


Relación entre la percepción de violencia obstétrica e indicadores de depresión posparto en hospital público

Relationship between obstetric violence perception and postpartum depression indicators in public hospital

Andrea Paola Ramírez Oropeza

Universidad Autónoma de Aguascalientes

 <https://orcid.org/0009-0001-7197-6276>
andreaoropeza877@gmail.com

Fernanda Montserrat Montoya Ávalos

Universidad Autónoma de Aguascalientes

 <https://orcid.org/0009-0009-0209-3099>

Mónica Jazmín Martínez Macías

Universidad Autónoma de Aguascalientes

 <https://orcid.org/0009-0002-4009-098X>

Diana Paola Gallegos Delgado

Universidad Autónoma de Aguascalientes

 <https://orcid.org/0009-0002-9174-9318>


José Aarón Góngora Escalera

Universidad Autónoma de Aguascalientes

 <https://orcid.org/0009-0001-8705-3089>

María del Rosario Rodríguez Limón

Centenario Hospital Miguel Hidalgo

 <https://orcid.org/0000-0001-7221-5041>

Lux Médica

Universidad Autónoma de Aguascalientes, México

ISSN: 2007-1655

Periodicidad: Cuatrimestral

Vol. 20, núm. 59, 2025

Recepción: 15/05/2025

Aprobación: 06/06/2025

URL: <https://revistas.uaa.mx/index.php/luxmedica>

Resumen

Introducción: La mujer embarazada debe ser sujeto de especial protección y acompañamiento en mayor medida, ya que por diversos factores se encuentra en situación de vulnerabilidad. Las mujeres que sufren violencia obstétrica tienen más riesgo de desarrollar depresión posparto y repercutir negativamente en la salud psicofísica de la madre y el niño por nacer. **Objetivo:** Identificar la relación entre la percepción de violencia obstétrica e indicadores de depresión posparto en las mujeres atendidas en hospital público. **Material y Métodos:** Estudio cuantitativo, transversal, correlacional, no experimental y prospectivo, muestreo no probabilístico intencional; realizado en un hospital público de Aguascalientes con una muestra de 132 mujeres en puerperio mediano y tardío abarcando un periodo de octubre 2023 a enero 2024. Los instrumentos utilizados fueron: Violencia obstétrica: percepción de las usuarias y Escala de Depresión posparto de Edinburgh, alfa de Cronbach 0.81 y 0.83, respectivamente. **Resultados:** Edad promedio de 25 años; 64.7% percibió violencia obstétrica general, siendo el personal de enfermería el principal agresor y 34.1% de las mujeres presentaron indicadores de depresión posparto. No se encontró relación entre la percepción de violencia obstétrica e indicadores de depresión posparto (Rho Spearman 0.157, $P=0.072$). **Conclusión:** Aun cuando ambas variables no están relacionadas, suponen una vulneración de la dignidad, autonomía e integridad de las mujeres. Es necesario establecer medidas para proteger la salud mental de las mujeres promoviendo su bienestar y así reducir la probabilidad para desarrollar depresión posparto.

Palabras clave: Violencia obstétrica, Relación, Depresión posparto, Hospital público.

Abstract

Introduction: Pregnant women require a higher degree of special protection and support because various factors place them in a vulnerable situation. Women who experience obstetric violence are at a greater risk of developing postpartum depression, which can negatively impact the psycho-physical health of both the mother and the unborn child. **Objective:** To identify the relationship between the perception of obstetric violence and indicators of postpartum depression in women receiving care at a public hospital. **Materials and Methods:** This quantitative, cross-sectional, correlational, non-experimental, and prospective study utilized non-probabilistic intentional sampling. It involved a sample of 132 women in both the immediate and late postpartum periods and took place at a public hospital in Aguascalientes from October 2023 to January 2024. The instruments used were “Obstetric Violence: User Perception” and the “Edinburgh Postnatal Depression Scale”, with Cronbach’s alpha values of 0.81 and 0.83, respectively. **Results:** The average age was 25 years; 64.7% perceived general obstetric violence, with nursing staff identified as the primary aggressors. Additionally, 34.1% of the women showed indicators of postpartum depression. The study found no relationship between the perception of obstetric violence and indicators of postpartum depression (Spearman’s Rho 0.157, $P=0.072$). **Conclusion:** Even though both variables are not related, they represent a violation of women’s dignity, autonomy, and integrity. It is necessary to establish measures to protect women’s mental health by promoting their well-being, thereby reducing the probability of developing postpartum depression.

Keywords: Obstetric violence, Relationship, Postpartum depression, Public hospital.

Introducción

Al respecto, Bravo et al.¹ mencionan que la gestación es un proceso complejo en el que se llevan a cabo cambios importantes en la vida de la mujer, tanto a nivel fisiológico como psicológico. La mujer embarazada es sujeto de especial protección por la existencia de factores que la colocan en un estado de vulnerabilidad. Éstos se manifiestan en el plano social, familiar, económico, educacional, afectivo, etcétera y repercuten negativamente en la salud psicofísica del binomio.

La violencia obstétrica (VO) y las muertes maternas en México se relacionan estrechamente con las deficiencias estructurales que aquejan al Sistema Nacional de Salud y que constituyen un obstáculo para la atención médica integral de las mujeres y personas con capacidad de gestar durante el periodo.² Sin duda es una violencia tan normalizada que es invisible, y el primer paso para eliminarla es reconocer su existencia e identificar sus mecanismos y causas.³ Diversos países se ven afectados por esta problemática donde se violentan los derechos de las mujeres, pues la calidad de la atención que reciben es deficiente, lo que pone en peligro su integridad física y mental en ese momento de vulnerabilidad⁴.

La VO forma parte de la violencia de género, la cual puede definirse como cualquier conducta, acción u omisión que se lleva a cabo por el personal de salud que, de forma directa o indirecta, en el ámbito público o privado, exprese un trato deshumanizado durante las fases reproductivas: embarazo, parto y puerperio. En Aguascalientes se estimó la prevalencia de VO en un muestreo de 140 pacientes donde 58% sufrió esta misma.⁵

De manera enunciativa, la Ley general de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia⁶ considera que aplica en los siguientes casos: en los casos que exista negligencia; que la atención médica muestre un trato deshumanizado, discriminatorio o de humillación; que durante la atención médica se le niegue a la mujer el recibir información oportuna y/o que conlleve a la pérdida de su autonomía y capacidad de decidir libremente sobre el tratamiento médico que recibe; colocación de algún tipo de método anticonceptivo sin contar con el consentimiento de la mujer; práctica del parto por cesárea con la posibilidad de efectuar el parto natural y sin contar con la renuncia voluntaria expresa e informada de la mujer a esta posibilidad; retraso o la omisión injustificada de brindar atención médica oportuna y eficaz a las mujeres en el embarazo, parto, puerperio, y procesos reproductivos; modificar sin justificación o sin consentimiento de la mujer o de quien legalmente esté facultado para otorgarlo, el proceso natural del parto de bajo riesgo mediante su patologización, abuso de medicación o el uso de técnicas que aceleren el nacimiento; obligar a la mujer a parir en

una posición específica aun cuando existan los medios técnicos para que se lleve a cabo en la posición que ella elija; obstaculizar sin justificación médica el apego precoz del recién nacido con su madre, negándole la posibilidad de cargarlo y amamantarlo justo después de nacer.⁶ En Oaxaca se realizó un estudio de 143 mujeres donde 26.4% de las mujeres presentó violencia obstétrica.⁷

Por su parte, Cervantes⁸ menciona que la depresión posparto (DPP) es un episodio depresivo mayor que aparece en el embarazo o durante las primeras 4 semanas posparto, aunado a los síntomas específicos de la depresión mayor (ánimo depresivo, pérdida de placer y alteraciones del sueño y de la alimentación, entre otros); los propios de la depresión posparto como lo son ansiedad extrema, sentimientos de culpa, labilidad emocional, ideación suicida y enorme preocupación por la o el bebé. En Aguascalientes se llevó a cabo un estudio con 274 embarazadas, donde 69% de ellas muestra un nivel de depresión mínimo, 15% depresión leve, 9.5% moderada y sólo 6,5% severa.

En México hay estudios donde se evidencia que menos de la mitad ofrece detección (37.1%) o atención (40.3%) para depresión perinatal.⁹ Una de cada cuatro mujeres está en riesgo de desarrollar DPP, existiendo factores que incrementan las posibilidades de padecer este trastorno como lo son las mujeres multiparas, aquellas cuyo recién nacido ingresó a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), mujeres que no contaban con el apoyo de su cónyuge y/o que experimentaron violencia obstétrica de tipo verbal o psicoafectiva.¹⁰

Otras problemáticas a las que se enfrentan las mujeres mexicanas son: hospitales sobresaturados con insuficiente financiamiento; carencia de personal/mal distribuido; falta de adecuación y pertinencia cultural de los servicios y discriminación generalizada de usuarias; formación médica no centrada en el respeto, el humanismo o la empatía; los pacientes como objeto de estudio asistencial de atención.¹¹

El Grupo Recolectas Salud¹² define a la cuarentena o puerperio como un período crucial para la recuperación, especialmente en el ámbito emocional. Durante esta etapa las mujeres, particularmente las primerizas, pueden sentirse abrumadas por la responsabilidad de la total dependencia de sus hijos, así como por la necesidad de adquirir nuevas habilidades. Esto, sumado al agotamiento físico derivado del parto, las fluctuaciones hormonales y la falta de sueño, puede generar un período particularmente desafiante.

Por ello, el objetivo es identificar la relación entre la percepción de violencia obstétrica e indicadores de depresión posparto en un hospital público.

Material y Métodos

Este estudio es de tipo cuantitativo, transversal, correlacional, no experimental y prospectivo. Se lleva a cabo en pacientes obstétricas que recibieron atención en un hospital público con muestra no probabilística por muestreo intencional de 132 mujeres que se encuentran en los servicios de hospitalización, recuperación, cuneros, lactario y vacunas. La obtención de los datos abarcó de octubre del 2023 a enero del 2024. Criterios de inclusión: puérperas en periodo mediano y tardío, usuarias de un hospital público que deseen participar y edad indistinta. Criterios de exclusión: puérperas con antecedente de VO. Criterios de eliminación: puérperas que no concluyan con la aplicación del instrumento. Se aplicaron los instrumentos: Violencia Obstétrica: percepción de las usuarias con alfa de Cronbach de 0.83 desarrollado por Carlos Castellanos y Pablo Terán, el cual tiene un tiempo aproximado de llenado de 5 a 10 minutos, identificando la presencia de violencia física, psicológica o verbal y al personal que lo ejerce. Consta de 16 ítems: 10 ítems identifican a las víctimas de VO, física y/o psicológica. Se considera una escala del 0 – 10, donde >1 se considera VO y 0 ausencia de ésta; 4 ítems determinan el personal intrahospitalario que ejerció la VO; 2 ítems identifican la cultura de la usuaria acerca de la problemática, así como asociaciones para denunciar la misma.

Asimismo, se aplicó la Escala de Depresión Posparto de Edinburgh (EPDS) con alfa de Cronbach de 0.81 desarrollado por Cox, Holden y Sagovsky, conlleva un tiempo de llenado de 5 minutos y tiene como objetivo apoyar a los profesionales que se encuentran en primer nivel de atención para detectar madres que padecen DPP, con la finalidad de contribuir al juicio clínico, mas no sustituirlo. Consta de 10 ítems con 4 opciones de respuesta

cada uno; las opciones tienen un puntaje que varía de 0-3 puntos, de acuerdo con la severidad de los síntomas, de modo que al final de la prueba el puntaje varía entre 0-30 puntos, una puntuación >10 puntos muestran la posibilidad de presentar una depresión, pero no su gravedad. Si se escoge cualquier número diferente a “0” para la pregunta #10, es necesario realizar evaluaciones adicionales inmediatas.

La evaluación se realizó en dos fases: de manera inicial el instrumento Violencia Obstétrica: percepción de las usuarias se administró de forma autoaplicada a las pacientes presentes en los servicios mencionados anteriormente. Seis semanas después la EPDS se aplicó vía telefónica siguiendo las directrices del instrumento y está respaldada por estudios previos tales como “Prevalencia de la depresión posparto en la ciudad de Melilla”, sin reportar sesgos metodológicos significativos y confirmando que la escala exhibe una especificidad de 99% y una sensibilidad de 78%.¹³ De igual manera, Caballero¹⁴ en “Validación de la Escala de Edimburgo para detección de pacientes en riesgo de Depresión en el Puerperio Inmediato en un Hospital del Noreste de México” llevó la aplicación de manera telefónica sin referir sesgo alguno. Para la captura-análisis de datos se empleó el paquete estadístico SPSS versión 27.0.

Criterios Éticos-Legales

Se consideraron las pautas para la elaboración de proyectos de investigación para la salud en seres humanos según la NOM-012-SSA3-2012 y en los criterios éticos de la investigación en seres humanos de la Ley General de Salud, en relación con el Capítulo I de las disposiciones comunes donde prevalecerá el criterio del respeto del sujeto de estudio a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar; se conservará la confidencialidad del sujeto de investigación, irrumpiendo en esto sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice de acuerdo con lo mencionado en el artículo 13 y 16. De acuerdo con el artículo 17, esta investigación se clasificó como de riesgo mínimo, pues no se alteraron intencionalmente las variables biopsicosociales de los sujetos de estudio. Según lo estipulado en el artículo 20, se obtuvo el consentimiento informado por escrito de cada participante o representante legal.

Este consentimiento garantizaba que los sujetos de investigación conocían completamente la naturaleza de los procedimientos y los posibles riesgos involucrados, y que su participación era completamente voluntaria, libre y sin ningún tipo de coacción. El protocolo de investigación se sometió a evaluación en la Academia de Investigación del Departamento de Enfermería de la Universidad Autónoma de Aguascalientes, su número de aprobación es AEI-06-23, así como por el departamento de enseñanza e investigación de la institución hospitalaria, con el fin de asegurar la protección de los datos recabados para la investigación.

Resultados

La población final fue de 132 mujeres en puerperio mediano y tardío, con una moda de 19 años, un mínimo de 15 años y un máximo de 43 años, y una media de 25 años (DE+/- 5.9). Las principales variables sociodemográficas se muestran en la Tabla 1. Sobre la ocupación de las pacientes, la categoría “Otros” se refiere a mujeres con un emprendimiento o cursando un grado académico.

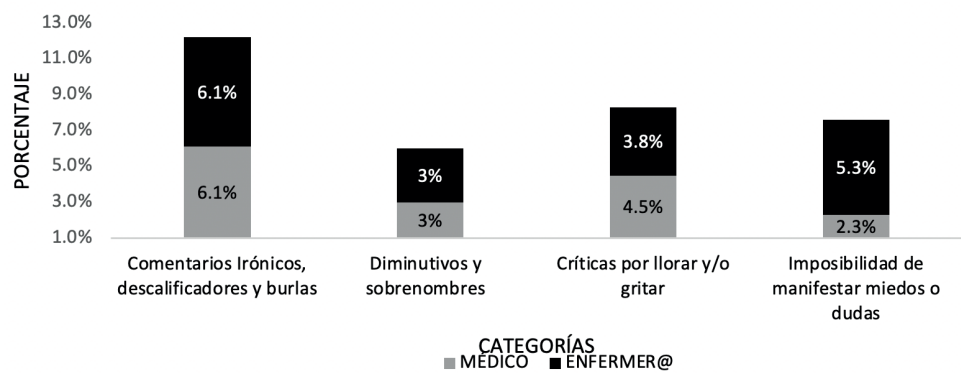
Tabla 1. Datos sociodemográficos

Grado de estudios	%
Sin estudios (n=2)	1.5 %
Primaria (n=23)	17.4%
Secundaria (n=63)	47.7%

Bachillerato/técnico (n=40)	30.3%
Universitario (n=4)	3.0%
Edad	
%	
Menores 18 años (n=2)	1.6%
18 a 35 años (n=120)	90.6%
36 años y más (n=10)	7.8%
Tipo de Atención de Parto	
%	
Parto natural (n=65)	49.2%
Cesárea (n=67)	50.8%
Instrumental (n=0)	0%
Ocupación	
%	
Hogar (n=113)	85.6%
Obreras (n=7)	5.3%
Profesionistas (n=4)	3.0%
Otros (n=8)	6.1%

Se identificó una prevalencia de percepción de VO general de 64.7%, 40% fue violencia psicológica y 60% violencia física. Respecto a la violencia obstétrica psicológica se abordaron cuatro categorías distintas: comentarios irónicos, descalificadores y burlas; diminutivos o sobrenombres; críticas por llorar y/o gritar, e imposibilidad para manifestar miedos/dudas, identificando el personal hospitalario que la ejerció, tal como se muestra en el Gráfico 1.

Gráfico 1. Percepción de Violencia Obstétrica Psicológica

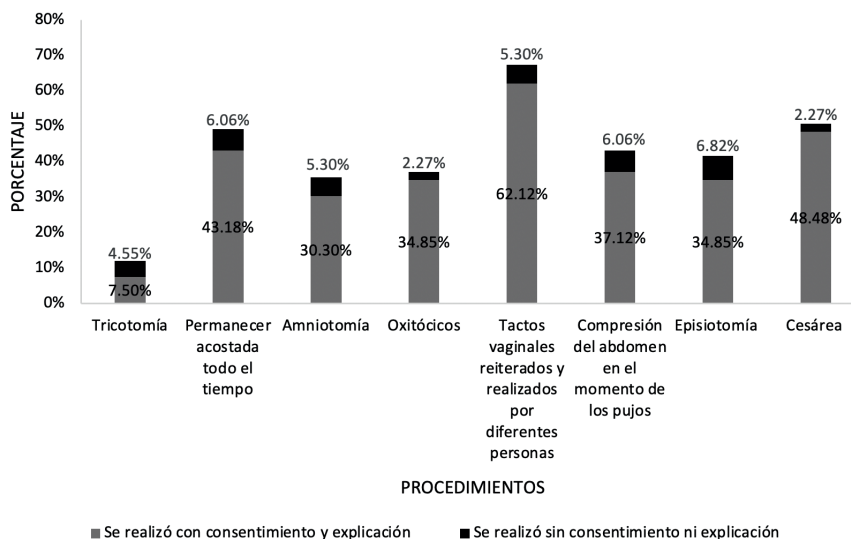


Fuente: “Escala de Depresión Posparto de Edinburgh”, octubre 2023-enero del 2024, n=132



Sobre la violencia obstétrica física se consideraron los procedimientos gineco-obstétricos más comunes durante el trabajo de parto, tales como: realización de tricotomía, permanecer acostada todo el tiempo, amniotomía, aplicación de oxitócicos, tactos vaginales reiterados y por múltiples profesionales de salud, compresión del abdomen en el momento de los pujos, episiotomía y cesárea; todo esto en relación con un consentimiento y explicación previa a la realización de dichos procedimientos, tal como se muestra en el Gráfico 2.

Gráfico 2. Procedimientos Considerados Violencia Obstétrica Física



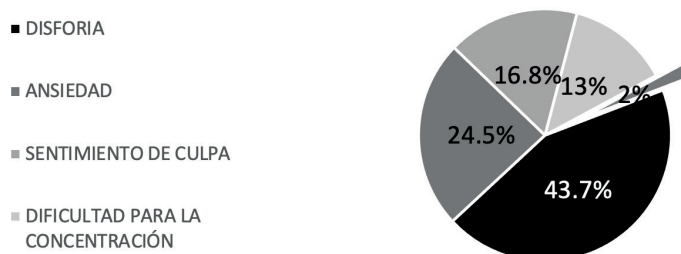
Fuente: Cuestionario “Violencia Obstétrica: percepción de las usuarias” octubre 2023-enero del 2024, n=132

Llama la atención que 37.9% de las pacientes respondieron no haber recibido explicación del formato de consentimiento informado para su atención durante su estancia hospitalaria, sin embargo 84.8% de las pacientes firmó este documento, 41.7% de las pacientes conoce el término Violencia Obstétrica y 21.2% sabe dónde demandar aquellos casos que se consideren Violencia Obstétrica.

Se observó que la prevalencia de indicadores de DPP alcanza 34.1% en esta población. Según el Gráfico 3, la sintomatología ansiosa-depresiva de la EPDS se analizó en cinco categorías distintas. Específicamente dos abordan aspectos de ansiedad y las restantes se enfocan individualmente en sentimientos de culpa, dificultad de concentración e ideación suicida.

Según las pautas de la EPDS, cualquier respuesta distinta a “No, nunca” en el Ítem 10, el cual pregunta “He pensado en hacerme daño a mí misma”, indica la necesidad de estudios adicionales inmediatos para la paciente. En nuestro análisis el 10.5% de las pacientes se encontraron en esta situación al no elegir la opción “No, nunca”.

Gráfico 3. Categorías de Indicadores de Depresión Pospart



Fuente: “Escala de Depresión Posparto de Edinburgh”, octubre 2023-enerp del 2024, n=132

No se encontró relación entre las variables Percepción de violencia obstétrica e Indicadores de depresión posparto (Coeficiente de correlación Rho de Spearman 0.157; Sig. (Bilateral) 0.072). Por tal motivo se demuestra que no existe relación entre ambas variables.

Discusión

En la recolección de datos con el instrumento “Percepción de violencia obstétrica” se identificó que gran parte de las pacientes mostraban inseguridad al participar en la investigación, expresando miedo de que sus respuestas influyeran en el trato que recibieran durante la estancia hospitalaria restante. Asimismo, en la aplicación de la EPDS algunas de ellas no contaban con teléfono propio y al momento de comunicarnos seis semanas después la persona ajena a la usuaria limitaba el contacto.

En los datos sociodemográficos la edad oscila en un rango de los 15-43 años, difiriendo con Madrid et al.¹⁵, quienes obtuvieron edades entre los 18-35 años, mientras que Figueroa et al.¹⁶ reportan edades entre los 16-32 años.

Con base en base el análisis de los datos recabado se obtuvo que en este hospital público existe una prevalencia de violencia obstétrica de 64.7%, a diferencia de Madrid et al.¹⁵, Figueroa et al.¹⁶, así como Terán et al.¹⁷, donde reportan 58%, 37.7% y 79.5% respectivamente. En relación con la violencia obstétrica física y la violencia psicológica Madrid et al.¹⁵ obtuvieron 79% y 36% contra la presente investigación que obtuvo 60% y 40% respectivamente.

La forma de violencia física que más se identificó fueron los tactos vaginales reiterados seguido de las cesáreas, coincidiendo con Terán et al.¹⁷, así como Valdez et al.¹⁸, por lo tanto, diferimos con Madrid et al.¹⁵, asimismo con Guerrero et al.¹⁹, donde en ambas investigaciones la tricotomía es la que predomina, después de tactos vaginales reiterados, así como la negación al acompañamiento durante el trabajo de parto respectivamente. Sin embargo, no se obtuvo información adicional sobre estos procedimientos para analizar cuántos fueron de forma terapéutica y no por rutina.

En cuanto a la violencia obstétrica psicológica se obtuvo en este estudio 40%, encontrando una leve diferencia con Madrid et al.¹⁵, donde 36% fue víctima de este tipo de violencia. A su vez, se difiere con Terán et al.¹⁷, así como con Valdez et al.¹⁸, con 49.4% y 19% respectivamente. En la presente investigación los comentarios irónicos, descalificadores y chistes fueron la principal forma de violencia psicológica, mientras que Terán et al.¹⁷ mencionan que a las pacientes se les impidió el contacto inmediato con su recién nacido.

Se identificaron como principales autores de ejercer esta violencia obstétrica hacia las pacientes el personal de enfermería, seguido del personal médico, coincidiendo con los autores anteriormente mencionados; esto podría deberse a que enfermería es el área que permanece la mayor parte del tiempo con las pacientes desde su ingreso hasta su egreso hospitalario, además de que la alta demanda de atención no permite brindar una atención individualizada a las pacientes.

También se encontró que 37.9% no recibió explicación de lo que es el formato de consentimiento informado, pero 84.8% de las pacientes firmaron este documento. Se encuentra una gran diferencia con Madrid et al.¹⁵, ya que ellos obtuvieron que sólo 48% recibió información sobre este formato y 74% lo firmó. De igual manera, se logra analizar que 15.2% obtenido respecto a no haber firmado un consentimiento informado es debido a que en ocasiones el personal no proporciona la información de manera comprensible y es por ello por lo que la paciente no logra relacionar la firma del documento con el formato mencionado.

Por otra parte, 41.7% de las pacientes conocen el término “violencia obstétrica” y 21.2% sabe dónde denunciar este tipo de situaciones. Sobre la cultura acerca de la violencia obstétrica y asociaciones donde pueden denunciarla, se observa que es inferior a la cifra reportada en este estudio, alcanzando 1% sobre el conocimiento y ninguna sabe dónde la puede denunciar.

En cuanto a los indicadores de DPP se encontró en el presente estudio una prevalencia de 34.1%, difiriendo con Torres et al.²⁰, Martínez et al.¹⁰ y Vallecampo²¹, donde muestran 21.5%, 25.4% y 44.4% respectivamente.

Martínez et al.¹⁰ mencionan que las mujeres que sufrieron violencia obstétrica psicológica tienen más probabilidades de sufrir DPP, sin embargo, en el este estudio no se encontró una relación entre las variables percepción de VO y DPP, incluso cuando la VO es un porcentaje significativo.

Según Urdaneta et al.²² hay una alta prevalencia de ansiedad (74%), sentimientos de culpa (54%) y dificultad para la concentración (51%), y 4% corresponde a la ideación suicida de síntomas depresivos. Por lo tanto, se tienen algunas diferencias en el presente estudio, donde la categoría de disforia obtuvo el mayor porcentaje (43.70%), seguido de ansiedad (24%) y sentimiento de culpa (16.80%); se obtuvo 2% para la categoría de ideación suicida, siendo menor en comparación con el anterior estudio mencionado, sin dejar de lado que es una cifra significativa que podría requerir de mayor estudio para corroborar el diagnóstico definitivo.

Conclusión

La violencia obstétrica es un acto inhumano que afecta a más de la mitad de las mujeres que recibieron atención en este hospital público, donde la mayoría de las pacientes señalaron a enfermería como principal agresor, seguido del área médico. La principal modalidad en la que se presenta es la violencia física mediante tactos vaginales reiterados.

Además de esto, a más de la mitad se les dio a firmar el consentimiento informado para los diversos procedimientos que se les realizaron en el hospital y la mayoría de ellas mencionan no haber recibido explicación sobre lo que el documento representa, sin embargo, sí lo firmaron. Se podría decir que un poco menos de la mitad de ellas desconoce el término de violencia obstétrica y una cantidad limitada conoce a donde acudir a denunciar las situaciones consideradas como tal.

En cuanto a DPP, se ve otra perspectiva, donde menos de la mitad presentó estos indicadores. De las 5 categorías, las 3 más presentadas fueron disforia, seguida de ansiedad y por último sentimiento de culpa. La categoría Ideación suicida, siendo representada por el ítem 10, representa un valor significativo en la evaluación, ya que cualquier respuesta que no sea “No nunca” significa que la usuaria requiere de estudios adicionales inmediatos, donde sólo un par de pacientes no respondió esta opción.

Incluso cuando la VO y la DPP no están relacionadas, ambas significan una vulneración de la dignidad, la autonomía y la integridad de las mujeres. Por lo tanto, es necesario realizar acciones que permitan erradicar la VO a fin de proteger la salud mental de las mujeres y promover su bienestar reduciendo así la probabilidad de generar traumas, estrés, miedo y baja autoestima en las mujeres, que son factores de riesgo para desarrollar DPP.

Al considerar la importancia que tiene esta investigación y en función de los resultados obtenidos, se formulan algunas sugerencias y recomendaciones tanto para las instituciones, el personal de salud, así como para los futuros investigadores, con el fin de visibilizar los casos de la violencia obstétrica, eliminar toda vulneración a los derechos humanos de las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio en las instituciones de salud, así como para

identificar la presencia de DPP y lograr que la persona tenga un seguimiento oportuno y finalmente para impulsar a los colegas para que se continúe investigando dichas variables, las cuales consideramos que son una gran problemática en nuestra sociedad.

A las instituciones de salud se les recomienda: impulsar la elaboración de capacitación y sensibilización al personal de salud que labora en instituciones gineco-obstétricas, para enfrentar prejuicios basados en la discriminación de las mujeres y para el cumplimiento de las Normas Oficiales Mexicanas. Concientizar al personal de salud sobre la importancia de explicar en qué consiste el consentimiento informado antes de ser firmado, a fin de respetar la autonomía de la persona ante cualquier procedimiento. Asimismo, que las instituciones proporcionen información a las usuarias sobre sus derechos, cómo ejercerlos y a cuáles instituciones puede dirigirse en caso de que alguno de estos sea violentado. Además, brindar psicoeducación a las usuarias, con el fin desarrollar estrategias de respuesta positivas, gestionar el estrés y crear redes de apoyo para de esta manera disminuir los casos de DPP.

Con respecto a los futuros investigadores es de suma importancia dejar en claro a las personas el objetivo de la investigación, haciendo énfasis en que su participación será confidencial y no repercutirá en la calidad de su atención que estén recibiendo, a fin de lograr que decidan participar, sin temor a ser reprendidas por sus respuestas y se logre completar el tamaño de la muestra establecida. Aumentar el tiempo de recolección de datos, con el fin de conseguir personas a las que se les pueda aplicar los dos instrumentos en un mismo día, esto para disminuir la pérdida de información a causa del llenado de instrumentos incompletos. En las pacientes identificadas con DPP, de ser posible continuar con la investigación de dicha variable para determinar si existen otros factores que podría estar desencadenando este problema de salud.

Referencias

1. Bravo L, Feliu A, Matienzo J, Valdés C. La asistencia a la mujer embarazada en situación de vulnerabilidad y la pobreza interpersonal [Internet]. TESEOPRESS; 2019 [citado 2022 nov 8]. Disponible en: <https://www.teseopress.com/5congreso2018/chapter/313/>
2. Rodríguez C. La muerte materna se acrecentó 37.9% de 2019 a 2020 en total impunidad [Internet]. LJA.MX; 2022 ago 9 [citado 2022 sep 17]. Disponible en: <https://www.lja.mx/2022/08/la-muerte-materna-se-acrecento-37-9-de-2019-a-2020-en-total-impunidad/>
3. Oliver D. La violencia obstétrica se hace visible para la ONU [Internet]. El País; 2019 sep 27 [citado 2022 sep 17]. Disponible en: https://elpais.com/elpais/2019/09/25/mas_papas/1569401750_024829.html
4. Da-Silva-Carvalho I, Santana-Brito R. Formas de violencia obstétrica experimentada por madres que tuvieron un parto normal. *Enfermería Global* [Internet]. 2017 [citado 2024 sep 14]; 16(47):71-97. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412017000300071&lng=es
5. Ramírez M, Hernández C, Ceballos G. La violencia obstétrica en la vulneración de los derechos humanos de las mujeres. *Revista CONAMED* [Internet]. 2021 [citado 2022 sep 17]; 26(3):149-55. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/conamed/con-2021/con213g.pdf>
6. Gobierno del Estado de Aguascalientes. Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia para el Estado de Aguascalientes. Decreto N° 366. Consejería Jurídica del Estado; 2024 ago 13 [citado 2024 may 13]. Disponible en: <https://eservicios2.aguascalientes.gob.mx/NormatecaAdministrador/archivos/EDO-18-2.pdf>
7. Guerrero R, Orellana J, Lamas J, Hernández L, Gutiérrez A. Percepción de violencia obstétrica en Oaxaca. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc* [Internet]. 2020 oct 8 [citado 2022 sep 20]; 28(4):301-9. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/350335376_Percepcion_de_violencia_obstetrica_en_Oaxaca
8. Cervantes L, Sagaón A. Nivel de depresión en embarazadas adscritas a la UMF No. 9 del IMSS delegación Aguascalientes. *Repositorio Bibliográfico UAA* [Internet]. 2018 [citado 2022 sep 23]. Disponible en: <http://bdigital.dgse.uaa.mx:8080/xmlui/handle/11317/1666>

9. Castro F, Place J, Allen B, Rivera L, Billings D. Provider report of the existence of detection and care of perinatal depression: quantitative evidence from public obstetric units in Mexico. *Salud Pública Mex* [Internet]. 2016 ago [citado 2022 sep 23]; 58(4):468-71. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342016000400468&lng=es
10. Martínez S, Hernández A, Rodríguez J, Delgado M, Martínez J. Relationship between perceived obstetric violence and the risk of postpartum depression: An observational study. *Midwifery* [Internet]. 2022 feb 27 [citado 2022 nov 8]; 108(103297). Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0266613822000493?via%3Dihub&__cf_chl_tk=bBYvT8Sfdn1Vpmu6BnVjUm_8_Znql6ehj4ga.Vtk7EY-1739398926-1.0.1.1-dXv3ldgaSvq9T4_pfg.DDBRfoah4IMj46w67t0NoFFU
11. Sesia P. Violencia obstétrica en México: Un balance. En: Reunión Nacional CECAMET. Villahermosa, Tabasco: CONACYT; 2023 [citado 2024 nov 6]. Disponible en: http://www.conamed.gob.mx/cmam/pdf/violencia_obstetrica_23.pdf
12. Grupo Recolectas Salud. La importancia de la cuarentena después del parto [Internet]. España; 2014 [citado 2022 nov 8]. Disponible en: <https://www.gruporecolectas.com/noticias/la-importancia-de-la-cuarentena-despues-del-parto/>
13. Luna LR, Julia PE, Sandra GC, Yunaida BM, Reina-Esther OC. Prevalencia de la depresión posparto en la ciudad de Melilla [Internet]. *Psiquiatria.com*; 2016 [citado 2025 may 31]. Disponible en: <https://psiquiatria.com/trabajos/13COMUN5CVP2016.pdf>
14. Caballero I. Validación de la Escala de Edimburgo para detección de pacientes en riesgo de depresión en el puerperio inmediato en un hospital del noreste de México [Internet]. *Tec.mx*; 2023 [citado 2025 may 31]. Disponible en: <https://repositorio.tec.mx/server/api/core/bitstreams/10bb9ede-5491-46ac-91c4-f2d9d07316c2/content>
15. Madrid Medina C, De León Pérez MA, Delgado Mandujano MJ, Cancino de la Cruz LG, Rangel Jiménez P, Soto Rosales BE, Rodríguez Limón M del R. Prevalencia de violencia obstétrica a pacientes durante el trabajo de parto a puerperio mediano por el personal de un hospital público. *Rev Lux Med* [Internet]. 2019 [citado 2022 sep 23]; 14(42):27-36. Disponible en: <https://doi.org/10.33064/42lm20192245>
16. Figueroa-Palomino OE, Hurtado-Lagarda R, Valenzuela-Coronado DG, Bernal-Cruz JD, Duarte-Gutiérrez CD, Cázares-González FA. Violencia obstétrica: percepción de las usuarias sonorenses. *Rev Enf SANUS* [Internet]. 2019 [citado 2022 sep 23]; 2(3):14-21. Disponible en: <https://sanus.unison.mx/index.php/Sanus/article/view/71>
17. Terán P, Castellanos C, González-Blanco M, Ramos D. Violencia obstétrica: percepción de las usuarias. *Rev Obste Ginecol Venez* [Internet]. 2013 [citado 2022 sep 23]; 73(3):171-80. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322013000300004
18. Valdez-Santiago R, Hidalgo-Solórzano E, Mojarro-Iñiguez M, Arenas-Monreal L. Nueva evidencia a un viejo problema: El abuso de las mujeres en las salas de parto. *Rev CONAMED* [Internet]. 2023 [citado 2022 sep 23]; 18(1):14-20. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4237199>
19. Guerrero Sotelo RN, Orellana-Centeno JE, Lamas-Carlos J, Hernández-Arzola LI, Gutiérrez-Bustamante A. Percepción de violencia obstétrica en Oaxaca. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* [Internet]. 2021 [citado 2022 sep 23]; 28(4):301-9. Disponible en: <https://doi.org/10.24875/reimss.m20000019>
20. Torres-Cisneros ER, Barba-Valadez LA, Terrones-Saldívar M del C. Prevalencia de depresión posparto en pacientes del Hospital de la Mujer de Aguascalientes. *Rev Lux Med* [Internet]. 2013 [citado 2022 sep 23]; 8(23):23-9. Disponible en: <https://revistas.uaa.mx/index.php/luxmedica/article/view/881>
21. Vallecampa A. Relación entre riesgo y factores asociados a depresión posparto del puerperio inmediato de mujeres con bajo riesgo obstétrico. *Rev Crea Ciencia* [Internet]. 2021 [citado 2022 sep 23]; 14(1):12-24. Disponible en: <https://doi.org/10.5377/creaciencia.v14i1.13200>
22. Urdaneta MJ, Rivera SA, García IJ, Guerra VM, Baabel ZN, Contreras BA. Prevalencia de depresión posparto en primigestas y multiparas valoradas por la Escala de Edimburgo. *Rev Chil Obstet Ginecol* [Internet]. 2010 [citado 2022 sep 23]; 75(5):312-20. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262010000500007>