

Percepción del parto humanizado en pacientes en periodo de puerperio

Perception of humanized childbirth in patients in the puerperium period

Osvaldo García-Torres¹, Alejandra Félix-Ortega² y Andrea Socorro Álvarez-Villaseñor^{3*}

Resumen

Introducción: La percepción de las pacientes sobre la atención del parto humanizado es importante para identificar y evitar datos que sugieran violencia obstétrica, que es toda conducta, acción u omisión realizada por personal de la salud que afecte el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado.

Objetivo: Conocer el nivel de percepción de parto humanizado en las pacientes en periodo de puerperio en el servicio de ginecoobstetricia del Hospital General de Zona No. 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Material y métodos: Estudio observacional en 190 pacientes en puerperio inmediato. Se midieron variables demográficas y se analizó el nivel de percepción de parto humanizado (inadecuado: 18-32 puntos; regular: 35-53; adecuado: 54-72). Se utilizaron estadística descriptiva y medidas de asociación. Se recabó el consentimiento informado por escrito de las participantes y fue autorizado con el número de registro R-2018-301-020.

Resultados: La percepción global de parto humanizado fue inadecuada en el 56.8%, regular en el 34.7% y adecuada en el 8.4%.

Conclusión: La percepción de parto humanizado en las pacientes que están en puerperio inmediato en nuestro hospital es inadecuada, ya que no se les proporcionaron la

Abstract

Background: The patient's perception of humanized childbirth care is important to identify and avoid data suggestive of obstetric violence, which is all conduct, action or omission, performed by health personnel that affect the body and the reproductive processes of women, expressed in dehumanized treatment.

Objective: To know the level of perception of humanized childbirth in patients in the postpartum period in the OB-Gyn Service at the Hospital General de Zona No. 1 from the Instituto Mexicano del Seguro Social.

Material and methods: Observational study in 190 patients in the immediate puerperium. Demographic variables were measured and the level of perception of humanized delivery was analyzed (inadequate: 18-32 points; regular: 35-53 points; adequate: 54-72 points). Descriptive statistics and association measures were used. Informed written consent of the participants was signed and authorized with the registration number R-2018-301-020.

Results: The overall perception of humanized delivery was inadequate in 56.8%, regular in 34.7% and adequate in 8.4%.

Conclusion: The perception of humanized childbirth in patients who are in immediate postpartum in our hospital is inappropriate, since they were not provided with the appro-

¹Instituto Mexicano del Seguro Social, Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 1, Coordinación Clínica de Educación e Investigación en Salud; ²Instituto Mexicano del Seguro Social, Unidad de Medicina Familiar No. 11, Servicio de Medicina Familiar; ³Instituto Mexicano del Seguro Social, Coordinación de Planeación y Enlace Institucional. La Paz, Baja California Sur, México

Correspondencia:

*Andrea Socorro Álvarez-Villaseñor
E-mail: andrea.alvarez@imss.gob.mx
2448-5667 / © 2020 Instituto Mexicano del Seguro Social. Publicado por Permayer. Éste es un artículo *open access* bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Fecha de recepción: 01/02/2019

Fecha de aceptación: 27/02/2020
DOI: 10.24875/RMIMSS.M20000029

Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2020;58(3):258-264
<http://revistamedica.imss.gob.mx/>

orientación adecuada, la información sobre el manejo del dolor, la elección de la posición del trabajo de parto ni la posibilidad de que un acompañante estuviera presente durante el proceso.

Palabras clave: Parto Humanizado; Percepción; Violencia; Periodo Posparto

priate guidance, information on pain management, choosing a position of labor, and having the possibility that a companion is present during the process.

Keywords: Humanizing Delivery; Perception; Violence; Postpartum Period

La violencia obstétrica es «toda conducta, acción u omisión, realizada por personal de la salud que, de manera directa o indirecta, tanto en el ámbito público como en el privado, afecte el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado o un abuso de medicación de los procesos naturales». ¹ Esta puede ser de dos tipos: física, que implica manipulación del cuerpo, prácticas invasivas, suministro de medicamentos no justificados y modificación de los procesos biológicos de la mujer sin que ella otorgue su consentimiento; ¹ y psíquica, la cual incluye trato deshumanizado, grosero, discriminación, humillación, cuando la mujer pide asesoramiento o requiere atención en el transcurso de una práctica obstétrica. Comprende también la omisión de información sobre la evolución de su parto, el estado de su hijo o hija y, en general, que se le haga partícipe de las diferentes actuaciones de los profesionales. ²

La Organización Mundial de la Salud ha planteado que las cesáreas no deberían sobrepasar el 15% del total de nacimientos, pero la realidad es que en México, como en muchos otros países de América Latina, la tasa de cesáreas sobrepasa esa cifra y sigue en constante aumento. ¹

Dentro del territorio nacional, la Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia no incluye en sus definiciones la violencia obstétrica. Las leyes locales de Chiapas, Guanajuato, Durango y Veracruz sí la han contemplado, y en esta última entidad está tipificada como delito. Al mismo tiempo, la *Norma Oficial Mexicana 007, de Atención de la Mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido* fue modificada en 2005 «para buscar disminuir los daños obstétricos y los riesgos para la salud de las mujeres y de sus hijos». ²

Un ejemplo de sanciones para los casos de violencia obstétrica se da en Venezuela, donde existe la ley 25.929 por parte de las obras sociales y entidades de medicina prepagada, que contempla que estas sanciones sean al personal de salud, los colaboradores y las instituciones donde prestan sus servicios. ²

En América Latina, luego del Congreso «Humanización del Parto y el Nacimiento», realizado en Brasil en el año 2000, se formó la Red Latinoamericana y del Caribe para la Humanización del Parto y el Nacimiento (RELACAHUPAN), que propone mejorar la vivencia del parto y la forma de nacer. Esta red ha permitido que se organice, en todos los países de la región, la «Semana mundial por un parto digno y respetado». ³

A pesar de lo anterior, existen estudios que demuestran el estado actual de la violencia obstétrica en los países. De 425 mujeres venezolanas usuarias de los servicios obstétricos, el 49.4% manifestaron algún tipo de trato deshumanizante por parte del personal de salud y el 66.8% afirmaron que se les practicaron actos médicos sin consentimiento. El tipo de trato deshumanizante se identificó de la siguiente forma: comentarios irónicos, descalificadores, chistes; sobrenombres, diminutivos; críticas por llorar o gritar; e imposibilidad para manifestar miedos o inquietudes. Se observó que, para todos los casos, la enfermera fue percibida como la causante con mayor frecuencia; en segundo lugar, fue considerado responsable el médico. ⁴

En México, durante 2017 se realizó un estudio de percepción de violencia obstétrica en 45 mujeres sonorense atendidas en instituciones públicas. La mayoría de las mujeres dijeron que no se les permitió estar acompañadas durante el proceso (71.1%), y a más del 50% no se les permitió caminar o buscar la posición más cómoda. ⁵

De acuerdo con lo reportado por Camacaro, et al., ⁶ los procedimientos de rutina médico-hospitalaria siguen un patrón y constituyen decisiones terapéuticas que se repiten por tradición secular, y no siempre son verificados a partir de evidencias científicas.

Se trata entonces de dos lógicas prácticas diferentes: la de las mujeres en proceso de parto, o que buscan servicios de salud reproductiva, y la de los prestadores de servicios de salud. Cada una de ellas se expresa en prácticas específicas que al no coincidir contribuyen a reproducir las condiciones que permiten

la existencia de un problema de mayor envergadura: la «mala calidad» de la atención que reciben las mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio, o la franca violación de los derechos de las mujeres.⁷

Actualmente, no en todos los hospitales se tiene conciencia del trato digno a la mujer embarazada, el cual incluye el parto humanizado, y esto puede llevar a la contraparte, la violencia obstétrica, y esta a su vez lleva a la ruptura de la relación médicopaciente hasta la consecuencia más grave: la muerte materna y perinatal.⁸ Debido a que el parto humanizado debe ser parte de la cultura hospitalaria y social, y no se ha demostrado que lo sea, esto da paso a que se presente la violencia obstétrica, fenómeno que existe, pero que es poco identificado en los centros hospitalarios, por lo que el objetivo de este estudio fue conocer la percepción del parto humanizado en las pacientes en periodo de puerperio.

Material y métodos

Estudio observacional descriptivo, de tipo encuesta trasversal, que se llevó a cabo de octubre de 2018 a enero de 2019 en 190 pacientes en puerperio inmediato del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General de Zona No. 1 de La Paz, Baja California Sur, las cuales cumplieron los criterios de inclusión y aceptaron participar en el estudio. La muestra se obtuvo mediante muestreo no probabilístico, con la fórmula de una sola proporción, con una frecuencia esperada del fenómeno del 50%.

Se evaluaron las características sociodemográficas: grupo de edad, estado civil, nivel educativo y ocupación; y las características ginecoobstétricas: número de embarazos, número de partos, partos por cesárea, número de consultas prenatales y número de sesiones de trabajo social.

Para el análisis de la percepción de parto humanizado se utilizó un cuestionario validado en población latinoamericana (alfa de Cronbach: 0.81), el cual evalúa trato profesional, acompañamiento y libre elección de la posición para el parto.⁹ La calificación global de percepción se califica como inadecuada cuando la paciente obtiene de 18 a 32 puntos, regular entre 35 y 53 puntos, y adecuada de 54 a 72 puntos.

Para el análisis de las variables cualitativas (dicotómicas y categóricas) se utilizaron frecuencias y porcentajes. Para el análisis inferencial se utilizó la prueba de chi cuadrada de Pearson, con cálculo de intervalos de confianza del 95%. Un valor de $p \leq 0.05$ se consideró como significativo.

Para el procesamiento de datos y el análisis estadístico se utilizaron una hoja de cálculo de Excel 2010 y el programa SPSS, versión 22.

De acuerdo con la Ley General de Salud, se trata de un estudio sin riesgo. Todas las participantes firmaron el consentimiento informado por escrito. Este proyecto fue autorizado por los comités de ética y de investigación de la unidad participante con el número de registro R-2018-301-020.

Resultados

Se realizó un estudio descriptivo tipo encuesta trasversal en 190 pacientes que cumplieron los criterios de inclusión de un universo de 235 en el puerperio inmediato, para evaluar la percepción de parto humanizado.

En 106 pacientes, predominó el grupo de edad de 25 a 35 años (55.8%). El nivel educativo más frecuente fue el nivel técnico en 68 pacientes (35.8%). En cuanto a su estado civil, 83 (43.7%) dijeron estar en unión libre, y 81 (42%) dedicadas al hogar. En 108 (56.8%) pacientes el nivel de percepción de parto humanizado fue considerado como inadecuado (Cuadro I).

En relación con los antecedentes obstétricos, 104 (55%) asistieron a control prenatal entre cinco y siete veces, 64 (33.7%) acudieron a más de siete consultas prenatales, 52 (30%) eran multigestas y 187 (98%) acudieron solo a una o dos consultas de consejería de trabajo social. La vía de resolución del embarazo más común fue la cesárea, en 98 pacientes (48.9%) (Cuadro II).

El instrumento de evaluación cuenta con la siguiente pregunta: «¿Qué posiciones para el trabajo de parto conoce usted?». Del total de las pacientes, 121 (63.2%) contestó «acostada».

En cuanto a la percepción de parto humanizado, el médico les explicó algunas veces los procedimientos que se iban a realizar a 101 (53.2%) pacientes. Nunca se les permitió un acompañante a 110 (57.9%). Algunas veces se les explicó a 132 (69.5%) que podían adoptar una posición más cómoda y algunas veces se les ofrecieron alternativas para el dolor a 139 (73.2%) (Cuadro III).

Se realizó una asociación del nivel de percepción y de las variables de estudio. La ocupación relacionada con el trabajo en el hogar presentó asociación significativa para un nivel de percepción inadecuado ($p = 0.012$); para el resto de las variables no se encontró asociación significativa (Cuadro IV).

Cuadro I. Características generales de las pacientes ($n = 190$)

Variable	F	%
Características demográficas		
Grupo de edad		
12-18 años	12	6.3
18-24 años	57	30.0
25-35 años	106	55.8
≥ 36 años	15	7.9
Estado civil		
Casada	32	16.8
Unión libre	83	43.7
Soltera	75	39.5
Nivel educativo		
Ninguno	3	1.6
Primaria	13	6.8
Secundaria	31	16.3
Preparatoria	47	24.7
Técnico	68	35.8
Licenciatura	28	14.7
Ocupación		
Ama de casa	81	42.6
Trabajadora dependiente	62	32.6
Trabajadora independiente	19	10.0
Estudiante	28	14.7
Percepción global*		
Inadecuada	108	56.8
Regular	66	34.7
Adecuada	16	8.4

*Instrumento de percepción de parto humanizado. Adaptado de Vela Coral.⁹
F: frecuencia.

Discusión

En el presente estudio, en 190 pacientes que se entrevistaron, el nivel de percepción de parto humanizado fue inadecuado en el 56.8% de los casos, a diferencia del estudio que se llevó a cabo en 2015 en la Universidad Mayor de San Marcos, de Lima, Perú, donde la percepción global sobre el parto humanizado evidenció que la mayoría de las pacientes (53%) coincidía en que este proceso se realizó de forma regular, un 35% percibió que el parto humanizado se realizó de forma adecuada y solo el 12% percibió que el parto humanizado se llevó a cabo de forma inadecuada.⁹

Sobre la percepción de parto humanizado en cuanto a trato profesional, se caracterizó por ser inadecuada en un 56.8%, sobre todo en cuanto a acompañamiento y manejo del dolor. En el estudio de Terán, *et al.*² se menciona que el 66.8% de los actos médicos se realizan sin consentimiento y el 49.4% brindan un trato deshumanizante percibido por la usuaria, lo cual contrasta con este estudio.

La calificación inadecuada en el ítem de acompañamiento se debe a que las políticas institucionales y la

Cuadro II. Características ginecoobstétricas ($n = 190$)

Variable	F	%
Consultas prenatales		
1-4	22	11.6
5-7	104	54.7
> 7	64	33.7
Embarazo		
1	75	39.5
2	63	33.2
> 3	52	27.4
Vía de resolución del embarazo		
Cesárea	93	48.9
Parto	34	17.8
Aborto	63	33.1
Sesiones de trabajo social		
1	160	84.2
2	27	14.2
5	2	1.1
6	1	0.5

F: frecuencia.
Fuente: expediente clínico.

infraestructura del hospital no están adecuadas, como en la gran mayoría los hospitales públicos, para la presencia de un acompañante durante el trabajo de parto.

El enfoque de parto humanizado incluye el respeto de las necesidades de elección de la posición en la cual la paciente desea tener su parto. Terán, *et al.*² refieren que constituye un acto de violencia obstétrica «obligar a la mujer a parir en posición supina y con las piernas levantadas, existiendo los medios necesarios para la realización del parto vertical».

De acuerdo con lo anterior, en nuestra unidad, el 63.2% de las pacientes estuvieron de acuerdo en tener su parto en la posición acostada debido a que quizá sea la única posición que conocen. Desde el punto de vista clínico, la importancia de la posición de parto radica en que adoptar la posición acostada se relaciona con una mayor percepción de dolor y complicaciones fetales según el Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano, por lo que se debe informar a la mujer sobre los efectos de las diferentes posiciones de parto y darle a elegir de forma libre cuál de ellas desea adoptar.⁶

La ocupación fue la única variable que se relacionó con un inadecuado nivel de percepción de trato humanizado y se encontró un mayor porcentaje en las pacientes que se dedican al hogar (42.6%), además de que un porcentaje mayor de la población encuestada se encuentra en unión libre, con un nivel educativo de nivel técnico. El grupo de edad más común de esta población fue el de 25-35 años, a diferencia de los

Cuadro III. Percepción de parto humanizado ($n = 190$)

Percepción de parto humanizado*	Siempre		Casi siempre		Algunas veces		Nunca	
	F	%	F	%	F	%	F	%
El médico le explicó los procedimientos que se iban a realizar (trato profesional)	29	15.3	56	29.5	101	53.2	4	2.1
Se le permitió contar con un acompañante (acompañamiento)	0	0	2	1.1	78	41.1	110	57.9
Se le explicó que podía adoptar una posición más cómoda (libre elección de posición del trabajo de parto)	2	1.1	47	24.7	132	69.5	9	4.7
Se ofertaron alternativas para disminuir el dolor (manejo del dolor)	2	1.1	31	16.3	139	73.2	18	9.5

*Instrumento de percepción de parto humanizado. Adaptado de Vela Coral.⁹
F: frecuencia.

hallazgos de Mori-Quispe, *et al.*,¹⁰ quienes evaluaron la estigmatización de la adolescente embarazada y encontraron que el 81% eran mayores de 16 años y aproximadamente de 7 a 10 no habían concluido sus estudios; en cuanto a la situación civil, más de la mitad refirieron estar solteras. En un estudio con datos similares en pacientes atendidas en un centro de salud urbano del Estado de Jalisco se reporta que el 69% tienen estudios de secundaria o menos, el 40.5% son solteras y el 59.5% son amas de casa.¹¹

Esto no es diferente en otros países. En Colombia, Cáceres, *et al.*¹² reportaron que es evidente la manera en que perciben el parto humanizado las mujeres de acuerdo con su edad, riesgo y estrato socioeconómico. Es decir, el maltrato en las salas de partos es más frecuente con gestantes adolescentes, de alto riesgo obstétrico y bajo nivel socioeconómico. Estas diferencias van en detrimento de la salud de este grupo de mujeres en condiciones de desventaja.^{12,13}

Datos similares se reportan en la investigación de Junges, *et al.*¹³ el grupo de mujeres más vulnerables a las diferentes formas de violencia obstétrica tienen características como baja instrucción escolar, tal como se demostró en el presente estudio.

Entre los antecedentes de embarazos, el 73.2% fue por cesárea, el 26.8% por vía vaginal y el 33.1% fueron abortos. Existen estudios que apoyan el uso de psicoprofilaxis intranatal (preparación brindada en el periodo expulsivo del parto) para reducir la tasa de cesáreas de emergencia. Estas técnicas de preparación para las mujeres gestantes siempre serán positivas, ya que recibirán consejos y entrenamiento que les permitirán responder de mejor manera y colaborar en el momento del parto.¹⁴ Además, en el trabajo de parto, durante el

nacimiento y en el posparto las acciones de apoyo emocional, como tranquilizar, alentar y elogiar por parte del acompañante, son de suma importancia, como queda manifestado en las acciones de apoyo realizadas a la mujer por parte de acompañantes en maternidades públicas, junto con otros factores protectores de violencia obstétrica, como mayor ingreso económico, mayor nivel educativo, trabajo permanente, pareja con empleo y adecuado apoyo emocional y social.^{14,15}

Al no suceder esto en las maternidades públicas, es común que las prácticas irrespetuosas del personal de salud se tomen como algo trivial en el escenario obstétrico, por lo que se convierten en un verdadero problema de salud pública, tal como fue identificado por Barbosa y Modena¹⁶ en una revisión sistemática de 24 documentos sobre la atención del parto.

La Comisión Nacional de Arbitraje Médico propone un nuevo modelo de atención materna que incluya documentar el problema, mejorar la infraestructura de las unidades médicas, promover un modelo educativo del personal de salud en formación que se base en la mejor evidencia científica con perspectiva de género y enfoque en los derechos humanos, no promover la judicialización del acto médico y que la sanción se haga de acuerdo con el nivel de responsabilidad, de manera imparcial y profesional. Se busca la transición hacia el parto humanizado y erradicar la violencia obstétrica.¹⁷

Este estudio tiene la fortaleza de ser el primero en documentar la voz de las usuarias de nuestra unidad en cuanto a la percepción del trato humanizado, y además es un esfuerzo por contribuir a su mejora. Entre sus limitaciones se encuentra que se trata de un diseño observacional de tipo transversal y las asociaciones suelen ser débiles en este tipo de estudios.

Cuadro IV. Asociación del nivel de conocimiento sobre percepción de parto humanizado y variables de estudio ($n = 190$)

Variables	Nivel de percepción de parto humanizado*						p^{\dagger}	IC 95%
	Inadecuada		Regular		Adecuada			
	F	%	F	%	F	%		
Grupo de edad								
12-18 años	7	3.7	4	2.1	1	0.5	0.925	0.933-0.943
18-24 años	33	17.4	18	9.5	6	3.2		
25-35 años	59	31.1	40	21.1	7	3.7		
≥ 36 años	9	4.7	4	2.1	2	1.1		
Estado civil							0.876	0.881-0.894
Casada	16	8.4	13	6.8	3	1.6		
Unión libre	48	25.3	27	14.2	8	4.2		
Soltera	44	23.2	26	13.7	5	2.6		
Nivel educativo							0.656	0.655-0.674
Ninguno	3	1.6	0	0.0	0	0.0		
Primaria	10	5.3	3	1.6	0	0.0		
Secundaria	19	10.0	9	4.7	3	1.6		
Preparatoria	28	14.7	16	8.4	3	1.6		
Técnico	33	17.4	28	14.7	7	3.7		
Licenciatura	15	7.9	10	5.3	3	1.6		
Ocupación							0.012	0.009-0.013
Ama de casa	49	25.8	24	12.6	8	4.2		
Empleada	33	17.4	21	11.1	8	4.2		
Independiente	6	3.2	13	6.8	0	0.0		
Estudiante	20	10.5	8	4.2	0	0.0		
Vía de resolución del embarazo							0.192	0.184-0.200
Cesárea	56	29.5	31	16.3	6	3.2		
Parto	19	10.0	9	4.7	6	3.2		
Aborto	33	17.4	26	13.7	4	2.1		

*Instrumento de percepción de parto humanizado. Adaptado de Vela Coral.⁹[†]Chi cuadrada.

F: frecuencia; IC 95%: intervalo de confianza al 95%.

Conclusión

Las pacientes en puerperio fisiológico y quirúrgico inmediato en el Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 1 perciben el parto humanizado como inadecuado, ya que durante su estancia en el servicio no se les proporciona la orientación adecuada que englobe un adecuado trato humanizado respecto al manejo del dolor, la elección de su posición durante el trabajo de parto y la posibilidad de que un acompañante esté presente durante el proceso.

Conflicto de intereses

Los autores han completado y enviado la forma traducida al español de la declaración de conflicto potencial de intereses del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas, y no fue reportado ninguno relacionado con este artículo.

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 declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Referencias

1. Almonte-García G. Violencia ginecológica y obstétrica. La medicalización del cuerpo femenino. Revista Décsir. EAM. 2016;2:1-10.
2. Terán P, Castellanos C, González-Blanco M, Ramos D. Violencia obstétrica: percepción de las usuarias. Rev Obstet Ginecol Venez. 2013;73(3):171-80.

3. Pozzio MR. La gineco-obstetricia en México: Entre el "parto humanizado" y la violencia obstétrica. *Revista Estudios Feministas*. 2016;24(1):101-17.
4. Zacher-Dixon L. Obstetrics in a time of violence: Mexican midwives critique routine hospital practices. *Med Anthropol Q*. 2015;29(4):437-54.
5. 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*. 2017;3:14-21.
6. Camacaro M, Ramírez M, Lanza L, Herrera M. Conductas de rutina en la atención al parto constitutivas de violencia obstétrica. *Utopía y Praxis Latinamericana*. 2015;20(68):113-20.
7. Castro R, Erviti J. 25 años de investigación sobre violencia obstétrica en México. *Rev CONAMED*. 2014;19(1):37-42.
8. Grupo de Información en Reproducción Elegida. La pieza faltante. *Justicia reproductiva*. México: GIRE; 2018. Disponible en: <https://justiciareproductiva.gire.org.mx/assets/pdf/JusticiaReproductiva.pdf>. Consultado el 7 de agosto de 2020.
9. Vela-Coral GP. Percepción de la paciente sobre la atención del parto humanizado en el Servicio de Centro Obstétrico del Instituto Nacional Materno [tesis de licenciatura]. Perú: Facultad de Medicina, Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2015.
10. Mori-Quispe E, Contreras-Pulache H, Hinojosa-Camposano WD, Lam-Figueroa N, Huapaya-Huertas O, Chacon-Torrico H, et al. Evaluación de un instrumento para cuantificar la estigmatización de la adolescente embarazada en el Perú. *An Fac Med*. 2015;76(2):141-6.
11. Mejía-Mendoza ML, Laureano-Eugenio J, Saavedra-Serrano JA, Pereida-Díaz VE, Llamas-Avelar V, Luévanos-Velázquez A. Perfil obstétrico de adolescentes embarazadas atendidas en un centro de salud urbano de Jalisco, México. *Rev Sal Jal*. 2015;2(1):35-41.
12. Cáceres-Manrique FM, Nieves-Cuervo GM. Atención humanizada del parto. Diferencial según condición clínica y social de la materna. *Rev Colomb Obstet Ginecol*. 2017;68(2):128-34.
13. Junges CF, Brüggemann OM, Knobel R, Costa R. Support actions undertaken for the woman by companions in public maternity hospitals. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2018;26:e2994.
14. Morales-Alvarado S, Guibovich-Mesinas A, Yábar-Peña M. Psicoprofilaxis obstétrica: actualización, definiciones y conceptos. *Horiz Med*. 2014;14(4):53-7.
15. Kissula-Souza SRR, Rosa-Gualda DM. The experience of women and their coaches with childbirth in a public maternity hospital. *Texto & Contexto Enferm*. 2016;25(1):e4080014.
16. Barbosa-Jardím DM, Modena CM. Obstetric violence in the daily routine of care and the characteristics. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2018;26:e3069.
17. Villanueva-Egan LA, Ahuja-Gutiérrez M, Valdez-Santiago R, Lezana-Fernández MA. ¿De qué hablamos cuando hablamos de violencia obstétrica?. *Rev CONAMED*. 2016;21(Supl: 1):7-25.

Cómo citar este artículo:

García-Torres O, Félix-Ortega A, Álvarez-Villaseñor AS. Percepción del parto humanizado en pacientes en periodo de puerperio. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2020;58(3):258-264.