

VIOLENCIA FÍSICA Y PSICOLÓGICA POR PARTE DE PROFESIONALES DE LA SALUD EN UN INSTITUTO ESPECIALIZADO DEL PERÚ

PHYSICAL AND PSYCHOLOGICAL VIOLENCE BY HEALTH PROFESSIONALS IN A SPECIALIZED INSTITUTE IN PERU

Joanne Matta-Santander ¹, Adriana Marquez-Marusic ¹, Yolanda Quispe ²,
Carlos Quispe-Armijo ³

Filiación:

¹ Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Escuela Profesional de Obstetricia, Lima, Perú.

² Instituto Nacional de Obstetricia, Centro Obstétrico, Lima, Perú.

³ Hospital Nacional Dos de Mayo, Servicio de gineco-obstetricia, Lima, Perú.

Cómo citar el artículo: Matta-Santander J, Marquez-Marusic A, Quispe Y, Quispe-Armijo C. Violencia física y psicológica por parte de profesionales de la salud en un instituto especializado del Perú. *Revista Internacional de Salud Materno Fetal*. 2022; 7(4): 01-07. DOI: 10.47784/rismf.2022.7.4.305

Financiamiento: Autofinanciamiento.

Conflictos de interés: Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

Correspondencia:

Joanne Matta Santander
Correo electrónico:
mailto:joanneleila93@gmail.com

Recibido: 18-08-2022

Revisión: 28-09-2022

Aprobado: 15-11-2022

Publicado: 01-12-2022



RESUMEN

Objetivo: Evaluar la percepción de las púerperas sobre la atención del equipo de salud con relación a la violencia física y psicológica en Centro obstétrico del Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP). **Material y métodos:** Estudio observacional de diseño descriptivo retrospectivo de corte transversa. Se aplicó una encuesta a 120 púerperas atendidas en el INMP para evaluar la percepción de las pacientes de las púerperas sobre la atención del equipo de salud. **Resultados:** El 44% de las gestantes no tuvo acompañante durante el trabajo de parto y de estas al 69,8% no se le explicó el motivo por el cual no dejaron ingresar al acompañante. Entre el profesional obstetra se observa que la gran mayoría informa sobre los procedimientos a realizarse (54,3%) y apoya al momento del pujo (65,7%). Entre los ginecólogos-obstetras se registra el elevado número de tactos vaginales y entre los técnicos de enfermería las pacientes aprecian cierto grado de maltrato físico. El 88,3% de las púerperas indica que se respetó su intimidad. **Conclusiones:** Según la percepción de las entrevistadas existen profesionales que ejercen violencia física. Aún existe la presencia de la maniobra Kristeller durante el parto, realizada en su mayoría por profesional gineco-obstetra, así como también el elevado número de tactos vaginales. Se sugiere realizar una revisión sistemática de los procesos ya estandarizados en los protocolos.

Palabras clave: Salas de parto, Parto, Trabajo de parto, Violencia (Fuente: DeCS BIREME)

ABSTRACT

Objective: To evaluate the perception of postpartum women regarding the care of the health team in relation to physical and psychological violence in the Obstetric Center of the National Maternal Perinatal Institute (INMP). **Material and methods:** Observational study with a cross-sectional retrospective descriptive design. A survey was applied to 120 postpartum women treated at the INMP to evaluate the patients' perception of the postpartum women regarding the care provided by the health team. **Results:** 44% of the pregnant women did not have a companion during labor and of these, 69.8% were not explained the reason why the companion was not allowed to enter. Among the obstetrician professionals, it is observed that the vast majority inform about the procedures to be performed (54.3%) and support the moment of pushing (65.7%). Among obstetrician-gynecologists, a high number of vaginal examinations are recorded, and among nursing technicians, patients experience a certain degree of physical abuse. 88.3% of postpartum women indicate that their privacy was respected. **Conclusions:** According to the perception of the interviewees, there are professionals who exercise physical violence. There is still the presence of the Kristeller maneuver during childbirth, performed mostly by a professional obstetrician-gynecologist, as well as the high number of vaginal examinations. It is suggested to carry out a systematic review of the processes already standardized in the protocols.

Key words: Delivery rooms, Childbirth, Labor, Violence (Source: MeSH NLM)

INTRODUCCIÓN

Todas las mujeres tienen derecho a recibir el más alto nivel de cuidados en su salud, que incluye el derecho a una atención digna y respetuosa del embarazo, del parto, su puerperio y el derecho a no sufrir violencia ni discriminación. Es común escuchar relatos de mujeres que evidencian situaciones de trato irrespetuoso, ofensivo o negligente durante el parto, hecho que puede llevar a consecuencias adversas para la crianza del bebé, el proceso de adaptación al puerperio, entre otros factores, por la mala experiencia vivida. Esta situación implica un problema de salud pública y derechos humanos.

Investigaciones realizadas en todo el mundo sobre experiencias de las mujeres en el momento del parto plantean una situación alarmante.

Cuando se investiga que tipo de maltrato se produce en los centros de salud, es común que refieran maltrato físico, verbal, procedimientos médicos sin consentimiento o coercitivos (incluida la esterilización), falta de confidencialidad, incumplimiento con la obtención del consentimiento informado completo, negativa a administrar analgésicos, violaciones de la privacidad, negligencia durante el parto derivando a veces en consecuencias potencialmente mortales pero evitables. La probabilidad a que sufran un trato irrespetuoso y ofensivo aumenta cuando se trata de mujeres adolescentes, solteras, de bajo nivel socioeconómico, las que pertenecen a minorías étnicas, inmigrantes y las que padecen VIH.

A pesar de la evidencia que sugiere que es frecuente lo antedicho, no existe en la actualidad un consenso internacional sobre cómo definir y medir científicamente el maltrato y la falta de respeto. Se desconoce su prevalencia e impacto en la salud, el bienestar y las elecciones de las mujeres. Para lograr un alto nivel de atención respetuosa en el parto, los sistemas de salud deben organizarse y conducirse de tal manera que se garantice el respeto de los derechos humanos. A pesar de que muchos gobiernos, asociaciones médicas, organizaciones de la sociedad civil y comunidades de todo el mundo advirtieron la necesidad de tratar

el problema, todavía no se han tomado acciones concretas con respecto a este problema.

Diversos trabajos concluyen que la calidad de atención del parto vaginal desde la perspectiva de la usuaria en el Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP) fue el 48,24%. Los 3 ítems con mayor satisfacción son: personal limpio y presentable, horarios convenientes de atención, y cumplir lo ofrecido; con menor satisfacción son: elementos visuales atractivos, instalaciones agradables y limpias, y equipos modernos. Las usuarias le dan mayor peso a la dimensión empatía, seguido de seguridad, capacidad de respuesta, elementos tangibles y confiabilidad. Es decir valoran más el buen trato, atención esmerada e individualizada que se les pueda brindar.

Otro estudio determinó la percepción de la paciente sobre la atención del parto humanizado en el Servicio de Centro Obstétrico del Instituto Nacional Materno Perinatal durante el periodo marzo-abril de 2015. La muestra estuvo conformada por 120 púerperas inmediatas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante el periodo marzo-abril de 2015. La percepción de la paciente sobre la atención del parto humanizado se determinó mediante cuatro dimensiones: trato profesional, elección de la posición de parto, acompañamiento y manejo del dolor en la atención del parto. En la dimensión trato profesional, las pacientes percibieron que siempre existió comunicación con el profesional (82,0%), siempre se le explicó en qué consistía el trabajo de parto (81,0%), siempre se le identificó por su nombre (59%), siempre se le explicó los procedimientos a realizar (80%), siempre se respetó su intimidad (78%), siempre se le pidió permiso antes de examinarla (83%) y siempre percibió amabilidad del profesional (73%). En la dimensión libre elección de la posición de parto, las pacientes manifestaron que nunca se les explicó que podían escoger la posición de su parto (75%), nunca le enseñaron posiciones de parto (79%) y nunca le explicaron que podía deambular durante el trabajo de parto (75%). En la dimensión acompañamiento, al 73% le explicaron la decisión de tener un acompañante en su parto, el 58% siempre percibió que el acompañante debía de ayudarla a relajarse. El parto humanizado en su dimensión manejo del dolor: el 35% siempre percibió que se le explicó las alternativas

disponibles para el manejo del dolor en el parto. En general el 35% de las pacientes percibieron que la atención del parto humanizado se realizó de forma adecuada, sin embargo el 53% percibió que su atención de parto fue a nivel regular.

La Norma técnica para la atención de parto vertical con adecuación de interculturalidad menciona que en un marco de respeto de los derechos sexuales y reproductivos, donde el dar a luz y nacer son momentos decisivos para nuestra vida futura, el ministerio de salud enfrenta el reto de responder a la necesidad de buscar el equilibrio entre los efectivos cuidados clínicos modernos y la sensibilidad y significado que estos acontecimientos representan en la vida para gran parte de nuestra población vertical es más fisiológico y facilita a la parturienta la expulsión del niño por nacer.

Es por ello por lo que vimos necesario evaluar la percepción de las puérperas sobre la atención del equipo de salud en Centro obstétrico con relación a la violencia física y psicológica.

MATERIAL Y MÉTODOS

El presente estudio observacional es de diseño descriptivo retrospectivo de corte transversal.

La población está constituida por el total de pacientes atendidas en el Servicio de Centro Obstétrico del Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima durante el periodo Junio- Julio de 2016. Para la muestra se tomó como unidad a las puérperas atendidas en el Servicio de Centro Obstétrico del Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima durante el periodo de Junio a Julio de 2016.

Dadas las restricciones, por motivos de costo y dinero por parte de los investigadores se consideró un tamaño aproximado de 120 pacientes, distribuidos de acuerdo con la técnica de muestreo empleado. El tipo de muestreo fue no probabilístico según criterio, donde se seleccionó a 10 pacientes del servicio de hospitalización interdiario, de lunes a domingo, durante 1 mes hasta completar un aproximado de 120 pacientes.

Se incluyen al estudio las pacientes que ingresaron con dilatación menor de 4cm, pacientes de parto eutócico atendidos por equipo de salud, incluyendo internos, y que acepten responder la encuesta. Se

excluyeron a las pacientes con alteración de la conciencia, post cesareada, pacientes con falso trabajo de parto y que hayan tenido alguna complicación obstétrica.

La técnica que se empleó para la recolección de información fue la encuesta y fue de carácter anónimo, la fuente de investigación fue primaria, puesto que se obtuvo información de la misma paciente. Previo a la recolección de información se obtuvo la autorización de la jefa del servicio de Puerperio del Instituto Nacional Materno Perinatal y se identificó a todas aquellas puérperas inmediatas de parto vaginal atendidas durante Junio del 2016, las cuales fueron abordadas en el Servicio de Hospitalización interdiariamente de lunes a viernes hasta completar un aproximado de 120 pacientes.

El instrumento empleado incluyó 13 preguntas que responden a las subvariables del presente estudio. Del total de preguntas incluidas en el instrumento, los ítems que permitieron evaluar la percepción de las pacientes de las puérperas sobre la atención del equipo de salud en centro obstétrico con relación a la violencia física y psicológica fueron del 1 al 13, cuyas respuestas para cada pregunta consistieron en una escala Likert de 4 puntos donde: 1 correspondió a nunca, 2 algunas veces, 3 casi siempre y 4 siempre; para un rango real del instrumento de 18 a 72 puntos.

El estudio tuvo aprobación del comité de ética del Instituto Nacional Materno Perinatal.

RESULTADOS

Durante el estudio se encontró una mayor cantidad de puérperas con una edad entre los 23 a 27 años (**Tabla 1**), y en menor cantidad aquellas que tienen entre los 33 a 37 años. Dentro de esta muestra el 46% de las participantes son solteras, seguidas por un 32% que es conviviente. Destacan, entre otras características, que la muestra era mayoritariamente de educación secundaria (n=85) y su ocupación es ama de casa (n=80).

La encuesta realizada a las puérperas nos muestra que el 41,7% del personal de salud no se presenta la gestante al momento del ingreso del ingreso a Centro obstétrico. La recepción de la paciente es en gran medida realizada por la profesional obstetra

(80,6%), seguida por la enfermera (8%) y la técnica en enfermería (6,45%).

Tabla 1. Rango de edades de las púerperas

	n	%
18 – 22 años	29	24.2
23 – 27 años	39	32.5
28 – 32 años	31	25.8
33 – 37 años	10	8.3
38 – 42 años	11	9.2

Entre las siguientes características percibidas se encontró que el profesional obstetra participaba mayoritariamente: informar sobre los procedimientos a realizarse (54,3% de quienes lo realizaban fueron obstetras), apoyo al momento del pujo (65,7%), dirigirse a la paciente por su nombre (78,5%), obligar al paciente a que guarde silencio (45.5%), explica a la paciente por qué no ingresa el acompañante (87,5%). (Tabla 2)

Entre las siguientes características percibidas se encontró que el profesional ginecólogo-obstetra participaba mayoritariamente: En algún momento insultar, gritar o amenazar a la paciente (31% de quienes lo realizaron fueron ginecólogos-obstetras), distintas personas de la misma profesión realizaron tacto vaginal simultáneamente (56,7%). (Tabla 2)

Entre las siguientes características percibidas se encontró que el técnico de enfermería participaba mayoritariamente: En algún momento empujó al paciente (84,1% de quienes lo realizaban fueron técnicos en enfermería), golpeó a la gestante durante el trabajo de parto (100%). (Tabla 2)

Por otra parte los resultados muestran que el 88,3% de las púerperas indica que el profesional que atendió su parto respetó su intimidad. Así como también el 44% de las gestantes no tuvo un acompañante durante el parto (Figura 1) y de estas al 69,8% no se le explicó el motivo por el cual no dejaron ingresar al acompañante.

Tabla 2. Percepción de la gestante sobre la violencia ejercida por el profesional de la salud

	Gineco-obstetra		Obstetra		Enfermera		Interno de obstetricia		Interno de medicina		Técnico de enfermería	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Profesional se presenta al ingresar.	2	3,3	50	80,6	5	8,1	1	1,6	0	0	4	6,5
Profesional informa del procedimiento a realizar	39	41,5	51	54,3	1	1,1	3	3,2	0	0	0	0
Profesional apoyó al momento del pujo	31	28,7	71	65,7	0	0	6	5,5	0	0	0	0
Profesional se dirige a la paciente por su nombre	8	10,1	62	78,5	1	1,3	8	10,1	0	0	0	0
Personal de salud insulta, grita o amenaza al paciente	9	31	8	27,6	5	17,2	0	0	0	0	7	24,1
Personal obliga a la paciente a mantener silencio	7	21,2	15	45,5	0	0	4	12,1	0	0	7	21,2
Explica por qué no ingresa el acompañante	0	0	14	87,5	0	0	0	0	0	0	2	12,5
Profesional empuja a la paciente	2	4,5	3	6,8	0	0	2	4,5	0	0	37	84,1
Realiza golpes durante el trabajo de parto	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7	100
Más de una persona realiza tacto vaginal simultáneamente	51	56,7	34	37,8	0	0	3	3,3	2	2,2	0	0

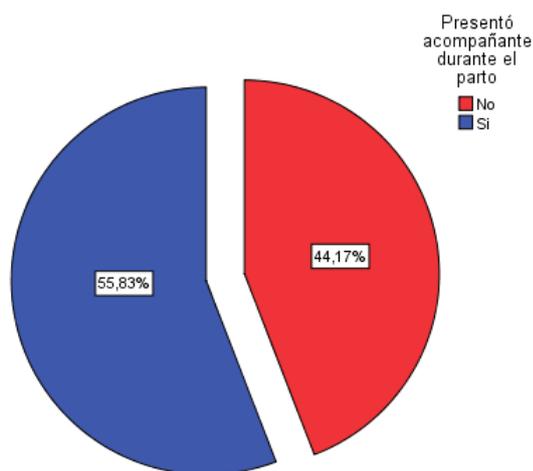


Figura 1. Porcentaje de gestantes que presentaron acompañante durante el parto

DISCUSIÓN

Todas las gestantes y futuras madres quieren ser las protagonistas de su parto y sentir que ese momento es especial, porque de por sí, lo es y es aquí donde trabajamos las obstetras y también el personal que apoya en el momento del parto, (incluyendo a los internos, ginecoobstetra y personal técnico).

Algo que es poco comentado, pero que sucede mucho en las salas de parto de las distintas instituciones de salud del país, es la violencia psicológica y física por parte del personal que atiende el parto, deshumanizándolo y convirtiendo este gran momento en la vida de una madre con su hijo, incluyendo al padre, como un momento de miedo, de vergüenza al punto tal vez de provocar un distanciamiento de las futuras madres con el centro de salud y disminuyendo los partos institucionales, los embarazos controlados, etc.

Hemos entendido que la violencia tiene varios tipos, en el presente estudio nos enfocamos en dos: Violencia física y violencia psicológica (Art. 08 Ley N° 30364), dentro del componente de violencia psicológica en la pregunta de si el personal que la recepción o atendió se presentó a la paciente (58,3%), se le informó de los procedimientos (81,6%), se le llamó por su nombre (65,8%), se respetó su intimidad (88,3%), el personal tuvo un trato amable hacia la paciente (90%), entre otros. Dentro de los profesionales que incumplieron estos ítems, en mayor medida tenemos a los obstetras y

a las ginecoobstetras, que por obvias razones, son quienes tienen mayor contacto con la paciente gestante.

En conclusión de esta dimensión, se percibe que las puérperas tienen una percepción favorable sobre el trato del personal de centro obstétrico de INMP durante el parto, un porcentaje bajo refirió que existió algún tipo de violencia psicológica categorizada con gritos o reclamos, esto se compara con el estudio de Vela en el 2015 quien tuvo similares resultados en el INMP con respecto al parto humanizado.

Dentro de la tendencia internacional también existe un gran porcentaje de partos humanizados, gracias a la viralización del término 'violencia obstétrica' en el estudio de D. Saavedra con resultados similares con respecto al trato y cuidado de la paciente durante el parto institucional.

Además del respeto hacia paciente, respondiendo a sus inquietudes, siendo amables con ellas, también incluimos si el personal obliga a callarse a la paciente, recordemos que el 'obligar a callarse' constituye un acto de violencia obstétrica (Castellanos C. y col., 2012), donde el resultado en nuestro presente estudio fue de un 27,5%.

Las necesidades y expectativas de las gestantes acerca de la atención de parto giran en torno a necesidades afectivas como cariño, atención, afecto y comprensión, dichas necesidades deben ser satisfechas por el profesional de la salud o por el contrario permitiendo la compañía de familiares o acompañante emocionalmente significativo (Sampaio A. y col., 2008). En relación a ello, las pacientes atendidas en el Servicio de Centro Obstétrico del Instituto Nacional Materno Perinatal el 56% refirió haber estado acompañada por su pareja o familiar durante el parto, por lo que el 44% no estuvo acompañada, de este porcentaje, el 69,8% refiere que no recibió ninguna explicación acerca del porqué su pareja no pudo estar a su lado durante el momento del parto, está demostrado que una mujer en trabajo de parto debe ser acompañada por la persona con quien ella se sienta comfortable y en la que confíe (Hodnet E. y col., 2008), el acompañamiento es fundamental ya que permite hacer más humanizado el parto, ya que las pacientes gestantes necesitan que se les trasmita seguridad y confianza en este momento por parte

de alguien cercano, sea este su pareja o familiar, además de la seguridad de los conocimientos del personal que la atiende. Además se demostró que el estar acompañado y recibir afecto durante el momento del parto aumenta las posibilidades de un recién nacido con Apgar alto, que una gestante que estuvo sin apoyo (Samar D, 2011).

En relación con ello, la percepción sobre la violencia física durante la labor de parto, se obtuvo resultados favorables pero algunos por mejorar dentro de INMP. A pesar de ser una maniobra antigua y que hoy en día, se considera como violencia obstétrica y un acto brusco en la labor de parto por parte del personal de centro obstétrico, la maniobra de Kristeller (presión fúndica ejercida por una persona durante la labor del parto para acelerarlo) aún sigue en vigencia en muchos de las instituciones nacionales de salud, en algunos casos solo para apresurar el parto, cuando este debe darse de manera natural y espontánea, no todas las gestantes tienen el mismo tiempo de duración del periodo expulsivo, a pesar de conocimiento del personal que atiende el parto, aun así los obstetras y ginecoobstetras realizan esta maniobra, que puede provocar traumas obstétricos, poniendo en peligro la vida de la madre y el niño por nacer de manera innecesaria, el 28,1% de las gestantes que tomamos como muestra refirieron haberles realizado esta maniobra, y de estos el 85,29% fue realizado por el ginecoobstetra.

Algo notorio también fueron los tactos vaginales por varios personales de salud simultáneamente, es común ver que durante las prácticas hospitalarias, para examinar a la paciente durante el tacto vaginal, no solo lo realice el ginecoobstetra u obstetra a cargo del parto, sino también los internos y estudiantes de pregrado. Se evidencia que los tactos vaginales reiterados o más de 4 veces aumentan la probabilidad de una infección puerperal o de una corioamnionitis (Mamani, 2007). En nuestros resultados el 75% de la muestra refirió haber sido examinada mediante un tacto vaginal por más un profesional simultáneamente.

Por último, estos resultados permitirán a los profesionales de la salud tener una nueva visión sobre el comportamiento que tienen hacia las pacientes, de mejorar el componente afectivo y no solo técnico, de una atención humanizada ya que el

parto es un momento especial y crucial en la vida de una paciente, no debe ser considerado como menos. La obstetricia más que una carrera, es una vocación de servicio, debemos atender con amor y paciencia, somos responsables de traer al mundo vidas, y de nosotros depende mucho como sucede este proceso, hay muchos estudios que aseveran que el momento del parto si tiene efectos a largo plazo para la vida futra del recién nacido. Debemos fortalecer todos los ámbitos mencionados que muestran una aceptación favorable por parte de la paciente en el presente estudio y mejorar algunos, para poder brindar una atención de calidad que es lo que no solo el binomio, sino el trinomio padre madre e hijo merecen.

En conclusión, de acuerdo a la percepción de las entrevistadas sobre la violencia física del personal de salud durante su trabajo de parto en centro obstétrico, concluimos que aún hay personal de salud que ejerce este tipo de violencia: con respecto a que recibieron golpes en algún momento durante su trabajo de parto solo el 5.83% manifestó alguna vez, el personal que lo hacía era el técnico de enfermería; con respecto a que en algún momento del parto, un profesional de salud empujo sobre su barriga, el profesional de salud que frecuentemente realizo fue el gineco-obstetra (85.29%), esta es una maniobra llamada Kristeller que ya no se realiza por las consecuencias que puede provocar; con respecto a que les realizaron varios tactos vaginales simultáneamente, los profesionales de salud que frecuentemente lo hacían eran el gineco-obstetra y obstetra.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Incacutipa-Quispe R. Calidad de atención del Parto vaginal desde la perspectiva de la usuaria en el INMP. Lima – Peru . 2012
2. Miranda-Benavente J. Calidad de atención del parto vaginal en gestantes del distrito Gregorio Albarracín atendidas en los servicios públicos de salud. 2006
3. Vela-Coral G. Percepción de la paciente sobre la atención del parto humanizado en el Servicio de Centro Obstétrico del Instituto Nacional Materno Perinatal durante el periodo marzo-abril de 2015. Facultad de medicina, Escuela de obstetricia.
4. Pozzio MR. La gineco-obstetricia en México: entre el parto humanizado y la violencia obstétrica.

- Universidad Nacional de La Plata, Ensenada, Provincia de Buenos Aires, Argentina.
5. Roberto-Castro JE. 25 años de investigación sobre violencia obstétrica en México. *Revista Conamed*. 2014; 19 (1).
 6. Sala N. La violencia obstétrica y sus modelos de mundo. Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas, Universidad nacional de Córdoba. 2014 -2015
 7. Belli LF. La violencia obstétrica: otra forma de violencia de los derechos humanos. *Revista Redbioética/UNESCO*, Año 4, 1 (7): 25-34, Enero - Junio 2013.
 8. Arguedas-Ramírez G. La violencia obstétrica: propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense. *Portal de revistas académicas*. 2014; 11(1).
 9. Almonte-García G. Violencia Ginecológica Y Obstétrica. *La Medicalización Del Cuerpo Femenino*. *Revista Décsir*. EAM, N°2, 2016
 10. González-Taveras A. El parto humanizado como respuesta a la violencia obstétrica. *Rev. Estudios Críticos*. 2015; 77(1).
 11. Tamayo-Muñoz J, Restrepo-Moreno CM, Laura Gil, Ana Cristina González Vélez. Violencia obstétrica y aborto. Aportes para el debate en Colombia. Grupo Médico por el Derecho a Decidir – Colombia. Noviembre de 2015.
 12. Faneite J, Feo A, Toro J. Grado de conocimiento de violencia obstétrica por el personal de salud. *Rev. Obstet. Ginecol. Venez*. 2012; 72(1).
 13. Valdez-Santiago R, Hidalgo-Solórzano E, Mojarro-Iñiguez M, Arenas-Monreal LM. Nueva evidencia a un viejo problema: el abuso de las mujeres en las salas de parto. *Revista CONAMED*. 2013; 18(1).
 14. Chapman E, Pinzón C. La violencia doméstica en el embarazo y su relación con la muerte materna. Evidencias para su abordaje. *Hoja Informativa OSSyR*. 2014; 9(1),
 15. Camacaro M, Ramírez M, Lanza L, Herrera M. Conductas de rutina en la atención al parto constitutivas de violencia obstétrica. *Utopía Y Praxis Latinoamericana* año 20. *Revista Internacional De Filosofía Iberoamericana Y Teoría SOCIAL*. 2015; 68(1): 113 – 120
 16. Contreras-Pulache H, Mori-Quispe W, Hinostroza-Camposano M, Yancachajlla-Apaza N, Lam-Figueroa H, Chacón-Torrico H. Características de la violencia durante el embarazo en adolescentes de Lima, Perú. *Revista peruana de medicina experimental y Salud Publica*. 2013; 30(3).
 17. Calvo-Aguilar O, Flores-Romero A, Morales-García M. Comparación de resultados obstétricos y perinatales del parto en postura vertical versus supina. *Ginecol Obstet Mex*. 2013; 81 (1):1-10
 18. Angelina-Dois C, Lucchini RC, Villarroel DL, Uribe TC. Efecto del contacto piel con piel sobre la presencia de síntomas depresivos post parto en mujeres de bajo riesgo obstétrico. *Rev. bol. ped*. 2015; 54(2).
 19. Valdez R, Hidalgo E, Mojarro M, Arenas L. Nueva evidencias a un viejo problema: El abuso de las mujeres en la sala de parto. *Revista CONAMED* 2013; 18 (1): 14 – 20
 20. Josmery F, Alejandra TM. Grado de conocimiento de violencia obstétrica por el personal de salud. *Venezuela* 2012. *Rev Ginec Obst Venez*. 2018; 28(1).
 21. Ministerio de Salud. Norma técnica para a atención de parto vertical con adecuación de interculturalidad. Dirección general de salud de las personas, estrategia sanitaria nacional de salud sexual y reproductiva (NT N°033 –MINSa/DGSP-V.01) 2005
 22. Guías de práctica clínica y de procedimientos en obstetricia y perinatología Instituto nacional materno perinatal – 2010
 23. Guía de práctica clínica sobre la atención al parto normal. Ministerio de sanidad y política social del gobierno Vasco – 2010
 24. Guía para la atención del parto normal en maternidades centradas en familia Unicef. Ministerio de salud Argentino – 2010
 25. Guía de atención de parto por cesarí Ministerio de salud pública del Ecuador – 2015
 26. Arnau-Sanchez, J Estudio exploratorio de la humanización en la atención perinatal de la mujer del Área I de Salud de la región de Murcia. 2012
 27. Navarro-Collado, D. Calidad de los servicios de atención de parto y puerperio. *Hospital César Amador Molina*. Silais. 2011
 28. Avendaño-Espinoza, K. Calidad de la atención del parto desde la percepción de las pacientes embarazadas que fueron atendidas en los servicios del hospital Fernando Velez Paiz. 2005.

Contribuciones:

Todos los autores participaron en la conceptualización, metodología, conducción de la investigación, análisis de datos, redacción del borrador inicial y revisión y aprobación de la versión final.