresivos en mujeres de mayor edad.

Los problemas en la relación de pareja también pueden estar influenciados por los cambios fisiológicos y anatómicos que experimentan las mujeres durante el posparto. En este contexto, son principalmente las mujeres menores de 20 años quienes reportan este tipo de conflicto como una secuela de su proceso reproductivo. El siguiente grupo en manifestar dificultades en la relación de pareja es el de mujeres mayores de 30 años.

La raíz de este problema parece estar vinculada al cuidado del cuerpo y a la percepción que las mujeres tienen de sí mismas. En el caso de las mujeres más jóvenes, se observa una sensación de que su cuerpo aún no está preparado para retomar sus funciones normales, incluso después de un tiempo considerable desde el parto. A esto se suma una imagen corporal negativa, que las lleva a pensar que su apariencia ha cambiado de manera desfavorable. Este autoconcepto deteriorado genera sentimientos de inseguridad, lo que contribuye al estrés dentro de la relación de pareja.

En cuanto a la percepción corporal, una de las secuelas más frecuentes mencionadas por las mujeres mayores de 30 años es el estado de la cicatriz posquirúrgica. Aunque no expresan explícitamente sentir un complejo, muchas de ellas manifiestan desagrado con respecto a la forma o apariencia de la cicatriz. La manera en que la describen refleja incomodidad, e incluso molestia, lo que indica que, si bien no representa un obstáculo emocional profundo, sí afecta su bienestar y percepción estética personal.

*“Haz de cuenta que a pesar de que, pues es acostada, a mí me quedó como si fuera un gusano, como que así muy marcada”* (Daniela, 30 años).

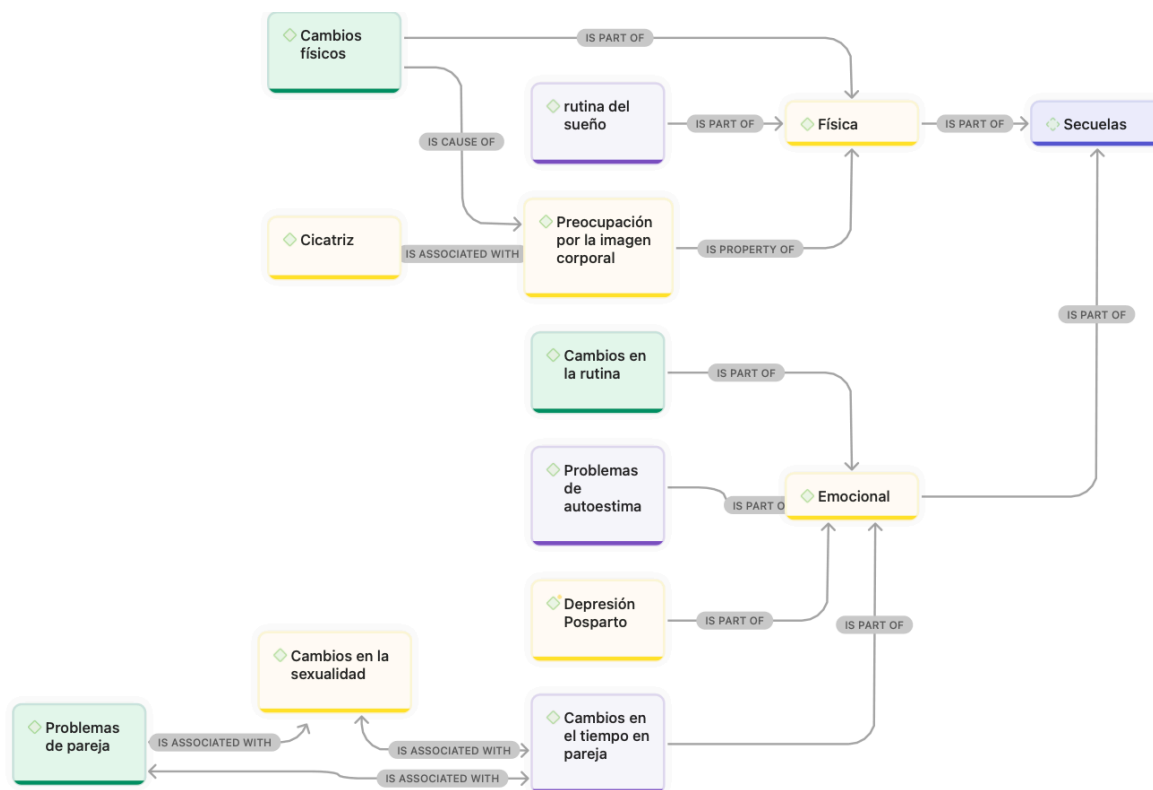
Una de las mujeres realiza una declaración particularmente significativa, ya que expresa de forma explícita una experiencia que, aunque podría ser compartida por muchas, no siempre es verbalizada. Al ponerlo en palabras, permite visibilizar la necesidad y relevancia del acompañamiento y apoyo constante a las mujeres a lo largo de todo el proceso reproductivo. Su testimonio abre la puerta a una mayor comprensión de las emociones y desafíos que enfrentan, subrayando la importancia de generar espacios de escucha y contención adecuados.

*“Siento que mi cuerpo ya no es mío, o sea, me veo en el espejo y la verdad me veo muy diferente, siento incluso que me veo más vieja, o sea, no es por exagerar, pero si siento como que es otra persona la que está ahí”* (Paulina, 35 años).

Las mujeres, independientemente de su categoría social, deben recibir atención con la mayor calidad, sensibilidad y respeto posibles. Es fundamental no asumir que, si no expresan abiertamente sus necesidades, es porque no requieren apoyo. Esto cobra especial relevancia durante el posparto, una etapa en la que, con frecuencia, la atención se dirige casi exclusivamente al recién nacido, dejando a la madre en un segundo plano.

Por ello, es indispensable que los servicios de salud implementen un enfoque integral en la atención materna, que contemple no solo los aspectos físicos, sino también los emocionales y sociales. El personal de salud debe estar capacitado para detectar señales no verbales de malestar, ofrecer acompañamiento empático y fomentar espacios donde las mujeres puedan expresar libremente sus experiencias. Solo así será posible garantizar una atención digna, equitativa y centrada en las verdaderas necesidades de las madres durante todo su proceso reproductivo.

**Figura 21.** Red analítica de las categorías de secuelas emergentes en los relatos de las mujeres entrevistadas.



Fuente: Elaboración propia

## **CONCLUSIONES**

A lo largo de esta investigación, se logró evidenciar que la violencia obstétrica representa una forma específica y sistemática de violencia de género ejercida en el ámbito de la atención médica durante el embarazo, el parto y el posparto. Esta violencia, con frecuencia invisibilizada o normalizada, se manifiesta a través de prácticas institucionales que vulneran los derechos humanos, la dignidad y la autonomía corporal de las mujeres, especialmente en momentos de gran vulnerabilidad física y emocional.

Poco se ha explorado el papel de las emociones y vivencias que acompañan a las mujeres durante su proceso reproductivo. Persiste una narrativa hegemónica que idealiza la maternidad como una etapa plena de satisfacciones y como el punto culminante en la vida de las mujeres (Binetti, 2013; Vivas, 2019). Sin embargo, la realidad emocional de muchas mujeres se aleja de esta imagen romantizada.

Si bien algunas expresan felicidad por concebir, también emergen sentimientos de miedo, ansiedad y presión. Estos temores suelen estar vinculados a la salud del bebé, a la posibilidad de no cumplir con las expectativas que se han construido sobre sí mismas como madres, o al miedo de no contar con el respaldo emocional y práctico de su entorno familiar.

Además, en esta se identificó que solo unas pocas mujeres se atrevieron a verbalizar cómo, tras el nacimiento de sus hijos, ese imaginario del "amor incondicional e inmediato" no siempre se materializó. Estas mujeres manifestaron temor a ser juzgadas por no sentir esa conexión inmediata, revelando así el peso de una maternidad normada que excluye emociones como la duda, el cansancio o la ambivalencia.

Por ello, este trabajo se plantea como un espacio que da voz a esas experiencias silenciadas, visibilizando la diversidad de emociones que atraviesan la maternidad y rompiendo con los estigmas que impiden a las mujeres expresar libremente lo que realmente sienten durante esta etapa tan significativa.

Como lo acabamos de mencionar, las experiencias relatadas por las mujeres revelan que el proceso reproductivo está frecuentemente atravesado por el miedo y la incertidumbre, particularmente ante la posibilidad de complicaciones durante el parto. Esta experiencia es el motivo por el que estas mujeres optaran por servicios médicos privados, en busca de una atención más segura. No obstante, incluso en estos contextos, persiste una falta de comunicación efectiva que impide a las usuarias sentir plena confianza y tranquilidad respecto al estado de salud del feto y de ellas mismas.

Uno de los hallazgos más relevantes durante el embarazo es la capacidad de las mujeres para reconocer y comprender los cambios en su propio cuerpo. Muchas de ellas detectan transformaciones sutiles en su anatomía, guiadas por una intuición corporal profundamente arraigada. Sin embargo, este valioso saber suele ser minimizado por las propias mujeres, al interpretarlo como simples "episodios curiosos", y desestimado aún más por parte del personal médico, quien tiende a considerarlo irrelevante dentro del modelo biomédico.

Esta desvalorización del autoconocimiento femenino no solo invisibiliza formas legítimas de saber, sino que contribuye a una atención médica despersonalizada y jerárquica. Se vuelve entonces fundamental que el personal de salud reconozca, respete e integre los saberes tradicionales y la experiencia corporal de las mujeres en su práctica cotidiana.

La negación sistemática de estas experiencias por parte del discurso médico dominante genera sentimientos de frustración, invalidez y desconexión en las mujeres, ensanchando la brecha entre usuaria y profesional. Una atención más humanizada implica no solo escuchar, sino también otorgar legitimidad a las vivencias corporales que las mujeres expresan, reconociendo que su cuerpo no es un objeto pasivo, sino una fuente activa de conocimiento.

Por su parte, el parto es experimentado por muchas de estas mujeres con altas expectativas, especialmente en relación con la ausencia de complicaciones, la posibilidad de un proceso menos doloroso que el parto vaginal, la presencia de su pareja como acompañante, y la oportunidad de registrar el momento mediante material audiovisual. No obstante, durante el desarrollo del parto, estas expectativas suelen verse frustradas.

La decepción surge principalmente por la experiencia del dolor, el cual no desaparece como se esperaba, y se intensifica debido a la escasa información proporcionada sobre los riesgos y consecuencias asociados a la medicalización del parto. Esta falta de comunicación contribuye a una vivencia más angustiante del proceso, ya que las mujeres enfrentan situaciones para las que no fueron adecuadamente preparadas, sintiéndose vulnerables y desinformadas en un momento tan crucial.

Por último, dentro de este apartado de vivencias, uno de los momentos más críticos del posparto está relacionado con la lactancia materna. A pesar de ser reconocida como el medio más adecuado para alimentar al recién nacido, persiste una gran desinformación sobre su correcta práctica. Esta carencia no solo genera inseguridad y frustración, sino que también pone

en evidencia una deficiencia estructural en la educación perinatal y en el acompañamiento profesional durante esta etapa.

Más preocupante aún es la falta de respeto hacia la decisión de algunas mujeres de no amamantar. Esta imposición, muchas veces disfrazada de recomendación médica, puede interpretarse como una forma de violencia simbólica (Bourdieu, 1996), ya que opera de manera sutil pero persistente, haciendo que las mujeres interioricen la idea de que su valor como madres depende de su capacidad, y voluntad, de lactar. Esta presión no es solo institucional, sino también social y familiar, y responde a un estereotipo de género que idealiza la figura de la madre abnegada, dispuesta a sacrificarse física y emocionalmente por sus hijos (Vivas, 2019).

Desde esta perspectiva, la insistencia médica en promover la lactancia materna, sin considerar la autonomía, el contexto o el deseo de la mujer, refuerza una lógica patriarcal en la que el cuerpo femenino sigue siendo un territorio controlado y exigido en función del bienestar de otros, en este caso, del hijo. El cuerpo materno, por tanto, continúa siendo instrumentalizado, sin un reconocimiento pleno de la mujer como sujeto de derechos.

Esta presión constante, sumada al dolor físico, el agotamiento emocional y la sensación de estar "fallando" como madres, genera altos niveles de estrés durante el posparto. Así, la lactancia, en lugar de ser una experiencia elegida y gozosa, puede convertirse en una experiencia ambivalente o incluso traumática para muchas mujeres, que se ven obligadas a silenciar su incomodidad o su rechazo para no ser juzgadas.

Reconocer y visibilizar estas vivencias es fundamental para avanzar hacia una atención más humanizada y respetuosa de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres.

En cuanto al entorno afectivo, los testimonios ponen de manifiesto la importancia del acompañamiento emocional por parte de la pareja y la familia. Se observa que cuando las mujeres cuentan con un entorno de apoyo sólido, muchos de los temores asociados al embarazo y al parto disminuyen significativamente, favoreciendo una vivencia más positiva y segura del proceso reproductivo.

Al comparar las emociones y vivencias de las mujeres según el tipo de hospital en el que recibieron atención, no se identificaron diferencias significativas en la mayoría de los testimonios. Sin embargo, un aspecto que destaca es la recurrencia de dificultades relacionadas con la lactancia materna en los hospitales de alta gama. En estos espacios, se percibe una presión constante hacia las mujeres para que amamanten, sin considerar plenamente su voluntad, condiciones físicas o emocionales. Esta insistencia, aunque disfrazada de asesoría profesional, puede traducirse en una forma sutil de coerción, que invisibiliza el derecho de la mujer a decidir sobre su propio cuerpo.

En cuanto al componente emocional, el miedo es la emoción que se encuentra más frecuente en todas las entrevistas, además de ser una constante en ambos tipos de hospitales. Las mujeres relatan sentir temor ante posibles complicaciones, al trato que recibirán por parte del personal de salud, o a no cumplir con las expectativas sociales y personales de su rol como madres. Esto demuestra que, independientemente del nivel de prestigio o costo del hospital, las emociones negativas, la incertidumbre y la sensación de vulnerabilidad siguen siendo parte estructural de la experiencia reproductiva.

Respecto a las diferencias entre los grupos, los resultados indican que la edad constituye una categoría determinante en la forma en que se vive la experiencia reproductiva. Las mujeres mayores de 30 años demostraron tener una mayor conciencia de los síntomas del embarazo, lo cual les permitió identificar precozmente su estado y, en muchos casos, recibir mayor apoyo familiar. Por el contrario, las mujeres menores de 20 años enfrentan con mayor ansiedad e incertidumbre este proceso, lo que sugiere que la juventud, unida a la posible falta de redes de apoyo, puede intensificar la vulnerabilidad emocional durante esta etapa.

De acuerdo con los testimonios recopilados, otra de las vivencias más recurrentes es la importancia del acompañamiento durante el embarazo por lo que también es posible identificar la persistencia de un imaginario social profundamente arraigado, en el cual se establece un protocolo de vida que las mujeres deben seguir para ser socialmente aceptadas. Este protocolo no solo es reforzado por el entorno familiar, sino también por el propio personal médico, quienes, consciente o inconscientemente, reproducen expectativas tradicionales en torno al rol femenino. En este esquema, se espera que las mujeres primero contraigan matrimonio, posteriormente tengan hijos, y que además cumplan con un nivel mínimo de escolaridad, todo ello dentro de un marco temporal considerado "adecuado" por la norma social.

Estas expectativas reflejan la vigencia de estructuras heteropatriarcales que continúan regulando los cuerpos y decisiones de las mujeres, incluso en espacios que deberían garantizar el respeto por sus derechos y su autonomía, como lo son los servicios de salud. Así, se evidencia cómo el control simbólico y normativo sobre la maternidad sigue siendo una herramienta de poder que condiciona la forma en que las mujeres viven sus procesos reproductivos.

La violencia obstétrica no es solo un problema médico, sino un fenómeno profundamente arraigado en estructuras culturales, sociales y de género que deben ser urgentemente cuestionadas. El reconocimiento de las mujeres como sujetos de derechos, la inclusión de sus voces y saberes en los procesos de atención, y el fortalecimiento de sus redes de apoyo son aspectos fundamentales para garantizar una experiencia reproductiva libre de violencia y centrada en el respeto y la dignidad.

Por otra parte, en relación con las violencias que enfrentan las mujeres durante su proceso reproductivo, esta investigación permite concluir que dicho proceso está atravesado por múltiples formas de violencia, muchas de ellas normalizadas o invisibilizadas por el sistema patriarcal que rige las instituciones médicas. Lejos de lo que comúnmente se cree, los servicios médicos privados no representan una garantía de trato respetuoso o humanizado, ya que, en muchos casos, reproducen las mismas prácticas violentas que los servicios públicos.

Una de las manifestaciones más frecuentes de esta violencia es la mercantilización del parto, en donde el cuerpo de la mujer se convierte en objeto de consumo dentro del mercado de la salud. Bajo esta lógica, el personal médico recurre a estrategias discursivas y prácticas que generan en las mujeres una falsa sensación de seguridad, al presentar la medicalización del parto como sinónimo de calidad y cuidado. Sin embargo, esta promesa de bienestar es en realidad una estrategia de control que invisibiliza el protagonismo de las mujeres en su proceso reproductivo y reduce sus experiencias a meros procedimientos clínicos.

Otra las formas más reiteradas de violencia destacan la falta de información brindada a las mujeres durante el embarazo, el parto y el posparto. Esta omisión, que responde a una actitud

autoritaria por parte del personal médico, perpetúa la idea de que las mujeres no necesitan comprender lo que sucede con sus cuerpos, ni dar su consentimiento informado. Esta dinámica ha sido ampliamente documentada por autoras como Castro y Erviti (2015), Brigidi y Busquets (2019), Arguedas (2014), y Sadler et al., (2016), quienes señalan cómo la autoridad médica tiende a imponerse por encima del derecho de las mujeres a decidir sobre su salud y su cuerpo.

Un hallazgo particularmente relevante en esta investigación es la constante justificación que las propias mujeres ofrecen ante estas formas de violencia. Este fenómeno da cuenta de la profunda normalización de dichas prácticas, al punto de que muchas de ellas no logran identificarlas como violencias. La ausencia de información sobre derechos sexuales y reproductivos agrava esta situación, impidiendo que las mujeres ejerzan plenamente su autonomía y contribuyendo a la perpetuación de estas prácticas.

Al tomar como punto de análisis la categoría correspondiente al tipo de hospitales, se evidencian diferencias significativas en cuanto a la manifestación de la violencia obstétrica, particularmente en lo que respecta a la violencia institucional. Uno de los hallazgos más relevantes es que el hecho de pagar por servicios médicos de alto costo no garantiza una atención de calidad ni un trato humanizado. Contrario a la expectativa generada por su estatus y prestigio, los hospitales privados de alta gama construyen un imaginario colectivo en torno a la supuesta excelencia en la atención médica, el cual no siempre se corresponde con la realidad vivida por las usuarias.

En varios testimonios, se menciona que estos hospitales frecuentemente recurren al uso de personal en formación, residentes, internos o estudiantes, como parte del equipo que atiende

a las usuarias. Si bien esta práctica puede ser parte del proceso formativo en instituciones de salud, se convierte en un factor de riesgo cuando no se realiza bajo una supervisión adecuada (Secretaría de Salud de México, 2010), como fue reportado en algunos casos en los que la atención deficiente generó daños, aunque menores, a las mujeres que estaban bajo su cuidado. Esta situación refleja una contradicción evidente entre la imagen de atención especializada que promueven y la calidad real del servicio ofrecido.

Además, otro aspecto que revela la violencia institucional es la constante sobrecarga laboral del personal médico y de enfermería, producto de una alta demanda de servicios. Esta saturación repercute directamente en la experiencia de las mujeres, quienes, a pesar de contar con procedimientos programados, como ocurre comúnmente en los partos quirúrgicos, son sometidas a largas esperas en salas de recuperación o en pasillos, debido a la falta de disponibilidad de quirófanos o habitaciones. Tal desorganización no solo causa incomodidad física, sino también ansiedad y estrés emocional, agravando la experiencia negativa del proceso y dejando en evidencia la falta de planificación adecuada en instituciones que, por su perfil y costos, deberían garantizar una atención oportuna y digna.

En conclusión, esta categoría permite cuestionar la noción errónea de que los servicios de salud privados representan automáticamente una mejor atención. Por el contrario, los testimonios recopilados muestran cómo la violencia obstétrica puede reproducirse en cualquier nivel de atención, incluso en los contextos que aparentan mayor profesionalismo, cuando no se colocan en el centro del proceso a las mujeres y sus derechos.

La escolaridad, como categoría de análisis en el estudio de la violencia obstétrica, permite identificar diferencias significativas en la manera en que las mujeres experimentan este tipo de violencia. Los testimonios analizados revelan que las mujeres con un nivel educativo básico son quienes reportan las formas más graves y frecuentes de maltrato. Entre las violencias más comunes se encuentran la falta de información clara sobre los procedimientos, la privación injustificada de alimentos y bebidas durante el trabajo de parto, así como la ausencia de apego inmediato con el recién nacido, vulnerando sus derechos fundamentales.

Estos hallazgos permiten inferir que existe una forma de discriminación estructural basada en el nivel educativo, en la que el personal médico asume, de manera errónea, que las mujeres con menor formación académica no requieren explicaciones detalladas ni consentimiento informado. Este sesgo no solo invisibiliza la capacidad de decisión de las mujeres, sino que facilita prácticas autoritarias en las que se toma control sobre sus cuerpos y decisiones sin respetar su autonomía. En algunos casos, incluso se evidencia una instrumentalización de la falta de información de las personas en proceso de cuidado, utilizándola para imponer procedimientos innecesarios o comercializar servicios médicos que no siempre responden a criterios clínicos, sino a intereses económicos.

Asimismo, se observa que las mujeres con menor nivel educativo tienden a depositar una confianza casi absoluta en el personal médico, acatando sin cuestionamientos las indicaciones que se les dan, muchas veces sin comprender completamente su alcance o implicaciones. Esta actitud no es reflejo de una falta de interés, sino del resultado de una ciudadanía médica poco ejercida, en la que las mujeres no han sido empoderadas para reconocer sus derechos reproductivos ni exigir un trato digno. Esta condición las coloca en una posición

de mayor vulnerabilidad frente a prácticas violentas, muchas de las cuales se han normalizado o naturalizado dentro del sistema de atención obstétrica.

En este sentido, es fundamental reconocer la urgencia de implementar estrategias de salud pública con enfoque de derechos humanos que promuevan el acceso a la información, la educación en salud sexual y reproductiva, y el fortalecimiento de la autonomía de las mujeres, especialmente de aquellas con niveles educativos más bajos.

Ahora bien, la edad se presenta como una de las categorías con mayor peso en la incidencia de violencias obstétricas ejercidas contra las mujeres. De acuerdo con los relatos analizados, el grupo de mujeres entre 21 y 29 años reporta una mayor frecuencia de experiencias violentas, seguido por el grupo de mujeres mayores de 30 años y, en último lugar, por las mujeres menores de 20 años. Sin embargo, resulta especialmente relevante que las formas más graves de violencia se concentran en los extremos etarios, coincidiendo con lo señalado por la literatura especializada (Amroussia et al., 2017; Bohren et al., 2019; Brigidi y Busquets, 2019), lo cual evidencia que la edad constituye una categoría discriminatoria que incide directamente en el trato recibido dentro de los servicios de salud.

En particular, las entrevistas revelan que las mujeres menores de 20 años enfrentan un trato infantilizante por parte del personal médico, siendo frecuentemente ignoradas en sus decisiones y peticiones tanto sobre sus propios cuerpos como sobre el cuidado de sus hijos e hijas. Este trato se traduce en una sistemática vulneración de sus derechos sexuales y reproductivos, al delegarse decisiones fundamentales, como la elección de un método

anticonceptivo, a sus tutores legales, sin mediar procesos informativos adecuados ni garantizar su consentimiento libre e informado.

Aún más alarmante es la referencia de un testimonio que señala cómo se ofreció la salpingoclasia (esterilización quirúrgica) como si se tratara de un método anticonceptivo común, sin explicar adecuadamente sus implicaciones permanentes. Este hecho no solo refleja la grave falta de información a la que se enfrenta este grupo etario, sino que plantea cuestionamientos éticos profundos sobre cuántas jóvenes podrían haber sido esterilizadas sin plena conciencia o por medio de engaños, reproduciendo así formas de violencia institucional con efectos irreversibles sobre sus vidas.

Este análisis confirma la necesidad urgente de garantizar políticas públicas y protocolos hospitalarios que protejan los derechos de las adolescentes y mujeres jóvenes, asegurando que cuenten con información clara, accesible y adaptada a su edad, y que sus decisiones sean respetadas en todo momento, tal como lo establecen los marcos nacionales e internacionales de derechos humanos.

En el caso de las mujeres mayores de 30 años, los testimonios revelan que no se observa una mejora significativa en el trato recibido durante su proceso reproductivo. Por el contrario, persiste una constante falta de información sobre los procedimientos médicos, así como una marcada sensación de despersonalización en la atención. Una de las mujeres entrevistadas relata haber percibido una total indiferencia por parte del personal médico, lo cual evidencia una forma de violencia institucional que se manifiesta en la omisión de atención oportuna y adecuada, así

como en la negación de información fundamental sobre su propio cuerpo y el desarrollo del parto.

Esta situación adquiere una dimensión aún más preocupante cuando se considera que muchas de estas mujeres se encuentran justo por encima de la edad que, de manera arbitraria, el sistema médico ha establecido como “óptima” para la maternidad. Lejos de recibir una atención más cuidadosa y sensible, estos testimonios muestran cómo, en algunos casos, la edad se convierte en un factor que refuerza el maltrato, generando formas sutiles pero constantes de discriminación.

Los relatos dejan ver que esta discriminación etaria no solo se expresa en actitudes despectivas o indiferentes, sino también en omisiones críticas en la comunicación médico-paciente, lo que priva a las mujeres de una participación e informada en sus procesos reproductivos. La edad, en este sentido, se convierte en una categoría que incide profundamente en la calidad de la atención, al grado de generar experiencias de violencia invisibilizada, pero con efectos emocionales y físicos importantes.

Estos hallazgos refuerzan la necesidad de cuestionar los estigmas que el sector salud reproduce en torno a la edad materna y de impulsar una atención más empática, personalizada y basada en los derechos, que reconozca las particularidades y necesidades de cada mujer, independientemente de su edad.

En relación con los protocolos hospitalarios, se evidencia que muchos de ellos son diseñados y aplicados según la conveniencia institucional, más que en apego a fundamentos médicos sólidos. Frecuentemente, estos protocolos carecen de justificación clínica real o no se

alinean con lo establecido por la Norma Oficial Mexicana ni por las recomendaciones internacionales de la Organización Mundial de la Salud (OMS). A pesar de ello, su aplicación persiste, contribuyendo a la normalización de prácticas que vulneran los derechos de las mujeres.

Las mujeres, en su mayoría, desconocen el trasfondo de estos protocolos y la manera en que afectan su salud física, emocional y su experiencia de maternidad. Esta falta de información refuerza una dinámica de subordinación donde se acepta sin cuestionamiento el cumplimiento de normativas internas, aunque estas contravengan sus derechos fundamentales.

De manera general, los hospitales de alta gama se caracterizan por contar con una mayor carga normativa y por aplicar sus protocolos con mayor rigidez. Esto se traduce, por ejemplo, en la priorización de procedimientos pediátricos estandarizados sobre prácticas como el contacto piel con piel inmediato o la lactancia temprana, poniendo en evidencia cómo estas rutinas institucionales pueden responder más a intereses médico-administrativos que a una perspectiva centrada en el bienestar y los derechos de las mujeres y sus hijos.

Asimismo, la aplicación de los protocolos varía significativamente según la escolaridad de las usuarias. Las mujeres con niveles educativos básicos son más propensas a que los protocolos sean ejecutados de manera arbitraria: en algunos casos, se omiten completamente, y en otros, se aplican con mayor severidad, sin la debida explicación o consentimiento informado. Esto refuerza una lógica de discriminación estructural donde el conocimiento, o la falta de él, condiciona el tipo de atención recibida.

Por otro lado, la edad continúa siendo una de las variables más determinantes en la forma en que se ejecutan estos protocolos. Las mujeres más jóvenes, particularmente las menores de 20 años son sistemáticamente invisibilizadas durante el proceso, siendo escasamente informadas sobre los procedimientos que se realizan tanto en sus cuerpos como en el de sus hijos. En contraste, las mujeres entre los 21 y 29 años parecen recibir un trato relativamente más considerado, donde los protocolos se aplican con mayor atención y respeto.

En conclusión, los protocolos hospitalarios, lejos de ser herramientas neutras y estandarizadas, operan dentro de un entramado de desigualdades sociales que refuerzan la violencia obstétrica. Su aplicación revela prácticas discriminatorias sustentadas en prejuicios vinculados a la edad, escolaridad y el tipo de hospital. Por ello, es urgente repensar y reestructurar estos protocolos desde un enfoque de derechos humanos, con perspectiva de género y centrado en la experiencia vivencial de las mujeres, garantizando que la atención médica no reproduzca jerarquías ni violencias institucionales encubiertas bajo el velo de la "normatividad".

En el caso de las secuelas, se observa que este es uno de los temas menos abordados tanto en la información médica proporcionada como en el acompañamiento institucional. Las mujeres, en su mayoría, desconocen los riesgos y consecuencias físicas y emocionales que pueden surgir tras el parto. Como han señalado estudios como los de Belli y Chaudhury (2013), el posparto es la etapa más invisibilizada del proceso reproductivo, y el seguimiento médico suele limitarse únicamente al periodo de hospitalización inmediata, ignorando los días y semanas posteriores, que son importantes para la recuperación integral de las mujeres.

Entre las secuelas más recurrentes se encuentra la depresión posparto, un padecimiento del cual no se informa ni se sensibiliza adecuadamente a las mujeres. Este silencio institucional contrasta con la alta prevalencia del trastorno, que afecta a entre el 10% y el 20% de las madres a nivel global (O'Hara y McCabe, 2013), y la profunda afectación emocional que implica. La omisión sistemática de este diagnóstico responde, en parte, a una narrativa social que idealiza la maternidad como el momento más pleno de la existencia femenina. Como lo plantea Esther Vivas (2018) en *Mamá desobediente*, la maternidad ha sido históricamente romantizada y politizada, al punto de suprimir las vivencias reales y diversas de las mujeres.

Esta narrativa se enmarca en estructuras sociales heteropatriarcales que posicionan a la maternidad como destino natural y culminante de las mujeres, negando la complejidad de sus emociones y las múltiples realidades que atraviesan durante y después del parto. Así, las secuelas no solo son físicas o psicológicas, sino también simbólicas, pues revelan cómo el sistema médico y social condiciona las vivencias maternas bajo esquemas rígidos, despersonalizados y poco empáticos.

Cabe destacar que, a diferencia de otros apartados, las secuelas no presentan grandes diferencias entre las categorías sociales analizadas (como escolaridad o tipo de hospital). Sin embargo, la edad vuelve a emerger como un factor relevante: las mujeres más jóvenes tienden a recibir aún menos información y acompañamiento en esta etapa, lo que agrava el impacto de las secuelas.

Las secuelas del parto, especialmente las emocionales, continúan siendo un terreno invisibilizado tanto por la medicina como por el discurso social dominante. Urge visibilizar,

nombrar y atender estas experiencias desde una perspectiva integral que reconozca la diversidad de vivencias maternas, y que desnaturalice la idea de la maternidad como una experiencia exclusivamente plena. Apostar por un acompañamiento médico más sensible, informado y libre de estigmas, tal como proponen iniciativas de salud perinatal con enfoque de derechos humanos (WHO, 2018), es fundamental para garantizar la salud y el bienestar de las mujeres en todas las etapas del proceso reproductivo.

Ante este panorama, es urgente la implementación de estrategias de salud pública que incluyan la creación de plataformas de fácil acceso para informar a las mujeres sobre sus derechos y los canales institucionales a los que pueden acudir en caso de identificar situaciones de violencia obstétrica. Solo mediante una transformación estructural de los servicios de salud y una política activa de empoderamiento femenino será posible avanzar hacia un modelo de atención verdaderamente respetuoso, ético y humanizado.

Estas reformas podrían facilitar el acceso a los servicios de salud, permitiendo que las mujeres participen activamente en las decisiones relacionadas con el cuidado de su cuerpo. Este tipo de transformaciones no solo apuntan a mejorar la calidad y la cobertura de la atención médica, sino también a garantizar el respeto por los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, reconociendo su autonomía y dignidad. De este modo, se contribuiría directamente al cumplimiento de los Objetivos 3 y 5 de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, que promueven el acceso universal a la salud y la igualdad de género, respectivamente. Asimismo, permitirían avanzar hacia un sistema de salud más equitativo en Nuevo León, libre de prejuicios basados en clase social, etnia, estado civil, orientación sexual u otras categorías que actualmente operan como barreras estructurales para alcanzar dichos objetivos. Un enfoque con perspectiva

de género e interseccionalidad en las políticas públicas resulta indispensable para transformar las condiciones de exclusión y violencia que muchas mujeres enfrentan dentro del sistema sanitario.

### REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Amroussia, N., Hernandez, A., Vives, C. C., Goicolea, I., y Darouich, L. (2017). Inequality in women's utilization of maternal and reproductive health services: An analysis of the demographic health surveys in North Africa. *BMC Public Health*, 17(1), 1–12.
- Aguiar, J. M. de, D'Oliveira, A. F. P. L., y Grilo Diniz, C. S. (2020). El parto como “atropellamiento”: ideología médica, visión pesimista del parto normal y violencia obstétrica. En P. Quattrocchi y N. Magnone (Comps.), *Violencia obstétrica en América Latina: Conceptualización, experiencias, medición y estrategias* (pp. 131–144). Universidad Nacional de Lanús.

- Arguedas, M. (2014). *Violencia obstétrica: Una forma de violencia contra los derechos humanos de las mujeres*. Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA).
- Arguedas, R. G. (2020). *Poder obstétrico, aborto terapéutico, derechos humanos y feminicidio de Estado: una reflexión situada en América Latina*. En P. Quattrocchi y N. Magnone (Comps.), *Violencia obstétrica en América Latina: Conceptualización, experiencias, medición y estrategias* (pp. 77–99). Universidad Nacional de Lanús.
- Arnau S. J., Martínez, R. T., Castaño, M. Á., Nicolás, V. D., y Martínez, R. E. (2016). *Explorando las emociones de la mujer en la atención perinatal: Un estudio cualitativo*. *Aquichan*, 16(3), 370–381. <https://doi.org/10.5294/aqui.2016.16.3.8>
- Bedoya, E., Rodríguez, A., Rivas, A., y Vega, R. A. (2020). *Violencia obstétrica: una revisión sistemática desde la perspectiva de las mujeres*. *Revista de Salud Pública*, 22(3), 1–12. <https://doi.org/10.15446/rsap.v22n3.88869>
- Belli, M. A., y Chaudhury, N. (2013). *Postpartum care and practices: A review of the evidence and program implications*. The World Bank. <https://documents.worldbank.org>
- Belli, M. (2017). *Violencia obstétrica: entre la invisibilidad y la medicalización del parto*. Buenos Aires: Editorial Feminaria.
- Bellón, S. (2015). *La violencia obstétrica desde los aportes de la crítica feminista y la biopolítica*. *Revista Dilemata*. Vol 7, (18) 93-111.
- Berzain, R. M. C., Camacho, T. L. A. (2014). *Episiotomía: Procedimiento a elección y no de rutina*. *Revista Científica Ciencia Médica* Vol 17(2) 53-57
- Binetti, M. J. (2013). *La maternidad patriarcal: sobre la genealogía de la suprema alienación*. *Revista La Aljaba*. Vol 17 113-128.
- Bohren, M. A., Vogel, J. P., Hunter, E. C., Lutsiv, O., Makh, S. K., Souza, J. P., ... y Gülmezoglu, A. M. (2019). *The mistreatment of women during childbirth in health facilities globally: A mixed-methods systematic review*. *PLoS Medicine*, 16(6), e1002980.
- Bowser D, Hill K. (2010). *Exploring evidence for disrespect and abuse in facility-based childbirth: Report of a Landscape analysis*. Boston: USAID-TRAction Project - Harvard School of Public Health; <http://www.tractionproject.org/resources/access-skilled-care-respectful-maternal-care/exploring-evidence-disrespect-and-abuse>
- Braga, E. (Director), y Brêtas, J. (Director). (2013). *El renacimiento del parto* [Película documental]. Netflix / Independiente.
- Breilh, J. (2013). *La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva)*. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 31
- Breilh, J. (2014). *La determinación social de la salud y la lucha por la equidad: Una perspectiva latinoamericana*. Universidad Andina Simón Bolívar.
- Breilh, J. (2006). *Epidemiología crítica: Ciencia emancipadora e interculturalidad*. Buenos Aires Editorial Fiocruz ISBN: 85-7541-095-4

- Brigidi, L., y Busquets, M. T. (2019). *Violencia obstétrica: Un estudio de caso en hospitales públicos de Brasil*. *Revista de Salud Pública*, 21(1), 45–54.
- Candel, V. R., García, F. M., y Moreno, J. M. (2020). *Recomendaciones internacionales estándar sobre la ganancia de peso gestacional: adecuación a nuestra población / Standard international recommendations for gestational weight gain: suitability for our population*. *Nutrición Hospitalaria*. ISSN (electrónico): 1699-5198, ISSN (papel): 0212-1611.
- Castellanos, P. L. (2013). *Determinación social de la salud: Una perspectiva para la transformación social*. Organización Panamericana de la Salud.
- Castrillo, B. (2020). *Parir como la institución médica manda: Análisis sociológico del modelo hegemónico de atención obstétrica*. *Argumentos Buenos Aires*, (22), 309-329.
- Castro, R. (2014). *Génesis y práctica del habitus médico autoritario en México*. *Revista Mexicana de Sociología*, 76(2), 167–197.
- Castro, R. (2014). *25 años de investigación sobre violencia obstétrica en México*. *CONAMED*, 19(1), 37–42.
- Castro, R., y Erviti, J. (2015). *Sociología de la práctica médica autoritaria: Violencia obstétrica, anticoncepción inducida y derechos reproductivos*. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Castro, R., y Frías, S. M. (2020). *Violencia obstétrica en México: Hallazgos de una encuesta nacional de violencia contra mujeres*. . En P. Quattrocchi y N. Magnone (Comps.), *Violencia obstétrica en América Latina: Conceptualización, experiencias, medición y estrategias* (pp. 57–75). Universidad Nacional de Lanús.
- Centenaro, D., Marin, A. H., da Silva, P. C., Golembiewski, M. M. (2015). *¿Llegó la hora! Expectativas y experiencias del parto de adolescentes embarazadas*. *Revista de Psicología*. Vol 33 (2), pp 333-361
- Chiarotti, S. (2003). *Violencia contra la mujer y servicios de salud: la violencia obstétrica*. CLADEM.
- Chiarotti, S., García, J. M., Aucía, A., Armichiardi, S. (2003). *Con todo al aire. Reporte de Derechos Humanos sobre atención en salud reproductiva en hospitales públicos*. INSGENAR.
- Cisney, V. W., y Morar, N. (Eds.). (2020). *Biopower: Foucault and beyond*. University of Chicago Press.
- Congreso del Estado de Nuevo León. (2019). *Ley de Protección al Parto Humanizado y a la Maternidad Digna del Estado de Nuevo León*. <https://www.hcnl.gob.mx/>
- CONAMED. (2016). *Incidencia de dos principales intervenciones obstétricas en hospitales de la Secretaría de Salud, como alternativa para medir la calidad de la atención hospitalaria*. [http://www.conamed.gob.mx/gobmx/boletin/pdf/boletin9/incidencia\\_intervencion.pdf](http://www.conamed.gob.mx/gobmx/boletin/pdf/boletin9/incidencia_intervencion.pdf)
- CONAMED (2018). “Análisis de la queja médica en el Servicio de Ginecología y Obstetricia 2002-2017”.
- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. (2024). *Artículo 4*. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. <https://www.diputados.gob.mx>

- Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH). (2020). *Cartilla de los derechos humanos: Derecho a la protección de la salud*. <https://www.cndh.org.mx>
- Crenshaw, K. (1991). *Mapping the margins: Intersectionality, identity politics, and violence against women of color*. *Stanford Law Review*, 43(6), 1241–1299. <https://doi.org/10.2307/1229039>
- De la Guardia, E., y Ruvalcaba, N. (2020). *Determinantes sociales de la salud: conceptos clave y reflexiones*. *Revista de Salud Pública y Nutrición*, 21(3), 45-52.
- De Miguel, A. (2016). *Neoliberalismo sexual: El mito de la libre elección*. Ediciones Cátedra.
- De Miguel, A. (2016). *Neopatriarcado y maternidad: Discursos y prácticas en el siglo XXI*. Cátedra.
- DGIS (Dirección General de Información en Salud). (1999). *Base de datos de nacimientos*. Secretaría de Salud. <http://www.dgis.salud.gob.mx>
- Doll, A., Navas, M., y Quintero, J. (2015). *Enfermedad mental perinatal*. *Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 11(86), 5119–5126.
- D'Oliveira, Z. M. L. P., y Madeira, A. M. F. (2002). *Vivenciando o parto humanizado: Um estudo fenomenológico sob a ótica de adolescentes*. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 36(2), 133–140.
- Donoso S, E., y Villarroel del P, L. (2003). *Edad materna avanzada y riesgo reproductivo*. *Revista médica de Chile*, 131(1), 55–59. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872003000100008>
- Enderle, G., y Giesel, L. (2011). *Violência obstétrica: um novo nome para velhos problemas?* *Revista Bioética*, 19(1), 139–154.
- Federici, S. (2004). *El Calibán y la bruja: Mujeres, cuerpo y acumulación originaria* (1.ª ed.). Editorial Abya-Yala.
- Fonseca Pérez, J. E., Saldarriaga Gil, W., Hoover, O., y Canaval Orazo, W. (2022). *Parto* (1.ª ed.). Programa Editorial Universidad del Valle. <https://programaeditorial.univalle.edu.co/gpd-gpd-parto-9786287617230-6477601e8319b-6477601e8325c.html>
- Fuentes, M. X. (2009). *Síndrome post-aborto. Reacciones psicológicas post-aborto*. *Ars Medica. Revista de Ciencias Médicas*, 38(1).
- Gibbs, G. (2012). *“El análisis de datos cualitativos en Investigación Cualitativa”* Barcelona: Morata.
- Giberti, E. (1992). *La sexualidad femenina en la historia*. Ediciones Nueva Visión.
- Gil, V. G. (2018). *Partería entre las mujeres rarámuri y wixaritari. Los caminos para parir en México en el siglo XXI*. Editorial CIESAS.
- Gómez, M. T. (2018). *Secuelas psicológicas en mujeres víctimas de violencia obstétrica*. *Revista de Psicología y Salud*, 28(1), 45–53.
- Herrera, V. C. (2020). “Género, responsabilidad penal y castigo: ¿Cómo el derecho penal comprende la violencia en la salud materna. En P. Quattrocchi y N. Magnone (Comps.), *Violencia obstétrica en América Latina: Conceptualización, experiencias, medición y estrategias* (pp. 31–55). Universidad Nacional de Lanús.

- INEGI. (2016). *Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares de 2016*.  
Obtenido de: <https://www.inegi.org.mx/programas/endireh/2016/default.html#Tabulados>
- Instituto Nacional de las Mujeres. (2018). *Las Madres en Cifras*. Obtenido de:  
<https://www.gob.mx/inmujeres/articulos/las-madres-en-cifras>
- Instituto Nacional de las Mujeres. (2019). *Boletín Estadístico: La violencia en la atención obstétrica*  
Año 5, Número 4.
- Instituto Nacional de las Mujeres. (2019). *Violencia obstétrica: Una forma más de violencia de género*.  
Gobierno de México. <https://www.gob.mx/inmujeres>
- Jewkes, R., y Penn-Kekana, L. (2015). *Mistreatment of women in childbirth: Time for action on this important dimension of violence against women*. PLoS Medicine, 12(6), e1001849.  
<https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001849>
- Juárez, F., De Rose, A., y Testa, M. R. (2024). *Relación entre la educación y las preferencias de fecundidad en México: Lecciones de Italia*. Estudios Demográficos y Urbanos, 39(1).  
<https://doi.org/10.24201/edu.v39i1.2192>
- Koepsell, D. y Ruíz, M. (2015), *Introducción a la ética de la investigación y la integridad científica y Capítulo I Mala conducta científica*, en *Ética de la investigación*. Integridad científica, México: CONBIOÉTICA – CONACYT.
- Lamadrid F, H., Suárez. L. L., y González-H. D. (2022). *La epidemia de cesáreas en México*. Instituto Nacional de Salud Pública.  
[https://insp.mx/assets/documents/webinars/2021/CISP\\_Epidemia\\_Cesareas.pdf](https://insp.mx/assets/documents/webinars/2021/CISP_Epidemia_Cesareas.pdf)
- Laurell, A. C. (1981). *La salud-enfermedad como proceso social*. Revista Latinoamericana de Salud, 2(1), 7–25.
- Laurell, A. C. (2015). *Impacto del Seguro Popular en el sistema de salud mexicano*. Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (CLACSO).
- Laurell, A. C. (2003). *¿Qué es la salud colectiva?* La Jornada del Campo, UNAM.
- LAMVLV (Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia). (2020). *Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia*. Diario Oficial de la Federación.
- Lira, L. R., Saltijeral, M. T., y Caballero, M. A. (2002). *Violencia contra la mujer; salud mental*. Cálmesese, son sus nervios, tómese un tecito--: la salud mental de las mujeres mexicanas. Compiladoras Lara, M. A. y Salgado, S. N. Editorial Pax México
- López, R. M. (2023), *Síndrome post aborto en mujeres de la ciudad de México y área metropolitana*. Revista Ecos desde las Fronteras del Conocimiento. Universidad Justo Sierra. ISSN 2007-2848
- Macías, V. H. L. G., Moguel, H. A., Iglesias L. J., Bernárdez, Z. I., y Braverman, B. A. (2018). *Edad materna avanzada como factor de riesgo perinatal y del recién nacido*. Acta Médica Grupo Ángeles, 16(2), 125–132.
- Magnone, A. N. (2010). *Derechos sexuales y reproductivos en tensión: intervencionismo y violencia obstétrica*. Trabajo presentado en las X Jornadas de Investigación de la Facultad de Ciencias Sociales, U de la R, Montevideo. Obtenido de: <https://afar.info/biblio/public/2691.pdf>

- Manogne, P. (2011). *Derechos humanos y salud materna: Un enfoque cualitativo*. Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA).
- Martínez, E., Montero, G., y Zambrano, R. (2020). *El embarazo adolescente como un problema de salud pública en Latinoamérica*. *Revista Espacios*, 41(47), 1–10.
- Mallimaci, F. y Giménez B. V. (2006). *Estrategias de investigación cualitativa*, Barcelona. Gedisa.
- Mayo Clinic. (s.f.). *Pruebas de embarazo caseras: ¿Son precisas?* <https://www.mayoclinic.org/es/healthy-lifestyle/getting-pregnant/in-depth/home-pregnancy-tests/art-20047940>
- Menéndez, E. (1992). *Salud Pública: Sector Estatal, Ciencia Aplicada o Ideología de lo Posible*. *Revista Salud Colectiva*. N 540. Pp 103-122
- Menéndez, E. L. (1988). *Modelo médico hegemónico y atención primaria*. En Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud (pp. 451–464). Buenos Aires.
- National Institutes of Health. (2019). *Uterine rupture*. U.S. National Library of Medicine. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459217/>
- Navas O. W. (2013) *Depresión postparto*. *Rev Med Cos Cen*. 2013;70(608):639-647.
- Oakley, A. (1984). *The captured womb: A history of the medical care of pregnant women*. Oxford.
- O'Hara, M. W., y McCabe, J. E. (2013). *Postpartum depression: Current status and future directions*. *Annual Review of Clinical Psychology*, 9(1), 379–407. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050212-185612>
- Organización de las Naciones Unidas. (2015). *Objetivos de Desarrollo Sostenible*. <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es>
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *Cuidado posnatal para una experiencia de maternidad positiva*. OMS. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550376>
- Organización Panamericana de la Salud. (2019). *Salud universal en el siglo XXI: 40 años de Alma-Ata*. <https://www.paho.org>
- Organización Panamericana de la Salud. (2021). *Marco de género para las Américas: Igualdad de género en salud*. <https://www.paho.org>
- Orozco, A., y Rocha, A. (2021). *Cuerpos y resistencias: Mujeres frente a la violencia obstétrica en México*. Universidad Autónoma Metropolitana.
- Organización de las Naciones Unidas (1993). *Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer*. Nueva York.
- Organización de las Naciones Unidas. (2019). *Enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva, con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica*. Recuperado de: <http://observatorioviolencia.org/?s=Enfoque+basado+en+los+derechos+humanos+del+maltrato+y+la+violencia+contra+la+mujer+en+los+servicios+de+salud+reproductiva%2C+con+espe>

[cial+hincapi%C3%A9+en+la+atenci%C3%B3n+del+parto+y+la+violencia+obst%C3%A9trica](#)

Organización Mundial de la Salud. (2002). *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Recuperado de:

[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67411/a77102\\_spa.pdf;jsessionid=51B155A1ABC6960BC169C8DA2D17FFE7?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67411/a77102_spa.pdf;jsessionid=51B155A1ABC6960BC169C8DA2D17FFE7?sequence=1)

Organización Mundial de la Salud. (2014). *Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud*. Obtenido de:

[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134590/WHO\\_RHR\\_14.23\\_spa.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134590/WHO_RHR_14.23_spa.pdf?sequence=1)

Organización Mundial de la Salud. (2015). *Recomendaciones de la OMS para la conducción del trabajo de parto*.

Organización Mundial de la Salud. (2015). *Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea*. Obtenido de:

[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161444/WHO\\_RHR\\_15.02\\_spa.pdf?sequence=1%3E](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161444/WHO_RHR_15.02_spa.pdf?sequence=1%3E)

Organización Mundial de la Salud. (2025). *Determinantes sociales de la salud*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/social-determinants-of-health>

Pintado, C., Rodríguez, M. R., y Manzano, M. P. (2015). *Burnout en profesionales sanitarios: causas y consecuencias*. *Revista Española de Salud Pública*, 89(4), 515–528.

Pereira, M. A. (2018). *Obstetric violence in Brazil: An integrative review*. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 52, e03355.

Pochet, M. S. (2020). *Lactancia Materna: Iniciación, beneficios, problemas y apoyo: Iniciación, beneficios, problemas y apoyo*. *Revista Ciencia y Salud Integrando Conocimientos*, 4(5), ág-105.

Raffaelli, M., y Ontai, L. L. (2004). *Gender socialization in Latino/a families: Results from two retrospective studies*. *Sex Roles. A Journal of Research*, 50(56), 287–299. <https://doi.org/10.1023/B:SERS.0000018886.58945.06>

Rangel, M., y Martínez, A. (2017). *Experiencias de violencia obstétrica en mujeres mexicanas*. *Salud Pública de México*, 59(1), 58–64.

Romero, G. G., Dueñas, R. E. M., Regalado, C. C. A., y Ponce, P. A. L. (2010). *Prevalencia de tristeza materna y sus factores asociados*. *Ginecol Obstet Mex*, 78(1), 53–57.

Sadler, M., y Rivera, M. (2015). *El temor al parto: Yo no me imagino el parto ideal, yo me imagino el peor de los partos*. *Revista Contenido, Cultura y Ciencias Sociales*, 6, 61–72.

Sadler, M. (2020). Prólogo: Despertando las metáforas que dormían en la ciencia. En P. Quattrocchi y N. Magnone (Comps.), *Violencia obstétrica en América Latina: Conceptualización, experiencias, medición y estrategias* (pp. 9–12). Universidad Nacional de Lanús.

Sánchez, A. M. T., Galván, C. M., Cantú, P. J. J., Vázquez, R. N., Martínez, L. J. P., Matías, B. v. M., Avitia, H. A. M., Morales, G. L. A., Hernández, E. C. E., Soto, F. G., González, G. M. T. (2018).

*Prevalence of high-grade perineal tear during labor in Mexican adolescents.* Revista Colombia Médica, 49 (4) pp 261-264.

Sánchez, H., y Palacios, M. (2007). *Trastornos psicológicos asociados al parto traumático.* Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología, 33(2), 102–109.

Savage, W. (2000). *The caesarean section epidemic.* Journal of Obstetrics y Gynaecology, 20(3), 223–225. <https://doi.org/10.1080/01443610050009485>

Schioppi, M. (2018). *Síndrome de cauda equina post anestesia raquídea.* Anestesia Analgesia Reanimación, 31(1), 30–40. <https://doi.org/10.31042/aa3.31.1.3>

Secretaría de Salud. (2024). *Informe sobre salud y género en México.* Gobierno de México.

Secretaría de Salud. (2016). *NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y del recién nacido.* Diario Oficial de la Federación. [https://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5427484yfecha=07/04/2016](https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5427484yfecha=07/04/2016)

Secretaría de Salud. (2013). *Programa de Acción Específico: Igualdad de Género en Salud 2013–2018.* Gobierno de México. <https://www.gob.mx/salud/documentos/programa-de-accion-especifico-igualdad-de-genero-en-salud-2013-2018>

Serdán Ruiz, D. L., Vásquez Bone, K. K., y Yupa Pallchisaca, A. E. (2023). *Cambios fisiológicos y anatómicos en el cuerpo de la mujer durante el embarazo.* Universidad, Ciencia y Tecnología, 27(119), 29–40. <https://doi.org/10.47460/uct.v27i119.704>

Sesia, P. (2020) *Violencia obstétrica en México: La consolidación disputada de un nuevo paradigma.* . En P. Quattrocchi y N. Magnone (Comps.), *Violencia obstétrica en América Latina: Conceptualización, experiencias, medición y estrategias* (pp. 3–29). Universidad Nacional de Lanús.

Sharma, G., Penn-Kekana, L., Halder, K., Filippi, V. (2019). *An investigation into mistreatment of women during labour and childbirth in maternity care facilities in Uttar Pradesh, India: a mixed methods study.* Reproductive Health 16(7)

Siller, T. S., González, H. D., Fritz, J., Rojas, A., Martínez, G. P., Olvera, G. M., Flores, P. D., Montoya, R. A., Montero, P., Gómez, V., Figueroa, L. H. (2018). *La voz del personal y las usuarias de los servicios de salud: percepción y conocimiento sobre la partería profesional.* Los caminos para parir en México en el siglo XXI. Editorial CIESAS.

Silver, R. M., Landon, M. B., Rouse, D. J., Leveno, K. J., Spong, C. Y., Thom, E. A., ... y Gabbe, S. G. (2006). *Maternal morbidity associated with multiple repeat cesarean deliveries.* Obstetrics y Gynecology, 107(6), 1226–1232.

Suárez, L. L., Campero, D. L., Vara, E., Rivera, R. L., Hernández, S. M. I., Walker, D., Lazcano, P. E. (2013). *Características sociodemográficas y reproductivas asociadas con el aumento de cesáreas en México.* Revista Salud Pública Mex, 55. 225-234.

Sosa Sánchez, I. A. (2018). *Estratificación de la reproducción y violencia obstétrica en servicios públicos de salud reproductiva.* Alteridades, 28(55), 87–98.

Vargas, B. M. J. (2011). “Episiotomía”. Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica. LXVIII (599) 461-466.

- Vega, R. A. (2017). *I(nter)dentificación racial: Racialización de la salud materna a través del programa Oportunidades y clínicas gubernamentales en México*. *Salud Colectiva*, 13(3), 489–505.
- Vela, F. (2004). *Un acto metodológico básico de la investigación social: La entrevista cualitativa*. En M. L. Tarrés (Coord.), *Observar, escuchar y comprender: Sobre la tradición cualitativa en la investigación social* (pp. 55–80). Miguel Ángel Porrúa.
- Villanueva, L., Ortega, M. A., y González, A. (2016). *La calidad de la atención del parto en instituciones de salud pública: percepción de usuarias y prestadores de servicios*. *Revista Mexicana de Sociología*, 78(1), 71–95.
- Vilouta, M., Álvarez Silvaes, E., Borrajo, E., y González-González, A. (2006). Depresión en el posparto inmediato: Factores de riesgo. *Nutrición Hospitalaria*, 33(6), 208–211.
- Vivas, E. (2019). *Mamá desobediente*. Capitán Swing Libros, S. L. (Ebook).
- Vogel, P. J., Bohren, A. M., Tunçalp, Ö., Oladapo, T. O., Adanu, M. R., Diouldé, B. M., Maung, M. T., Fawole, B., Adu-Bonsaffoh, K., Dako-Gyeke, P., Tei, M. E., Campbell, C. M., Boubacar, D. A., Diallo, S., Thet, W. K., Myint, T., Olutayo, L., Titiloye, M., Alu, F., Idris, H., y Gülmezoglu, A. M. (2015). *How women are treated during facility-based childbirth: Development and validation of measurement tools in four countries – Phase 1 formative research study protocol*. *Reproductive Health*, 12(60).
- World Health Organization (WHO). (2017). *Social determinants of health*. [https://www.who.int/social\\_determinants/en/](https://www.who.int/social_determinants/en/)