

Violencia obstétrica: percepción de las mujeres durante la atención de parto en dos hospitales rurales de la zona Nahua-Mixteca

Indalecio G. Martínez-Velasco^{1,2*}, Román Jiménez-López³, Ma. Fernanda Gallego-Mora¹, Alejandro Basilio-Reyes³, Elia Cisneros-Martínez⁴, Mariana A. Guillén-González⁵ y Ana P. Angulo-Arrieta⁵

¹Departamento de Salud Perinatal, Centro de Investigación en Nutrición y Educación Perinatal, Puebla, Pue.; ²Servicio de Obstetricia, Hospital Comunitario de Tecomatlán, Puebla, Pue.; ³Servicio de Obstetricia, Hospital de la de la Madre y del Niño Guerrerense, Ciudad de Tlapa, Gro.; ⁴Jurisdicción Sanitaria #8, Servicios de Salud del Estado de Puebla, Acatlán de Osorio, Pue.; ⁵Escuela de Ciencias de la Salud, Universidad Anáhuac-Campus Puebla, Pue. México

Resumen

Antecedentes: Múltiples estudios en Latinoamérica revelan que un gran número de pacientes ginecológicas sufren de violencia obstétrica en la atención institucional, la cual es definida como la apropiación del cuerpo de las mujeres por parte del personal de salud, aumentando las cifras de morbimortalidad. **Objetivo:** Determinar la frecuencia de acciones indirectas que representan violencia obstétrica, en un grupo de pacientes en el puerperio inmediato en hospitales rurales de la zona Nahua-Mixteca de los Estados de Puebla y Guerrero. **Método:** Estudio prospectivo y descriptivo realizado del 1 de enero al 30 de agosto del 2019 en el que se investigó la ocurrencia de violencia obstétrica en 296 pacientes atendidas durante el puerperio inmediato. Las variables sociodemográficas, procedimientos médicos durante el trabajo de parto, iniciativa de parto amigable y el alumbramiento fueron investigados en el expediente clínico. **Resultados:** La agresión verbal fue documentada en el 14.1% del grupo, siendo el médico el agresor más frecuente, seguido del personal de enfermería, sin embargo se documentó también la agresión por parte de otro tipo de personal. En un 13.5% no hubo evidencia de empatía con las emociones del trabajo de parto. **Conclusiones:** Se demostró una frecuencia elevada de violencia obstétrica, una mejora parcial en la iniciativa de parto amigable y un elevado porcentaje de procedimientos obstétricos que conllevan riesgos para la mujer y el recién nacido.

Palabras clave: Violencia obstétrica. Salud maternoinfantil. Parto humanizado. Derechos humanos. Embarazo.

Obstetric violence: women perception during labor in two hospitals in Nahua-Mixteca zone

Abstract

Background: Multiple studies in Latin America reveal that a large number of gynecological patients suffer a kind of obstetric violence in institutional care, which is defined as the appropriation of women's bodies by health personnel, increasing morbidity and mortality rates. **Objective:** To determine the frequency of indirect actions that represent obstetric violence, in a group of patients in the immediate puerperium in rural hospitals in the Nahua-Mixtec area of the States of Puebla and Guerrero. **Method:** Prospective and descriptive study carried out from January 1 to August 30, 2019, in which the occurrence of obstetric violence was investigated in 296 patients treated during the immediate postpartum period. Sociodemographic variables, medical procedures during labor, friendly labor initiative, and delivery were investigated in the clinical record. **Results:** Verbal aggression was documented in 14.1% of the group, with the doctor being the most frequent aggressor, followed by nursing staff; however, aggression by other types of personnel was also documented. In 13.5% there was no evidence of empathy with the emotions of labor.

*Correspondencia:

Indalecio G. Martínez-Velasco

E-mail: indaleciomvgine@outlook.com

0187-5337/© 2024. Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes. Publicado por Permanyer. Este es un artículo open access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Fecha de recepción: 19-07-2023

Fecha de aceptación: 29-02-2024

DOI: 10.24875/PER.23000016

Disponible en internet: 03-04-2024

Perinatol Reprod Hum. 2024;38(1):1-6

www.perinatologia.mx

Conclusions: *A high frequency of obstetric violence was demonstrated, a partial improvement in the friendly delivery initiative and a high percentage of obstetric procedures that carry risks for the woman and the newborn.*

Keywords: *Obstetric violence. Maternal and child health. Humanized childbirth. Human rights. Pregnancy.*

Introducción

La violencia obstétrica se ha definido como la apropiación del cuerpo de las mujeres por parte del personal de salud mediante prácticas que devienen en la medicalización y patologización de sus procesos reproductivos, las cuales redundan en la pérdida de autonomía de las mujeres y en un descenso significativo de su calidad de vida¹.

Varios estudios en Latinoamérica revelan que un gran número de embarazadas sufren irrespeto y maltrato en la atención institucional del parto y del aborto, periodos críticos en el curso de la vida y la salud de las mujeres, que incrementa la morbilidad materno-infantil, por lo que la Organización Mundial de la Salud ha hecho un llamamiento a garantizar el derecho a servicios de alta calidad para el embarazo y el parto y a una atención de salud digna y respetuosa para todas las mujeres²⁻⁵.

Los abusos en la medicalización y en el concepto de atender el embarazo como una patología han originado diferentes patrones de violencia obstétrica. Existen diferentes factores que incrementan la posibilidad de presentar violencia obstétrica. Dentro de las estudiadas se encuentran: edad temprana de embarazo, nivel socioeconómico, orientación sexual e identificación étnica⁶. Las mujeres indígenas y las mujeres que viven en áreas rurales son particularmente vulnerables a esta clase de abuso^{6,7}.

En nuestro país la prevalencia de violencia obstétrica es alta, como lo demuestran estudios realizados en población urbana⁷, por lo cual nuestro interés fue investigar la frecuencia de la violencia obstétrica en una región rural de los Estados de Puebla y Guerrero, México, para conocer la magnitud de este problema.

Material y métodos

Se llevó a cabo un estudio descriptivo, prospectivo y transversal del 1 de enero al 30 de agosto de 2019, en dos hospitales rurales: Hospital Comunitario de Tecamatlán, Puebla, y el Hospital de la Madre y el Niño indígena Guerrerense, O.P.D., en Tlapa de Comonfort, Guerrero. La muestra se seleccionó de acuerdo con el número de nacimientos en cada institución. Las participantes fueron mujeres que estuvieron internadas dentro de las primeras 12 horas después de su parto sin complicaciones en los hospitales donde se desarrolló

el estudio. Se excluyeron los casos que cursaron con alguna complicación obstétrica, o que presentaran signos y síntomas de depresión posparto o patologías mentales y las pacientes con antecedente de aborto y/o muerte fetal. Las mujeres participaron de manera libre y voluntaria en las entrevistas después de firmar su consentimiento informado. A las pacientes se las invitó a participar, mencionándoles que era una encuesta para mejorar la calidad de la atención en la institución. El estudio recibió la aprobación de los comités de enseñanza e investigación de cada hospital.

Existen varios grupos a nivel internacional que han propuesto varios tipos de encuestas para validar la información, nuestro grupo consideró el Test de Violencia Obstétrica de la Asociación Dando Luz y Colectiva Maternidad Libertaria de Argentina modificado por los autores y validada en un proyecto piloto para adoptar algunas preguntas relacionadas al programa de Parto Amigable, era replicable y factible de realizar en nuestra población.

El cuestionario final incluyó 16 preguntas cerradas con respuestas sí/no respecto a si se presentaron dichas acciones en su atención médica y contando con el apoyo de un traductor, ya que el grupo de mujeres de identificación étnica aborígenas hablaban lengua náhuatl o tlapaneco. La clasificación de identificación étnica se clasificó en: indígena, la cual hablaba su lengua nativa (lengua náhuatl o tlapaneco); mestiza, que su madre era indígena proveniente del alguno de los municipios donde se realizó el estudio, y blanca cuando su nacimiento sucedió en alguna región urbana. Los datos sociodemográficos y obstétricos se obtuvieron del expediente clínico. Una vez obtenidos los datos, se capturaron y procesaron con el programa SPSS, versión 2.0. Para su análisis se utilizó estadística descriptiva (frecuencias, proporciones y medidas de tendencia central).

Resultados

Durante el periodo de estudio, un total de 296 pacientes lo completaron. La edad de las pacientes fluctuó entre 15 y 44 años, con un promedio de 33 años. En cuanto a su estado civil, el 87.3% fueron casadas y respecto a sus antecedentes obstétricos, el 34.4% primigestas. Con respecto a la identificación étnica, el 37.8% fueron indígenas, el 41.8% mestizas y el 20.2%

Tabla 1. Características sociodemográficas (n = 296)

Característica	No. (%)
Edad	
15-19	126 (42.5)
20-34	100 (33.7)
35-44	70 (23.6)
Paridad	
Primigesta	102 (34.4)
Multigesta	194 (65.5)
Estado civil	
Soltera	36 (12.1)
Casada	260 (87.8)
Educación	
Analfabeta	48 (16.2)
Primaria	139 (46.9)
Secundaria	48 (16.2)
Preparatoria	18 (6.0)
Profesional	43 (14.5)

de raza blanca. En lo que respecta al nivel de estudios, el 16.2% fue analfabeta. Las características sociodemográficas de las 296 mujeres se resumen en la [tabla 1](#).

La agresión verbal por medio del empleo de comentarios irónicos, descalificadores o en tono de chiste fueron documentados en el 14.1% del grupo, siendo el médico el agresor más frecuente, seguido del personal de enfermería, sin embargo se documentó también la agresión por parte de otro tipo de personal. En un 13.5% no hubo evidencia de empatía con las emociones del trabajo de parto. En el 14.8% de los casos, el personal de salud no aclaró las dudas o contestó de mala manera a las solicitudes de las mujeres. En lo que respecta a la atención durante el trabajo de parto, en un 29.6% a las pacientes no se les solicitó su consentimiento informado ni se les comentaron los riesgos de los procedimientos ([Tabla 2](#)).

Un 12.2% de las encuestadas refirió que la institución promovía la Iniciativa de parto amigable, el 61.4% aceptó haber recibido información de la duración de su trabajo de parto, se permitió el acompañamiento por un familiar en un 32.4%, la autorización de beber líquidos en un 59.4%, la prohibición en la movilización y deambulación durante el trabajo de parto en un 73.0% y el uso de oxitocina en un 29.9% de los casos. En lo que respecta al manejo no farmacológico del dolor, solo un 8.7% lo recibió, siendo principalmente masajes en el 61.5% y ejercicios respiratorios en el 38.5% restante. La utilización de la maniobra de Kristeller se documentó en el 45.9%, la episiotomía en el 60.8% y la revisión manual de la cavidad uterina en un 88.5% ([Tabla 3](#)).

En lo que respecta a la resolución del nacimiento, el 51.3% fue por cesárea y el 48.7% por vía vaginal. El contacto piel a piel inmediato solo fue documentado en un 12.1% de los nacimientos.

Discusión

El presente estudio analiza la percepción de violencia obstétrica en una zona rural de México, donde se constata una alta frecuencia. Los porcentajes a nivel mundial de la violencia obstétrica son variables, con una frecuencia del 12.5% en Italia hasta un 97.4% en Perú⁸⁻¹⁶. Recientemente, en Chile, mediante una encuesta a nivel nacional mediante plataforma en línea (Survey Monkey) validada previamente en un proyecto piloto, se reportó una prevalencia del 79.28%. En relación con el tipo de institución en que se realizó el parto, esta cifra aumentó a un 85.6% en los hospitales públicos y descendió a un 72.4% en clínicas privadas. Sus resultados indican que la percepción de ser infantilizadas o anuladas por parte del equipo médico, la percepción de vulnerabilidad que emerge de la atención recibida, el impedimento de estar acompañadas durante el parto y la realización de procedimientos en ausencia de un consentimiento informado fueron los más frecuentes⁶.

En México la prevalencia nacional de este fenómeno en la última encuesta ENDIREH 2016, la cual fue realizada a nivel nacional mediante un cuestionario de 12 preguntas dirigidas a las mujeres de 15 a 49 años que en los últimos años hayan tenido algún parto, mostró una cifra del 33.2%¹⁷. Dentro de los hallazgos más importantes de esta encuesta es que reportó como factores asociados más importantes: ser mujer sin pareja y el nivel socioeconómico. La agresión verbal en nuestro estudio se documentó en un 14.1%, siendo inferior a lo reportado por Valdez et al. en un estudio nacional de dos hospitales en el Estado de Morelos, donde registraron una frecuencia del 19.0%⁷.

Llama la atención que el principal agresor es el médico que atiende el evento obstétrico en un 24% de los casos, seguido del personal de enfermería, sin embargo es de llamar la atención la participación de otro personal de las instituciones, como camilleros y personal de vigilancia. Faneite et al. reportaron en un estudio efectuado en Venezuela como principales agresores al personal médico y de enfermería en un 48.5 y 48.2% respectivamente¹⁸.

La iniciativa de parto amigable ha sido una estrategia que pretende mejorar la satisfacción de las usuarias y mejorar la calidad de la atención obstétrica, por lo cual se investigaron algunos aspectos en el presente estudio, el conocimiento en las pacientes de que las

Tabla 2. Prueba de percepción de violencia obstétrica. Encuesta de percepción de violencia obstétrica

Conductas percibidas durante la atención	Sí		No	
	F	%	F	%
1. ¿El personal de salud criticaba su comportamiento con comentarios irónicos, descalificadores o en tono de chiste?	42	14.1	254	84.6
2. ¿El personal de salud que criticaba su comportamiento con comentarios irónicos, descalificadores o en tono de chiste, fue un médico?	20	47.6	276	52.4
3. ¿El personal de salud que criticaba su comportamiento con comentarios irónicos, descalificadores o en tono de chiste, fue un(a) enfermero(a)?	16	38.0	280	62
4. ¿El personal de salud que criticaba su comportamiento con comentarios irónicos, descalificadores o en tono de chiste, fue un camillero?	4	9.5	292	90.5
5. ¿El personal de la institución que criticaba su comportamiento con comentarios irónicos, descalificadores o en tono de chiste, podría identificarlo como personal de vigilancia, aseo o administrativo?	2	4.8	294	95.3
6. ¿La trataron con sobrenombres o diminutivos o modificando su nombre en tono cariñoso como si fuera una niña incapaz de comprender las intervenciones que están realizando o el proceso de parto?	37	12.5	259	87.5
7. ¿Fue criticada por llorar o gritar de dolor, emoción, alegría o tristeza durante el trabajo de parto?	40	13.5	256	86.5
8. ¿Le resultó difícil o imposible aclarar sus dudas y manifestar sus miedos o inquietudes porque no le respondían o lo hacían de mala manera?	44	14.8	252	85.2
9. Procedimientos realizados sin pedir consentimiento, informar sobre la necesidad o los riesgos:				
9.1 Prohibición de ingerir alimentos o bebidas	176	59.4	120	40.6
9.2 Indicación de permanecer acostada todo el tiempo	216	7.30	80	92.7
9.3 Enema	0	0	296	100
9.4 Rotura artificial de la bolsa	0	0	296	100
9.5 Rasurado de genitales	0	0	296	100
9.6 Administración de medicación para acelerar el parto	62	20.9	234	79.1
9.7 Tactos vaginales reiterados y por diferentes personas	151	51.0	145	49
9.8 Compresión del abdomen en el momento del parto	136	45.9	160	54.1
9.9 Episiotomía	120	60.8	176	39.2
9.10 Cesárea	152	51.3	144	48.7
10. ¿Durante el periodo de dilatación la obligaron a permanecer acostada boca arriba, aunque refiriera incomodidad?	132	44.5	164	55.5
11. ¿La privaron de la posibilidad de caminar o buscar posiciones según sus necesidades?	216	73.0	80	27
12. ¿Durante el momento de expulsión le impidieron tomar la postura más cómoda para usted para pujar?	60	20.2	236	79.8
13. Durante todo el proceso ¿se le impidió estar acompañada por alguien de confianza?	96	32.4	200	67.6
14. ¿Al momento del nacimiento se le impidió el contacto inmediato con su hijo/a, antes de que se realizarán cuidados o intervenciones rutinarias (pesar, medir, administración de vacunas y baño)?	260	87.9	36	12.1
15. ¿La experiencia de la atención en el parto la hizo sentir vulnerable, incapaz, culpable o insegura?	20	6.7	276	93.3
16. ¿Conoce alguna ley que la respalde contra la violencia obstétrica?	24	12.1	272	87.9
Total (en promedio)		29.1		70.9

instituciones participantes están trabajando a favor de la iniciativa fue bajo, sin embargo algunas prácticas como la información sobre la duración de su trabajo de parto, acompañamiento, permitir la movilización e ingesta de líquidos mostraron porcentajes positivos. Solo se ofrecieron alternativas farmacológicas para el manejo de dolor en un bajo porcentaje de los casos,

aunque no se ha demostrado un efecto en la disminución de dolor durante el trabajo de parto, disminuye la ansiedad durante el proceso de atención¹⁹.

En lo referente a la utilización de procedimientos relacionados con violencia física, la utilización de oxitocina, maniobra de Kristeller, episiotomía y revisión de cavidad uterina siguen presentándose de manera

Tabla 3. Procedimientos obstétricos y aspectos relacionados al parto amigable

	Número	%
1. Información sobre parto amigable	36	12.2
2. Información sobre el trabajo de parto	182	61.4
3. Tratamiento no farmacológico del dolor de parto	26	8.7
3.3 Masajes	16	61.5
3.4 Ejercicios respiratorios	10	38.5
Episiotomía	180	60.8
Revisión manual de cavidad uterina	262	88.5
Contacto piel a piel	36	12.1

rutinaria a pesar de que no existe evidencia científica de su utilidad, siendo esto motivo de preocupación por diferentes autores en estudios realizados recientemente, como lo es un reporte de caso en la literatura internacional, donde ocurrió rotura uterina con la utilización de dicha maniobra y refuerza que esta es considerada como una de las maniobras más controvertidas que se utilizan en la segunda etapa del parto, dadas las complicaciones maternas y fetales, ya que puede producir: embolia del líquido amniótico, laceraciones maternas del esfínter anal, fracturas fetales, daño cerebral y rotura uterina. Se considera que no se debe realizar, debido a su ineficacia y peligrosidad²⁰.

Con respecto a la episiotomía, diferentes estudios a nivel mundial muestran un uso indiscriminado, con frecuencias de un 17 a un 77%, aun cuando se conoce que este procedimiento puede conducir a desgarros de tercer y cuarto grado cuando se hace de manera rutinaria, por lo que es más recomendable hacerlo de manera selectiva²¹⁻²³.

En lo referente a la frecuencia de cesárea, nuestro estudio demostró un porcentaje del 51.3%, muy por encima de la recomendación de la Organización Mundial de la Salud, que menciona que los beneficios óptimos de este procedimiento se sitúan entre un 15-20%, siendo en la actualidad Latinoamérica y el Caribe las regiones del mundo con la prevalencia más alta en un análisis mundial publicado²⁴.

Un hallazgo relevante en nuestro estudio fue que en solo el 12.1% se efectuó el contacto piel a piel en los primeros 30 minutos, negándole al recién nacido y la madre sus múltiples beneficios, tales como la disminución de los porcentajes de mortalidad infantil, facilitación a una mejor transición a la vida extrauterina, promoviendo la autorregulación y la estabilidad hemodinámica, un mejor balance metabólico y un óptimo desarrollo

neurológico, disminuyendo la depresión posparto, reduciendo el llanto del neonato y mejorando la relación afectiva madre-hijo e incrementando los niveles de oxitocina materna²⁵. Desafortunadamente en publicaciones recientes el contacto piel a piel sigue documentándose con una baja frecuencia cuando se ha realizado por observadores externos, como es el estudio de Gurung et al. en Nepal, y de otros autores²⁶⁻³¹.

Por último, es imprescindible ofrecer más información sobre violencia obstétrica a las mujeres, ya que afecta a su salud mental y física durante el parto, debido a que nuestro estudio demostró una baja información sobre los derechos reproductivos, como ha sido reportado por Figueroa-Palomino et al. en sonora y por Guerrero-Sotelo et al. en Oaxaca^{12,13}.

Si bien este estudio tiene una serie de limitaciones, por haber sido utilizada una encuesta de tipo dicotómico, por lo que existe la posibilidad de generar información tendenciosa, y por otro lado, existe la posibilidad de sesgo de respuesta, ya que al estar internada la paciente podría optar por que su atención fue buena para no confrontarse con el personal médico y sufrir una recriminación por parte de este. La ventaja del estudio es que previo al consentimiento por escrito, la encuesta se realizó en una sala privada reafirmando a la paciente que su información era confidencial y que tenía como objetivo mejorar a la atención a las usuarias en el futuro.

Conclusiones

El presente estudio mostró clara evidencia de que en las zonas rurales de nuestro país la percepción de las mujeres sobre la violencia obstétrica es alta. Los procedimientos obstétricos relacionados con violencia física durante la atención de parto son elevados y que sería trascendental investigar las causas de la violencia obstétrica al momento de la capacitación de personal de salud, así como desarrollar talleres de sensibilización desde las facultades de medicina hasta los centros de atención obstétrica, además de implementar la supervisión estricta de los indicadores de trato digno en la totalidad de las instituciones de salud, para con ello mejorar los indicadores de la Iniciativa Hospital Amigo de la Niña y el Niño (IHANN), coadyuvando a mejorar la salud maternoinfantil en nuestro país.

Agradecimientos

A todo el personal del Hospital Comunitario de Tecomatlán, Puebla, y del Hospital de la Madre y el Niño Indígena Guerrerense, O.P.D.

Contribuciones

IGMV y RJL contribuyeron a la concepción y diseño del estudio. MFGM, ABR, MAGG y APAA contribuyeron a la recolección de los datos. IGMV, RJL y EMC contribuyeron al análisis de los datos, redacción y revisión del artículo.

Financiamiento

La presente investigación no ha recibido ninguna beca específica de agencias de los sectores públicos, comercial, o con ánimo de lucro.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Uso de inteligencia artificial para generar textos. Los autores declaran que no han utilizado ningún tipo de inteligencia artificial generativa en la redacción de este manuscrito ni para la creación de figuras, gráficos, tablas o sus correspondientes pies o leyendas.

Bibliografía

1. Arguedas G. La violencia obstétrica: propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense. Cuadernos de Intercambio sobre Centroamérica y el Caribe. 2014;11:145-69.
2. United Nations High Commissioner for Human Rights. Practices in adopting a human rights-based approach to eliminate preventable maternal mortality. New York: UN; 2011.
3. Organización de las Naciones Unidas. Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente (2016-2030). Nueva York: ONU; 2016.
4. Organización de las Naciones Unidas. La Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Una oportunidad para América Latina y el Caribe. Santiago de Chile: CEPAL; 2016.
5. Tobasía-Hege C, Pinart M, Madeira S, Guedes A, Reveiz L, Valdez-Santiago R, et al. Irrespeto y maltrato durante el parto y el aborto en América Latina: revisión sistemática y metaanálisis. Rev Panam Salud Publica. 2019;43:e36.
6. Cárdenas Castro M, Salinero Rates S. Violencia obstétrica en Chile: percepción de las mujeres y diferencias entre centros de salud. Rev Panam Salud Pública. 2022;46:e24.

7. Valdez-Santiago R, Hidalgo-Solórzano EC, Mojarro-Iñiguez M, Arenas-Monreal L. Nueva evidencia a un viejo problema: el abuso de las mujeres en las salas de parto. CONAMED. 2013;18(1):14-20.
8. Ravaldi C, Skoko E, Battisti A, Cerico M, Vannacci A. Abuse and disrespect in childbirth assistance in Italy: A community-based survey. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2018;224:208-9.
9. Nieto-González LA, Romero-Quiroz MA, Córdoba-Ávila MA, Campos-Castolo M. Percepción del trato digno por la mujer embarazada en la atención obstétrica de enfermería. CONAMED. 2011;16(Supl.1):S5-S11.
10. Goli S, Ganguly D, Chakravorty S, Rammohan A. A framework to study labor room violence in a resource-poor setting [Internet]. Sage Research Methods; 2020. Disponible en: <https://methods.sagepub.com/case/a-framework-to-study-labor-room-violence-in-a-resource-poor-setting>
11. Mejía-Merino C, Fenebra-Zapata L, Molina-Berrio DP, Arango Urrea JD. Dehumanization during delivery: Meanings and experiences of women cared for in the Medellín public network. Invest Educ Enferm. 2018;36(1):e03.
12. 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. SANUS. 2019;(3):14-21.
13. Guerrero-Sotelo RN, Orellana-Centeno JE, Lamas-Carlos J, Hernández-Arzoza LI, Gutiérrez-Bustamante A. Percepción de violencia obstétrica en Oaxaca. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc. 2021;28(4):301-9.
14. Mena-Tudela D, Iglesias-Casás S, González-Chordá V, Cervera-Gasch A, Andreu-Pejó L, Valero-Chilleron M. Obstetric violence in Spain (Part I): Women's perception and interterritorial differences. Int J Environ Res Public Health. 2020;17(21):7726.
15. Brandão T, Cañadas S, Galvis A, de los Ríos M, Meijer M, Falcon K. Childbirth experiences related to obstetric violence in public health units in Quito, Ecuador. Int J Gynaecol Obstet. 2018;143(1):84-8.
16. Montesinos-Segura R, Urrunaga-Pastor D, Mendoza-Chuctaya G, Taype-Roldan A, Helguero-Santín LM, Martínez-Ninanqui FW, et al. Disrespect and abuse during childbirth in fourteen in nine cities of Perú. Int J Gynaecol Obstet. 2018;140(2):184-90.
17. Castro R, Frias SM. Obstetric violence in Mexico: Results from a 2016 National Household Survey. Violence Against Women. 2020;26(6-7):555-72.
18. Faneite J, Feo A, Toro-Merlo J. Grado de conocimiento de violencia obstétrica por el personal de salud. Rev Obstet Ginecol Venez. 2012;72(1):4-12.
19. Sartori AL, Vieira F, Almeida NAM, Bezerra ALQ, Martins CA. Estrategias no farmacológicas para aliviar el dolor durante el proceso del parto. Enf Glob. 2011;21:1-9.
20. Redondo-Aguilar R, Manrique-Fuentes G, Mauro Aisa L, González Acosta V, Delgado-Martínez L, Aceituno-Velasco L. Rotura uterina en gestante con cesárea anterior tras maniobra de Kristeller. Reporte de caso. Rev Chil Obstet Ginecol. 2014;79(2).
21. Leal M, Pereira A, Domingues R, Filha M, Dias M, Nakamura-Pereira M, et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. Cuadernos de Saúde Pública. 2014;30(suppl 1):S17-S32.
22. Guzmán R, Aleuanli MC, Castro A, Naser M, Wenzel C, Daniela Castro VM. Episiotomía y disfunciones del piso pélvico femenino. Rev Hosp Clin Univ Chile. 2015;26:215-21.
23. Camacho-Morell F, García-Barba I, López-Simó A, Belda-Pérez A. Factores que influyen en la realización de una episiotomía en partos eutócicos. Matronas Prof. 2017;18(3):98-104.
24. Betrán AP, Ye J, Moller A, Zhang J, Gülmezoglu AM, Torloni MR. The increasing trend in caesarean section rates: Global, regional and national estimates: 1990-2014. PLoS One. 2016;11(2):e0148343.
25. Tolofari M, Shepherd L. Postpartum haemorrhage and synthetic oxytocin dilutions in labor. Partery Br J. 2021;29(10):590-6.
26. Moore ER, Bergman N, Anderson GC, Medley N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. Cochrane Database Syst Rev. 2016;11:CD003519.
27. Lacarrubba J, Galván L, Barreto N, Adler E, Céspedes E. Guías prácticas de manejo en Neonatología. Atención inmediata del Recién Nacido de término sano. Pediatr (Asunción). 2011;38(2):138-45.
28. Stevens J, Schmied V, Burns E, Dahlen H. Immediate or early skin-to-skin contact after a caesarean section: a review of the literature. Matern Child Nutr. 2014;10(4):456-73.
29. Martínez-Martínez T, Damian-Ferman N. Benefits of early skin-to-skin contact in neonatal reanimation. Enferm Univ. 2014;11(2):61-6.
30. Dois A, Lucchini C, Villarroel L, Uribe C. The effect of mother/infant skin-to-skin contact n postpartum depressive symptoms in women with low obstetric risk. Rev Chil Pediatr. 2013;84(3):285-92.
31. Gurung R, Avinash K, Sunny AK, Paudel P, Bhattarai P, Basnet O, et al. Predictors for timely initiation of breastfeeding after birth in the hospitals of Nepal- a prospective observational study. Int Breastfeed J. 2021;16(1):85.