

MODELO BIOMÉDICO INSTITUCIONAL VS MODELO DE PARTO HUMANIZADO. EXPERIENCIAS DE PERSONAL DE ENFERMERÍA EN FORMACIÓN

INSTITUTIONAL BIOMEDICAL MODEL VS HUMANIZED CHILDBIRTH MODEL: EXPERIENCES OF NURSING PERSONNEL IN TRAINING

Verónica Tapia Tomas

Enfermera

México

veroeneott29@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0000-3975-9792>

Gustavo Nigenda

PhD. Profesor de Tiempo Completo

Facultad Nacional de Enfermería y Obstetricia. Universidad Nacional Autónoma de México, México

gnigenda@outlook.com

<https://orcid.org/0000-0003-0067-0664>

Patricia Aristizabal

Enfermera

MA. PhD

Profesora de Tiempo Completo. Facultad de Estudios Superiores Iztacala. Universidad Nacional Autónoma de México, México

aristizabalh.patricia@iztacala.unam.mx

<https://orcid.org/0000-0001-5501-239X>

Artículo recibido el 02 de noviembre de 2023. Aceptado en versión corregida el 12 de agosto de 2024.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN. La atención de parto bajo un modelo alternativo con enfoque humanizado consiste en brindar un cuidado holístico e integral, en el cual las intervenciones realizadas tienen como objetivo lograr una experiencia positiva durante el parto y preservar la salud y bienestar del binomio madre - hijo/a. No obstante, muchas mujeres reciben una atención mayormente basada en el modelo médico institucionalizado. **OBJETIVO.** El objetivo del trabajo fue comparar las experiencias de pasantes de la licenciatura en enfermería y obstetricia que llevaron a cabo la pasantía en instituciones de salud que ofrecían la atención

de parto a través de dos modelos diferenciados. **METODOLOGÍA.** Estudio cualitativo descriptivo. Se llevaron a cabo entrevistas semiestructuradas a 14 pasantes de la licenciatura en enfermería y obstetricia que prestaban el servicio social en unidades de segundo y tercer nivel de atención, y en una casa materna del estado de Chiapas. Todas las participantes firmaron el consentimiento. **HALLAZGOS.** La comparación de las experiencias de pasantes de la licenciatura en enfermería y obstetricia en dos modelos de atención de parto, medicalizado y humanizado, expusieron enormes diferencias en el cuidado obstétrico. La aplicación de un modelo alternativo con enfoque humanizado tiene el potencial de transformar favorablemente la experiencia de la mujer en la atención de parto. **CONCLUSIÓN.** Las experiencias de las pasantes de la licenciatura en enfermería y obstetricia mostraron elementos que establecieron grandes diferencias en los dos modelos de atención expuestos. Por un lado, la atención basada en las recomendaciones de la OMS se percibe por las pasantes como segura y satisfactoria para las mujeres en parto, en tanto que en las unidades hospitalarias se evidenció la existencia de prácticas consideradas inadecuadas y sistemáticas. De modo que la aplicación del modelo de parto humanizado puede garantizar el goce de los derechos sexuales y reproductivos y así vivir un parto satisfactorio.

Palabras clave: Trabajo de parto, parto obstétrico, atención de enfermería, obstetricia, modelos de atención de salud, parto humanizado.

ABSTRACT

INTRODUCTION. An alternative model of childbirth care using a humanized approach consists of providing holistic and comprehensive care, in which the interventions performed are aimed at achieving a positive experience during childbirth and preserving the health and well-being of the mother-child binomial. However, many women receive care largely based on the institutional medical model. **OBJECTIVE.** The objective of the study was to compare the experiences of nursing and midwifery interns who carried out their internship in health institutions that offered childbirth care through two different models. **METHODOLOGY.** Qualitative descriptive study. Semi-structured interviews were conducted with 14 nursing and midwifery interns who were providing social services in second and third level health care units and in a maternity home in the state of Chiapas, Mexico. All participants signed the consent form. **FINDINGS.** A comparison of the experiences of interns in nursing and obstetrics, using both medicalized and humanized models of delivery care, exposed huge differences in obstetric care. **CONCLUSION.** The application of an alternative model of childbirth care using a humanized approach has the potential to positively transform women's experience in childbirth care. The experiences of the nursing and midwifery interns revealed major differences in the two models of care presented. Care based on WHO recommendations is perceived by the interns as safe and satisfactory for women in labor, while practices advocated in the hospital units were considered mechanistic and inadequate. The application of the humanized childbirth model can guarantee the preservation of sexual and reproductive rights while ensuring a satisfactory childbirth.

Keywords: Labor, delivery obstetric, nursing care, obstetrics, health care models, humanized childbirth.

http://dx.doi.org/10.7764/Horiz_Enferm.35.2.419-437

INTRODUCCIÓN

La atención de parto en México comúnmente se lleva a cabo desde una visión medicalizada con un alto nivel de intervención en el cuerpo femenino con el objetivo de salvaguardar la salud de las madres y sus hijo/as. La medicalización de la atención del parto ha llevado a la creación de un monopolio de prestación de servicios bajo el control de la profesión médica.

De acuerdo con Mena-Tudela et al. ⁽¹⁾ con frecuencia durante la formación del personal médico, se les lleva a entender el parto desde una perspectiva orgánica fisiológica sin participación de factores emocionales y psicológicos. Las instituciones públicas de salud en México representan el contexto donde este tipo de atención se ha enquistado. En el año 2022 se registró en el país que el 87.4 % de los partos son atendidos por personal médico y el restante 12.6 % por otro personal de salud incluidas enfermeras obstetras y parteras ⁽²⁾.

La valoración de la atención medicalizada del parto construye una experiencia que expropia a las mujeres de su proceso de parto al no atender las necesidades individuales y emocionales. El predominio del modelo medicalizado de atención conduce al uso en exceso de tecnología, aislamiento y despersonalización en los procesos reproductivos ⁽³⁾. De manera muy evidente, es un proceso expresado por las altas tasas

de cesáreas, son aceptadas como “naturales” tanto entre los profesionales de la salud como entre la población ⁽⁴⁾. Por ejemplo, según datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), el 45.5% de los partos ocurridos entre 2013 y 2018, fueron por cesárea; de las cuales, el 50% se programaron con antelación ⁽⁵⁾.

El uso de oxitocina, la restricción de la posición materna, los tactos vaginales frecuentes, la episiotomía rutinaria, la restricción en la ingesta de líquidos, la separación prolongada del binomio, el uso de fórceps, y los pujos forzados o dirigidos, son prácticas que constituyen el escenario biomédico, lo cual frecuentemente hace del parto una experiencia traumática para la mujer ⁽⁶⁾.

En México la Ley General de Salud aborda la atención al embarazo, al parto y al puerperio como un derecho a la salud, y aunque no se encuentra de manera directa la aproximación al parto humanizado se sugiere brindar una atención integral a la mujer, incluyendo la atención psicológica. Algunos artículos de la ley resaltan la importancia del abordaje psicológico y la condición de vulnerabilidad de la mujer ⁽⁷⁾.

Por otro lado, la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida, establece el respeto a la diversidad

cultural, la atención basada en términos de derecho, de respeto a la autonomía, la calidad de la atención, el bienestar y seguridad emocional de las mujeres y la decisión informada. Además se enuncia la conducción no medicalizada del trabajo de parto ⁽⁸⁾. Así mismo, la Guía de Práctica Clínica Vigilancia y atención amigable en el trabajo de parto en embarazo no complicado, hace énfasis en disminuir el exceso de intervenciones, las cuales son innecesarias en el proceso de parto; esta guía se basa en las recomendaciones emitidas por la OMS para la atención de parto ⁽⁹⁾.

Ante este escenario, el hecho de brindar una atención sistematizada y a la vez deshumanizada, vuelve más susceptible a la mujer de ser víctima de violencia obstétrica la cual es considerada como un tipo de violencia institucional, que se expresa en las prácticas y conductas realizadas por profesionales de la salud dirigida hacia las mujeres durante el proceso reproductivo, que por acción u omisión son violentas o pueden ser percibidas como violentas. Esta puede verse en agresiones físicas y psicológicas a las mujeres durante la atención médica de parto con actos no apropiados o no consensuados, como episiotomías sin consentimiento, intervenciones dolorosas, obligar a parir en una determinada posición o proveer una medicalización excesiva ⁽¹⁰⁾.

Por ello, es fundamental y deseable una asistencia humanizada que respete los derechos de las mujeres, su dignidad y autonomía. Al observar la existencia de un modelo medicalizado de atención obstétrica en diferentes países y regiones, la Organización Mundial de la Salud se ha

planteado apoyar el desarrollo de formas alternativas de atención, entre ellas el denominado parto humanizado. El enfoque humanizado consiste en brindar un cuidado holístico e integral, en el cual las intervenciones realizadas permitan lograr una experiencia positiva durante el parto y preservar la salud y bienestar del binomio madre - hijo/a.

El término “parto humanizado”, responde a la necesidad de que el embarazo y el parto dejen de ser considerados procesos patológicos, mórbidos y riesgosos ⁽¹¹⁾. En la actualidad existen experiencias en América Latina que muestran los beneficios de la atención del parto humanizado y la necesidad de expandir este modelo a la atención de las instituciones de salud. Entre estos países se encuentra Brasil ⁽¹²⁾.

El parto humanizado se basa en la protección de los derechos de las mujeres a tener libertad sobre las decisiones respecto a sus cuerpos y los procesos involucrados en el embarazo y el parto. Desde esta perspectiva se propone que la mujer guíe su trabajo de parto, en un entorno de tranquilidad y respeto, evitando el uso de intervenciones invasivas. Este se caracteriza por reconocer a la madre e hijo como protagonistas del proceso y respetar las decisiones y necesidades de la mujer. Además, promueve el acompañamiento para las gestantes, el apoyo emocional, la movilidad y la posición de su elección, permite la ingesta de líquidos, utiliza métodos no farmacológicos de alivio del dolor, inicio inmediato de la lactancia materna y favorece el alojamiento conjunto ^(13,14).

La atención de parto bajo este modelo otorga bienestar emocional y

físico, autonomía y satisfacción a la mujer y reduce el estrés. Además, contribuye a la estabilidad fisiológica del binomio, reduce significativamente el riesgo de complicaciones (como hemorragias, desgarros, infecciones), reduce el riesgo de parto distócico y cesáreas⁽¹⁵⁾.

Las propuestas de la OMS de parto humanizado están basadas en revisiones sistemáticas extensas sobre las mejores prácticas para la atención del embarazo y el parto y las recomendaciones emanadas por estas revisiones ponen al descubierto que el uso inapropiado de procedimientos y tecnologías durante el parto, lejos de garantizar la seguridad, ocasiona iatrogenia, aumentando la proporción de cesáreas e instrumentación del parto, obstaculizando que se constituya un vínculo temprano entre madre e hijo/a⁽¹³⁾.

En diversas universidades de México se forman las enfermeras obstetras que desde el nivel de pregrado reciben formación para la atención al embarazo y al parto desde una perspectiva integral que incluye tanto aspectos fisiológicos como emocionales de las mujeres. Sin embargo, su participación en el sistema de salud es muy marginal debido al monopolio de práctica ejercido por el personal médico en este campo. Al terminar la formación en la escuela, las estudiantes deben pasar el último año de la carrera haciendo prácticas clínicas en diferentes hospitales o unidades de salud donde se lleve a cabo la atención del embarazo y el parto. Prácticamente todos los estudiantes llevan a cabo sus prácticas en unidades hospitalarias del sistema de atención pública donde se atiende el parto bajo un modelo medicalizado⁽¹⁶⁾.

Según Nigenda y Zárate-Grajales⁽¹⁷⁾, en los últimos 15 años han emergido organizaciones no gubernamentales como unidades públicas puntuales que buscan desarrollar el modelo de parto humanizado. Estas unidades logran captar estudiantes de enfermería en su período de práctica en la mayoría de ellas el personal que provee la atención incluye enfermeras obstetras y parteras tanto profesionales como tradicionales. Por lo tanto se plantea que las experiencias tanto para el personal que ofrece atención como para las mujeres es de suma importancia mostrar las diferencias entre las experiencias. De modo que al poner marcha una atención humanizada es deseable que el profesional de salud considere las bases científicas, éticas, morales, de los diferentes modelos para otorgar una atención a la madre y al recién nacido que satisfaga sus necesidades físicas, emocionales y espirituales⁽¹⁸⁾. El objetivo del trabajo fue comparar las experiencias de pasantes de la licenciatura en enfermería y obstetricia que llevaron a cabo el servicio social en instituciones de salud que ofrecían la atención de parto a través de dos modelos diferenciados.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio cualitativo descriptivo^(19,20) a partir de las experiencias de pasantes de enfermería y obstetricia de una universidad pública de México. Las participantes llevaron a cabo la pasantía en instituciones de salud que ofrecían la atención de parto a través de dos modelos diferenciados. El primer grupo llevó a cabo la pasantía de enfermería en instituciones de segundo y

tercer nivel de atención, en la capital del país y zonas conurbadas. El segundo grupo llevó a cabo la pasantía en una casa materna liderada por una Organización de la Sociedad Civil, ubicada en un municipio del estado de Chiapas (uno de los más marginados del país).

La selección de las participantes se llevó a cabo a través del “*típico ideal*”⁽²¹⁾ que para efectos de esta investigación correspondió a estudiantes de la licenciatura en enfermería y obstetricia (LEO), mayores de edad, que al momento de la entrevista se encontraran cursando el año de pasantía en una de las instituciones mencionadas y que decidieran voluntariamente participar en la investigación. La información se recolectó a través de 14 entrevistas semiestructuradas llevadas a cabo entre noviembre y diciembre del 2021.

Por las condiciones de confinamiento debido a la pandemia, las entrevistas se llevaron a cabo a través de la plataforma digital zoom; con una duración aproximada de 60 minutos. Se utilizó como instrumento una guía de 11 preguntas a través de las cuales se indagó en el conocimiento y/o experiencias en atención de parto en la institución que llevaban a cabo la pasantía, relación entre el personal de medicina y el personal de enfermería, capacitación y/o introducción al servicio social, tipo de atención ofertado, aspectos humanísticos del personal de enfermería y el nivel de satisfacción alcanzado por las usuarias. Las preguntas fueron divididas considerando las tres etapas de la atención de parto: fase latente - activa, fase expulsiva y puerperio.

Una vez recolectada la información, ésta fue transcrita fielmente y analizada a través de los siguientes pasos: a) lectura cuidadosa de cada entrevista; b) identificación y asignación de códigos; c) comparación e integración de códigos; d) reconfiguración de categorías; e) discusión de hallazgos entre investigadores; f) redacción de los hallazgos⁽²²⁾.

Todas las entrevistadas fueron tratadas con respeto, fueron informadas acerca de los detalles de la investigación, de la libertad de participar o no, y de la manera en que se protegería tanto la información como su identidad. Una vez aclarada la información, firmaron un consentimiento, además de registrarlo en audio. Durante la selección de las participantes, la recolección y el análisis de la información, se consideró lo establecido en la Ley General de Salud de México en materia de investigación, lo estipulado en el informe Belmont y en el código Núremberg. La información fue respaldada en carpetas y solo la investigadora principal tuvo acceso a ella. A cada entrevista se le asignó una etiqueta que permitiera mantener el anonimato de las participantes y a la vez, identificar la información contenida en ella. Debido a que el proceso de recolección de la información se llevó a cabo durante el tiempo de confinamiento, el protocolo no fue sometido a un comité de ética, sin embargo, el trabajo en su totalidad fue sometido a un proceso de revisión y evaluación de un jurado ya que fue usado como modalidad de titulación de la autora principal. A través de los procedimientos descritos para la recolección y análisis de

la información, se confirman los criterios de auditabilidad y credibilidad ^(22, 23).

HALLAZGOS

El rango de edad de las 14 participantes era de 23 a 27 años, todas ellas de sexo femenino, pertenecientes a la generación 2017 - 2020 de la licenciatura en enfermería y obstetricia (LEO) de una universidad pública de México.

Las experiencias de estas pasantes permitieron establecer diferencias entre los dos modelos de atención, por ejemplo, en casa materna las pasantes mencionaron prácticas apegadas a las recomendaciones de la OMS como parte de su rutina en la atención de parto. Por su parte, las pasantes de la licenciatura de enfermería y obstetricia (PLEO) de las unidades hospitalarias señalaron la existencia de prácticas consideradas inadecuadas y sistemáticas. Los hallazgos fueron integrados en 6 categorías descritas a continuación.

Categoría 1. Atención en las fases del trabajo de parto

Los testimonios en esta categoría se presentan de acuerdo con las tres fases del trabajo de parto. Las pasantes de la LEO de las unidades hospitalarias, narraron acciones de intervención activa por parte de los prestadores, algunas de ellas plantean prácticas consuetudinarias que contravienen las recomendaciones internacionales incluidas la inducción del parto con medicamentos, la ejecución de la episiotomía y la maniobra de Kristeller. Además, los testimonios plantean la existencia de violencia obstétrica en algunas de sus dimensiones expresadas, particularmente en la ejecución repetida de tactos vaginales. Las pasantes de LEO de casa materna relataron la manera en que se monitorea el proceso. Según lo referido por las participantes, se ofrece el tiempo requerido para que transcurra fisiológicamente, en el transcurso se brinda apoyo emocional a la madre. Véase los testimonios en la Tabla 1:

Tabla 1. Comparación de la atención durante cada fase del trabajo de parto.

FASE	CASA MATERNA	UNIDADES HOSPITALARIAS
Latente – activa	<i>“No ingresamos a ninguna paciente que esté en fase latente a menos de que tenga algún dato de alarma, mejor realizamos auscultación del foco fetal y dependiendo dónde lo escucháramos nos dábamos una idea de qué tan cercano estaba la hora del parto para evitar hacer los tactos vaginales” (PLEO 1)</i>	<i>“las ingresan en una fase latente o cuando solo tienen pródromos, realizaban una inducción y conducción con la oxitocina. También misoprostol vía vaginal lo realizan mucho, 5ml de oxitocina más 50 mcg. de misoprostol y tienen observación, realizan demasiados tactos vaginales” (PLEO 8)</i>
Expulsivo	<i>“Si ella ya siente que va a tener a su bebé nosotros usamos un espejo solamente para ver membranas o la cabecita del</i>	<i>“Hacen a la mujer pujar para que el bebé descienda, hasta que el bebé ya esté coronando la pasan a expulsión o sala de parto. Les</i>

	<i>bebé e informarnos “ya viene la cabecita del bebé”, “yo estoy aquí esperándote y apoyándote”, “si te quieres hincar, ponerte de pie o como tu decidas”, aplicamos el “HANDS ON” que es solito bebé nace, solito bebé sale, y nace bebé y se coloca en el vientre de la madre o en la espalda, en el alumbramiento damos 30 minutos para que sea de manera espontánea, es totalmente humanístico” (PLEO 2)</i>	<i>ponen oxitocina intramuscular cuando nace el hombro anterior del bebé; les aplican Lidocaína, a la mayoría les hacen episiotomía y episiorrafia, toma de signos. En ningún momento la mujer maneja su parto, a veces hasta los anestesiólogos, van y se meten a sala y ayudan con la maniobra de Kristeller, levantan la espalda de la paciente para que descienda el bebé” (PLEO 9)</i>
Puerperio	<i>“en el puerperio va más encaminado al alojamiento conjunto, toma de signos vitales, ver que este bien, la involución uterina, o que más hacíamos era fomentar la lactancia materna, el alojamiento conjunto, si la pareja se quería quedar en el cuarto se quedaba, se les solicitaba que les trajeran algo de comer para que se alimentaran después de su parto y estuvieran hidratándose también en compañía de alguien, no se les dejaba solitas y en alojamiento conjunto “ (PLEO 3)</i>	<i>“Tomabas los signos vitales iniciales y control de medicamentos, soluciones, no había algún acompañamiento de calidad” (PLEO 10)</i>

Un hallazgo importante es que el rol de participación en ambas unidades es diferente. Mientras que los participantes de la casa materna se expresan en primera persona, refiriendo que son las ejecutoras del cuidado obstétrico, las participantes de los hospitales de la Ciudad de México se expresan en segunda persona, dando a entender que su rol es de ayudante, observador o ejecutor de tareas específicas y rutinarias como la toma de signos vitales.

Categoría 2. Experiencias de la pasante LEO en la atención de parto

La experiencia personal en relación con las actividades realizadas muestra también contrastes importantes. Por un lado, las pasantes en los hospitales de la CDMX plantean que la posibilidad de atender partos fue muy reducida, que se sintieron limitadas para ofrecer la atención que hubieran deseado ofrecer, refieren además haberse sentido presionadas por

otros miembros del personal mientras llevaban a cabo la atención obstétrica. En comparación, las pasantes LEO de la casa materna atendieron un número mucho mayor de partos, no expresaron haberse sentido presionadas y su experiencia se

centró en la satisfacción de haber atendido partos con características particulares de respeto.

Las pasantes LEO participantes en ambos modelos narraron su experiencia a través de los siguientes testimonios:

Tabla 2. Testimonios en relación con las actividades realizadas durante la atención del parto.

CASA MATERNA	UNIDADES HOSPITALARIAS CDMX
<i>“El parto más agradable que atendí fue en un banco obstétrico, para mí fue uno de los partos más hermosos, fue un momento muy hermoso” (PLEO 4)</i>	<i>“Atendí nada más dos partos. Recuerdo comentarios como “¿tú qué haces aquí?” (PLEO 11)</i>
<i>“Cada quien atendió alrededor de 50 partos directamente, lo describiría como un momento lleno de adrenalina, un proceso natural, así lo diría yo, lleno de emociones” (PLEO 5)</i>	<i>“Me sentí muy presionada y lamentablemente sentí que no pude darle la atención que se merecía la paciente, era más enfocarme en cómo lo estaba haciendo, en no regarla [se refiere a no equivocarse], porque me estaba presionando la médica” (PLEO 12)</i>

Categoría 3. Experiencia de las usuarias según el modelo de atención que brinda la unidad de atención.

Las pasantes expresaron las manifestaciones de las mujeres sobre la atención recibida en ambos modelos, las cuales son radicalmente opuestas. Las pasantes de los hospitales de la CDMX señalaron que las mujeres expresaban que la atención que reciben se enfoca funda-

mentalmente en el componente obstétrico, dejando de lado el componente emocional. Por su parte, las pasantes de la casa materna señalan que las manifestaciones eran positivas y el agradecimiento por parte de las mujeres se vertían tanto por escrito como a través de objetos que les entregaban.

Los testimonios se expresan en la siguiente tabla.

Tabla 3. Enfoque de la atención a las usuarias de los modelos y su respuesta.

CASA MATERNA	UNIDADES HOSPITALARIAS CDMX
<i>Solía haber una libreta donde ponían un agradecimiento, y en ocasiones de los usos y costumbres de allá te llevaban un refresco, una fruta, unos tacos” (PLEO 6)</i>	<i>La atención en la parte obstétrica si es un poco carente, no ven todas las esferas del desarrollo humano. Es completamente biomédico, muchas pacientes lloraban porque no les gustaba como se le atendía” (PLEO 8)</i>
<i>Es bajo un modelo humanizado, ese es el objetivo en casa materna, nos decían que les gustaba en casa materna porque era diferente, porque se sentían tranquilas, estaban acompañadas, se sentían en confianza, seguras, eran muchos comentarios así” (PLEO 2)</i>	<i>La atención que se da ahí tiene muchas fallas no hay acompañamiento en lo absoluto o un enfoque humanizado, las pacientes te lo expresan me decían que no les había gustado mucho” (PLEO 12)</i>

Categoría 4. Prestadores de salud en las unidades de atención

En ambos modelos las pasantes interactúan con otro personal de salud, particularmente con personal médico. En el modelo institucional el personal médico mantiene control total sobre los procesos e instruyen a las enfermeras en sus actividades; frecuentemente, se muestran impacientes con los tiempos fisiológicos del parto. Las enfermeras empleadas por la

institución tienden a entender mejor estos procesos a partir del conocimiento que poseen sobre el parto respetado. Por su parte, las pasantes de la casa materna definen a una parte del personal de medicina como aliados del modelo de parto respetado a partir de su capacidad de entender sus fundamentos y por haber estado expuestos a él durante el funcionamiento de la casa materna.

Tabla 4. Conductas del personal de salud ante el modelo de parto humanizado.

CASA MATERNA	UNIDADES HOSPITALARIAS CDMX
<i>Hay médicos que practican el modelo humanístico, tenemos aliados que son obviamente personas que leen, que están actualizadas.” (PLEO 2)</i>	<i>Noté que para ellos llegan a ser muy desagradables los partos, les molesta estar con la paciente en labor de parto” (PLEO 12)</i>
<i>“Ellas [se refieren a personal de enfermería] si tenían esta familiaridad con el modelo humanístico y parto respetado eso se notaba desde la forma de cómo atendíamos a las pacientes cuando llegaban, la forma en la que le hacíamos las preguntas” (PLEO 1)</i>	<i>“Creo que en el área de enfermería se ve un poco más esa combinación de un modelo biomédico y un modelo de parto humanizado.” (PLEO 13)</i>

Categoría 5. Violencia obstétrica

Las expresiones de la violencia obstétrica son diversas y pueden estar relacionadas con el maltrato verbal o físico. Las pasantes de la casa materna no manifestaron expresiones de violencia obstétrica en la atención ya que existe una conciencia institucional y personal al punto de ser sancionadas. En cambio, los

testimonios de las pasantes de los hospitales de la CDMX expresan la existencia de este fenómeno en diferentes dimensiones. Por un lado, violencia verbal a través de la intimidación o de la derogación de su papel en el proceso. Por otro lado, violencia física, a través de la invasión de la corporeidad femenina y su dignidad.

Tabla 5. *Expresiones de violencia obstétrica de acuerdo con las fases del proceso.*

UNIDADES HOSPITALARIAS CDMX	
LATENTE - ACTIVA	<i>“Sí, más que nada por los comentarios que hacen hacia ellas, les comienzan a decir “ya cálmate, no exageres, apenas tienes 3 cm”, “no vas a dejar que nazca bien tu bebé”, les meten mucho temor de que se puede morir ella o su bebé en cualquier momento” (PLEO 9)</i>
EXPULSIVO	<i>“El médico se quedaba con los dedos adentro tratando de abrir para que saliera el bebé y al final si era un momento traumático para ella” (PLEO 11)</i>
PUERPERIO	<i>“En esta etapa si se trata de violentar, es más por la lactancia materna, porque no pueden o se les dificulta mucho, he escuchado comentarios de las mismas enfermeras de “tu ahorita ya no importas, debes de atender a los bebés”, “debes darle calor a tu bebé porque se enfría y se puede morir” (PLEO 12)</i>

Categoría 6. Capacitación en servicio social

Las pasantes de LEO de las unidades hospitalarias expresaron que durante la capacitación ofrecida por estas unidades, recibieron instrucciones básicas sobre lo que debían hacer y lo que no debían hacer, y no se desarrollaron temas relacionados con la atención de parto respetado. Por su parte, las pasantes de la

casa materna recibieron información integrada al modelo de parto respetado la cual incluyó aspectos teóricos sobre la fisiología femenina y de los recién nacidos, aspectos concretos del proceso, la respuesta ante emergencias en el proceso o la atención del recién nacido. Los testimonios se pueden leer en la siguiente tabla.

Tabla 6. *Capacitación en el servicio social.*

CASA MATERNA	UNIDADES HOSPITALARIAS CDMX
<i>“tuvimos una semana de inducción y justo nos dieron temas de casa materna que es la atención de parto con el modelo de atención de parto respetado, parto vertical, emergencias obstétricas, también vimos RCP neonatal, emergencias obstétricas, suturas, también tenemos un curso de medicina social [se refiere a la capacitación]” (PLEO 7)</i>	<i>“Fue algo muy rápido, la inducción fue más de apégate a esto, evita esto, y como tal una inducción que te sirviera, pues no” (PLEO 14)</i>

DISCUSIÓN

Los hallazgos encontrados muestran importantes diferencias entre la percepción de las pasantes que realizaron su práctica en la casa materna de Chiapas y aquellas que lo hicieron en hospitales de la Ciudad de México. Estas diferencias plantean que en la casa materna la atención focaliza las necesidades tanto fisiológicas como afectivas de las mujeres en parto mientras que en los hospitales la atención obedece a la lógica de una gestión hospitalaria donde las necesidades de las mujeres pasan a un segundo plano. Como se ha señalado en los apartados iniciales de este artículo, la Organización Mundial de la Salud ha recogido evidencia de que la atención bajo el modelo medicalizado no solo no atiende a las mujeres en sus necesidades fisiológico-emocionales sino además lleva asociados riesgos de violencia obstétrica⁽²⁴⁾.

Diversos elementos establecieron estas diferencias, por ejemplo, en casa materna las pasantes de LEO mencionaron prácticas apegadas a las recomendaciones de la OMS⁽¹³⁾ como parte de su rutina en la atención de parto, por ejemplo, alentar a las mujeres a moverse y dar a luz en posición no ginecológica, así como la

ingesta de líquidos y alimentos y el acompañamiento por parte de un familiar. Por su parte, las pasantes de LEO de las unidades hospitalarias señalaron la existencia de prácticas consideradas inadecuadas y sistemáticas entre ellas, el uso rutinario de oxitocina, la episiotomía, la posición ginecológica horizontal, el uso de la maniobra de Kristeller y la revisión de la cavidad uterina.

La humanización del parto de acuerdo con la OMS⁽¹³⁾ y el UNFPA⁽²⁵⁾, contiene los derechos sexuales y reproductivos de las usuarias. La OMS, ha emitido una serie de recomendaciones para el parto, con el fin de disminuir las intervenciones innecesarias, mejorar la experiencia de las mujeres y garantizar la salud del binomio. No obstante, en las últimas décadas se ha observado un aumento de las prácticas médicas para iniciar, acelerar, finalizar, regular y monitorear el proceso fisiológico del parto asociadas a modelos institucionales y medicalizados de práctica⁽⁴⁾.

De este modo el acto fisiológico de dar a luz y nacer, pasó a ser entendido en un sentido patológico, privilegiando la técnica medicalizada y despersonalizada

⁽¹¹⁾. Tanto la medicalización como la humanización del parto influyen fuertemente en la experiencia para la mujer con resultados diametralmente opuestos. Los efectos de una experiencia de parto pueden ser positivos y fortalecedores, o negativos y traumáticos, y pueden tener un impacto significativo en el bienestar físico y emocional de quien lo vive ⁽²⁶⁾.

En las unidades hospitalarias, las pasantes de LEO vivieron experiencias negativas y desagradables, que posicionaban a la mujer en una situación de obediencia, sin posibilidad de decidir sobre su cuerpo, y con el temor de verse sujeta a las decisiones de otras personas. Esto también se reporta en un estudio realizado en Brasil con estudiantes de enfermería que identificó como expresiones del trabajo de parto más frecuentes el dolor, la angustia, el miedo y la ansiedad. Además de que la interpretación elaborada por los alumnos de enfermería al asistir a la mujer en el trabajo de parto, implicaba presenciar el sufrimiento físico y emocional experimentado por la parturienta ⁽²⁷⁾.

La literatura muestra que la experiencia del parto y la satisfacción con el evento se han asociado con varios factores y dimensiones emocionales de la atención. Según el estudio de Nilsson et al. ⁽²⁸⁾ en madres primerizas, el apoyo emocional individualizado las empodera y aumenta sus posibilidades de tener una experiencia positiva, incluso si el parto fue prolongado o con complicaciones fisiológicas. El apoyo inadecuado de las parteras puede conducir a una experiencia de parto negativa. La literatura también sugiere que las expectativas no cumplidas

en el parto pueden aumentar el riesgo de las mujeres de desarrollar trastorno de estrés postraumático (TEPT) posnatal ⁽²⁹⁾. Sin embargo, se requiere una comprensión profunda por parte del personal en obstetricia: médicos, enfermeras y parteras sobre la dimensión e impacto psicológico que tiene el parto en la vida de la mujer, al ser un proceso mediado por factores internos y externos, para así lograr una atención integral atendiendo todas las necesidades de las mujeres.

Según los testimonios de las pasantes de LEO el personal que atiende los partos en las instituciones de salud, no se adhiere al modelo de parto humanizado. Estos testimonios coinciden con un estudio exploratorio cualitativo en Brasil sobre la percepción de los profesionales de la salud que actúan en el parto, en donde la humanización en la atención al parto aún no es una práctica presente en la mayoría de los hospitales y profesionales ⁽³⁰⁾.

El trato irrespetuoso y abusivo observado por las pasantes durante el parto plantea la posibilidad de una violación del derecho de las mujeres a una salud digna durante el embarazo y el parto que atenta contra los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, sus hijos y sus familias. En Túnez un estudio mostró cómo las madres solteras han experimentado diversas formas de abuso y trato irrespetuoso durante el parto en establecimientos públicos de salud ⁽³¹⁾. El estudio plantea que las experiencias irrespetuosas, violentas y discriminatorias reflejan tanto la baja calidad de la atención como un conjunto de estigmas culturales asociados a su estatus de madres solteras cuyas causas puede estar ligadas a profundas desigualdades sociales y a la

marginalización y discriminación femenina en esa sociedad.

No obstante, en la actualidad la violación a los derechos sexuales y reproductivos es una práctica común en las unidades hospitalarias que ofertan la atención del parto. La literatura ha evidenciado que el uso de abordajes violentos por parte de los profesionales de la salud a menudo se presenta y defiende como un cuidado necesario para tratar con mujeres consideradas quejasas, exigentes o poco colaboradoras ⁽³²⁾. Santiago et al. ⁽³³⁾ reportaron en sus resultados narrativas de los profesionales de la salud que contenían expresiones de discriminación en salud. Además, las mujeres reportaron maltrato físico el cual se expresaba en la manipulación brusca de las piernas, que las ataran a la cama y las sometieran a múltiples y descuidados exámenes pélvicos y abuso psicológico que incluyó reprimendas, insultos, comentarios irrespetuosos, negligencia y gestos de ceño fruncido al solicitar ayuda. El estudio de Reed et al. ⁽³⁴⁾, describió las experiencias de las mujeres con el trauma del parto, evidenció que los proveedores de atención usan mentiras y amenazas para obligar a las mujeres a cumplir con los procedimientos. Estas mentiras y amenazas se usan para justificar el bienestar del recién nacido.

En virtud de lo expuesto resulta necesario la participación activa de la futura LEO, no sólo como beneficio para la construcción de conocimiento, sino también, para la construcción de una práctica respetuosa. Las y los estudiantes LEO deben tener más oportunidades para ampliar estos espacios de práctica en unidades donde se practique el parto

respetado y participar en la atención obstétrica en diversos escenarios clínicos del sistema de salud.

Los hallazgos llevaron a la comparación de la atención de parto. La literatura confirmó y apoyó los hallazgos aquí identificados. Debe señalarse que algunos de los testimonios de las pasantes de LEO que se vincularon a hospitales en CDMX son realmente dramáticos y que a pesar de que la literatura confirma que la atención rutinaria de las unidades públicas contiene múltiples elementos de violencia (no solo en México), no es posible generalizar estas conclusiones para otras unidades diferentes a las mencionadas, en las que se encontraban ubicadas las pasantes de LEO.

Finalmente debe señalarse que el estudio no está exento de restricciones como cualquier estudio de corte cualitativo. Dado lo restringido de la muestra no es posible generalizar los resultados y lo que sea posible interpretar de ellos sólo se considera materia de la muestra utilizada. La muestra además está sesgada en el sentido de que no se planteó una selección al azar de los individuos, sino que su selección se realizó considerando las condiciones restrictivas que en el momento del levantamiento imponían las condiciones de confinamiento. Por lo tanto, los grupos no son estrictamente comparables debido a que un grupo vivió su experiencia de pasantía en una sola institución y el otro grupo fue constituido por pasantes que vivieron la experiencia en distintas instituciones. Sin embargo, los resultados y su interpretación fueron corroborados en gran medida por la experiencia en otros países de la región latinoamericana ⁽³⁵⁾.

Sin duda, más investigación sobre este tema debe realizarse en el futuro en México (y en otros países de la región) tanto en relación a establecer las ventajas y desventajas de cada uno de los modelos de parto, así como sus riesgos a fin de acumular la evidencia necesaria para convencer a las autoridades de salud del país en la necesidad de universalizar la atención del parto de bajo riesgo con un enfoque en el modelo humanizado recomendado por la Organización Mundial de la Salud. Una política de universalización del parto humanizado reduciría las intervenciones innecesarias, mejoraría los niveles de satisfacción de las mujeres y sus familias e incluso coadyuvaría a la reducción del riesgo de la muerte materna en el país.

CONCLUSIÓN

La comparación de las experiencias de pasantes de LEO en dos modelos de atención, uno institucional medicalizado y otro humanizado muestra enormes diferencias en términos de los procesos puestos en práctica en cada uno de ellos y los logros alcanzados. Debe señalarse que el modelo institucional se practica a lo largo y ancho del país y que la evidencia aquí mostrada reproduce lo que otros estudios han reportado. Sin embargo, el interés del presente estudio fue conocer la perspectiva de pasantes de enfermería y obstetricia. Las LEO pueden liderar a futuro un cambio en estas prácticas el cual se debe gestar tanto a nivel institucional como profesional. Es decir, las instituciones deben hacer cumplir la normatividad nacional en la atención al embarazo, parto y puerperio, basada en las recomendaciones de la OMS

a partir de búsquedas exhaustivas de evidencia científica respecto a las mejores prácticas para garantizar la salud de la mujer y sus hijos/as. La realidad institucional contrasta con la atención del parto humanizado en la casa materna la cual se ajusta a dicha normatividad. La prestación de servicios puede realizarse por personal médico, de enfermería o partería, pero siempre respetando los derechos de las mujeres consagrados en la constitución nacional y en la normatividad del sector salud. Sin embargo, el personal de enfermería tiene la gran ventaja, a diferencia del personal de medicina, que su formación está basada en una perspectiva integral de la condición humana que incluye no sólo cuidar de su balance fisiológico sino también de su dimensión emocional.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- (1) Mena-Tudela D, Iglesias-Casás S, González-Chordá VM, Cervera-Gasch Á, Andreu-Pejó L, Valero-Chilleron MJ. Obstetric violence in Spain (part II): Interventionism and medicalization during birth. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2021 [citado el 30 de Julio de 2024];18(1):199. Disponible en: <https://www.mdpi.com/1660-4601/18/1/199>
- (2) Instituto Nacional de Geografía y Estadística. Estadística de nacimientos registrados (ENR) 2022. México: INEGI, 20 de septiembre de 2023. [Citado el 20 de Julio de 2024]. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/app/saladeprensa/noticia.html?id=8456#:~:text=La%20tasa%20de%20nacimientos%20re>

- gistrados,el%20complemento%2C%20en%20a%C3%B1os%20anteriores.
- (3) Menéndez E. Modelo médico hegemónico: tendencias posibles y tendencias más o menos imaginarias. *Salud Colectiva* [internet]. Junio de 2020 [Citado el 05 de Julio de 2024]; 16: e2615. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/scol/2020.v16/e2615/>
- (4) Warmling CM, Fajardo AP, Meyer DE, Bedos C. Prácticas sociales de medicalización y humanización en el cuidado de la mujer durante el embarazo. *Cuadernos de Salud Pública* [Internet]. 2018 [Citado el 06 de Julio de 2024]; 34 (4): e00009917. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/csp/a/fZtcWrhtqcvttGNJSRGm5mH/?lang=p>
- (5) Instituto Nacional de Geografía y Estadística. Estadísticas a propósito del día de la madre datos nacionales. México: INEGI, 07 de mayo de 2020 [Citado el 10 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://inegi.org.mx/app/salaDeprensa/noticia.html?id=5710>
- (6) García Martínez L, Suárez Corral B. Parto medicalizado o en casa, ¿Qué opción es la más acertada?. *Publicaciones didácticas* [internet]. Noviembre de 2018 [Citado el 05 de Julio de 2024]; (100): 97-103. Disponible en: <https://core.ac.uk/reader/235851580>
- (7) Ley General de Salud. Diario Oficial de la Federación. México: Cámara de Diputados del H. Congreso de Unión. 1984. [Citado el 05 de Julio de 2024]. Disponible en: <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGS.pdf>
- (8) NORMA Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida. Diario Oficial de la Federación. México: Secretaría de Gobernación. [Citado el 05 de Julio de 2024] Disponible en: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5432289&fecha=07/04/2016#gsc.tab=0
- (9) Vigilancia y atención amigable en el trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo. *Guía de Práctica Clínica: Guía de Evidencias y Recomendaciones*. México, CENETEC [internet]. 2019 [Citado el 10 de agosto de 2024]. Disponible en: <http://imss.gob.mx/profesionales-salud/gpc>
- (10) Rodríguez Mir J, Martínez Gandolfi A. La violencia obstétrica: una práctica invisibilizada en la atención médica en España. *Gaceta Sanitaria* [internet]. Enero de 2021 [Citado el 07 de Julio de 2024];35 (3): 211-212. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/gc/2021.v35n3/211-212/>
- (11) Sala VV. “La enfermedad normal”: Aspectos históricos y políticos de la medicalización del parto. *Sexualidad. Salud y Sociedad* [Internet]. 2020 [Citado el 06 de Julio de 2024]; (34): 90–107. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/sess/a/8dTQGdvHnBMN8S5MYmnBwFP/?lang=es>
- (12) Nicida LR, Teixeira LA, Rodrigues AP, Bonan C. Medicalización del parto: los significados atribuidos por la literatura sobre la atención al parto en Brasil.

- Ciencia y Salud Pública [Internet]. Noviembre de 2020 [Citado el 04 de Julio de 2024]; 25 (11): 4531-4546 Disponible en: <https://www.scielo.br/j/csc/a/NFLfFVk59DRwVc3PPPPvPLv/?lang=pt>
- ⁽¹³⁾ Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones de la OMS: cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva. [Internet]. Washington, D.C.; Organización Panamericana de la Salud 2018 [Citado el 04 de Julio de 2024] Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51552>
- ⁽¹⁴⁾ Intriago MG, Alvarado JI, Gómez FE, Soledispa GL, Molina MD, Vera BN. Importancia y beneficios del parto humanizado. Dominio de las Ciencias [Internet]. 2018 [Citado el 05 de Julio de 2024]; 4(3): 392-415. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6560206>
- ⁽¹⁵⁾ Lavanderos S, Díaz-Castillo C. Recomendaciones basadas en la evidencia para alcanzar un parto respetado. Rev. chil. obstet. ginecol [Internet]. Diciembre de 2021 [citado el 04 de Julio 2024]; 86 (6): 563-572. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S071775262021000600563&script=sci_arttext
- ⁽¹⁶⁾ Alonso Martínez L, Puente Alcaraz J. La importancia de la Salud Global en Enfermería ¿qué sabemos?. Index Enferm [Internet]. Septiembre de 2020 [citado el 21 de Julio de 2024]; 29(3): 160-164. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S113212962020000200013&script=sci_arttext
- ⁽¹⁷⁾ Nigenda G, Zárata-Grajales. Experiencias de parto humanizado en México. Trazando el futuro. Ciudad de México. Universidad Nacional Autónoma de México. Próximamente, 2024.
- ⁽¹⁸⁾ Borges L, Sánchez R, Peñalver AG, González A, Sixto A. Women's Perception about Humanized Nursing Care during Childbirth Care. Rev Cubana Enfermería [Internet]. 2021 [Citado el 05 de Julio de 2024]; 37 (2): 1 - 20 .Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumenI.cgi?IDARTICULO=105114>
- ⁽¹⁹⁾ de la Roche MM, Estupiñ AM, Pulido MA. Características e importancia de la metodología cualitativa en la investigación científica. Revista Semillas del Saber [Internet]. 2021. [Citado el 28 de Julio de 2024]; 1 (1): 18 – 27. Disponible en: <https://revistas.unicatolica.edu.co/revista/index.php/semillas/article/view/314/178>
- ⁽²⁰⁾ Alban GP, Arguello A.E, Molina NE. Metodologías de investigación educativa (descriptivas, experimentales, participativas, y de investigación-acción). Recimundo [Internet]. 2020. [Citado el 28 de Julio de 2024]; 4(3): 163-173. Disponible en: <https://recimundo.com/index.php/es/article/view/860>
- ⁽²¹⁾ Roca Perara M. Legitimando la investigación cualitativa. Rev haban cienc méd [Internet]. Agosto de 2020 [citado el 28 de Julio de 2024]; 19(4). Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S17>

- 29519X2020000500001&script=sci_ar
ttext
- (22) Sampieri R H. Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. [Internet]. Estados Unidos de América: McGraw Hill; 2018. Capítulo 10 Recolección y análisis de los datos en la ruta cualitativa; [citado el 28 de Julio de 2024]; [440 – 522]. Disponible en: https://books.google.com.mx/books?hl=es&lr=&id=5A2QDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=METODOLOGIA+D+E+LA+INVESTIGACION+sampieri&ots=TkUfWY-jG2&sig=DOZeiFPpt4y3_yFWBK0A6vIZfEQ&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false
- (23) Romero NS, García VR. La ética en la investigación cualitativa. CuidArte [Internet]. 2019. [citado el 28 de Julio de 2024]; 8(16): 36-46. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/cuidarte/cui-2019/cui1916e.pdf>
- (24) Jardim DM, Modena CM. Obstetric violence in the daily routine of care and its characteristics. Rev Latino-Am Enfermagem [Internet]. 2018. [citado el 30 de Julio de 2024];26:e3069. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/rMwtPwWKQbVSszWSjHh45Vq/?lang=en>
- (25) Parto respetado, una historia contada en equipo [Internet]. UNFPA-Paraguay. [citado el 10 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://paraguay.unfpa.org/es/news/parto-respetado-una-historia-contada-en-equipo>
- (26) Olza I, Leahy-Warren P, Benyamini Y, Kazmierczak M, Karlsdottir SI, Spyridou, A, Crespo-Mirasol E, Takács L, Hall PJ, Murphy M, Jonsdottir SS, Downe S, Nieuwenhuijze MJ. Las experiencias psicológicas de las mujeres del parto fisiológico: una metasíntesis. BMJ [Internet]. 2018 [Citado el 22 de julio de 2024];8 (10): e020347. Disponible en: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-020347>
- (27) Carvalho FA, Oriá MO, Pinheiro AK, Ximenes LB. Significado del trabajo de parto: perspectiva de los estudiantes de enfermería. Acta 95 Paulista de Enfermagem [Internet]. 2009 [Citado el 22 de Julio de 2024];22: 767-772. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/ape/a/znG5CVmDt5g5dryghbKCT5r/?lang=p>
- (28) Nilsson L, Thorsell T, Hertfelt Wahn E, Ekström A. Factores que influyen en las experiencias positivas de parto de las madres primerizas. Investigación y práctica de enfermería [Internet]. 2013 [Citado el 28 de Julio de 2024];2013: 349124. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1155/2013/349124>
- (29) Webb R, Ayers S, Bogaerts A, Jeličić L, Pawlicka P, Van Haeken S, Uddin N, Xuereb RB, Kolesnikova N. & acción COST CA18211: Equipo DEVOTION. Cuando el nacimiento no es como se esperaba: una revisión sistemática del impacto de un desajuste entre las expectativas y las experiencias. BMC embarazo y parto [Internet]. 2021 [Citado el 28 de Julio de 2024]; 21 (1): 475. Disponible en: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-021-03898-z>

- ⁽³⁰⁾ Souza TG, Gaíva MA, & Modes PS. La humanización del nacimiento: percepción de los profesionales de la salud que actúan en el parto. *Revista Gaúcha de Enfermagem* [Internet]. 2011 [Citado el 28 de Julio de 2024]; 32: 479-486. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/qzRtDzHvKkrKnz5zrDpzVLR/?lang=pt>
- ⁽³¹⁾ Amroussia N, Hernández A, Vives-Cases C, Goicolea I. "¿El doctor Dios me va a castigar?!" Un examen interseccional del cuidado irrespetuoso y abusivo durante el parto contra madres solteras en Túnez. *Salud reproductiva* [Internet]. 2017 [Citado el 28 de Julio de 2024]; 14 (1): 32. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12978-017-0290-9>
- ⁽³²⁾ Martins AD y Barros GM. ¿Darás a luz con dolor? Revisión integradora de la violencia obstétrica en unidades públicas brasileñas. *Revista Dor* [Internet]. 2016 [Citado el 28 de Julio de 2024]; 17:215-218. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/rdor/a/tgYkjrjZLZ3MQxmpmknYRbgk/?lang=en>
- ⁽³³⁾ Santiago RV, Monreal LA, Rojas Carmona A, Domínguez MS. "Si estamos aquí es porque no tenemos dinero..." Discriminación y violencia en las maternidades mexicanas. *BMC embarazo y parto* [Internet]. 2018 [Citado el 30 de Julio de 2024];18 (1): 244. Disponible en: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-018-1897-8>
- ⁽³⁴⁾ Reed R, Sharman R. e Inglis C. Descripciones de las mujeres del trauma del parto en relación con las acciones e interacciones del proveedor de atención. *BMC embarazo y parto* [Internet]. 2017 [Citado el 30 de Julio de 2024];17 (1): 21. Disponible en: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-016-1197-0>
- ⁽³⁵⁾ Choez Zabala JD, Cardenas Heredia FR. Ventajas del parto humanizado en mujeres gestantes en Latinoamérica: Advantages of Humanized Childbirth in Pregnant Women in Latin America. *LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades* [Internet]. 2023 [citado el 11 de agosto de 2024];4(2):5059–78. Disponible en: <http://latam.redilat.org/index.php/lt/article/view/956>