

# MENTOR

Revista de Investigación Educativa y Deportiva

Volumen 5

Número  
Especial 2

2026

**Director:** Ph.D. Richar Posso Pacheco

**Email:** [rjposso@revistamentor.ec](mailto:rjposso@revistamentor.ec)

**Web:** <https://revistamentor.ec/>

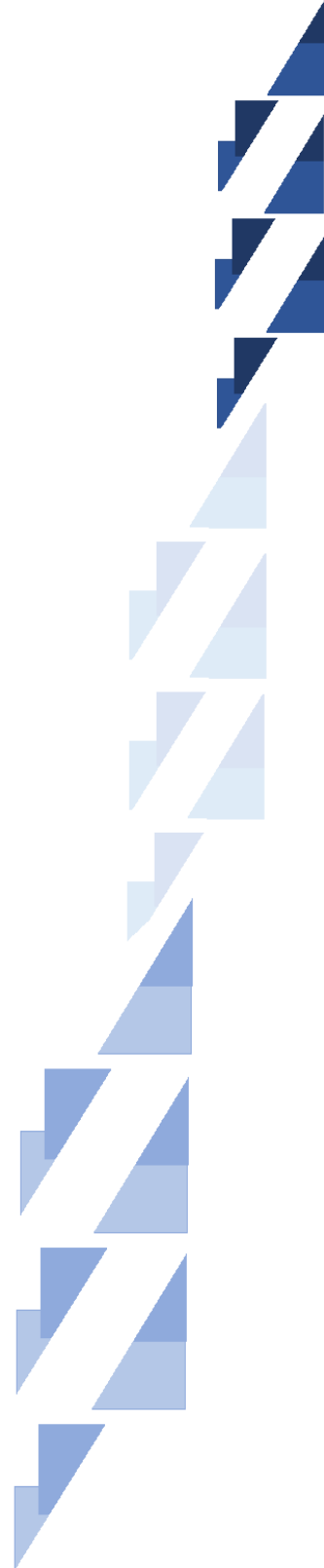
**Editora en Jefe:** Ph.D. Susana Paz Viteri

**Coordinador Editorial:** Ph.D. (c) Josue Marcillo Ñacato

**Coordinadora Comité Científico:** Ph.D. Laura Barba Miranda

**Coordinadora Comité de Editores:** Msc. María Gladys Cóndor Chicaiza

**Coordinador del Consejo de Revisores:** Ph.D. Javier Fernández-Rio



Original

## **Obstetric Violence in Postpartum Women Registered at an Expanded Services Health Center**

## **Violencia Obstétrica en Mujeres en Postparto adscritas a un Centro de Salud de Servicios Ampliados**

Erika Dennis Camacho Navarrete <sup>1</sup>  
**ORCID:** <https://orcid.org/0009-0000-7355-8126>

Gabriela Iveth Martínez Figueroa <sup>1</sup>  
**ORCID:** <https://orcid.org/0000-0002-2423-3242>

Leonor Pérez Quirino <sup>1</sup>  
**ORCID:** <https://orcid.org/0009-0005-8986-7376>

Universidad de la Salud del Estado de Puebla. Puebla-México<sup>1</sup>

**Autor de correspondencia**  
[docente.gabriela.martinez@usalud.edu.mx](mailto:docente.gabriela.martinez@usalud.edu.mx)

**Recibido:** 04-02-2026  
**Aceptado:** 10-04-2026  
**Disponible en línea:** 15-04-2026

## **Abstract**

Obstetric violence is a public health and human rights issue that occurs during pregnancy, childbirth, and the postpartum period. The aim of this study was to analyze the perception of obstetric violence among postpartum women attending an extended services health center in Puebla, Mexico. A quantitative, descriptive, cross-sectional study was conducted with a sample of 50 women selected through convenience sampling. A validated scale of obstetric violence perception was applied, and scores were transformed into a 0–100 index and categorized into low, medium, and high levels. The results showed the presence of different levels of perceived obstetric violence, including practices related to limitations in communication, informed consent, and companionship during childbirth. Experiences associated with non-humanized care were also identified. In conclusion, the findings highlight the persistence of practices that may compromise women’s rights and emphasize the need to strengthen person-centered care approaches, respect for autonomy, and quality of care during the reproductive process.

**Keywords:** Obstetric violence; perception; hospital care.

## **Resumen**

La violencia obstétrica constituye un problema de salud pública y de derechos humanos que se manifiesta durante la atención del embarazo, parto y puerperio. El objetivo del estudio fue analizar la percepción de violencia obstétrica en mujeres en etapa de postparto adscritas a un centro de salud con servicios ampliados en el estado de Puebla, México. Se realizó un estudio cuantitativo, descriptivo y de corte transversal en una muestra de 50 mujeres, seleccionadas mediante muestreo por conveniencia. Se aplicó una escala validada de percepción de violencia obstétrica, cuyos puntajes fueron transformados a un índice de 0 a 100 y clasificados en niveles bajo, medio y alto. Los resultados mostraron la presencia de distintos niveles de percepción de violencia obstétrica, identificándose prácticas relacionadas con limitaciones en la comunicación, el consentimiento informado y el acompañamiento durante el parto. Asimismo, se observaron experiencias asociadas a trato poco humanizado en la atención obstétrica. En conclusión, los hallazgos evidencian la persistencia de prácticas que pueden vulnerar los derechos de las mujeres y resaltan la importancia de fortalecer enfoques de atención centrados en la persona, el respeto a la autonomía y la calidad del cuidado durante el proceso reproductivo.

**Palabras clave:** Violencia obstétrica; percepción; atención hospitalaria.

## **Introducción**

La violencia obstétrica (VOB) es un problema de salud pública que afecta a mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio, y se manifiesta a través de acciones u omisiones que vulneran su dignidad, integridad física y psicológica, así como sus derechos sexuales y reproductivos

(Organización Mundial de la Salud [OMS], 2019). Esta forma de violencia se ejerce principalmente dentro de las instituciones de salud y puede incluir tratos deshumanizados, comentarios ofensivos, procedimientos médicos sin consentimiento informado, restricción del acompañamiento y prácticas innecesarias o no justificadas clínicamente (Hakimi et al., 2025).

A nivel mundial, diversos estudios han evidenciado una alta prevalencia de violencia obstétrica, lo que demuestra que no se trata de un fenómeno aislado, sino de una problemática presente en distintos contextos socioculturales (Hakimi et al., 2025; Martínez-Velasco et al., 2024; Madrid et al., 2019; Rodríguez Mir & Martínez Gandolfi, 2021). En México, datos de la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) reportan que una proporción importante de mujeres ha experimentado algún tipo de maltrato durante la atención del parto o la cesárea, especialmente en los servicios públicos de salud (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2021). Estas prácticas vulneran los derechos humanos de las mujeres y pueden generar consecuencias físicas, emocionales y psicológicas, como miedo, ansiedad, depresión posparto y rechazo a futuras atenciones médicas (OMS, 2019).

La evidencia científica disponible indica que la VOB constituye un problema persistente en múltiples países y diversos contextos socioculturales (Hakimi et al., 2025; Martínez-Velasco et al., 2024; Madrid et al., 2019; Rodríguez Mir & Martínez Gandolfi, 2021). Estudios realizados en América Latina, el Caribe, India y otras regiones coinciden en señalar que las mujeres experimentan prácticas inadecuadas durante distintas etapas del embarazo, parto y puerperio. Entre las más señaladas se encuentran la negación de información clara y oportuna, el trato irrespetuoso, la medicación innecesaria, la imposición de posiciones incómodas, así como los procedimientos invasivos sin justificación ni autorización, situación que denota como la VOB no solo se presenta de forma física, sino que aborda aspectos a nivel emocional, psicológico, social y de relaciones de poder entre los profesionales de la salud y las mujeres (Rider et al., 2022; Ramallo-Castillo et al., 2024).

Así mismo, la literatura señala que la VOB no se limita a eventos aislados, sino que forman parte de un modelo biomédico hegemónico que prioriza el control del personal de salud sobre la autonomía de las mujeres, vulnerando sus derechos sexuales y reproductivos. La investigación cualitativa aporta evidencia testimonial que muestra cómo estas prácticas generan sentimientos de miedo, culpa y rechazo propio, además de propiciar la pérdida de la autonomía, mostrando al parto como una experiencia negativa y potencialmente traumática (Hakimi et al., 2025; Rider et al., 2022; Ramallo-Castillo et al., 2024).

En este contexto, el papel del profesional de la salud es clave, no solo en la reproducción de estas prácticas, sino también en la prevención y erradicación de esta. De manera que, desde la disciplina de enfermería y obstetricia, la atención a la mujer embarazada debe fundamentarse en un enfoque humanizado, centrado en el respeto, la empatía y la autonomía de la paciente. El personal de enfermería desempeña un papel clave en la prevención de la VOB, ya que mantiene un contacto directo y continuo con las mujeres durante el proceso reproductivo. En este sentido,

garantizar una comunicación efectiva, el consentimiento informado y un trato digno contribuyen a mejorar la experiencia del parto y favorece el bienestar materno (Rider et al., 2022).

En este contexto, si bien la literatura ha documentado de forma amplia la presencia de VOB en distintos entornos hospitalarios, persisten vacíos en la comprensión de cómo este fenómeno es percibido por mujeres en etapa de postparto inmediato en el primer nivel de atención, de forma particular en aquellas unidades de salud que cuentan con servicios ampliados. Estos centros de salud, al constituir el primer contacto con los servicios de salud y concentrar una alta demanda de atención materna, se presentan como escenarios clave que permiten identificar prácticas que pueden pasar desapercibidas en otros niveles de atención. Por lo que, analizar la percepción de VOB que viven las mujeres durante esta etapa, permitirá no solo visibilizar experiencias de atención, sino también identificar áreas de oportunidad en la calidad del cuidado dado.

Comprender cómo las mujeres perciben el trato recibido durante el parto posibilitará el diseño de estrategias que se orienten a mejorar los servicios de salud, fortalecer las prácticas de atención humanizada y promover el respeto a los derechos sexuales y reproductivos, contribuyendo así a una atención obstétrica segura, digna y libre de violencia. No obstante, pese a la evidencia previa, aun persiste una limitada comprensión de cómo este fenómeno de estudio es percibido por mujeres en etapa de postparto atendidas en centros de salud de servicios ampliados, particularmente en contextos donde la atención es en el primer nivel que tiene una capacidad más limitada. Siendo que esta brecha sea relevante, dado que estas unidades de salud se presentan como un punto clave en la red de atención materna, que presentan dinámicas organizacionales y de atención que son distintas a las de hospitales de segundo o tercer nivel, contextos que han sido ampliamente estudiados. Por ello, el objetivo del estudio fue analizar la percepción de violencia obstétrica en mujeres en etapa de postparto adscritas a un centro de salud de servicios ampliados en Puebla, México.

## **Metodología**

El presente estudio se desarrolló bajo un enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo y con un diseño no experimental de corte transversal. Este diseño permite analizar la percepción de VOB como un fenómeno observable y medible en una población específica, sin intervención ni manipulación de variables, lo que resulta congruente con el objetivo de describir las características. Condiciones de las mujeres durante la etapa de postparto. De manera que, este diseño permitió examinar en un único momento del tiempo variables que estaban relacionadas con la percepción de trato recibido, el acceso a la información, el respeto a la autonomía y la presencia de prácticas consideradas como violencia. Así mismo, el alcance del estudio facilitó la identificación de patrones en las experiencias reportadas por las participantes, permitiendo caracterizar el fenómeno tal como se presenta dentro del contexto real (Hernández & Mendoza, 2020).

La población de estudio estuvo conformada por mujeres en etapa de postparto que acudieron a un Centro de Salud con Servicios Ampliados, ubicado en el municipio de Amozoc en el estado de Puebla, México, perteneciente al primer nivel de atención del sistema de salud. Esta unidad se caracteriza por proporcionar una atención integral materno-infantil a población abierta, lo que lo convierte en un escenario ideal para el análisis de la atención obstétrica. La muestra fue integrada por 50 mujeres, seleccionadas mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia, debido a la accesibilidad y disponibilidad de las participantes durante el periodo de recolección de datos. Este tipo de muestreo resultó adecuado en estudios de este tipo dado que permite tener una aproximación con el fenómeno de estudio en contextos específicos.

La muestra se alineó con criterios operativos y de factibilidad, considerando el flujo de usuarias en la unidad de salud durante el periodo de estudio, sin realizar algún cálculo estadístico previo. Se estableció como criterio metodológico alcanzar un número mínimo de participantes que permitiera estabilidad en las estimaciones descriptivas y consistencia interna del instrumento, considerando recomendaciones para estudios descriptivos en contextos de acceso limitado a población, donde tamaños muestrales entre 30 y 50 sujetos son aceptables para análisis exploratorios (Hernández & Mendoza, 2020).

Se incluyeron mujeres mayores de 18 años en etapa de postparto, que aceptaron participar de manera voluntaria y firmaron el consentimiento informado. Se excluyeron mujeres con antecedentes de aborto, con diagnósticos psicológicos previos o que no completaron el instrumento. Esta decisión se fundamentó en la necesidad de evitar posibles factores de confusión que pudieran influir en la percepción del evento obstétrico por parte de las mujeres, particularmente en variables relacionadas con la experiencia emocional y psicológica del parto, esto debido a que la literatura reporta que antecedentes obstétricos adversos y condiciones de salud mental pueden modificar la percepción del cuidado recibido, actuando como variables intervinientes en la evaluación del fenómeno de VOB.

Para la recolección de la información se utilizó una cédula de datos generales elaborada por los autores, estructurada en preguntas abiertas y/o de opción múltiple, que permitió obtener información sociodemográfica (edad, estado civil, nivel educativo, ocupación e ingreso mensual aproximado) y gineco-obstétrica (lugar del parto, institución, tipo de parto, complicaciones en el embarazo y/o parto, así como la persona que atendió el parto y si recibió compañía durante el proceso). Asimismo, se aplicó la Escala de Percepción de Violencia Obstétrica, instrumento validado y confiable (Cárdenas y Salinero, 2021), instrumento validado en población latinoamericana, esta compuesto por 14 ítems con respuestas tipo Likert que va de 1) no describe para nada lo que me ocurrió hasta 5) definitivamente esto me ocurrió. Además, evalúa dimensiones relacionadas con el trato recibido, comunicación e información proporcionada, respeto a la autonomía y la realización de prácticas médicas durante el parto. La interpretación de la escala se determinó que a mayor puntuación, mayor es la percepción de VOB que tienen las mujeres. En su validación original el instrumento reportó adecuados indicadores de validez y consistencia interna.

En el presente estudio la confiabilidad fue evaluada a través del coeficiente de alfa de cronbach, obteniendo un valor de 0.921, lo que indica una alta consistencia interna en la muestra analizada.

El proceso de recolección de datos se llevó a cabo durante los meses de marzo a octubre del 2026. Inicialmente se obtuvo la aprobación del comité académico interno de investigación de una universidad pública del Estado de Puebla, con número de registro 008, así como obtener la autorización de la unidad de salud correspondiente. Posteriormente, se invitó a participar a las mujeres que cumplieran con los criterios de selección, a quienes se les informó sobre el objetivo del estudio y se les solicitó la firma de consentimiento informado. La aplicación de los instrumentos se realizó de manera individual, en un espacio destinado para tal fin dentro de la unidad de salud con una duración aproximada de 10 minutos por participante, garantizando la confidencialidad y el anonimato de la información proporcionada. El estudio se apegó a lo establecido en el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud (Cámara de Diputados, 2014). Se respetaron los principios de autonomía, confidencialidad, beneficencia, no maleficencia y justicia, asegurando en todo momento el respeto a la dignidad y los derechos de las participantes.

El análisis estadístico de los datos se realizó mediante el paquete estadístico *Statistical Product and Service Solutions (SPSS)*, versión 26. Se empleó estadística descriptiva para caracterizar a la población de estudio, así como para el análisis de las variables de estudio, utilizando frecuencias, porcentajes y medidas de tendencia central y variabilidad (media y desviación estándar). Para la variable principal de percepción de la VOB, los puntajes obtenidos en la escala tipo Likert fueron transformados a un índice de 0 a 100 mediante un procedimiento de estandarización, aplicando la fórmula: Índice = [(puntaje observado – puntaje mínimo posible) / (puntaje máximo posible – puntaje mínimo posible)] × 100, con el fin de homogeneizar la escala y facilitar la interpretación comparativa de los resultados. A partir del índice, se construyeron baremos con el uso de los percentiles 25, 50 y 75, para poder clasificar la percepción de VOB en niveles de bajo, medio y alto, estableciendo estos puntos de corte a partir de la distribución de los datos, siguiendo criterios de categorización basados en la distribución empírica en estudios descriptivos, lo cual permite una clasificación relativa de la variable cuando no existen puntos de corte estandarizados en la literatura para el instrumento utilizado.

## Resultados

Se presentan las características sociodemográficas y gineco-obstétricas de las 50 mujeres incluidas en el estudio, seguido de los resultados correspondientes a la percepción de VOB que fue evaluada a través de la escala aplicada. En ese sentido, la edad de las participantes osciló entre los 18 y 39 años. El 62% refirió ser soltera, el 34% reportó haber concluido el nivel de bachillerato o carrera técnica y el 40% contaba con empleo formal. En relación con el ingreso mensual, el 58%

reportó percibir entre \$3,000 y \$10,999 pesos mensuales y solo el 8% refirió ingresos mayores a \$24,000 pesos mexicanos.

Los antecedentes gineco obstétricos de las participantes se presentan en la tabla 1.

Tabla 1

*Antecedentes Gineco obstétricos de las participantes*

Variable	Categoría	n	%
Tipo de afiliación a servicios de salud	IMSS	22	44%
	IMSS Bienestar	4	8%
	ISSSTE	6	12%
	Privado	9	18%
	Ninguno	9	18%
Lugar donde se atendió el parto	Privado	24	48%
	Público	26	52%
Tipo de parto reciente	Eutócico	10	20%
	Instrumentado	7	14%
	Cesárea programada	24	48%
	Cesárea de emergencia	9	18%
Complicaciones durante el embarazo	Ninguna	45	90%
	Hipertensión	1	2%
	Otros	4	8%
Complicaciones durante el parto	Ninguna	41	82%
	Hemorragia	1	2%
	Trabajo prolongado	6	12%
	Otros	2	4%
Lugar donde recibió atención	Hospital general	23	46%
	Privado	25	50%
	Otros	2	4%
Profesional que atendió el parto	Médico general	12	24%
	Pasante/Residente	3	6%
	Gineco-obstetra	20	40%
	Enfermera obstetra	15	30%
Acompañamiento durante el parto	No	15	30%
	Esposo/pareja	25	50%
	Familiar	2	4%
	Otros	6	12%

Nota: para el profesional que atendió el parto, las categorías son excluyentes, las mujeres declararon al profesional con quien tuvieron más contacto durante su proceso de parto.

Con relación a los ítems de la escala de percepción de VOB, el 66% de las participantes indicó que no se les realizó ningún procedimiento médico sin su consentimiento, mientras que el 16% expresó dudas sobre si esto ocurrió y el 6% señaló que sí se les practicó algún procedimiento sin autorización. Respecto al trato recibido durante la estancia hospitalaria, el 60% de las participantes reportó no haber recibido comentarios irónicos ni comportamientos violentos. Por su

parte, el 12% indicó no estar seguras, mientras que otro 12% refirió haber experimentado trato violento o humillante.

En cuanto a la comunicación con el personal de salud, el 60% de las participantes manifestó no haber tenido dificultad para expresar sus miedos o inquietudes. En contraste, el 12% señaló haber tenido dificultades para comunicarse debido a respuestas inadecuadas de las personas de salud a su cuidado. En relación con el acompañamiento durante el parto, el 70% de las participantes indicó no haber tenido restricciones para estar acompañadas por una persona de confianza, mientras que el 20% reportó haber sido impedida de contar con acompañamiento.

Los resultados detallados por ítem de la escala de percepción de VOB se presentan en la tabla 2. Las categorías de respuesta corresponden a una escala tipo Likert donde: 1 = No describe para nada lo que me ocurrió; 2 = No estoy segura, pero creo que no me ocurrió; 3 = No estoy segura; 4 = No estoy segura, pero creo que sí me ocurrió; 5 = Definitivamente esto me ocurrió.

Tabla 2.

*Descripción del tipo de respuesta por ítem.*

Ítems	1 (%)	2 (%)	3 (%)	4 (%)	5 (%)
1. El personal de salud hizo comentarios irónicos, descalificadores o en tono de chiste acerca de tu comportamiento.	60.0	12.0	6.0	10.0	12.0
2. Te trataron con sobrenombres o diminutivos (p.e. “mamita”, “gordita”, etc.) o como si fueras incapaz de comprender los procesos por los cuales estabas atravesando.	52.0	12.0	12.0	14.0	10.0
3. Te sentiste infantilizada o anulada por el equipo médico como si fueras incapaz de tomar decisiones sobre lo que te ocurría antes, durante o después del parto.	58.0	8.0	12.0	12.0	10.0
4. Fuiste criticada de algún modo por expresar de algún modo tus emociones (llorar, gritar de dolor, etc.) durante trabajo de parto y/o el parto	52.0	20.0	10.0	4.0	14.0
5. Te fue difícil o imposible preguntar o manifestar tus miedos o inquietudes porque no te respondían o lo hacían de mala manera	60.0	12.0	8.0	8.0	12.0
6. Te realizaron procedimientos médicos sin pedirte consentimiento o sin explicarte por qué eran necesarios	66.0	12.0	16.0	0	6.0
7. En el momento del parto, te obligaron a permanecer acostada boca arriba, aunque manifestaras tu incomodidad en esa posición.	62.0	8.0	10.0	6.0	14.0
8. Fuiste obligada a quedarte en cama impidiéndote caminar o buscar posiciones según tus necesidades.	66.0	16.0	4.0	4.0	10.0

9. Se te impidió estar acompañada por alguien de tu confianza.	70.0	4.0	4.0	2.0	20.0
10. Se te impidió el contacto inmediato con tu hija/o recién nacida/o antes de que se lo llevara la/ el neonatólogo para control (acariciarlo, tenerlo en brazos, etc.)	64.0	18.0	4.0	4.0	10.0
11. Después del parto, te hicieron sentir que no habías estado a la altura de lo que se esperaba de ti (que no habías «colaborado»)	68.0	12.0	10.0	0	10.0
12. La experiencia de la atención en el parto te hizo sentir vulnerable, culpable o insegura en algún sentido.	60.0	12.0	4.0	8.0	16.0
13. Después del parto se te negó la posibilidad de utilizar algún dispositivo o realizar algún procedimiento de control de natalidad (DIU, ligadura de trompas, etc.).	80.0	2.0	6.0	4.0	8.0
14. Durante el trabajo del parto o con posterioridad a este te sentiste expuesta a la mirada de otras personas desconocidas para ti (exposición a extraños)	58.0	8.0	10.0	8.0	16.0

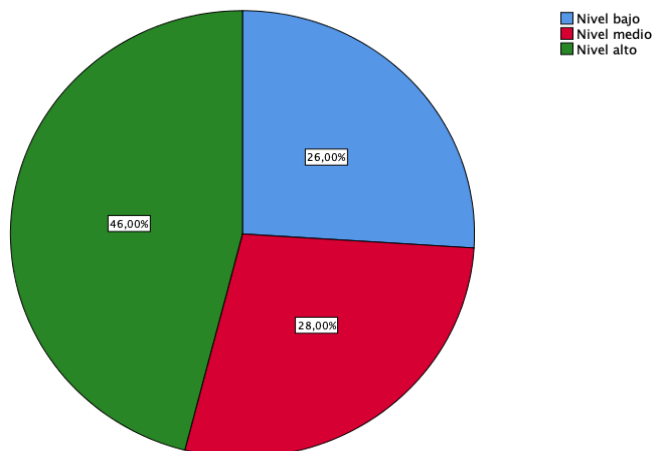
Fuente: creación de los autores, 2026

Nota: 1) No describe para nada lo que me ocurrió; 2) No estoy segura, pero creo/siento que no me ocurrió; 3) No estoy segura; 4) No estoy segura, pero creo/siento que sí me ocurrió; 5) Definitivamente esto me ocurrió.

La distribución del nivel de percepción de VOB se presenta en la figura 1. Los resultados muestran que el 26% de las participantes se ubicó en un nivel bajo, el 28% en un nivel medio y el 46% en un nivel alto de percepción de VOB.

Figura 1

Nivel de percepción de violencia obstétrica global en mujeres puerperio



Con base en la distribución de respuestas por ítem, se observaron diferencias descriptivas en la frecuencia de respuesta entre los tipos de parto; sin embargo, estos resultados deben interpretarse únicamente de manera exploratoria, dado que no se realizó un análisis inferencial para establecer asociaciones entre las variables. Los resultados expusieron que, las mujeres que declararon haber tenido un parto por cesárea tenían mayores ítems que evidenciaban la presencia de VOB principalmente en el uso de sobrenombres, el criticar sus emociones, la posición, la percepción de vulnerabilidad y el hecho de ser vista por personas desconocidas de manera constante (ver tabla 3).

Tabla 3.

*Distribución de ítems por tipo de parto*

Ítems	Parto Vaginal N= 17	Parto por Cesárea n = 33
1. El personal de salud hizo comentarios irónicos, descalificadores o en tono de chiste acerca de tu comportamiento.	2	2
2. Te trataron con sobrenombres o diminutivos (p.e. “mamita”, “gordita”, etc.) o como si fueras incapaz de comprender los procesos por los cuales estabas atravesando.	2	3
3. Te sentiste infantilizada o anulada por el equipo médico como si fueras incapaz de tomar decisiones sobre lo que te ocurría antes, durante o después del parto.	1	2
4. Fuiste criticada de algún modo por expresar de algún modo tus emociones (llorar, gritar de dolor, etc.) durante trabajo de parto y/o el parto	3	4
5. Te fue difícil o imposible preguntar o manifestar tus miedos o inquietudes porque no te respondían o lo hacían de mala manera	2	3
6. Te realizaron procedimientos médicos sin pedirte consentimiento o sin explicarte por qué eran necesarios	2	1
7. En el momento del parto, te obligaron a permanecer acostada boca arriba, aunque manifestaras tu incomodidad en esa posición.	2	4
8. Fuiste obligada a quedarte en cama impidiéndote caminar o buscar posiciones según tus necesidades.	2	2
9. Se te impidió estar acompañada por alguien de tu confianza.	4	2
10. Se te impidió el contacto inmediato con tu hija/o recién nacida/o antes de que se lo llevara la/ el neonatólogo para control (acariciarlo, tenerlo en brazos, etc.)	2	1
11. Después del parto, te hicieron sentir que no habías estado a la altura de lo que se esperaba de ti (que no habías «colaborado»)	2	3
12. La experiencia de la atención en el parto te hizo sentir vulnerable, culpable o insegura en algún sentido.	2	4
13. Después del parto se te negó la posibilidad de utilizar algún dispositivo o realizar algún procedimiento de control de natalidad (DIU, ligadura de trompas, etc.).	2	2

---

14. Durante el trabajo del parto o con posterioridad a este te sentiste expuesta a la mirada de otras personas desconocidas para ti (exposición a extraños)	3	4
---	---	---

---

Fuente: creación de los autores, 2026

Nota: n= frecuencia absoluta representada por ítem. Las cifras de la tabla solo reflejan las frecuencias absolutas obtenidas del tipo de respuesta 5= Definitivamente esto me ocurrió.

## Discusión

Los resultados del presente estudio no solo evidencian la presencia de prácticas asociadas a la VOB, sino que sugieren la persistencia de deficiencias estructurales en la calidad de la atención obstétrica en el primer nivel de atención, particularmente en dimensiones clave como el respeto a la autonomía, la comunicación y el consentimiento informado. Esto evidencia la persistencia de formas de atención que pueden vulnerar los derechos de las mujeres dentro de instituciones de salud de primer nivel de atención. Estos resultados son consistentes con lo reportado por la literatura nacional e internacional donde se expone la presencia continua de prácticas de maltrato, intervenciones no consentidas y el trato deshumanizado durante la atención del embarazo, parto y puerperio (Hakimi et al., 2025; Martínez-Velasco et al., 2024; Ramallo-Castillo et al., 2024).

En este sentido, más allá de la magnitud del problema detectado, los resultados refuerzan la idea de que la VOB no solo se limita a contextos o situaciones específicas, ni a grupos poblacionales determinados, sino más bien puede presentarse de manera transversal en distintos perfiles de mujeres. De manera que, estos resultados deben de interpretarse con precaución, no obstante, coinciden con estudios que evidencian que este tipo de violencia está más relacionada con prácticas institucionales y modelos de atención que con las características propias de las mujeres (Hakimi et al., 2025; Rodríguez y Martínez, 2020).

En relación con el tipo de atención obstétrica, los resultados permiten observar que existe una persistencia sobre el modelo de atención medicalizado en el que el proceso reproductivo tiende a ser intervenido de manera sistemática (OMS, 2019). Este enfoque ha sido ampliamente documentado en la literatura como un factor que puede favorecer la aparición de prácticas que están asociadas a la VOB, particularmente cuando las decisiones clínicas no se acompañan de información clara, ni de la participación de las mujeres y sus acompañantes (Hakimi et al., 2025; Ramallo-Castillo et al., 2024).

Desde esta perspectiva, las prácticas relacionadas con la falta de consentimiento informado, las limitaciones en la comunicación y las restricciones en el acompañamiento durante el parto pueden entenderse no como eventos aislados, sino como manifestaciones de dinámicas institucionales que priorizan la eficacia operativa o el control clínico por encima de la autonomía de las usuarias (Madrid et al., 2019; Rodríguez y Martínez, 2020). Estos resultados coinciden con estudios previos que señalan que la VOB puede expresarse tanto de forma explícita como a través de omisiones en la información, el trato y la toma de decisiones informadas y compartidas (Rider et al., 2022; OMS, 2019).

Con respecto a la relación entre el tipo de parto y la percepción de VOB, los resultados sugieren posibles diferencias entre las experiencias que fueron reportadas por las participantes, con base a si fue parto vaginal o por cesárea, si bien estos resultados deben interpretarse con cautela, dado la falta de un análisis inferencial, pueden considerarse como indicios que podrían orientar futuras investigaciones con diseños analíticos que exploren esta relación de manera más robusta. En este sentido, más que confirmar lo reportado en la literatura, los datos del presente estudio permiten plantear la hipótesis de que contextos con mayor intervención médica podrían asociarse con variaciones en la percepción del trato recibido cuando no se garantiza un enfoque centrado en la persona (Hakimi et al., 2025; Madrid et al., 2019).

Así mismo, los resultados permiten reflexionar sobre la posible normalización de prácticas que vulneran la dignidad de las mujeres durante la atención obstétrica. En ese sentido, la evidencia expone que la VOB puede ser internalizada o no reconocida como tal por las mujeres usuarios de centros de atención a la salud, esto debido a su naturalización dentro de los sistemas de salud y a las relaciones de poder que se han establecido entre los profesionales de la salud y los pacientes (OMS, 2019; Ramallo-Castillo et al., 2024). En el presente estudio, esto se refleja en que, aunque muchas mujeres no identifican directamente haber vivido violencia, sí se observan experiencias y dudas que sugieren que algunas prácticas pueden ser percibidas como normales dentro de la atención. Esto indica que ciertas situaciones que implican falta de información, respeto o acompañamiento pueden no ser reconocidas claramente como violencia. Esta situación representa un desafío importante para la identificación del fenómeno, dado que limita la capacidad de las mujeres para poder reconocer de forma oportuna este tipo de violencia y como consecuencia el denuncia prácticas que afectan y vulneran sus derechos (Martínez-Velasco et al., 2024).

De manera que, los resultados presentan implicaciones relevantes para la práctica, específicamente en la necesidad de fortalecer las competencias de los profesionales de la salud en materia de atención obstétrica centrada en la persona. La presencia de prácticas relacionadas con la falta de consentimiento informado, limitaciones en la comunicación y restricciones en el acompañamiento durante el parto, sugieren la persistencia de áreas de oportunidad en la calidad del cuidado, particularmente en dimensiones específicas identificadas en este estudio como la comunicación insuficiente y la limitada participación de las mujeres en la toma de decisiones, lo que es consistente con lo evidenciado en literatura previa, donde estudios como los de Hakimi et al. (2025) y Rider et al. (2022) documentan que estas mismas dimensiones constituyen núcleos críticos en la experiencia de VOB reportada por las usuarias.

Así mismo, se refuerza la importancia de promover modelos de atención humanizada en el parto, en donde se priorice la autonomía, la participación informada y el respeto de las decisiones de las mujeres durante los procesos reproductivos (OMS, 2018). Diversos estudios han documentado que la implementación de este enfoque contribuye a mejorar la experiencia del parto y a reducir la percepción de prácticas asociadas con la VOB (Ramallo-Castillo et al., 2024).

Finalmente, los resultados deben interpretarse de forma cautelosa debido a las limitaciones propias del estudio. De forma particular, el tamaño de muestra reducido y el uso de un muestreo no probabilístico por conveniencia limita la generalización de los resultados a otras poblaciones, lo que afecta la validez externa del estudio. Así mismo, el diseño transversal impide el establecer relaciones causales entre las variables, por lo que los resultados deben considerarse solo como una aproximación descriptiva del fenómeno de estudio dentro de un contexto específico, debido también a la naturaleza de la problemática en sí.

## Conclusión

El presente estudio aporta evidencia sobre la persistencia de prácticas asociadas a la VOB en servicios de atención obstétrica en unidades del primer nivel de atención, destacando que este fenómeno se presenta no solo a través de acciones explícitas, sino también a través de prácticas como omisiones en la comunicación, la falta de consentimiento informado y el respeto a la autonomía de las mujeres durante su proceso de parto. De manera que estos resultados contribuyen a la comprensión de este problema de salud como una expresión de dinámicas institucionales más amplias dentro de los servicios de salud.

Así mismo, los resultados permiten reconocer la complejidad del fenómeno evidenciando que este tipo de violencia puede coexistir con la normalización de estas prácticas, lo que dificulta su pronta identificación y visibilización en los contextos de atención de salud. En este sentido, el estudio aporta elementos que permiten comprender como las experiencias de las mujeres se configuran dentro de marcos socioculturales y prácticas sanitarias que influyen en la forma en que se interpreta la atención y el cuidado recibido.

En conjunto, estos datos contribuyen al fortalecimiento del conocimiento sobre la VOB en contextos de la atención primaria, resaltando la importancia de continuar investigando dicho fenómeno desde enfoques centrados en los derechos, la calidad del cuidado y la experiencia de las propias usuarias.

## Referencias

Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. (2014). Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud. *Diario Oficial de la Federación*.

[https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg\\_LGS\\_MIS.pdf](https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf)

Cárdenas, Castro, M., & Salinero, Rates, S. (2021). Validación de la escala de violencia obstétrica y pruebas de invarianza factorial en una muestra de mujeres chilenas.

*Interdisciplinaria*, 38(2), 209–223. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=18066677014>

- Hakimi, S., Allahqoli, L., Alizadeh, M., Ozdemir, M., Soori, H., Ceber Turfan, E., & Alkatout, I. (2025). Global prevalence and risk factors of obstetric violence: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 169(3), 1012–1024. <https://doi.org/10.1002/ijgo.16145>
- Hernández Sampieri, R., & Mendoza, C. (2020). *Metodología de la investigación: Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. McGraw-Hill Education.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2021). *Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) 2021*. <https://www.inegi.org.mx/programas/endireh/2021/>
- Madrid Medina, C., De León Pérez, M. Ángel, Delgado Mandujano, M. J., Cancino de la Cruz, L. G., Rangel Jiménez, P., Soto Rosales, B. E., & Rodríguez Limón, M. del R. (2019). Prevalencia de violencia obstétrica a pacientes durante el trabajo de parto a puerperio mediato por el personal de un hospital público. *Lux Médica*, 14(42), 27–36. <https://doi.org/10.33064/42lm20192245>
- Martínez-Velasco, A., Jiménez-López, R., Gallego-Mora, M.F., Basilio-Reyes, A., Cisneros-Martínez, E., Guillén-González, M.A. & Angulo-Arrieta, A.P. (2024). Violencia obstétrica en México: experiencias y percepción en mujeres atendidas en servicios públicos. *Ginecología y Obstetricia de México*. 38( 1 ): 1-6. [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0187-53372024000100001](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-53372024000100001)
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience*. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-RHR-18.12>
- Organización Mundial de la Salud. (2019). *New evidence shows significant mistreatment of women during childbirth*. <https://www.who.int/es/news/item/09-10-2019-new-evidence-shows-significant-mistreatment-of-women-during-childbirth>
- Ramallo-Castillo, R. M., Lozano-Vidal, M., Durán-Castellanos, I., & Corrales-Gutiérrez, I. (2024). Violencia obstétrica: Una visión actual, definición, percepción profesional y propuestas de mejora. *Ginecología y Obstetricia de México*, 92(2), 85–96. <https://doi.org/10.24245/gom.v92i2.9395>
- Rider, E. A., Chou, C., Weissman, P., Abraham, C., & Branch, W. T., Jr. (2022). Developing a collaborative, humanistic interprofessional healthcare culture: A multi-site study. *The International Journal of Whole Person Care*, 9(1), 29–30. <https://doi.org/10.26443/ijwpc.v9i1.330>
- Rodríguez Mir, J. & Martínez Gandofi, A. (2020). Percepción de violencia obstétrica en mujeres durante la atención al parto. *Gaceta Sanitaria*. 35(3) 211-212. [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-91112021000300001](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112021000300001)

### **Financiación**

La publicación de este artículo fue financiando por la Universidad de la Salud del Estado de Puebla (USEP).

### **Conflicto de Intereses**

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

### **Contribución de Autoría:**

**Conceptualización:** Erika Dennis Camacho Navarrete, Gabriel Iveth Martinez Figueroa

**Curación de datos:** Erika Dennis Camacho Navarrete, Gabriel Iveth Martinez Figueroa.

**Análisis formal:** Erika Dennis Camacho Navarrete, Gabriel Iveth Martinez Figueroa, Leonor Pérez Quirino.

**Adquisición de fondos:** No aplica

**Investigación:** Erika Dennis Camacho Navarrete, Gabriel Iveth Martinez Figueroa, Leonor Pérez Quirino.

**Metodología:** Erika Dennis Camacho Navarrete, Gabriel Iveth Martinez Figueroa.

**Administración del proyecto:** Gabriel Iveth Martinez Figueroa, Leonor Pérez Quirino

**Recursos – Materiales:** Erika Dennis Camacho Navarrete, Gabriel Iveth Martinez Figueroa, Leonor Pérez Quirino.

**Software – Programación:** Erika Dennis Camacho Navarrete, Gabriel Iveth Martinez Figueroa.

**Supervisión:** Gabriel Iveth Martinez Figueroa, Leonor Pérez Quirino

**Validación:** Gabriel Iveth Martinez Figueroa, Leonor Pérez Quirino

**Visualización:** Erika Dennis Camacho Navarrete, Gabriel Iveth Martinez Figueroa, Leonor Pérez Quirino

**Redacción – borrador original:** Erika Dennis Camacho Navarrete, Gabriel Iveth Martinez Figueroa.

**Redacción – revisión y edición:** Gabriel Iveth Martinez Figueroa, Leonor Pérez Quirino