



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ
FACULTAD DE MEDICINA
HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DR. IGNACIO MORONES PRIETO

Trabajo de investigación para obtener el diploma en la especialidad de ginecología y
obstetricia

**“Percepción de la salud obstétrica y factores asociados durante la
atención del trabajo de parto en el Hospital Regional de Alta
Especialidad Dr. Ignacio Morones Prieto”**

DR. MIGUEL ALEJANDRO CALVILLO TISCAREÑO

No. CVU CONAHCYT 1267532, Identificador ORCID: 0009-0001-4809-411x

DIRECTOR CLÍNICO

Dra. Karla krebs larraga

Médico Ginecólogo y Obstetra

No. CVU CONAHCYT 299313; identificador ORCID 0000-0002-4159-8796

DIRECTOR METODOLÓGICO

Dra. Úrsula Fabiola Medina Moreno

Doctora en Ciencias con Orientación en Farmacología

No. CVU CONAHCYT 308929; Identificador ORCID: 0000-0003-4906-223x

Febrero 2026.



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ
FACULTAD DE MEDICINA
HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DR. IGNACIO MORONES PRIETO

Trabajo de investigación para obtener el diploma en la especialidad de ginecología y
obstetricia

**“Percepción de la salud obstétrica y factores asociados durante la
atención del trabajo de parto en el Hospital Regional de Alta
Especialidad Dr. Ignacio Morones Prieto”**

DR. MIGUEL ALEJANDRO CALVILLO TISCAREÑO

No. CVU CONAHCYT 1267532, Identificador ORCID: 0009-0001-4809-411x

DIRECTOR CLÍNICO

Dra. Karla Krebs Larraga

Médico Ginecólogo y Obstetra

No. CVU CONAHCYT 299313; Identificador ORCID 0000-0002-4159-8796

DIRECTOR METODOLÓGICO

Dra. Úrsula Fabiola Medina Moreno

Doctora en Ciencias con Orientación en Farmacología

No. CVU CONAHCYT 308929; Identificador ORCID: 0000-0003-4906-223x

SINODALES

Dra. Zulema Martínez Trejo

Presidente

Dr. Eduardo Loredó Mora

Sinodal

Dra. Guadalupe Zavala Cerda

Sinodal

Dr. Francisco Salas González

Sinodal suplente

Febrero 2026.



Percepción de la salud obstétrica y factores asociados durante la atención del trabajo de parto en el Hospital Regional de Alta Especialidad Dr. Ignacio Morones Prieto © 2026 por Miguel Alejandro Calvillo Tiscareño se distribuye bajo Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 International. Para ver una copia de esta licencia, visite <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>

Resumen

La violencia obstétrica es toda aquella práctica irrespetuosa y ofensiva a las mujeres durante el trabajo de parto. Esta puede manifestarse en forma de violencia física ó violencia psicológica. Existen encuestas, como la encuesta de validación externa de Chile, que incluye 14 ítems los cuales evalúa la atención del personal de salud durante el trabajo de parto, y una puntuación igual o mayor a 35, nos habla de que la paciente presentó violencia obstétrica durante su trabajo de parto. **Objetivo principal:** Evaluar la relación entre la percepción de la salud obstétrica y factores asociados (edad, gestas, escolaridad, control prenatal, estado civil, experiencia previa) con la atención del trabajo de parto en el Hospital de Alta Especialidad Dr. Ignacio Morones Prieto. **Sujetos y métodos:** Se realizó un estudio transversal, con seguimiento desde el primer contacto en el área de consulta externa o urgencias, hasta el egreso en piso de hospitalización en el servicio de Ginecología y Obstetricia en el HRAE Dr. Ignacio Morones Prieto. Se incluyeron 106 pacientes de 14 a 45 años, con embarazo de término, que aceptaron participar mediante firma de consentimiento informado y que repondieron la encuesta validada. **Resultados:** Se analizaron 106 pacientes, 89% con control prenatal y 11% sin control prenatal. La mediana de edad fue de 26 años y la escolaridad de 9 años. La paridad fue menor en el grupo sin control prenatal, sin difetencias en cesáreas, abortos, comorbilidades, dilatación, inducción ni en analgesia, sin diferencias entre grupos. **Conclusión:** Se observó una baja frecuencia global de eventos de violencia obstétrica, con media de 0 total, lo que indica una atención percibida como respetuosa y alineada con el modelo de parto humanizado. No se encontró asociación significativa entre la percepción de violencia obstétrica y variables maternas, lo que sugiere la influencia de factores institucionales y del personal de salud. Los resultados reflejan una atención de calidad y segura, pero con áreas de mejora continua en comunicación, consentimiento informado y participación activa de la mujer.

Palabras clave: Violencia obstétrica, calidad de la atención del parto, derechos reproductivos, trabajo de parto, escala de violencia obstétrica.

INDICE

RESUMEN	1
INDICE	2
LISTA DE CUADROS.....	3
LISTA DE FIGURAS.....	4
LISTA DE ABREVIATURAS Y SÍMBOLOS	5
LISTA DE DEFINICIONES.....	6
DEDICATORIAS.....	8
RECONOCIMIENTOS.....	8
ANTECEDENTES	9
JUSTIFICACION.....	17
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	17
HIPOTESIS	18
OBJETIVOS.....	18
SUJETOS Y METODOS	19
ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	23
ASPECTOS ÉTICOS	24
RESULTADOS.....	24
DISCUSIÓN	49
LIMITACIONES Y/O NUEVAS PERSPECTIVAS.	52
CONCLUSIONES.	53
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	53
ANEXOS	58
ANEXO 2. CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PACIENTE ADULTO.	¡Error! Marcador no definido.
ANEXO 3. CARTA DE COMITÉ DE INVESTIGACIÓN. ..	¡Error! Marcador no definido.
ANEXO 4. CARTA DE COMITÉ DE INVESTIGACIÓN Y ÉTICA..	¡Error! Marcador no definido.

LISTA DE CUADROS

CUADRO 1. CUADRO DE VARIABLES INVESTIGADAS EN EL PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN	21
CUADRO 3. ANÁLISIS DE NORMALIDAD DE LAS VARIABLES DEL ESTUDIO.	25
CUADRO 4. CARACTERÍSTICAS DE VARIABLES DE ESTADO CIVIL.....	27
CUADRO 5. CARACTERÍSTICAS DE VARIABLE DE ESCOLARIDAD.	28
CUADRO 6. CUADRO DE VARIABLES DE GESTA	29
CUADRO 7. CUADRO DE VARIABLES DE PARTO	31
CUADRO 8. CUADRO DE VARIABLE DE CESÁREAS.....	32
CUADRO 9. CUADRO DE VARIABLES DE ABORTOS.	34
CUADRO 10. CUADRO DE VARIABLE DE COMORBILIDADES.....	35
CUADRO 11. CUADRO DE VARIABLES DE DILATACIÓN.	36
CUADRO 12. CUADRO DE VARIABLE DE INDUCCIÓN DE PARTO.	37
CUADRO 13. CUADRO DE VARIABLE DE ANALGESIA OBSTÉTRICA.....	38
CUADRO 14. CUADRO DE VARIABLE DE EXPERIENCIA PREVIA.	39
CUADRO 15. CUADRO VARIABLE DE ESCALA DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA.	41
CUADRO 16. CUADRO VARIABLE ESCALA DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA.	43
CUADRO 17. CUADRO DE ESCALAR DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA.	44
CUADRO 18. CUADRO DE ESCALA DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA.....	45
CUADRO 19. CUADRO DE VARIABLE DE ESCALA DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA.....	47
CUADRO 20. CUADRO DE VARIABLE DE PUNTUACIÓN GLOBAL DE ESCALA DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA.....	48
CUADRO 21. CUADRO DE VARIABLES	49

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1. DIAGRAMA DE FLUJO DE LA POBLACIÓN DEL ESTUDIO	26
FIGURA 2. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS.....	26
FIGURA 3. VARIABLE ESTADO CIVIL	27
FIGURA 4. VARIABLE ESCOLARIDAD	28
FIGURA 5. VARIABLE DE GESTAS.....	29
FIGURA 6. VARIABLE DE ANTECEDENTES DE PARTO.....	30
FIGURA 7. VARIABLE DE NÚMERO DE PARTOS.....	31
FIGURA 8. VARIABLE DE ANTECEDENTES DE CESÁREAS.	31
FIGURA 9. VARIABLE DE NÚMERO DE CESÁREAS.....	32
FIGURA 10. VARIABLE DE ANTECEDENTE DE ABORTOS.....	33
FIGURA 11. VARIABLE DE NÚMERO DE ABORTOS.....	33
FIGURA 12. VARIABLES DE COMORBILIDADES.	35
FIGURA 13. VARIABLE DE DILATACIÓN.	36
FIGURA 14. VARIABLES DE INDUCCIÓN DE TRABAJO DE PARTO.	37
FIGURA 15. VARIABLES DE ANALGESIA OBSTÉTRICA.....	38
FIGURA 16. VARIABLE DE EXPERIENCIA PREVIA.....	39
FIGURA 17. VARIABLE DE ESCALA DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA.	41
FIGURA 18. VARIABLE ESCALA DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA.	42
FIGURA 19. VARIABLE ESCALA DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA.	44
FIGURA 20. VARIABLE DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA.....	45
FIGURA 21. VARIABLE DE ESCALA DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA.	46
FIGURA 22. VARIABLE DE PUNTUACIÓN GLOBAL DE ESCALA DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA.....	47

LISTA DE ABREVIATURAS Y SÍMBOLOS

- **OMS:** Organización Mundial de la Salud
- **ONU:** Organización de las Naciones Unidas.
- **CNDH:** Comisión Nacional de los Derechos Humanos.
- **CEI:** Comité de Ética en Investigación.
- **COFEPRIS:** Comisión Federal para la Protección Riesgos Sanitarios.
- **LGS:** Ley General de Salud, marco legal que regula la investigación en salud en México.
- **CAT:** Committee Against Torture, comité de la ONU contra la tortura que aborda violencia en salud reproductiva.
- **cm:** Centímetro, unidad del sistema de longitud, equivalente a la centésima parte de un metro.

LISTA DE DEFINICIONES

- **Violencia obstétrica:** Conjunto de acciones y omisiones por parte del personal de salud que causan daño físico, psicológico o emocional a la mujer durante el embarazo, trabajo de parto o puerperio, incluyendo procedimientos sin consentimiento informado, trato deshumanizado y pérdida de autonomía.
- **Trabajo de parto:** Proceso fisiológico caracterizado por contracciones uterinas regulares que producen dilatación cervical progresiva y culminan con el nacimiento del feto y placenta.
- **Atención el trabajo de parto:** Intervenciones realizadas durante el proceso de parto para vigilar evolución materno fetal y resolver probables complicaciones.
- **Cesárea:** Procedimiento quirúrgico por el cual se logra extracción del producto mediante la realización de una incisión abdominal y uterina.
- **Analgesia obstétrica:** Métodos farmacológicos empleados para disminuir dolor durante el trabajo de parto.
- **Inducción del trabajo de parto:** Uso de medicamentos o procedimientos para lograr el inicio artificial de las contracciones uterinas, esto empleado cuando no se ha comenzado de manera espontánea.
- **Autonomía de la paciente:** Derecho de la mujer a tomar decisiones libres e informadas sobre los procedimientos que afectan su cuerpo y su proceso reproductivo.

- **Episiotomía:** Incisión en el perine para ampliar el canal de parto.
- **Maniobra de Kristeller:** Presión manual sobre fondo uterino en periodo expulsivo.
- **Dilatación cervical:** Apertura del cuello uterino medida en centímetros del 0-10 cm, durante el trabajo de parto, para la salida del producto.
- **Edad gestacional:** Número de semanas de embarazo al momento del parto.
- **Amniotomía:** Ruptura artificial de membranas realizada para acelerar o conducir el trabajo de parto.

DEDICATORIAS

El presente trabajo, esta dedicado con mucho cariño para las siguientes personas:

A mi mamá, por ser el corazón de mi vida y el ejemplo más grande de amor, fortaleza y entrega. Gracias por cada sacrificio, por tus palabras de aliento en los momentos difíciles y por enseñarme a nunca rendirme. Este logro lleva tu nombre en cada página, porque sin tu apoyo incondicional y tu confianza en mí, este camino no habría sido posible.

A mi papá, por su guía, impulso y motivación constate, gracias por enseñarme con el ejemplo de valor del trabajo, la responsabilidad y la perseverancia. Tu esfuerzo y tu fe en mis capacidades han sido la base sobre la cual hoy puedo alcanzar esta meta. Este logro también es tuyo.

A mi amada Gio, por acompañarme en cada etapa de este proceso con amor, paciencia y comprensión. Gracias por estar en los días largos y las noches de desvelo, por motivarme a seguir adelante cuando el cansancio aparecía y por ser mi apoyo incondicional. Tu presencia ha sido una fuente permanente de alegría y fortaleza.

A Miris por tu apoyo invaluable en la elaboración de esta tesis, gracias por compartir tu tiempo, tus conocimientos y tu dedicación para ayudarme a corregir antecedentes y dar estructura a este trabajo, tu ayuda fue fundamental para que este proyeco pudiera concretarse.

Y de manera muy especial, a mi abuelita Tere, quien partio el 1 de Enero 2026. Este logro está dedicado a su memoria, a su amor infinito y a todas las enseñanzas que dejó en mi vida. Aunque hoy no estés físicamente, sé que me acompañas en cada paso y en cada meta alcanzada. Gracias por creer en mí y por ser una inspiración eterna.

A todos, de corazón les agradezco su sacrificio silencioso, cada consejo y muestra de confianza y amor, gracias a ustedes se logro.

RECONOCIMIENTOS

Expreso mi más sincero agradecimiento a la Dra. Karla Krebs Larraga, directora de esta tesis, por su asesoría, orientación y valiosas observaciones durante la realización de esta tesis.

Reconocimiento y agradecimiento al, Dra. Úrsula Fabiola Medina Moreno, asesor metodológico, por su apoyo en el análisis estadístico de datos y valiosas aportaciones para esta investigación.

A los doctores integrantes del comité de sinodales, por su tiempo, observaciones y recomendaciones, las cuales contribuyeron a fortalecer la calidad científica de esta investigación.

A la Universidad Autónoma de San Luis Potosi y a la Facultad de Medicina por la formación académica y los recursos otorgados para mi completa formación como especialista.

Al Hospital de Alta Especialidad Dr. Ignacio Morones Prieto, por brindarme las facilidades necesarias para la realización de este proyecto. Así mismo por permitirme desarrollar mis habilidades quirúrgicas.

ANTECEDENTES

Atención preconcepcional.

La toma de decisiones compartida es un proceso que se lleva a cabo en conjunto entre el paciente y el profesional de la salud para la toma de decisiones, las cuales se realizan de manera informada, considerando los valores, preferencias y las circunstancias de la paciente; Esta etapa permite abordar aspectos fundamentales como planificación del embarazo, uso de anticonceptivos, control de enfermedades crónicas, abandono de sustancias nocivas y adherencia a intervenciones preventivas como vacunación y suplementación. Además de una adaptación cultural y personalizada de la consejería reproductiva, para dar un panorama de lo que la paciente desea en cuanto a una maternidad futura. (1)

Consultas de control prenatal.

En México, aproximadamente el 62.6% de las mujeres inician control prenatal de forma temprana y el 82.8% reciben cinco o más consultas, consideradas como mínimo adecuado. Por lo cual, se debería reforzar las acciones que incrementan de una forma sostenible la detección precoz del embarazo, el acceso y continuidad del control prenatal conforme a lineamientos clínicos, además de una suplementación adecuada con micronutrientes clave; todo esto debido a que, a pesar de que contamos con atención de parto universal, la cobertura del control prenatal continúa siendo insuficiente y desigual, por lo cual al reforzar este enfoque o acceso a la calidad del control prenatal en grupos vulnerable, se cubrirá una mayor población. (2)

La violencia obstétrica es descrita por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como toda aquella práctica irrespetuosa y ofensiva ejercida sobre la mujer durante el embarazo, el parto o el puerperio. Estas pueden manifestarse ya sea de manera física y/o psicológica, con procedimientos médicos sin consentimiento previo. (3)

A la par de las recomendaciones de la OMS, hay un amplio marco jurídico de leyes en México, así como tratados internacionales; como el artículo I de la Convención

Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la violencia contra la mujer (“Convención de Belém do Pará) “cualquier acción o conducta, basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado”. Así mismo, dicha convención establece que se debe prestar especial atención cuando la mujer sea objeto de violencia estando embarazada. (4)

Incidencia de violencia obstétrica mundial

La violencia obstétrica afecta aproximadamente un 59% de las mujeres durante el parto (IC 95%: 48-70%), de los cuales la más común es la atención sin consentimiento, con una incidencia del 37%. Donde encontramos que los factores asociados son la ausencia de un acompañante profesional en atención del parto, ya que su presencia reduce la probabilidad con un OR 0.4, un nivel de ingresos medios o altos asociado con menor riesgo OR 0.5, y el tipo de parto vaginal incrementa el riesgo con un OR 2.08. (5)

Incidencia de violencia obstétrica en México

La violencia obstétrica interactúa con variables sociales como género, educación, estado civil y contexto socioeconómico. Este tipo de violencia se practica en los servicios de salud, constituyendo una clara violación a los derechos humanos, por lo cual se hace mucho hincapié en estrategias que ayuden a prevenir y erradicar la violencia obstétrica en México, esto debido a que se reporta un 33.3% de mujeres que denuncian haber sufrido algún tipo de violencia en su último parto, del cual 23.6% reportaron abuso o violencia obstétrica física o psicológica, un 17.1% refirieron una tensión no consensuada, de procedimientos realizados sin su consentimiento informado. (6)

En hospitales públicos se ha documentado una prevalencia general de violencia obstétrica con un reporte de 58%, con violencia psicológica en el 36% de los casos, violencia física (tricotomía, tactos repetidos, amniotomía, uso de tocolíticos, episiotomía o cesárea sin consentimiento informado) en el 79%, y cesáreas no

justificadas en un 41%. Solo el 1% de las pacientes encuestadas reconocían el término "violencia obstétrica", lo que evidencia un déficit educativo en torno al tema. (7)

Internacionalmente la violencia contra la mujer es reconocida como una forma de discriminación, que les impide el goce de derechos humanos e igualdad de condiciones con los hombres en sus libertades fundamentales; la convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, establece la obligación de adoptar medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en espera de accesos a servicios de atención médica, de manera que se garantice el acceso a servicios apropiados con el embarazo, el parto y el postparto; esta misma determina las acciones o conductas que causan muerte daño o sufrimiento psicológico, físico o sexual a la mujer por su condición de género, en el ámbito de la salud reproductiva, constituyen formas de discriminación a la mujer.

El comité contra la tortura (CAT), organismo de la ONU compuesto por expertos independientes que supervisan la aplicación en la convención contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumano degradantes por parte de los estados partes; se ha pronunciado respecto a las situaciones en las que las mujeres corren riesgo de sufrir torturas o malos tratos, que incluyen privación de la libertad y el tratamiento médico particularmente, en caso de las decisiones relacionadas con la reproducción, como lo son estrategias abusivas como obtener la autorización para esterilizarles o colocarles un dispositivo intrauterino en el trabajo de parto, ya que se considera que la mujer se encuentra en situación vulnerable para dar su consentimiento informado, lo cual ellos definen como un extremo de la violencia obstétrica. (8)

En el marco jurídico de México, la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en el artículo 4, establece que toda persona tiene derecho a la salud y acceder a ella, así como, decidir de manera libre, responsable e informada su número de hijos y espaciamiento entre ellos; en este orden de ideas, es fundamental en todo momento mantener a la madre informada sobre su estado de salud, los procedimientos que le serán realizados, tal como enterarse del estado del infante, y asegurarse de que

cada procedimiento es realizado con consentimiento y total comprensión de esta. Las omisiones o actos que atenten contra los derechos reproductivos de la mujer, como la esterilización sin el debido consentimiento, constituyen actos que violan los derechos humanos a la salud y atención médica adecuada, a la igualdad, dignidad y todos aquellos derechos que la constitución reconozca. De igual manera, cuando se habla de una atención médica adecuada, nos referimos al trato digno, lo que significa que sin importar etnia, situación socioeconómica, nivel de estudios, raza, religión, etc., ninguna mujer deberá ser discriminada en ningún sentido, ya sea de forma física o verbal. (9)

En México, además de la constitución, hay diferentes ordenamientos que tipifican la violencia obstétrica, la penalizan y sancionan, así como otros que la regulan, como la Ley General de Salud, que determina en su artículo 3° fracc IV, la atención materno infantil, materia de salubridad general, y en el artículo 61 de este mismo ordenamiento que reconoce carácter prioritario mediante acciones específicas para atención a la mujer durante su embarazo, parto y puerperio, así como del recién nacido. (10)

En la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre sin Violencia, la cual reconoce los diferentes tipos de violencia a los cuales una mujer puede ser sometida, en su artículo 6° enumera cada una de ellas, en la fracción VII da a lugar a que será violencia cualquier acto que lesione o sea susceptible a dañar la dignidad, integridad o dignidad de las mujeres, al igual que, en su artículo 46 se determina qué obligaciones le corresponden a la Secretaría de Salud. (10)

Así como la Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres, define la perspectiva de género como una metodología y mecanismo que permite identificar, cuestionar y valorar la desigualdad, discriminación y la exclusión de las mujeres. La incorporación de la perspectiva de género en la medicina, en específico en el área obstétrica, nos proporciona un panorama más amplio en la relación con los diferentes efectos secundarios de medicamentos indicados, así como a la sintomatología que puede presentar una mujer ante diversas enfermedades. Al igual que, el tener un

personal del área de la salud capacitado en perspectiva de género, ayuda a la prevención de cometer acciones u omisiones que atenten contra la integridad, dignidad, seguridad de la paciente e incurrir en un acto de violencia, así como comprender que las diferencias sociales, económicas y culturales podrían influir en la experiencia del parto. En sí, al atender con perspectiva de género, se busca promover la humanización en la atención obstétrica con la finalidad de que la paciente reciba asistencia médica respetuosa, digna y personalizada de acuerdo a las necesidades individuales de la paciente. (11)

En obstetricia la perspectiva de género es importante, el cómo se relacionan el profesional de la salud y la paciente, dado que las acciones desarrolladas pueden significar experiencias positivas o negativas para quienes reciben la atención médica, dependiendo no solo de las competencias profesionales, sino también de cómo se relacione con la paciente, con el sistema en el que se desenvuelve y el equipo técnico y profesional que le acompaña.

Una mujer como usuaria de un sistema de salud, no solo necesita profesionales capacitados, sino que también requiere de empatía, que la hagan sentir segura y satisfecha con el servicio que recibe.

Escalas validadas.

En Chile se desarrolló y validó una escala de 14 ítems para medir la violencia obstétrica, con opciones de respuesta que van desde “no ocurrió” (1) hasta “ocurrió siempre” (5). Se consideró violencia obstétrica un puntaje total igual o mayor a 35. En su aplicación, el 58.9% de las mujeres reportaron haber vivido al menos un episodio de violencia obstétrica. Durante la aplicación de la escala, se encontró que dentro de las prácticas más asociadas se señala la prohibición de ingesta de alimentos, orden de permanecer acostada, uso de medicamentos que aceleran el trabajo de parto, tactos vaginales repetidos, maniobras de compresión uterina (Kristeller). (12)

Factores de riesgo.

Se encontró que las mujeres que asistieron a un programa de clases prenatales lograron identificar prácticas como violencia, debido a que estaban más informadas sobre sus derechos con un OR 1.56; la falta de adherencia a un plan establecido de parto, se asoció a una alta percepción de la paciente a maltrato con un OR 2.82; la administración de anestesia sin adecuada información o consentimiento puede influir de una manera negativa en el parto con OR 3.46; cesárea urgente debido a una falta de explicación o información lo que podría llevar a una preocupación emocional con un OR 3.34; episiotomía no consentidas llevan a una percepción de violencia física OR 3.34; ingreso del recién nacido a unidad neonatal que puede ser percibida como maltrato sin permitir el contacto con el bebé debido a la falta de explicación con un OR 2.73. (13)

Intervenciones.

Es necesario realizar capacitación del personal de salud para que realicen una comunicación centrada en la paciente como fomentar el espacio de diálogo abierto, promover el derecho a estar informadas y fortalecer la autonomía de las mujeres, para que de esta manera las pacientes perciban ser escuchadas en todo momento. Mejorar la infraestructura para las pacientes y de esta forma brindar privacidad física mediante el uso de habitaciones separadas, uso de cortinas durante las revisiones y partos, además de confidencialidad. Valorar la presencia de un acompañante para brindar apoyo emocional. Realizar pláticas sobre protocolos médicos y comunicación empática en situaciones críticas. Creación de mecanismos de retroalimentación institucional para poder visibilizar y corregir prácticas abusivas dentro de la institución. (14)

Importancia del reconocimiento y prevención de la violencia obstétrica

El reconocimiento de la violencia obstétrica como un problema de salud pública ha cobrado relevancia en los últimos años debido a su impacto en la salud física, psicológica y emocional de las mujeres. Diversos organismos internacionales han señalado que las prácticas irrespetuosas durante la atención del embarazo, parto y puerperio no solo vulneran los derechos humanos de las mujeres, sino que también

afectan la calidad de los servicios de salud y la confianza de la población en los sistemas sanitarios. En este sentido, la violencia obstétrica debe abordarse desde una perspectiva integral que contemple factores institucionales, sociales y culturales que influyen en la forma en que se brinda la atención materna. (18)

La evidencia científica ha demostrado que la existencia de prácticas de maltrato, negligencia o procedimientos realizados sin consentimiento informado puede generar consecuencias negativas en la experiencia del parto. Entre estas se encuentran el aumento de estrés, ansiedad y miedo durante el trabajo de parto, así como la aparición de trastornos psicológicos posteriores, como depresión posparto o estrés postraumático. Asimismo, cuando las mujeres perciben una atención deshumanizada o irrespetuosa, puede disminuir su disposición para acudir a controles prenatales o para buscar atención médica en futuros embarazos, lo que representa un riesgo para la salud materna y neonatal. (19)

Por otro lado, diversos estudios han señalado que la violencia obstétrica no debe analizarse únicamente como un problema individual relacionado con el comportamiento del personal de salud, sino también como una manifestación de desigualdades estructurales dentro de los sistemas de atención médica. Factores como la sobrecarga laboral del personal sanitario, la falta de recursos en las instituciones de salud, la insuficiente capacitación en comunicación y derechos humanos, así como las desigualdades sociales que afectan a las mujeres, pueden contribuir a la reproducción de prácticas que vulneran la dignidad de las pacientes. (19)

Ante esta problemática, se ha enfatizado la necesidad de fortalecer políticas públicas orientadas a garantizar una atención materna segura, digna y respetuosa. Entre las estrategias recomendadas se encuentran la capacitación continua del personal de salud en derechos humanos y perspectiva de género, la promoción del consentimiento informado en todos los procedimientos médicos, la participación activa de las mujeres en la toma de decisiones relacionadas con su atención y el establecimiento de mecanismos institucionales que permitan identificar, denunciar y prevenir situaciones de violencia obstétrica. (20)

En este contexto, resulta fundamental continuar generando evidencia científica que permita identificar la magnitud del problema, así como los factores asociados a la violencia obstétrica dentro de los servicios de salud. El análisis de estas variables permitirá desarrollar estrategias de intervención orientadas a mejorar la calidad de la atención obstétrica y garantizar el respeto a los derechos reproductivos de las mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio. (20)

JUSTIFICACION

Durante el control prenatal, se debe brindar información clara y sencilla sobre cómo es el trabajo de parto, debido a que muchas mujeres llegan al hospital sin saber qué esperar, lo cual genera confusión en un momento tan delicado. Esta falta de educación prenatal puede llegar a generar incertidumbre, ansiedad y una menor participación de las gestantes en la toma de decisiones relacionadas con su salud reproductiva.

Desde la perspectiva de la salud pública, los servicios de atención obstétrica deben incluir estrategias de educación prenatal que aborden las etapas del trabajo de parto, las opciones para el manejo del dolor, los criterios médicos para la realización de una cesárea y los derechos de las mujeres durante este proceso. Cuando las pacientes comprenden estas temáticas, se sienten más seguras y empoderadas, lo cual favorece un proceso de parto más positivo y respetado.

Garantizar el acceso equitativo a la información tiene implicaciones directas en la calidad de la atención obstétrica de las pacientes. En la evidencia encontramos que las mujeres informadas tienden a experimentar menores niveles de estrés, menor tasa de intervenciones no justificadas y mayor satisfacción con el proceso de parto. Por lo tanto, integrar la educación sobre el trabajo de parto en los protocolos de atención prenatal, no solo responde a un enfoque de derechos humanos, sino que también contribuye a mejorar los indicadores maternos y perinatales a nivel poblacional. En ese sentido, es fundamental que los servicios de salud incluyan estas charlas o espacios de orientación como parte de los controles prenatales, para que cada mujer pueda vivir su parto con más conocimiento, menos miedo y con el respeto que merece.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la relación entre la percepción de la salud obstétrica y los factores asociados durante el trabajo de parto en el Hospital de Alta Especialidad Dr. Ignacio Morones Prieto?

HIPOTESIS

Existe relación entre la percepción de salud obstétrica y otros factores asociados con la atención del trabajo de parto en el Hospital Regional de Alta Especialidad Dr. Ignacio Morones Prieto.

OBJETIVOS

- **Objetivos generales:**

Evaluar la relación entre la percepción de la salud obstétrica y factores asociados (edad, gestas, escolaridad, control prenatal, estado civil, experiencia previa) con la atención del trabajo de parto en el Hospital de Alta Especialidad Dr. Ignacio Morones Prieto.

- **Objetivos específicos:**

1.- Determinar factores demográficos y gineco-obstétricos (edad, gestas, escolaridad, control prenatal, estado civil, experiencia previa) en las pacientes embarazadas que acuden para finalización del embarazo en el HRAE Dr. Ignacio Morones Prieto.

2.- Determinar el puntaje de la escala de percepción de salud obstétrica.

3.- Analizar la relación entre los factores demográficos y gineco-obstétricos y el puntaje de percepción de salud obstétrica.

- **Objetivos secundarios:**

Determinar la frecuencia de la violencia obstétrica determinada por la escala de percepción de salud obstétrica.

Realizar la validación externa de la Escala de Violencia Obstétrica (versión adaptada cultural y lingüísticamente al contexto mexicano), mediante la aplicación piloto en una muestra de mujeres atendidas en el Hospital Regional de Alta

Especialidad Dr. Ignacio Morones Prieto, evaluando su confiabilidad, validez de contenido y comprensibilidad.”

SUJETOS Y METODOS

Diseño del estudio.

Transversal.

Metodología.

Lugar de realización: Área de consulta externa, tocoquirúrgica, quirófano de ginecología y obstetricia, piso de hospitalización de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional de Alta Especialidad “Dr. Ignacio Morones Prieto”.

Universo de estudio: Se seleccionarán a todas las gestantes que acuden para parto en el Hospital Regional de Alta Especialidad “Dr. Ignacio Morones Prieto”.

Criterios de selección:

- **Inclusión:**
 - Pacientes embarazadas que acuden para finalización del embarazo en el Hospital Regional de Alta Especialidad “Dr. Ignacio Morones Prieto”.
 - Pacientes de término (más de 37 semanas de gestación).
 - Pacientes entre 14-45 años.
 - Que acepten participar con firma de consentimiento informado.
- **Exclusión**
 - Pacientes con producto óbito.
 - Pacientes menores de 37 semanas de gestación.
 - Pacientes con productos con alteraciones estructurales.
 - Pacientes con enfermedades psiquiátricas.
 - Causas que dificultan la aplicación de la escala.
- **Eliminación**
 - Pacientes que revoquen la aplicación de la escala.

Variables en el estudio:

Dependiente				
Variable	Definición operacional	Valores posibles	Unidades	Tipo de variable
Percepción de salud obstétrica	Puntaje obtenido en la Escala de Salud Obstétrica	14 - 70	puntos	Cuantitativa continua
Independiente				
Edad materna	Edad cronológica de la mujer al momento del parto, reportada en años cumplidos	14 a 45 años	años	Cuantitativa continua
Número de gesta	Total de embarazos previos, incluyendo el actual	1 o más	conteos	Cuantitativa discreta
Control prenatal	Número total de consultas prenatales recibidas durante el embarazo actual	0 - ≥ 4	Consultas	Cuantitativa discreta
Años de escolaridad	Total de años cursados en educación formal	0 - ≥ 13	Años	Cuantitativa continua
Edo. Civil	Situación conyugal de la mujer al momento de la atención del parto	1= soltera, separada, viuda 2= casada, unión libre	NA	Cuantitativa dicotómica
Experiencia Previa	Percepción general de experiencias previas de parto	1= positiva 0= negativa	NA	Cuantitativa dicotómica

Variables de Control (confusoras)				
Variable	Definición operacional	Valores posibles	Unidades	Tipo de variable
Edad Gestacional	Número de semanas de gestación al momento del parto	28–42 semanas	Semanas	Cuantitativa discreta
Dilatación	Centímetros de dilatación reportados en la primera evaluación al ingreso hospitalario	0–10 cm	Centímetros	Cuantitativa discreta
Inducción de trabajo de parto	El trabajo de parto se inició mediante intervención médica farmacológica	1= Sí 2= No	NA	Cualitativa dicotómica
Analgesia obstétrica	Método principal de control del dolor utilizado durante el trabajo de parto	0=ninguna 1= Regional	NA	Cualitativa dicotómica
Comorbilidades	Existencia de condiciones médicas diagnosticadas antes o durante el embarazo	1= Sí 2= No	NA	Cualitativa dicotómica

Cuadro 1. Cuadro de variables investigadas en el protocolo de investigación

Pregunta PICO

Paciente	Intervención	Comparación	Resultado
Embarazadas que acudan para finalización del embarazo	Escalas de evaluación de violencia obstétrica	Factores demográficos y obstétricos	Percepción de salud obstétrica

Cuadro 2. Cuadro de pregunta PICO.

Plan de trabajo.

- Redacción y preparación del protocolo
- Aprobación del protocolo por el comité de ética e investigación del Hospital Central “Dr. Ignacio Morones Prieto”.
- Se evaluo que la paciente cumpla con los criterios de inclusión del protocolo de investigación.
- Se brindo consentimiento informado a paciente, previa explicación del mismo: se explico a la embarazada, en un lenguaje claro y accesible, el propósito de la investigación, el uso de la información recopilada, la voluntariedad de su participación y la confidencialidad de los datos. Una vez aclaradas sus dudas, se solicito la firma del consentimiento informado antes de iniciar la entrevista.
- Aplicación del cuestionario: se realizo la entrevista en un espacio privado dentro del Hospital de Alta Especialidad Dr. Ignacio Morones Prieto, evitando interrupciones y garantizando un ambiente cómodo y de confianza para la participante. El cuestionario fue aplicado de manera oral, con el investigador registrando las respuestas en el formato correspondiente, para facilitar la participación de mujeres con distintos niveles de escolaridad y minimizar posibles sesgos de autocompletado.
- Validación del instrumento de recolección de datos (cuestionario), incluyendo prueba piloto para evaluar su confiabilidad y validez.

- Registro y manejo de datos: codificar inmediatamente las respuestas para proteger la identidad de la participante y asegurar la confidencialidad de la información, conforme a las políticas institucionales y la Ley de Protección de Datos Personales.
- Control de calidad: revisar cada cuestionario al término de la entrevista para asegurar la integridad y completitud de la información recabada.
- Se seguirá a la paciente hasta finalización del embarazo.
- Preparación de base de datos, análisis estadístico y redacción de reporte final
- Presentación de resultados

Análisis estadístico.

Utilizando Rstudio en su última versión, considerando un nivel de significancia <0.05 y se realizarán los siguientes análisis:

- **Análisis de normalidad:** se evaluó mediante pruebas de Shapiro-Wilk y evaluación de la homogeneidad de las varianzas de Levene.
- **Análisis descriptivo:** Se **calcularon** medidas de tendencia central (media, mediana) y dispersión (desviación estándar, rango intercuartílico) para las variables cuantitativas: edad materna, número de gestas, número de consultas prenatales, años de escolaridad y puntaje total en la Escala de Percepción de Salud Obstétrica. Para las variables categóricas (estado civil, experiencia obstétrica previa), se presentarán frecuencias absolutas y relativas.
- **Análisis inferencial:** mediante análisis de selección escalonada se determinó el mejor modelo a partir de la significancia estadística de cada coeficiente (β_i) y se calculó el R^2 ajustado como medida de la proporción de varianza explicada por el modelo.

Aspectos éticos

Investigación sin riesgo.

Investigación con riesgo mínimo.

Investigación con riesgo mayor al mínimo.

El presente protocolo se realizó de acuerdo con los lineamientos del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación. Con respecto al grado de riesgo, de acuerdo con el artículo 17 del Reglamento, el presente estudio se clasifica dentro de la categoría de investigación con riesgo mínimo, ya que se aplicó el cuestionario de una escala validada para determinar la percepción de la salud obstétrica durante la atención del trabajo de parto. También se consideró lo establecido en la Declaración de Helsinki y los principios éticos de no maleficencia, beneficencia, autonomía y justicia. Se protegió la confidencialidad y privacidad de la información sensible. Todos los procedimientos se realizaron bajo consentimiento informado cumpliendo con lo establecido en el artículo 21 del Reglamento de la LGS en materia de Investigación. El protocolo de investigación se sometió al Comité de Investigación y Ética del Hospital Regional de Alta Especialidad “Dr. Ignacio Morones Prieto”.

RESULTADOS

En lo que respecta al análisis de normalidad, se evidenció que todas las variables evaluadas presentaron desviación significativa en los residuos (prueba de Shapiro-Wilk $p < 0.001$ en ED, SCOL, GESTA, PAR, CES, AB, DILT, UNO, DOS, TRE, CIN, SEI, ONC, DOC, TREC, CAT y TOT).

La homogeneidad de varianzas fue aceptable (Levene $p > 0.05$ en la mayoría), con excepciones para TREC ($p = 0.01$) y GESTA ($p = 0.05$), sugiriendo heterocedasticidad o límite de significancia en estos casos. En consecuencia, se determinó el uso de pruebas no paramétricas, específicamente Wilcoxon.

Variable	P_Shapiro_Resid	P_Levene	Prueba Estadística
ED	<0.001*	0.71	Wilcoxon Test
SCOL	<0.001*	0.12	Wilcoxon Test
GESTA	<0.001*	0.05	Wilcoxon Test
PAR	<0.001*	0.26	Wilcoxon Test
CES	<0.001*	0.95	Wilcoxon Test
AB	<0.001*	1	Wilcoxon Test
DILT	<0.001*	0.96	Wilcoxon Test
UNO	<0.001*	0.74	Wilcoxon Test
DOS	<0.001*	0.2	Wilcoxon Test
TRE	<0.001*	0.69	Wilcoxon Test
CIN	<0.001*	0.74	Wilcoxon Test
SEI	<0.001*	0.58	Wilcoxon Test
ONC	<0.001*	0.74	Wilcoxon Test
DOC	<0.001*	0.58	Wilcoxon Test
TREC	<0.001*	0.01	Wilcoxon Test
CAT	<0.001*	0.08	Wilcoxon Test
TOT	<0.001*	0.23	Wilcoxon Test

Cuadro 3. Análisis de normalidad de las variables del estudio.

Durante el periodo de inclusión del mes Agosto 2025 a mes Enero de 2026, se evaluaron 106 registros para elegibilidad. La totalidad de los registros (n=106) se incluyó en el análisis. Posteriormente, la cohorte se dividió de acuerdo con el control prenatal (CTLP) en dos grupos: sin control prenatal (CTLP=0; 11%) y con control prenatal (CTLP=1; 89%). Ambos grupos fueron considerados para el análisis final (total analizado n=106).

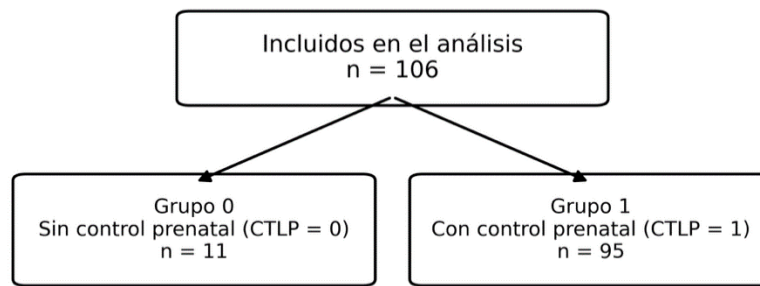


Figura 1. Diagrama de flujo de la población del estudio

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

Edad (años): La mediana en la población total fue de 26. Al comparar grupos, el grupo 0 mostró una mediana menor (21 vs 26 en el grupo 1), con tendencia a diferencia sin alcanzar significación estadística ($p=0.065$).

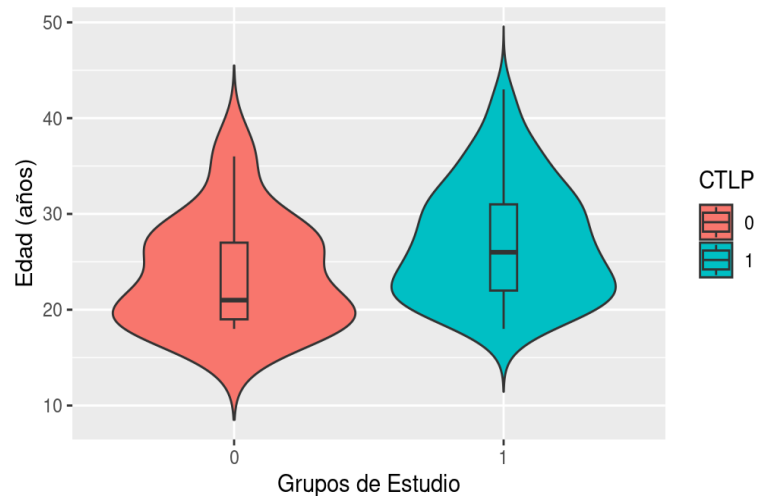


Figura 2. Características Sociodemográficas

Estado civil: Predominó la categoría 2 (99% del total). La distribución fue prácticamente idéntica entre grupos ($p>0.99$).

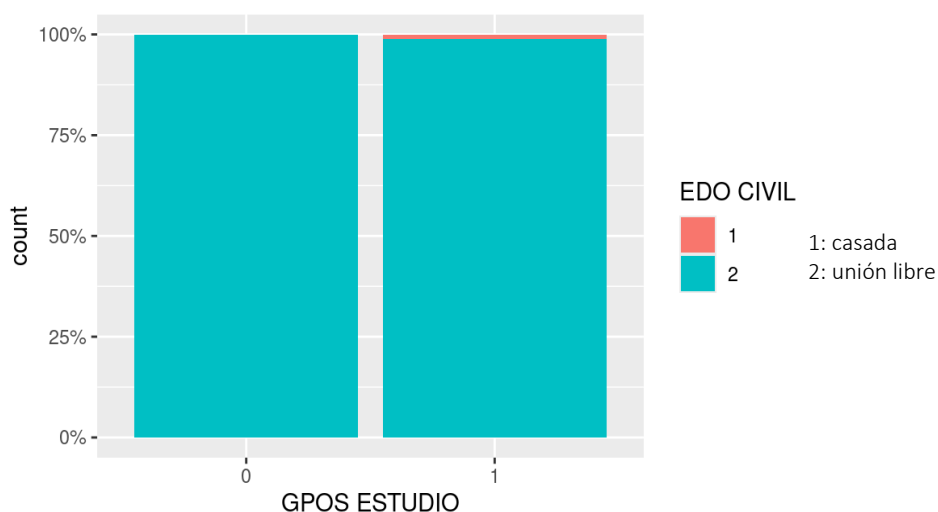


Figura 3. Variable Estado Civil

VARIABLES	TOTAL	0 (Sin Control Prenatal)	1 (Control Prenatal)	p-value ²
	N = 106 ¹	N = 11 ¹	N = 95 ¹	
EDAD				0.065
Median (Min, Max)	26.0 (18.0, 43.0)	21.0 (18.0, 36.0)	26.0 (18.0, 43.0)	
ESTADO CIVIL				>0.99
1	1 (0.9%)	0 (0%)	1 (1.1%)	
2	105 (99%)	11 (100%)	94 (99%)	
1 n (%)				
2 Wilcoxon rank sum test; Fisher's exact test; Pearson's Chi-squared test				

Cuadro 4. Características de variables de estado civil.

Escolaridad (años): La mediana global fue de 9. En la comparación, el grupo 0 presentó menor escolaridad (mediana 6 vs 9 en grupo 1), como tendencia ($p=0.08$).

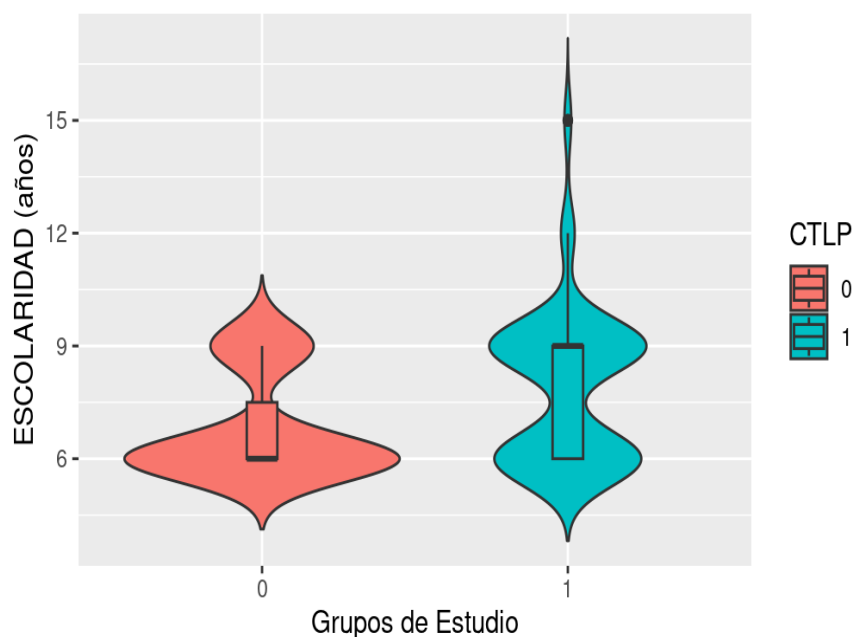


Figura 4. Variable escolaridad

VARIABLES	TOTAL	0 (Sin Control Prenatal)	1 (Control Prenatal)	p-value ²
	N = 106 ¹	N = 11 ¹	N = 95 ¹	
ESCOLARIDAD				0.08
Median [Min, Max]	9.00 [6.00, 15.0]	6.00 [6.00, 9.00]	9.00 [6.00, 15.0]	
1 n (%)				
2 Wilcoxon rank sum test; Fisher's exact test; Pearson's Chi-squared test				

Cuadro 5. Características de variable de escolaridad.

Gesta: La mediana global fue de 2. No se identificaron diferencias relevantes entre grupos (valores centrales similares), con tendencia no significativa ($p=0.08$).

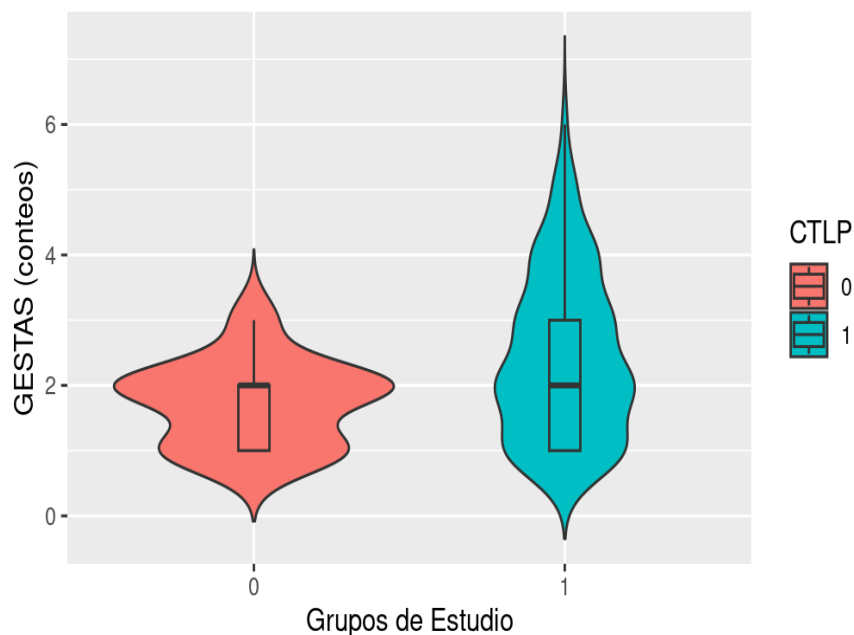


Figura 5. Variable de Gestas

VARIABLES	TOTAL	0 (Sin Control Prenatal)	1 (Control Prenatal)	p-value ²
	N = 106 ¹	N = 11 ¹	N = 95 ¹	
GESTA				0.08
Median [Min, Max]	2.00 [1.00, 6.00]	2.00 [1.00, 3.00]	2.00 [1.00, 6.00]	
¹ n (%)				
² Wilcoxon rank sum test; Fisher's exact test; Pearson's Chi-squared test				

Cuadro 6. Cuadro de variables de gesta

Partos (antecedente): La categoría más frecuente fue con antecedente de partos (70% del total). Entre grupos, el grupo 0 concentró una mayor proporción sin antecedente (55% vs 27% en grupo 1), como tendencia ($p=0.084$).

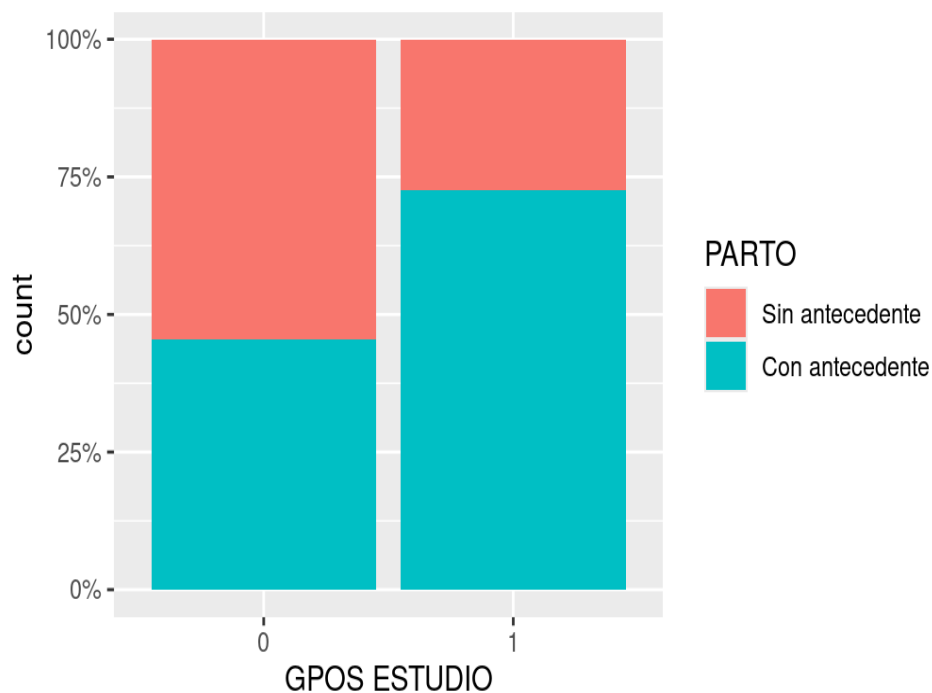


Figura 6. Variable de Antecedentes de Parto.

Número de partos: La mediana global fue de 1. El grupo 0 tuvo menor paridad (mediana 0 vs 1 en grupo 1), con diferencia en el límite de significación ($p=0.05$).

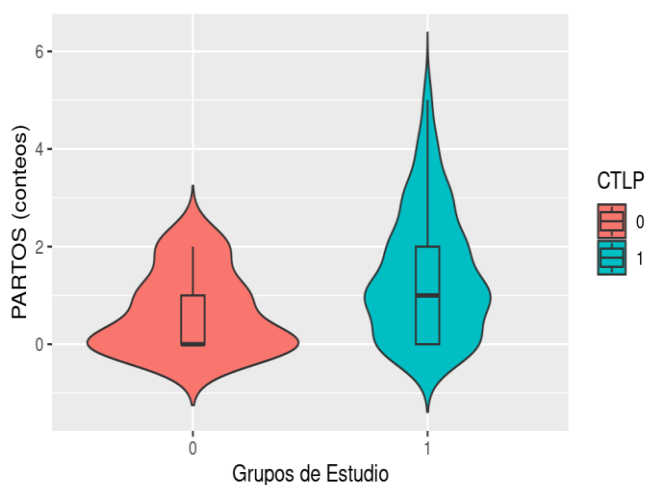


Figura 7. Variable de Número de Partos

VARIABLES	TOTAL	0 (Sin Control Prenatal)	1 (Control Prenatal)	p-value ²
	N = 106 ¹	N = 11 ¹	N = 95 ¹	
PARTOS				0.084
Sin antecedente	32 (30%)	6 (55%)	26 (27%)	
Con antecedente	74 (70%)	5 (45%)	69 (73%)	
NÚM PARTOS				0.05
Mean (SD)	1.34 (1.26)	0.636 (0.809)	1.42 (1.28)	
Median [Min, Max]	1.00 [0, 5.00]	0 [0, 2.00]	1.00 [0, 5.00]	
¹ n (%)				
² Wilcoxon rank sum test; Fisher's exact test; Pearson's Chi-squared test				

Cuadro 7. Cuadro de variables de parto

Cesáreas (antecedente): En el total predominó sin antecedente de cesárea (52%, proporción muy cercana a la categoría “con”). No hubo diferencias destacables entre grupos (p=0.65).

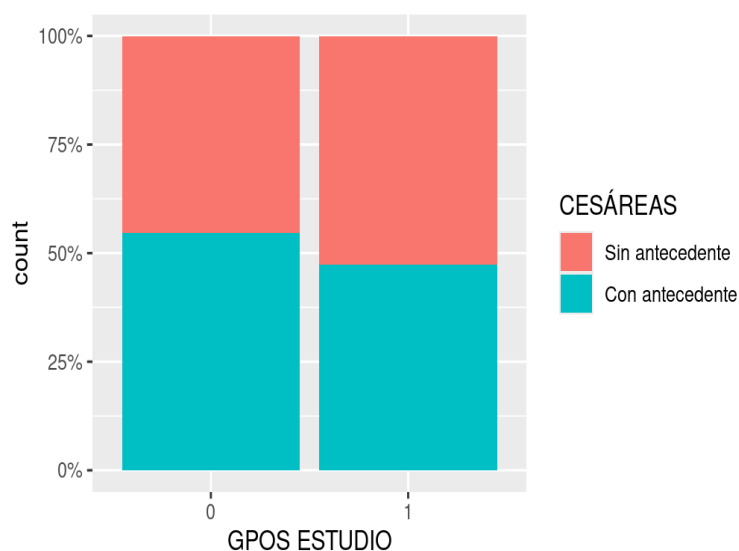


Figura 8. Variable de Antecedentes de Cesáreas.

Número de cesáreas: La mediana global fue de 0. La comparación entre grupos no mostró diferencias relevantes ($p=0.66$).

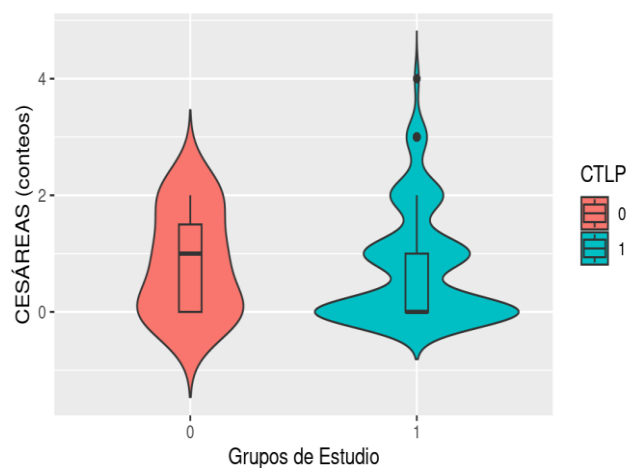


Figura 9. Variable de Número de Cesáreas.

VARIABLES	TOTAL	0 (Sin Control Prenatal)	1 (Control Prenatal)	p-value ²
	N = 106 ¹	N = 11 ¹	N = 95 ¹	
CESAREAS				0.65
Sin antecedente	55 (52%)	5 (45%)	50 (53%)	
Con antecedente	51 (48%)	6 (55%)	45 (47%)	
NÚM CESÁREAS				0.66
Mean (SD)	0.755 (0.944)	0.818 (0.874)	0.747 (0.956)	
Median [Min, Max]	0 [0, 4.00]	1.00 [0, 2.00]	0 [0, 4.00]	
¹ n (%)				
² Wilcoxon rank sum test; Fisher's exact test; Pearson's Chi-squared test				

Cuadro 8. Cuadro de Variable de Cesáreas.

Abortos (antecedente): Predominó sin antecedente de aborto (80% del total). La distribución fue comparable entre grupos ($p=0.45$).

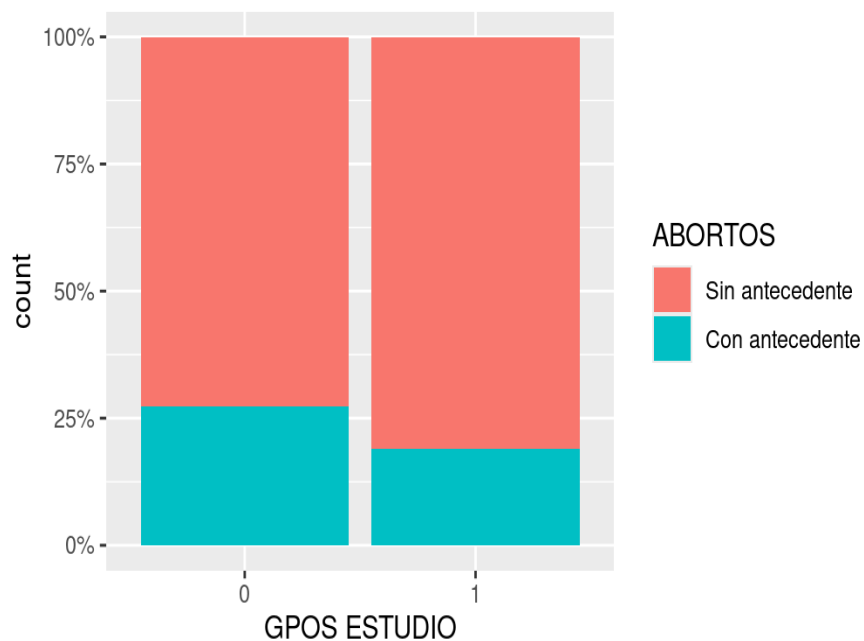


Figura 10. Variable de Antecedente de Abortos.

Número de abortos: La mediana global fue de 0. No se observaron diferencias relevantes entre grupos ($p=0.61$).

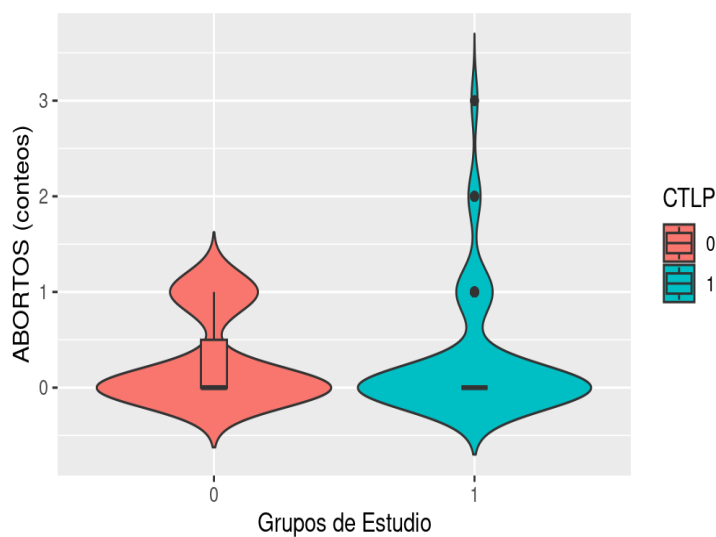


Figura 11. Variable de Número de Abortos.

VARIABLES	TOTAL	0 (Sin Control Prenatal)	1 (Control Prenatal)	p-value ²
	N = 106 ¹	N = 11 ¹	N = 95 ¹	
ABORTOS				0.45
Sin antecedente	85 (80%)	8 (73%)	77 (81%)	
Con antecedente	21 (20%)	3 (27%)	18 (19%)	
NÚM ABORTOS				0.61
Mean (SD)	0.274 (0.625)	0.273 (0.467)	0.274 (0.643)	
Median [Min, Max]	0 [0, 3.00]	0 [0, 1.00]	0 [0, 3.00]	
¹ n (%)				
² Wilcoxon rank sum test; Fisher's exact test; Pearson's Chi-squared test				

Cuadro 9. Cuadro de Variables de Abortos.

Comorbilidades: La categoría más frecuente fue sin comorbilidades (69% del total). El grupo 1 presentó mayor proporción con comorbilidades (34% vs 9.1% en grupo 0), sin significación (p=0.17).

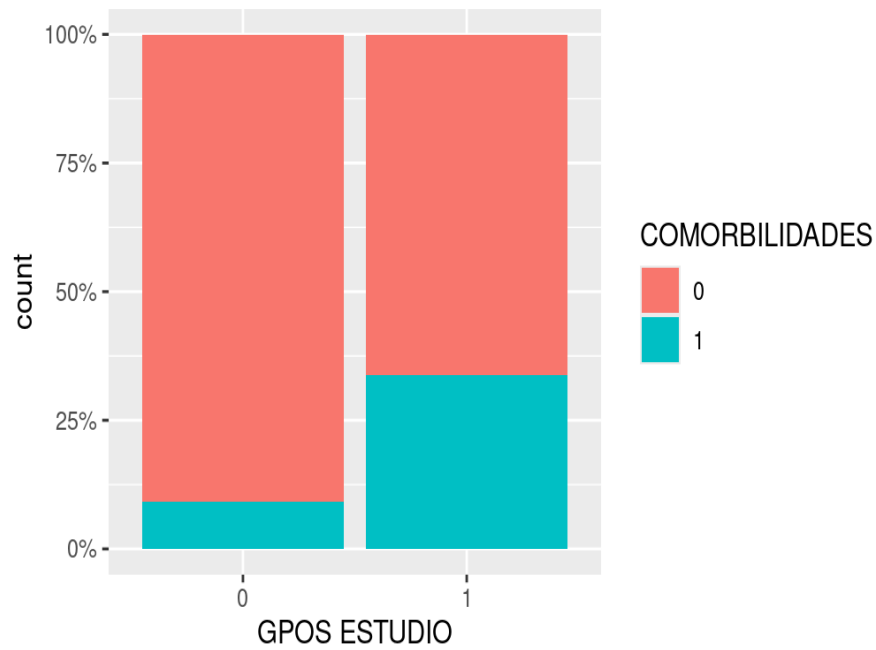


Figura 12. Variables de Comorbilidades.

VARIABLES	TOTAL	0 (Sin Control Prenatal)	1 (Control Prenatal)	p-value ²
	N = 106 ¹	N = 11 ¹	N = 95 ¹	
COMORBILIDADES				0.17
0	73 (69%)	10 (91%)	63 (66%)	
1	33 (31%)	1 (9.1%)	32 (34%)	
¹ n (%)				
² Wilcoxon rank sum test; Fisher's exact test; Pearson's Chi-squared test				

Cuadro 10. Cuadro de variable de Comorbilidades.

Dilatación (cm): La mediana global fue de 3. El grupo 0 mostró una mediana ligeramente mayor (4 vs 3), sin diferencia estadísticamente significativa (p=0.31).

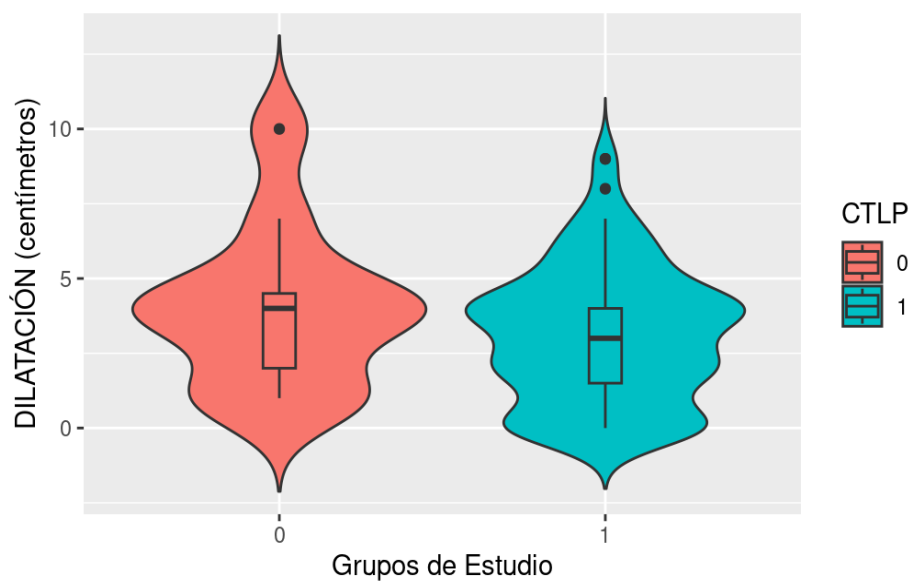


Figura 13. Variable de Dilatación.

VARIABLES	TOTAL	0 (Sin Control Prenatal)	1 (Control Prenatal)	p-value ²
	N = 106 ¹	N = 11 ¹	N = 95 ¹	
DILATACIÓN				0.31
Mean (SD)	3.19 (2.31)	4.00 (2.72)	3.09 (2.26)	
Median (Min, Max)	3.00 (0.00, 10.00)	4.00 (1.00, 10.00)	3.00 (0.00, 9.00)	
¹ n (%)				
² Wilcoxon rank sum test; Fisher's exact test; Pearson's Chi-squared test				

Cuadro 11. Cuadro de variables de Dilatación.

Inducción de trabajo de parto: Predominó sin inducción (78% del total). En el grupo 0 no hubo inducciones (100% sin inducción) frente al 24% con inducción en el grupo 1, sin significación ($p=0.12$).

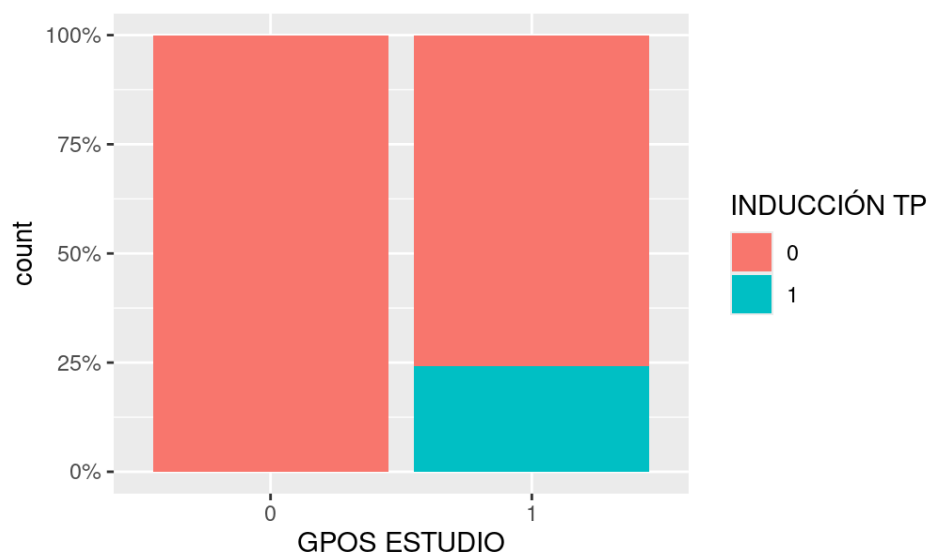


Figura 14. Variables de Inducción de trabajo de parto.

VARIABLES	TOTAL	0 (Sin Control Prenatal)	1 (Control Prenatal)	p-value ²
	N = 106 ¹	N = 11 ¹	N = 95 ¹	
INDUCCIÓN DE TRABAJO DE PARTO				0.12
0	83 (78%)	11 (100%)	72 (76%)	
1	23 (22%)	0 (0%)	23 (24%)	
¹ n (%)				
² Wilcoxon rank sum test; Fisher's exact test; Pearson's Chi-squared test				

Cuadro 12. Cuadro de variable de inducción de parto.

Analgesia obstétrica: Predominó con analgesia (92% del total). No hubo diferencias entre grupos ($p>0.99$)

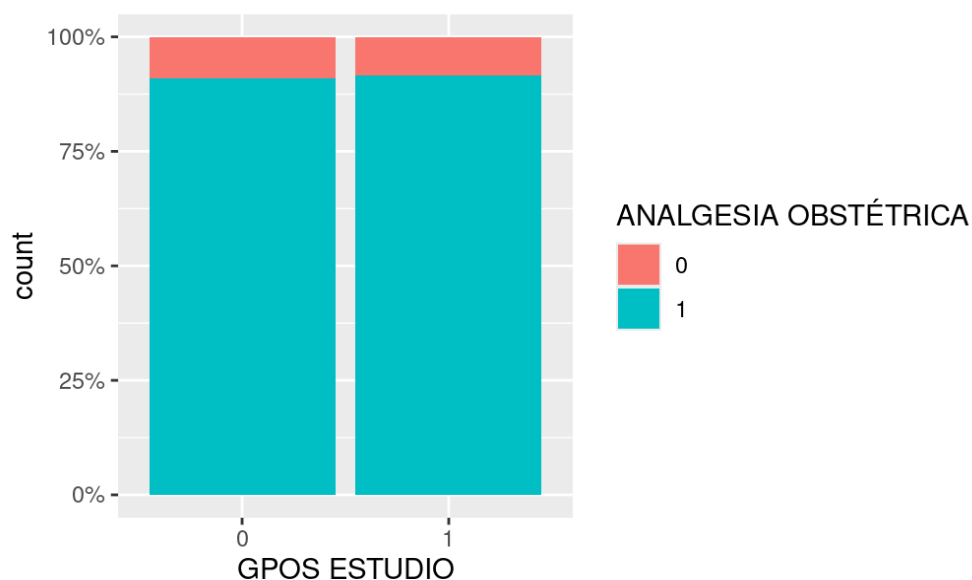


Figura 15. Variables de Analgesia obstétrica.

VARIABLES	TOTAL	0 (Sin Control Prenatal)	1 (Control Prenatal)	p-value ²
	N = 106 ¹	N = 11 ¹	N = 95 ¹	
ANALGESIA OBSTETRICA				>0.99
0	9 (8.5%)	1 (9.1%)	8 (8.4%)	
1	97 (92%)	10 (91%)	87 (92%)	
¹ n (%)				
² Wilcoxon rank sum test; Fisher's exact test; Pearson's Chi-squared test				

Cuadro 13. Cuadro de variable de Analgesia Obstétrica.

EXP: Predominó la categoría 1 (69% del total). La distribución por categorías fue similar entre grupos (p=0.8).

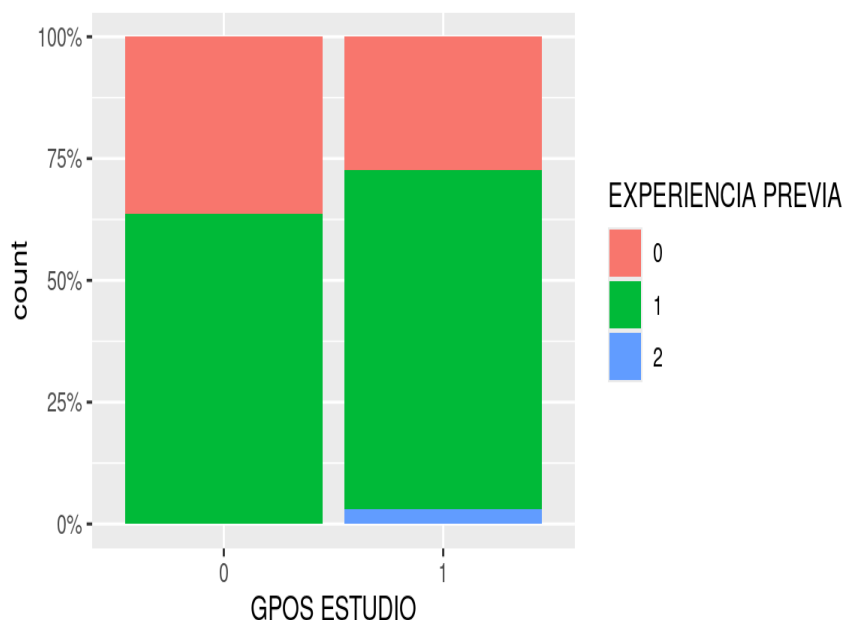


Figura 16. Variable de Experiencia Previa.

VARIABLES	TOTAL	0 (Sin Control Prenatal)	1 (Control Prenatal)	p-value ²
	N = 106 ¹	N = 11 ¹	N = 95 ¹	
EXP				0.8
0	30 (28%)	4 (36%)	26 (27%)	
1	73 (69%)	7 (64%)	66 (69%)	
2	3 (2.8%)	0 (0%)	3 (3.2%)	
¹ n (%)				
² Wilcoxon rank sum test; Fisher's exact test; Pearson's Chi-squared test				

Cuadro 14. Cuadro de variable de Experiencia Previa.

Para responder el objetivo general se aplicó la Escala de violencia obstétrica, observando que los reactivos de la escala mostraron una concentración de puntajes en 0 (mediana=0 en la mayoría), lo que sugiere baja frecuencia de experiencias reportadas.

UNO (Ítem 1: restricción de movimiento/posición sin explicación médica).

En la muestra total se observó mediana=0 (rango 0–2), lo que indica ausencia del evento en la mayoría. En la comparación por CTLP, ambos grupos mantuvieron mediana=0, sin diferencia estadísticamente significativa ($p=0.76$).

DOS (Ítem 2: monitoreo fetal continuo sin explicación ni consentimiento).

El puntaje global mostró mediana=0 (0–5), con baja frecuencia general. El grupo CTLP=0 presentó una tendencia a valores mayores (media 0.455 vs 0.158), pero sin evidencia de diferencia entre grupos ($p=0.21$).

TRE (Ítem 3: uso de fármacos para inducir/acelerar el parto sin explicar efectos ni solicitar autorización).

Se identificó mediana=0 (0–5) en la población total y en ambos grupos, lo que sugiere reporte poco frecuente del evento; la comparación no mostró diferencia significativa ($p=0.64$).

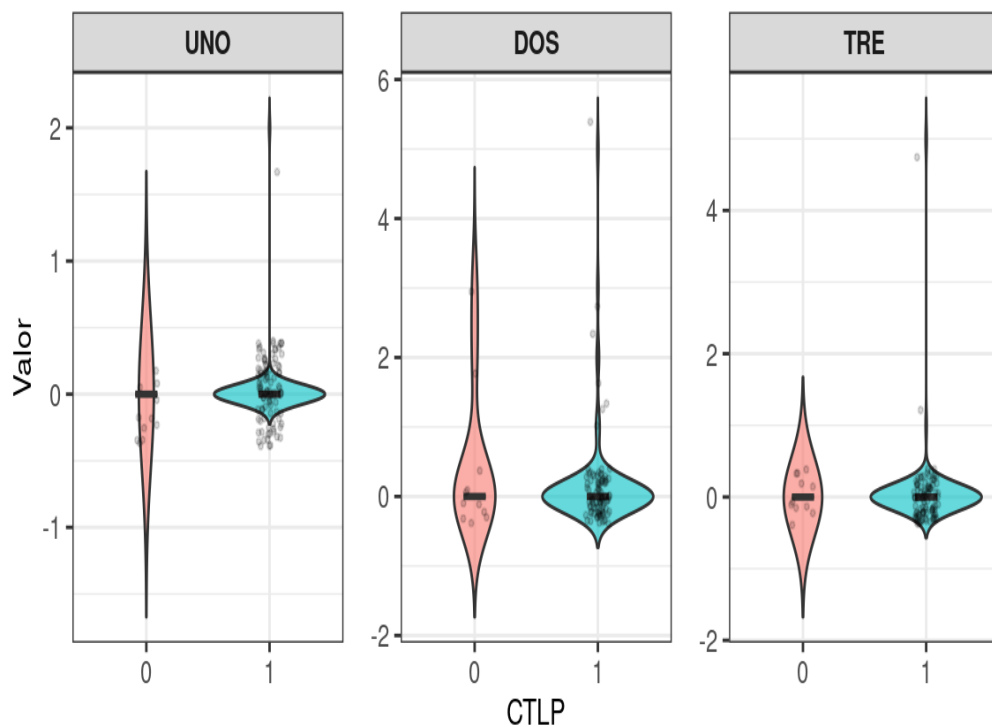


Figura 17. Variable de Escala de Violencia Obstétrica.

VARIABLES	TOTAL	0 (Sin Control Prenatal)	1 (Control Prenatal)	p-value ²
	(N=106)	(N=11)	(N=95)	
UNO				0.76
Median [Min, Max]	0 [0, 2.00]	0 [0, 0]	0 [0, 2.00]	
DOS				0.21
Median [Min, Max]	0 [0, 5.00]	0 [0, 3.00]	0 [0, 5.00]	
TRE				0.64
Median [Min, Max]	0 [0, 5.00]	0 [0, 0]	0 [0, 5.00]	
¹ n (%)				
² Wilcoxon rank sum test;				

Cuadro 15. Cuadro Variable de Escala de Violencia Obstétrica.

CUA (Ítem 4: maniobra de Kristeller sin explicación ni permiso).

El reactivo “Al momento del parto, el personal presionó mi abdomen fuertemente (maniobra de Kristeller) sin darme explicación ni solicitar mi permiso” presentó ausencia total de variabilidad: mediana=0 [0–0] en la cohorte total y en ambos grupos. En consecuencia, la comparación fue no estimable (NS), lo que sugiere no reporte del evento en la muestra analizada.

CIN (Ítem 5: episiotomía rutinaria sin explicar ni pedir consentimiento).

En el reactivo “Me realizaron una episiotomía de forma rutinaria, sin explicarme por qué y sin pedirme consentimiento”, la cohorte total mostró mediana=0 [0–1], compatible con baja frecuencia del evento. Por grupos, sin diferencias estadísticamente significativas (Wilcoxon $p=0.76$).

SEI (Ítem 6: tactos vaginales sin informar previamente ni autorización).

Para el reactivo “Me hicieron varios tactos vaginales sin informarme previamente ni pedir mi autorización”, se observó mediana=0 en la población total (0–3) y en ambos grupos. Por lo que no se evidenció diferencias ($p=0.56$), indicando comportamiento comparable del reactivo según CTLP.

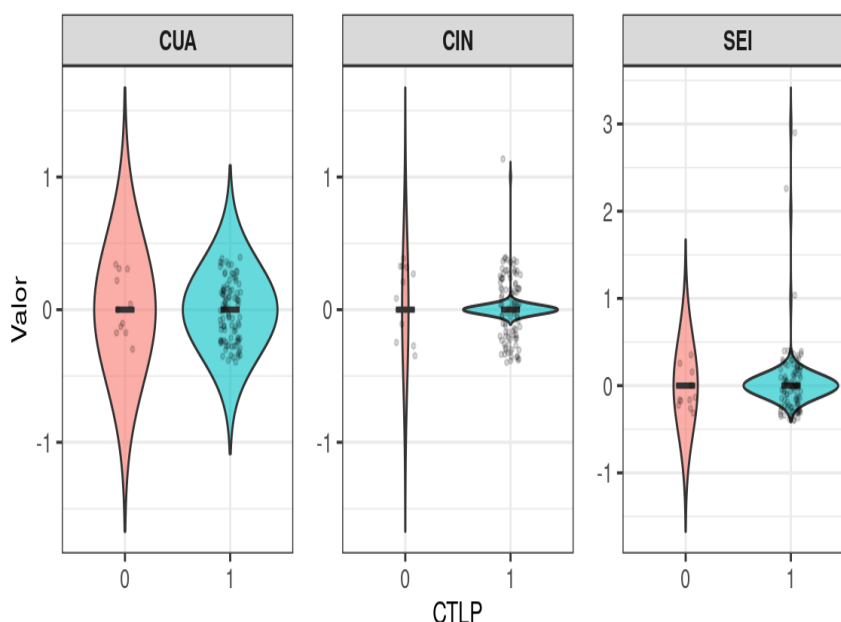


Figura 18. Variable Escala de Violencia Obstétrica.

VARIABLES	TOTAL	0 (Sin Control Prenatal)	1 (Control Prenatal)	p-value ²
	(N=106)	(N=11)	(N=95)	
CUA				NS
Median [Min, Max]	0 [0, 0]	0 [0, 0]	0 [0, 0]	
CIN				0.76
Median [Min, Max]	0 [0, 1.00]	0 [0, 0]	0 [0, 1.00]	
SEI				0.56
Median [Min, Max]	0 [0, 3.00]	0 [0, 0]	0 [0, 3.00]	
¹ n (%)				
² Wilcoxon rank sum test;				

Cuadro 16. Cuadro Variable Escala de Violencia Obstétrica.

En los reactivos 7–9 de la Escala de Violencia Obstétrica, “me negaron tomar líquidos o alimentos sin explicarme la razón” (SIE), “me realizaron rasurado genital sin consentimiento ni explicación” (OCH) y “me rompieron la fuente (ruptura artificial de membranas) sin avisarme ni explicarme por qué” (NUE), se observó ausencia total de eventos reportados en la cohorte analizada.

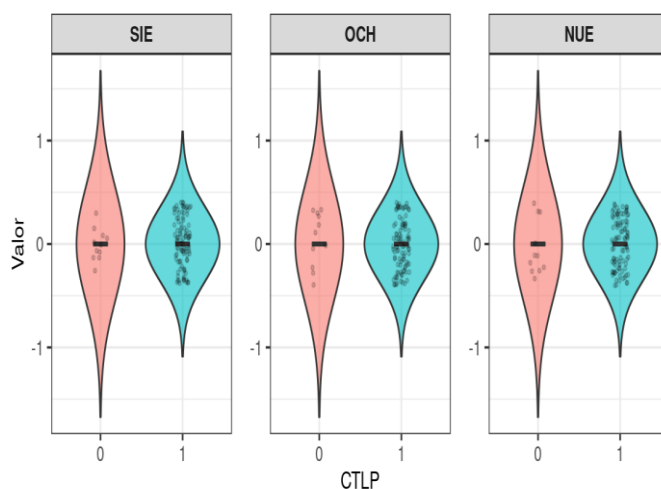


Figura 19. Variable Escala de Violencia Obstétrica.

VARIABLES	TOTAL (N=106)	0 (Sin Control Prenatal) (N=11)	1 (Control Prenatal) (N=95)	p- value ²
SIE				NS
Median [Min, Max]	0 [0, 0]	0 [0, 0]	0 [0, 0]	
OCH				NS
Median [Min, Max]	0 [0, 0]	0 [0, 0]	0 [0, 0]	
NUE				NS
Median [Min, Max]	0 [0, 0]	0 [0, 0]	0 [0, 0]	
¹ n (%)				
² Wilcoxon rank sum test;				

Cuadro 17. Cuadro de Escalar de Violencia Obstétrica.

En los reactivos 10–12 de la Escala de Violencia Obstétrica “me practicaron un legrado o aspiración uterina sin anestesia suficiente ni consentimiento informado” (DIE), “el personal no respetó mi plan de parto” (ONC) y “me administraron medicamentos o inyecciones sin explicarme para qué eran ni pedirme autorización” (DOC) se observó, en general, baja frecuencia de eventos. El ítem DIE presentó ausencia total de variabilidad. Para ONC y DOC, se observó mediana=0, con rangos máximos bajos (ONC: 0–1; DOC: 0–2), sin diferencias estadísticamente significativas.

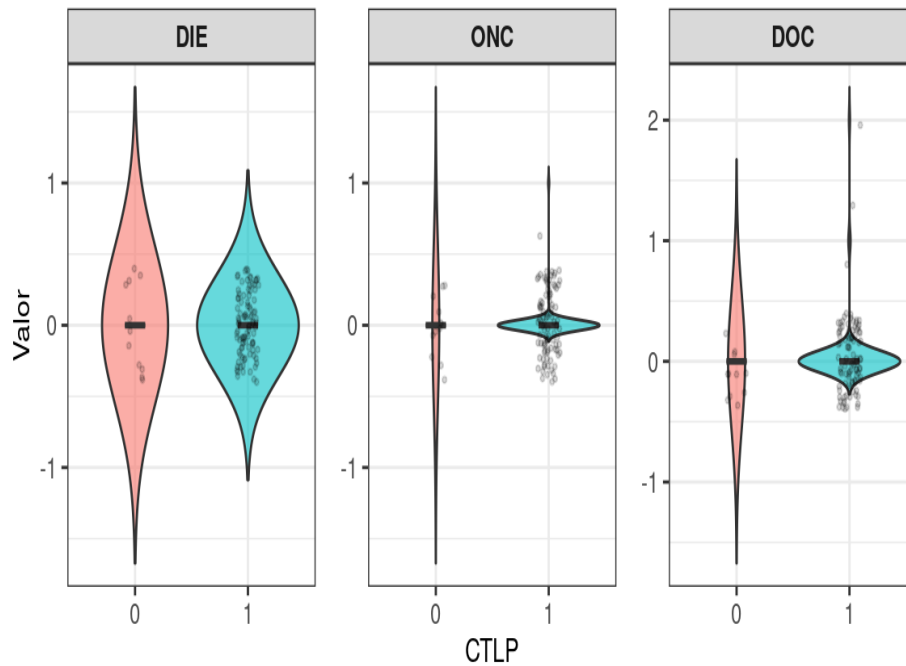


Figura 20. Variable de Violencia Obstétrica.

VARIABLES	TOTAL	0 (Sin Control Prenatal)	1 (Control Prenatal)	p-value ²
	(N=106)	(N=11)	(N=95)	
DIE				NS
Median [Min, Max]	0 [0, 0]	0 [0, 0]	0 [0, 0]	
ONC				0.76
Median [Min, Max]	0 [0, 1.00]	0 [0, 0]	0 [0, 1.00]	
DOC				0.56
Median [Min, Max]	0 [0, 2.00]	0 [0, 0]	0 [0, 2.00]	
¹ n (%)				
² Wilcoxon rank sum test;				

Cuadro 18. Cuadro de Escala de Violencia Obstétrica.

En los reactivos 13–14 de la Escala de Violencia Obstétrica, “me obligaron a permanecer acostada o inmóvil, sin indicaciones médicas justificadas ni explicaciones” (TREC) y “durante la atención, sentí trato brusco, doloroso o con uso de fuerza innecesaria, sin cuidado ni empatía” (CAT), se observó una mediana de 0 en la cohorte total, con presencia de valores máximos hasta 3. Lo anterior, sugiere que estos eventos fueron infrecuentes, aunque reportados por una proporción minoritaria.

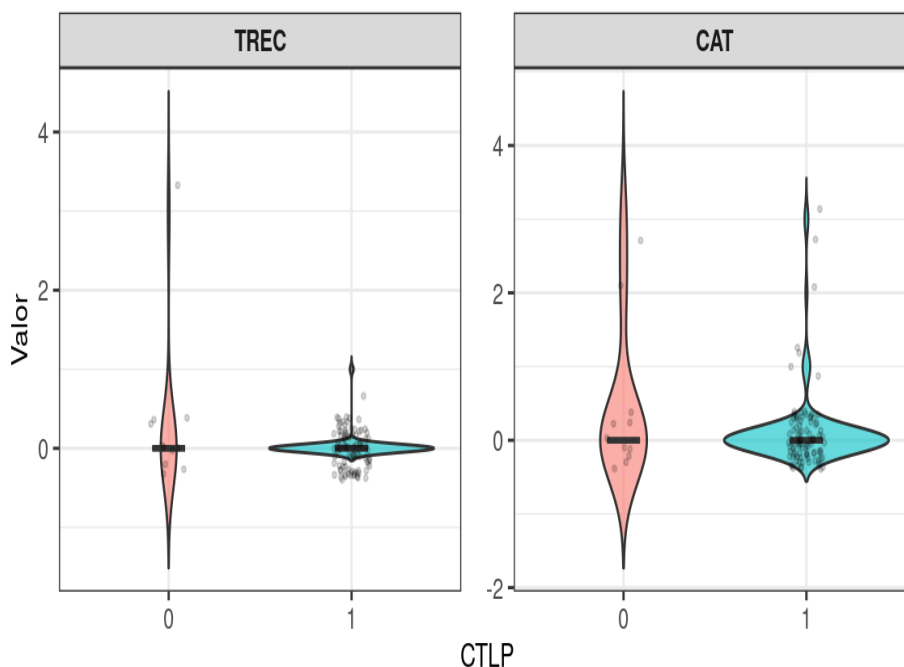


Figura 21. Variable de Escala de Violencia Obstétrica.

VARIABLES	TOTAL	0 (Sin Control Prenatal)	1 (Control Prenatal)	p-value2
	(N=106)	(N=11)	(N=95)	
TREC				0.18
Median [Min, Max]	0 [0, 3.00]	0 [0, 3.00]	0 [0, 1.00]	
CAT				0.2
Median [Min, Max]	0 [0, 3.00]	0 [0, 3.00]	0 [0, 3.00]	

¹ n (%)
² Wilcoxon rank sum test;

Cuadro 19. Cuadro de Variable de Escala de Violencia Obstétrica.

Puntuación total (TOT) Escala de Violencia Obstétrica.

En la cohorte total, la puntuación global fue baja, con mediana=0 (rango 0–14), lo que indica concentración de respuestas en ausencia de eventos y un subgrupo reducido con puntajes mayores. Por grupos, CTLP=0 (sin control prenatal; n=11) mostró mediana=0 (0–6) y CTLP=1 (con control prenatal; n=95) mediana=0 (0–14), sin diferencias estadísticamente significativas.

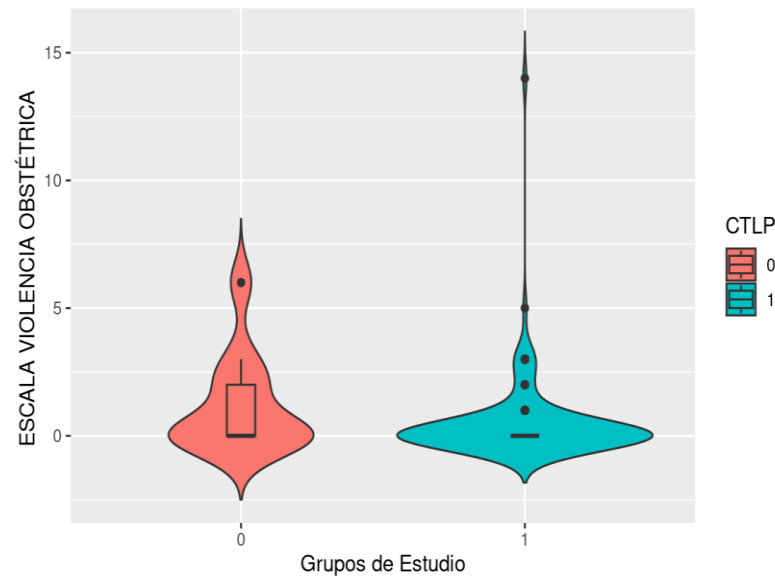


Figura 22. Variable de Puntuación Global de Escala de Violencia Obstétrica.

VARIABLES	TOTAL	0 (Sin Control Prenatal)	1 (Control Prenatal)	p-value ²
	(N=106)	(N=11)	(N=95)	
TOT				0.12
Median [Min, Max]	0 [0, 14.0]	0 [0, 6.00]	0 [0, 14.0]	
¹ n (%)				
² Wilcoxon rank sum test;				

Cuadro 20. Cuadro de Variable de Puntuación Global de Escala de Violencia Obstétrica.

En el modelo de regresión lineal, TOT (puntaje total de la Escala de Violencia Obstétrica) se utilizó como variable dependiente para explorar su relación con características maternas y de atención (edad, número de gestas, control prenatal, escolaridad, estado civil y experiencia previa).

En conjunto, los resultados no aportan evidencia de una asociación independiente entre estas variables y el puntaje total. Estos resultados sugieren que, en esta muestra, el nivel de violencia obstétrica reportado no se explica de manera consistente por los factores evaluados. La capacidad explicativa global del modelo fue limitada, por lo que las variaciones del puntaje parecen depender de otros determinantes no contemplados en este análisis.

Variables	N	Beta	95% CI¹	p-value
Edad (años)	106	-0.01	-0.08, 0.06	0.8
Número de gestas	106	-0.04	-0.47, 0.39	0.8
Control prenatal (CTLP)	106			
No		—	—	
Sí		-0.45	-1.6, 0.66	0.4

Escolaridad (años)	106	-0.07	-0.24, 0.11	0.4
Experiencia previa	106			
0		—	—	
1		-0.90	-1.9, 0.14	0.090
2		-0.96	-3.1, 1.2	0.4
R ²		0.094		
Adjusted R ²		0.039		
No. Obs.		106		
¹ CI = Confidence Interval				

Cuadro 21. Cuadro de Variables

DISCUSIÓN

El objetivo del presente estudio fue evaluar la relación entre la percepción de la salud obstétrica y factores asociados (edad, gestas, escolaridad, control prenatal, estado civil, experiencia previa) con la atención del trabajo de parto en el Hospital de Alta Especialidad Dr. Ignacio Morones Prieto. A continuación discutiremos los resultados principales obtenidos en este protocolo de investigación.

Para ello se realizó un estudio transversal de agosto 2025 a enero 2026, en el cual se incluyeron 106 pacientes, que a su vez se dividieron en 2 grupos: con control prenatal (95 pacientes) y sin control prenatal (11 pacientes).

Las variables utilizadas incluyeron control prenatal, número de gestas, experiencias previas, escolaridad, estado civil, uso de analgesia obstétrica, rasurado genital, maniobra de Kristeller, medicamentos para acelerar trabajo de parto, y amniotomía, y no se encontró significancia estadística en estas variables. Esto se podría explicar debido a que contamos con un protocolo actualizado en la atención del trabajo de parto. Además, no se identificaron asociaciones estadísticamente significativas entre el puntaje total de la escala utilizada y las variables maternas analizadas.

Una de las razones para llevar a cabo este protocolo fue debido a que existe estudios como el de Hakimi S y cols, 2025 refiere que han reportado una alta incidencia global en violencia obstétrica (tanto física como psicológica) – 59% -. Este es un estudio inicial en el que se evidencia una baja frecuencia global de eventos reportados en la escala utilizada (la puntuación global fue 0%, con mediana=0, que indica concentración de respuestas en ausencia de eventos y un subgrupo reducido con puntajes mayores), es decir, que los eventos considerados dentro del constructo de violencia obstétrica fueron reportados con baja frecuencia.

De acuerdo a lo reportado en 2022 por CONAVIM (Comisión Nacional para prevenir y erradicar la Violencia contra las Mujeres) menciona que las diferencias sociales, económicas y culturales podrían influir en la experiencia del parto; en este estudio las pacientes sin control prenatal presentaron una tendencia a menor edad, menor escolaridad y menor número de partos previos, esto se traduce en que el acceso limitado al control prenatal suele asociarse con condiciones de vulnerabilidad social, y menor paridad observada en dicho grupo, lo cual puede explicarse por un menor contacto previo con los servicios de salud. En nuestro estudio la distribución de las características sociodemográfica fue similar a la descrita en poblaciones obstétricas institucionales.

Contrario a lo reportado en el estudio de Martínez-Galiano, cols en 2021 en el estudio de la percepción de la atención del trabajo de parto, en los que la falta de seguimiento prenatal se ha relacionado con mayor probabilidad de intervenciones sin información adecuada o con experiencias negativas durante la atención del parto; en este protocolo de investigación se observó una baja frecuencia de violencia obstétrica. Lo cual podría ser explicado por el modelo de atención del HRAE “Dr. Ignacio Morones Prieto”, el cual cuenta con protocolos estandarizados y con alta cobertura de analgesia obstétrica, lo que podría contribuir a homogeneizar la calidad de la atención independientemente del antecedente de control prenatal. La baja frecuencia de prácticas como la episiotomía rutinaria, la maniobra de Kristeller y la restricción injustificada de la movilidad durante el trabajo de parto sugiere adherencia a recomendaciones actuales basadas en la evidencia mencionada por Hakimi, cols 2025 y a un enfoque de atención respetuosa del parto.

El análisis multivarido mostró una baja capacidad explicativa del modelo y ausencia de asociación independiente entre las variables estudiadas y la puntuación total de la escala. Este hallazgo refuerza el concepto de que la violencia obstétrica es un fenómeno multifactorial que no depende exclusivamente de características individuales de las pacientes. Como mencionan Torres-Castaño, cols 2024 y la revisión de Yalley, cols 2024, la carga de trabajo del personal de salud, la disponibilidad de recursos humanos y materiales, la cultura organizacional, el tiempo destinado a la comunicación médico paciente y la capacitación en consentimiento informado probablemente desempeñan un papel más relevante y no fueron incluidos en el presente análisis.

Los hallazgos obtenidos en este estudio tienen implicaciones importantes en la práctica clínica y en la formación del personal en salud. La baja frecuencia de eventos reportados sugiere que la atención respetuosa y centrada en la paciente. No obstante la presencia de casos aislados pone de manifiesto la necesidad de continuar fortaleciendo las estrategias institucionales dirigidas a mejorar la comunicación efectiva, garantizar la realización de un consentimiento informado y promover la

participación activa de la mujer en la toma de decisiones durante el proceso reproductivo.

LIMITACIONES Y/O NUEVAS PERSPECTIVAS.

Limitaciones:

El presente estudio debe interpretarse considerando alguna limitaciones metodológicas:

- El diseño transversal impide establecer relaciones de causalidad entre las variables analizadas y la percepción de violencia obstétrica, por lo que los hallazgos únicamente permiten identificar asociaciones en un momento determinado.
- Dado el rango de edad de mujeres embarazadas en México, hubiera esperado un rango más bajo de edad, menores de edad, se esperaba evaluar el efecto de la edad, comparado a otros estudios en la literatura, lo cual no fue posible
- Al tratarse de un instrumento basado en autorreporte, existe el riesgo de sesgo de información. El hecho de que la mediciones se hayan realizado en el entorno hospitalario podría favorecer respuestas socialmente aceptables.

Nuevas perspectivas de investigación.

A partir de los hallazgos del presente estudio, se identifican diversas áreas de oportunidad para futuras investigaciones.

- La inclusión de variables relacionadas con el personal de salud y con la organización de los servicios como carga laboral, número de pacientes por turno, capacitación en atención respetuosa del parto, comunicación clínica y adherencia a protocolos permitiría comprender de manera más integral los determinantes de la violencia obstétrica.
- Los resultados abren la posibilidad de evaluar el impacto de intervenciones institucionales orientadas a fortalecer el modelo de atención respetuosa del

parto, tales como programas de capacitación en consentimiento informado, estrategias para mejorar la comunicación médico-paciente y la implementación de planes de parto, con mediciones antes y después de su aplicación.

CONCLUSIONES.

- Se observó una baja frecuencia global de eventos según la escala aplicada. La concentración de puntajes en valores mínimos y una mediana de cero en la puntuación total reflejan resultados favorables.
- La atención obstétrica percibida por las pacientes fue respetuosa y acorde con recomendaciones actuales de humanización del parto y respeto a los derechos de las mujeres.
- No se observó una asociación estadísticamente significativa entre la percepción de violencia obstétrica y las variables maternas analizadas.
- El grupo sin control prenatal mostró tendencia a menor edad, escolaridad y paridad, sin mayor percepción de violencia obstétrica.
- La baja frecuencia de prácticas intervencionistas y la alta cobertura de analgesia obstétrica reflejan una atención con enfoque en calidad y seguridad materna.
- Los resultados aportan información relevante sobre la percepción de la atención obstétrica y abren nuevas líneas de investigación en factores institucionales y del personal de salud.

Referencias bibliográficas.

1. Torres-Castaño A, Perestelo-Pérez L, Koatz D, Ramos-García V, González-González AI, Toledo-Chávarri A, et al. Healthcare professionals' perceptions about the implementation of shared decision-making in primary care: A

- qualitative study from a virtual community of practice. *Int J Integr Care* [Internet]. 2024;24(2):8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5334/ijic.6554>
2. Acceso a servicios de salud prenatal y para primera infancia. 2023 06 09. *Salud Publica Mex* [Internet]. 2023;65:s55–64. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.21149/14796>
 3. GIRE. Violencia obstétrica – Omisión e indiferencia. En: *Informe sobre derechos reproductivos en México*. Capítulo 4 [Internet]. México: Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE); [fecha desconocida; citado 2025 Jun 21]. Disponible en: <https://informe.gire.org.mx/caps/cap4.pdf>
 4. Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH). *Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer “Belem do Pará”*. México: CNDH; 2013 dic. Edición digital [Internet]. Disponible en: https://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/programas/mujer/Material_difusion/convencion_BelemdoPara.pdf
 5. Hakimi S, Allahqoli L, Alizadeh M, Ozdemir M, Soori H, Turfan EC, et al. Global prevalence and risk factors of obstetric violence: A systematic review and meta-analysis. *Int J Gynaecol Obstet* [Internet]. 2025;169(3):1012–24. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1002/ijgo.16145>
 6. Castro R, Frías SM. Obstetric violence in Mexico: Results from a 2016 national household survey. *Violence Against Women* [Internet]. 2020;26(6–7):555–72. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1177/1077801219836732>
 7. Madrid Medina C, De León Pérez MÁ, Delgado Mandujano MJ, Cancino de la Cruz LG, Rangel Jiménez P, Soto Rosales BE, et al. Prevalencia de violencia obstétrica a pacientes durante el trabajo de parto a puerperio mediato por el personal de un hospital público. *Lux Médica* [Internet]. 2019;14(42):27–36. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.33064/42lm20192245>
 8. Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights (OHCHR). *Committee Against Torture – Special Procedures* [Internet]. Ginebra: OHCHR; [fecha desconocida; citado 2025 Jun 21]. Disponible en: https://www.ohchr.org/sites/default/files/cat_SP.pdf

9. Cámara de Diputados (México). *Marco Jurídico de los Derechos Humanos de las Mujeres y la Igualdad de Género*. [Internet]. Ciudad de México: Cámara de Diputados; [s. f.] [citado 2025 Jun 21]. Disponible en: https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/marjur/Marco_Juridico_HCD.pdf
10. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. *Ley General de Salud* [Internet]. Ciudad de México: Cámara de Diputados; 26 de diciembre de 1983 [modificada al 7 de junio de 2024; citado 2025 Jun 21]. Disponible en: <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGS.pdf>
11. ¿Qué es la perspectiva de género y por qué es necesario implementarla? [Internet]. gob.mx. [citado el 22 de junio de 2025]. Disponible en: <https://www.gob.mx/conavim/articulos/que-es-la-perspectiva-de-genero-y-por-que-es-necesario-implementarla>
12. Cárdenas Castro M, Salinero Rates S. Validación de la escala de violencia obstétrica y pruebas de la invarianza factorial en una muestra de mujeres chilenas. *Interdiscip Rev Psicol Cienc Afines* [Internet]. 2021;38(2):209–23. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.16888/interd.2021.38.2.14>
13. Martínez-Galiano JM, Martínez-Vazquez S, Rodríguez-Almagro J, Hernández-Martínez A. The magnitude of the problem of obstetric violence and its associated factors: A cross-sectional study. *Women Birth* [Internet]. 2021;34(5):e526–36. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.wombi.2020.10.002>
14. Yalley AA, Jarašiūnaitė-Fedosejeva G, Kömürcü-Akik B, de Abreu L. Addressing obstetric violence: a scoping review of interventions in healthcare and their impact on maternal care quality. *Front Public Health* [Internet]. 2024;12:1388858. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3389/fpubh.2024.1388858>
15. Bohren MA, Vogel JP, Hunter EC, Lutsiv O, Makh SK, Souza JP, et al. The mistreatment of women during childbirth in health facilities globally: A mixed-methods systematic review. **PLoS Med** [Internet]. 2015;12(6):e1001847. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.1001847>

16. Bohren MA, Mehrtash H, Fawole B, Maung TM, Balde MD, Maya E, et al. How women are treated during facility-based childbirth in four countries: A cross-sectional study with labour observations and community-based surveys. **Lancet** [Internet]. 2019;394(10210):1750–63. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31992-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31992-0)
17. World Health Organization. WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: World Health Organization; 2018. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550215>
18. World Health Organization. The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth. Geneva: WHO; 2014. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-RHR-14.23>
19. Sadler M, Santos MJ, Ruiz-Berdún D, Rojas GL, Skoko E, Gillen P, et al. Moving beyond disrespect and abuse: Addressing the structural dimensions of obstetric violence. **Reprod Health Matters** [Internet]. 2016;24(47):47–55. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rhm.2016.04.002>
20. Freedman LP, Kruk ME. Disrespect and abuse of women in childbirth: Challenging the global quality and accountability agendas. **Lancet** [Internet]. 2014;384(9948):e42–4. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60859-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60859-X)
21. Vedam S, Stoll K, Taiwo TK, Rubashkin N, Cheyney M, Strauss N, et al. The Giving Voice to Mothers study: Inequity and mistreatment during pregnancy and childbirth in the United States. **Reprod Health** [Internet]. 2019;16:77. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s12978-019-0729-2>
22. Organización Panamericana de la Salud (OPS). La violencia obstétrica en América Latina y el Caribe: marco conceptual, evidencia y estrategias de intervención. Washington, DC: OPS; 2020.
23. Campos Serrano C, Páez Díaz de León L. The obstetric violence and its legal implications in Mexico. **Cuestiones Constitucionales** [Internet]. 2023;49:1-24.

Disponible en: <https://revistas.juridicas.unam.mx/index.php/cuestiones-constitucionales/article/view/18802>

24. Maïetti F, Villarreal JF. Aproximaciones teóricas al fenómeno de la violencia obstétrica: una mirada al marco normativo y jurisprudencial internacional e interamericano. **Vniversitas** [Internet]. 2023;72:e152. Disponible en: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.vj72.atfv>
25. Briones-Lorca MC, Bravo-Barrueto DJ, Farías-Reyes JC, Machuca-Hernández GA, Medel-Espinosa EP. Vulneración de derechos ligados a la atención en las fases del parto: scoping review. **Rev Matronería Actual** [Internet]. 2023;1:1-15. Disponible en: <https://doi.org/10.22370/revmat.1.2023.3629>
26. Rodríguez L. Violencia obstétrica, su impacto psicológico en las mujeres y desafíos para la protección de los derechos humanos: revisión sistemática. **Rev Estudios Psicológicos** [Internet]. 2024;4(3):46-62. Disponible en: <https://doi.org/10.35622/j.rep.2024.03.003>
27. Mena-Tudela D, Iglesias-Casás S, Valero-Chillerón MJ, Llagostera-Reverter I, Mahiques-Llopis J. Violencia obstétrica durante la pandemia del SARS-CoV-2 en España: estudio descriptivo. **Enfermería Clínica** [Internet]. 2025;35(2). Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2024.10.003>
28. Rogel-Cárdenas L, Velásquez-Muñoz A. Violencia obstétrica: una revisión sistemática desde la perspectiva de mujeres y profesionales de la salud. **Rev Int Salud Materno Fetal** [Internet]. 2025;10(3). Disponible en: <https://doi.org/10.47784/rismf.2025.10.3.426>
29. Morla González M. La violencia obstétrica ante el derecho: contrastes normativos entre México y España. **Revista Jurídica Universidad de León** [Internet]. 2025. Disponible en: <https://doi.org/10.18002/rjule.i13.9469>
30. Silva Gonçalves J, Stolz S. La violencia obstétrica como violación del estándar de debida diligencia en el Sistema Interamericano de Derechos Humanos. **Boletín Mexicano de Derecho Comparado** [Internet]. 2025. Disponible en:

<https://revistas.juridicas.unam.mx/index.php/derecho-comparado/article/view/19236>

31. Organización Panamericana de la Salud. Violencia obstétrica y derechos reproductivos en América Latina: evidencia y desafíos para los sistemas de salud. Washington DC: OPS; 2023.
32. United Nations Human Rights Council. Report of the Special Rapporteur on violence against women, its causes and consequences: obstetric violence and women's reproductive rights. Geneva: United Nations; 2023.
33. World Health Organization. Improving quality of maternal and newborn care in health facilities: respectful maternity care framework. Geneva: WHO; 2023.
34. Pan American Health Organization. Respectful maternity care and prevention of obstetric violence in Latin America and the Caribbean. Washington DC: PAHO; 2024

ANEXOS

Anexo 1. Escala de Violencia Obstétrica - Versión Adaptada México

Instrucciones:

A continuación se presentan afirmaciones sobre situaciones que pueden ocurrir durante la atención del parto. Por favor, lee cada una y marca la opción que mejor refleje tu experiencia.

Escala de respuesta:

1 = No ocurrió

2 = Ocurrió raras veces

3 = Ocurrió a veces

4 = Ocurrió con frecuencia

5 = Ocurrió siempre

1. Durante el trabajo de parto, el personal de salud me impidió moverme o adoptar la posición que yo deseaba sin explicarme las razones médicas.

2. Me colocaron monitoreo fetal continuo sin explicarme el motivo ni pedirme consentimiento.

3. Me aplicaron medicamentos para inducir o acelerar el parto (como oxitocina) sin explicarme sus efectos ni pedirme autorización.

4. Al momento del parto, el personal presionó mi abdomen fuertemente (maniobra de Kristeller) sin darme explicación ni solicitar mi permiso.

5. Me realizaron una episiotomía (corte en la vulva) de forma rutinaria, sin explicarme por qué y sin pedirme consentimiento.

6. Me hicieron varios tactos vaginales sin informarme previamente ni pedir mi autorización.

7. Durante el trabajo de parto, me negaron tomar líquidos o alimentos sin explicarme la razón.

8. Me realizaron rasurado genital sin consentimiento, sin explicarme si era necesario o por qué lo hacían.
9. Me rompieron la fuente (ruptura artificial de membranas) sin avisarme ni explicarme por qué.
10. Me practicaron un legrado (raspado uterino) o aspiración uterina sin anestesia suficiente ni consentimiento informado.
11. El personal no respetó mi plan de parto (posición de parto, acompañamiento, preferencias culturales, etc.).
12. Me administraron medicamentos o inyecciones sin explicarme para qué eran ni pedirme autorización.
13. Me obligaron a permanecer acostada o inmóvil, sin indicaciones médicas justificadas ni explicaciones.
14. Durante la atención, sentí trato brusco, doloroso o con uso de fuerza innecesaria, sin cuidado ni empatía.