

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE
OBSTETRICIA



TESIS

PERCEPCIÓN SOBRE PARTO HUMANIZADO DE LAS
PUÉRPERAS ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD
PACHACÚTEC. 2020.

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

OBSTETRA

PRESENTADO POR LA BACHILLER:

PAREDES MONTENEGRO, KATHERIN LISSETH

ASESORA

M. Cs. OBSTA. SILVIA ALFARO REVILLA

Cajamarca, Perú 2020

Copyright © 2020 by
Paredes Montenegro, Katherin Lisseth
Derechos reservados

SE DEDICA ESTE TRABAJO A:

Dios porque está conmigo a cada paso que doy, cuidándome y dándome fortaleza para poder llegar a este momento tan importante en mi formación profesional.

A mi madre, por ser el pilar más importante y la razón de mi vida, porque siempre me mostró su amor y apoyo incondicional.

A toda mi familia por haber aportado grandes cosas a mi vida, y me han ayudado a enfrentar la gran tarea de encarar a la sociedad.

KATHERIN

SE AGRADECE A:

Doy gracias a Dios por protegerme a lo largo de mi camino y por darme la fuerza para superar los obstáculos y dificultades en mi vida.

La universidad Nacional de Cajamarca, mi alma mater por acogerme en sus aulas durante mi formación académica.

Mi asesora, M. Cs. Obsta. Silvia Alfaro Revilla, por su apoyo y orientación durante la realización de este trabajo de investigación.

También agradezco a mi madre por su confianza y apoyo. Ella me mostró su amor, corrigió mis faltas y celebró mi victoria.

KATHERIN

ÍNDICE

SE DEDICA ESTE TRABAJO A:	_____	iii
SE AGRADECE A:	_____	iv
INDICE DE TABLAS	_____	vii
RESUMEN	_____	viii
ABSTRACT	_____	ix
INTRODUCCIÓN	_____	1
CAPITULO I	_____	3
EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	_____	3
1.1. Planteamiento del problema	_____	3
1.2. Objetivos	_____	4
1.2.1. Objetivo General:	_____	4
1.2.2. Objetivos específicos:	_____	5
1.3. Justificación	_____	5
CAPITULO II	_____	7
MARCO TEÓRICO	_____	7
2.1. Antecedentes	_____	7
2.2. Bases teóricas	_____	11
2.2.2. Puerperio	_____	19
2.2.3. Parto humanizado	_____	20
2.2.4. Percepción	_____	23
2.2.5. Trato profesional:	_____	26
2.3. Hipótesis	_____	27
2.4. Variables	_____	28
2.5. Operacionalización de variables	_____	28
CAPITULO III	_____	32
DISEÑO METODOLÓGICO	_____	32
3.1. Diseño y tipo de estudio:	_____	32
3.2. Área de estudio y población	_____	32
3.3. Muestra y muestreo	_____	33
3.4. Unidad de análisis	_____	34
3.6. Técnica de recolección	_____	35
3.7. Descripción del instrumento	_____	35
3.8. Confiabilidad	_____	36
3.9. Procesamiento y análisis de datos	_____	37
3.10. Control de calidad de datos	_____	37

CAPÍTULO IV _____	38
RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN, ANÁLISIS Y DISCUSIÓN _____	38
CONCLUSIONES _____	56
RECOMENDACIONES _____	57
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS: _____	59
ANEXOS _____	63

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Características sociodemográficas _____	38
Tabla 2. Características obstétricas_____	40
Tabla 3. Percepción de las puérperas sobre el parto humanizado en la dimensión respuesta rápida. Centro de salud Pachacútec. 2020. _____	41
Tabla 4. Percepción de las puérperas sobre el parto humanizado en la dimensión empatía. Centro de salud Pachacútec. 2020. _____	43
Tabla 5. Percepción de las puérperas sobre el parto humanizado en la dimensión seguridad. Centro de salud Pachacútec. 2020. _____	46
Tabla 6. Percepción de las puérperas sobre el parto humanizado en la dimensión Confianza. Centro de salud Pachacútec. 2020. _____	49
Tabla 7. Percepción de las puérperas sobre el parto humanizado en la dimensión elementos tangibles. Centro de salud Pachacútec. 2020. _____	52
Tabla 8. Percepción de las puérperas sobre el parto humanizado durante su atención de parto. _____	55

RESUMEN

La percepción sobre el parto humanizado de las puérperas es muy importante para poder conocer la atención en el centro de salud Pachacútec durante el periodo de enero a setiembre del 2020. Fue de tipo no experimental, de corte transversal, de carácter descriptivo, cuantitativo y prospectivo; la recolección de datos se dio en un único momento. Se utilizó el instrumento de SERVPERF (service performance), propuestos por Cronin y Taylor, el instrumento contó con un total de 22 ítems que hacen referencia a la percepción del usuario, divididos en 5 dimensiones, que son: respuesta rápida, empatía, seguridad, confianza, elementos tangibles. El cuestionario fue aplicado a 190 puérperas atendidas en el Centro de Salud Pachacútec, y que cumplieron con los criterios de inclusión.

En los resultados obtenidos de las características sociodemográficas se encontró el 34,2% que fueron puérperas adultas entre 25 a 34 años de edad; el 34,2% con grado de instrucción secundaria completa; 9,5% de estado civil conviviente; 91,1% de ocupación ama de casa; 74,2% teniendo como zona de residencia la zona urbana y el 87,4 % siendo de religión católica.

En los datos obstétricos tenemos el 43,2% de puérperas fueron primíparas y el 100% de ellas fueron atendidas por un obstetra.

Además las puérperas atendidas mostraron un nivel de percepción que modera en las dimensiones: respuesta rápida con un 47%, empatía 43%; mientras que en los ítems seguridad 39%, confianza 50% y elementos tangibles en un 58%, El nivel de percepción global de satisfacción un 42%. Por lo tanto Las puérperas atendidas en el Centro de Salud Pachacútec, tienen una percepción satisfactoria con la atención recibida durante enero a setiembre del 2020.

Palabras clave: Percepción de la atención, parto humanizado, niveles de satisfacción.

ABSTRACT

The perception of the humanized delivery of puerperal women is very important to be able to know the care in the Pachacutec health center during the period from January to September 2020. It was non-experimental, cross-sectional, descriptive, quantitative and prospective; data collection occurred in a single moment. The SERVPERF instrument (service performance) was used, proposed by Cronin and Taylor, the instrument had a total of 22 items that refer to the user's perception, divided into 5 dimensions, which are: rapid response, empathy, security, confidence, tangible elements. The questionnaire was applied to 190 postpartum women treated at the Pachacutec Health Center, and who met the inclusion criteria.

In the results obtained from the sociodemographic characteristics, 34.2% were adult puerperal women between 25 and 34 years of age; 34.2% have completed secondary education; 9.5% of cohabiting marital status; 91.1% of housewife occupancy; 74.2% having the urban area as their area of residence and 87.4% being of the Catholic religion.

In the obstetric data we have 43.2% of puerperal women were primiparous and 100% of them were attended by an obstetrician.

In addition, the puerperal women attended showed a moderate level of perception in the dimensions: rapid response with 47%, empathy 43%; while in the items security 39%, trust 50% and tangible elements 58%, the overall perception level of satisfaction 42%. Therefore, the puerperal women treated at the Pachacutec Health Center have a satisfactory perception with the care received during January to September 2020.

Keywords: Perception of care, humanized delivery, satisfaction levels.

INTRODUCCIÓN

El parto humanizado es un modelo que tiene como objetivo considerar de manera clara y directa las opiniones, necesidades y valoraciones emocionales de la madre y su familia durante el proceso del embarazo, parto y puerperio; como meta básica, las mujeres en el puerperio toman esta experiencia como un Momento único y placentero, bajo la condición de la dignidad humana, la mujer es sujeto y protagonista de su parto.

El parto humanizado es el derecho a tener una experiencia de vida significativa y placentera para la madre. Además, es un tipo de cuidado caracterizado por el respeto a los derechos de los padres y recién nacidos. (1).

En el estudio del parto humanizado se descubrieron las ventajas del parto vertical y horizontal, las puérperas que participaron en el parto vertical creían que, en comparación con el parto horizontal, el parto es más rápido, más cómodo y menos doloroso. (28).

Según la investigación actual, la tasa de satisfacción de las madres en el parto humanizado es del 95%, además se dice que se sienten más cómodas y dan a luz más rápido. (8).

En el parto humanizado, la elección de la posición durante el parto es muy importante, porque varios estudios han demostrado que la posición supina afectará el flujo sanguíneo del útero durante la fase de expulsión del parto. También reduce la intensidad de las contracciones, lo que interfiere con el proceso del parto. (11).

Casi todas las pacientes sienten dolor durante el parto. Los estudios han demostrado que aproximadamente el 60% de las mujeres en el posparto y el 36% de las mujeres experimentan un dolor intenso durante el parto. Es importante adoptar un método humanitario de atención del parto y respetar su preferencia por la libre elección de técnicas analgésicas.

Desde esta perspectiva, este estudio tiene como objetivo Conocer la percepción sobre el parto humanizado de las puérperas que acuden al Centro de Salud Pachacútec durante los meses enero a setiembre de 2020, donde se encontró que la mayoría de las puérperas creían que el parto humanizado era "inspirador" de satisfacción.

La presente tesis está estructurada de la siguiente manera:

Capítulo I. Planteamiento del problema, formulación del problema, objetivos y justificación de la investigación. **Capítulo II.** Antecedentes, teorías, hipótesis, variables y operacionalización de variables. **Capítulo III.** Diseño y tipo de estudio, área de estudio y población, muestra y muestreo, unidades de análisis, criterios de inclusión y exclusión, técnicas de recolección de datos, descripción del instrumento, procesamiento y análisis de datos y control de calidad de datos. **Capítulo IV.** Análisis y discusión de los resultados. Finalmente se presenta conclusiones, recomendaciones, referencias bibliográficas y anexos.

CAPITULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Planteamiento del problema

La Organización Mundial de la Salud, define el parto humanizado como el derecho a experimentar el parto, una experiencia de vida significativa y agradable de recordar para las madres. El término "respeto por el parto" o "parto humanizado" se refiere a un modelo de atención al parto caracterizado por el respeto a los derechos de los padres y del recién nacido. En el proceso de atención al parto, procurar tener en cuenta las opiniones, necesidades y valoraciones emocionales de las mujeres y sus familiares protagonistas del parto. (1) Además, de adoptar medidas y procedimientos beneficiosos para crear un momento y condiciones especiales de dignidad humana. También puede reducir la morbilidad y mortalidad materno-perinatal.

Existe una ley de Argentina para proteger el parto humanizado; ley N° 25929, parto humanizado; los derechos de padres e hijos durante el proceso de parto. (2) En el Perú está el proyecto de ley N° 1158/2011 promulgó la Ley de Promoción y Protección del Parto Humanizado y el Derecho a la Salud de la Mujer Embarazada, (3) con base en estas leyes se reconocen derechos para promover la humanización del parto y crear un espacio familiar con las madres y los recién nacidos como protagonistas; esto muestra la importancia del acompañamiento para las madres.

El Instituto Materno Perinatal cuenta con una Resolución Directoral N° 171-DG-INMP-10 del año 2010, en donde se aprueba la Directiva N° 007- DG-INMP-2010 "Atención del Parto con Acompañante". El acompañante va a ser el individuo seleccionada por la gestante para que la acompañe a lo largo de la atención del parto, la cual obtiene información y orientación elemental de psicoprofilaxis obstétrica, beneficios del parto con acompañante, las diversas alternativas de atención del parto y se les informa sobre las condiciones que debería tener para entrar a esta manera de parto, la cual es brindada por la obstetra responsable del área en el Servicio de Emergencia, con retroalimentación antecedente de ingresar al Servicio de Centro Obstétrico. La información brindada a las parejas en psicoprofilaxis obstétrica de emergencia consta de 17 sesiones, en la primera sesión se informa a la gestante y a su acompañante

sobre la sintomatología del trabajo de parto y el funcionamiento de la contracción uterina, fomentando en ellos una reacción positiva frente al parto; y en la segunda se les informa sobre las sesiones del lapso expulsivo, atención rápida del recién nacido, fomentando un más grande parentesco familiar (madre, papá y recién nacido). (28)

El Ministerio de Salud, a través de la estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva de la Dirección General de Salud de las Personas, ha decidido apoyar la iniciativa de algunos departamentos incluido Cajamarca, en la elaboración de la “Norma técnica para la Atención de Parto Vertical con Adecuación Intercultural”. El propósito es estandarizar la atención vertical del parto con base en los estándares internacionales y la experiencia nacional, y responder a la necesidad de servicios de salud materna culturalmente adaptados, a fin de aumentar la incidencia del parto institucional y reducir las complicaciones obstétricas que conducen a la muerte materna. Por lo tanto, a partir de esta formalización, será posible que los profesionales de la salud brinden métodos de entrega vertical en las instituciones de salud para asegurar la calidad de la atención y al mismo tiempo atender las necesidades de las madres peruanas. (10)

La compañía a la puérpera se refiere, en primer lugar, al apoyo de una persona que ha recibido capacitación para el parto y está familiarizada con varios métodos de cuidado de una persona. Recibirá apoyo emocional basado en elogios y consuelo. Todo el apoyo que brindan estas personas reduce significativamente la ansiedad y la sensación de trabajo duro. (10).

Según las diferentes posiciones del parto, muchos estudios han demostrado que la posición supina afectará el flujo sanguíneo del útero durante el período dilatado del parto. El peso del útero provocará la compresión de la aorta-vena cava y la reducción del flujo sanguíneo afectará la condición del feto. La posición supina también reduce la intensidad de las contracciones, lo que interfiere con el proceso de parto. (11)

1.2. Formulación del problema

¿Cuál es la percepción sobre parto humanizado de las puérperas atendidas en el Centro de Salud Pachacútec durante los meses de enero hasta setiembre del 2020?

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo General:

Conocer la percepción sobre el parto humanizado de las puérperas que acuden al Centro de Salud Pachacútec durante los meses enero a setiembre de 2020.

1.3.2. Objetivos específicos:

- Identificar las características sociodemográficas de las puérperas.
- Conocer las características obstétricas de las puérperas.
- Determinar la percepción de las puérperas en la capacidad de respuesta rápida del profesional de obstetricia en la atención del parto.
- Identificar la empatía del personal de obstetricia con la puérpera durante la atención de su parto.
- Especificar la seguridad y confianza percibida por las puérperas durante la atención de su parto.
- Determinar los elementos tangibles del ambiente de atención de partos.

1.4. Justificación

El trabajo de investigación actual es muy importante, porque el conocimiento científico adquirido permitirá plantear las condiciones para prevenir la alta morbilidad y mortalidad materna de los últimos años y la consiguiente deshumanización de la experiencia del parto. De esta forma, los recién nacidos nacen en un entorno sano, respetuoso, seguro y acompañante. Se formulan recomendaciones sobre el parto humano en términos de tratamiento de la salud materna, el respeto y la dignidad. El parto humanizado es importante porque aumenta un mejor apego posparto y neonatal, mejorando así la percepción de las personas sobre la experiencia del parto, a través de la cual las personas pueden comprender su entorno y tomar las acciones correspondientes basadas en los estímulos que reciben.

El parto humanizado es un modelo que tiene como objetivo considerar de manera clara y directa las opiniones, necesidades y valoración emocional de la madre y su familia durante el embarazo, parto y puerperio; como meta básica, la madre toma esta experiencia como una experiencia única y placentera. En este momento, bajo condición de dignidad humana, la parturienta es sujeto y protagonista del parto, y se reconoce el libre derecho de la parturienta o de la pareja a tomar decisiones. El país peruano es consciente de esta realidad y promulgó la "Ley de Promoción y Protección del Parto Humanizado y Salud Materna", la cual recomendó que, para el bienestar de las madres y sus familias, sus profesionales de la salud deben contar con los conocimientos para proporcionar el apoyo emocional adecuado habilidades para crear un entorno propicio para el parto. En este sentido, el Ministerio de Salud, como agencia de gestión dedicada a la implementación de estrategias nacionales, ha venido

promoviendo la atención humanitaria del parto de manera transcultural, incluyendo el tratamiento adecuado y la libre elección de los profesionales que participan en el parto. La paciente está en posición de parto, acompañada, esto brinda mayor comodidad para el puerperio, brinda mejores condiciones para el recién nacido y ayuda a reducir la morbilidad y mortalidad de las mujeres embarazadas y en reposo de mi país.

A nivel nacional, existe un marco legal para justificar la aplicación del parto humanizado. En Lima, el Instituto Nacional de Maternidad ha implementado el parto humanizado como una estrategia para mejorar la satisfacción materna; sin embargo, debido a la escasez de recursos humanos en obstetricia, existe una gran demanda de atención al parto, y puede que no sea posible brindar provisiones. Para un plan de parto humanizado, reflejado en la cognición materna, por lo que el proyecto de investigación de humanización es la razón.

En la región de Cajamarca vemos que hay mucha deficiencia en algunos establecimientos de salud sobre el parto humanizado. Por lo tanto el propósito en el Centro de Salud de Pachacútec es conocer las visiones sobre los partos humanizados. Además, de acuerdo con los resultados obtenidos, ayudar a una mejor atención a las parturientas, respetar sus derechos y permitirles elegir el lugar del parto y que puede elegir un acompañante.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

2.1.1. Internacional

Oliveira, M. y Cols. (Brasil, 2017), han realizado un análisis titulado “Parto humanizado bajo la óptica de puérperas atendidas en una maternidad pública”, en el Nosocomio y Vivienda de Salud de Russas en Ceara - Brasil, con el propósito de entender la percepción de las puérperas sobre el parto humanizado atendidas en una maternidad pública. Materiales y procedimientos, hablamos de un análisis cualitativo, de tipo detallado, exploratorio, llevadas a cabo en 10 puérperas del servicio de centro obstétrico del Nosocomio y Vivienda de Salud de Russas en Ceará. Resultados: Surgieron 3 ideas centrales: Parto, Experiencia obstétrica y falta de datos sobre el instante del parto y escasas ocupaciones dirigidas a gestantes. Conclusión: Se puede notar que todavía hay falta de datos sobre lo cual es ayuda humanizada en el preparto, parto y posparto. (26)

Silvestri, N. (Argentina, 2016) realizó la averiguación titulada “Descripción de la percepción de las puérperas sobre la atención y calidad del parto humanizado en el Nosocomio Materno Infantil Comodoro Meisner a lo largo del lapso de noviembre a diciembre del año 2016”, cuyo objetivo de decidir la calidad del parto desde la percepción de las puérperas, en relación a las condiciones que debe llevar a cabo la atención para ser considerada como parto humanizado. Resultados: En la magnitud trato profesional se observa una percepción constantemente conveniente en la presentación del profesional 76.97%, 97.21% respeto de la intimidad, 94.41% afabilidad; sobre el acompañante en el parto el 62.50% manifestaron su quiero de estar con un acompañante en todo instante a lo largo del parto o la cesárea y el 57,54% percibieron que los expertos no les explicaron que tienen la posibilidad de dictaminar tener un acompañante a lo largo del parto o cesárea; sobre la postura del parto al 75.21% no se les describió que podían escoger la postura de parto; el 63.11% percibieron que no se les describió que podían deambular libremente a lo largo del trabajo parto y al 59.50% no se le permitió modificar de postura; referente a la

percepción sobre el alivio del dolor de parto el 70.73% no conocen alguna elección para aliviar el dolor del parto; al 56.91% le explicaron posibilidades para aliviar el dolor de parto; al 73.81% las posibilidades ofrecidas no le han permitido aliviar el dolor del parto; sobre el contacto piel a piel del recién nacido con su mamá el 70.79%. Conclusión: El parto humanizado no únicamente implica respetar los derechos de la mujer, sino que además conlleva de la delicadeza y empatía de la dotación profesional para interpretar y ofrecer contestación a las necesidades y miedos de cada dama. (13)

Espinosa, Ch. y Cols. (Ecuador, 2016) realizó un análisis titulado: “Evaluación de la calidad de atención del parto vaginal de acuerdo con la percepción de las pacientes atendidas en el Nosocomio Enrique Garcés”. Cuyo objetivo ha sido entablar la calidad de atención del parto vaginal de acuerdo con la percepción de las pacientes atendidas en el centro obstétrico del Nosocomio Enrique Garcés. Se empleó el cuestionario tipo SERVPERF modificado a las puérperas inmediatas atendidas en el servicio de centro obstétrico de esa organización prestadora de salud a lo largo del mes de julio del año 2016. Resultados: el 73% de las competidoras se encontraban en el rango de edad de 18-35 años, 17% más grandes de 36 años y un 10% jóvenes; el 83% se auto identificaron como mestizas; el 78% de las pacientes fueron catalogadas como multíparas, 39% como gran multíparas y únicamente se evidenció un 7% de pacientes primíparas. La percepción universal de la calidad de atención ha sido en un 87% catalogada como exitosa. Conclusiones: Las pacientes califican la calidad de atención del centro obstétrico con un promedio de 4/6 correspondiente a “Satisfacción” (27)

Sánchez, M. (Ecuador, 2017) hizo un análisis titulado “Satisfacción de la atención del parto en maternas de la Etnia Shuar”. Cuyo objetivo era establecer la Satisfacción de la Atención del Parto en Maternas de la Etnia Shuar del Nosocomio Gral. Macas, enero-junio 2017. Conclusiones: Referente a la independiente postura de parto el 96,1% no está satisfecha, ya que la organización no cuenta con los equipamientos y aparatos adecuados, al 91.8% jamás se les permitió modificar de postura a lo largo del parto debido al dolor persistente, constituyéndose como uno de los aspectos más débiles en la atención de parto que se ofrece en esta organización. (28).

2.1.2. Nacional

Abarca, E. (Lima, 2018) su análisis de indagación titulado: Grado de satisfacción en parto humanizado de acuerdo con la percepción de usuarias atendidas en el servicio de centro obstétrico del Nosocomio Nacional Hipólito Unanue, enero – febrero del 2018. El análisis estuvo centrado en una atención conveniente dirigida a las madres en trabajo de parto. Sin embargo, para el 64% indicó que no han tenido posibilidad

para escoger la postura cómoda para su parto. Al final, el desempeño del dolor en cuanto al trabajo de parto y parto propiamente hablado fue insatisfactorio en su integridad. Se concluye, por consiguiente, que la satisfacción de parto tuvo un promedio de 51%. (29)

Ramírez, V. (Piura, 2019) en su indagación titulado: Calidad de atención y satisfacción del parto humanizado en puérperas del Centro de Salud Sechura, con el propósito de establecer la interacción entre la calidad de atención y satisfacción del parto humanizado en puérperas. Localizó como resultados que, el total de partos analizados ha sido de 62; se hizo por medio de 2 encuestas sobre “calidad de atención y satisfacción compuesta” que miden las cambiantes. Obtuvo como consecuencia que el grado de calidad es bueno (77,4%) y el grado de satisfacción lo calificaron elevado, con un 75,8%; sin embargo, la calidad enmarcada en las magnitudes de confiabilidad, sensibilidad, estabilidad y empatía han dado como consecuencia 74%, 61%, 66%, 58% respectivamente. Al final, en este análisis se puede concluir que se manifestó una correlación significativa en la satisfacción y calidad del parto. (1)

Vela, G. (Lima, 2015) en su estudio: “Percepción de la paciente sobre la atención del parto humanizado en el Servicio de Centro Obstétrico del Instituto Nacional Materno Perinatal durante el periodo marzo - abril de 2015”; tuvo como objetivo Determinar la percepción de la paciente sobre la atención del parto humanizado en el Servicio de Centro Obstétrico del Instituto Nacional Materno Perinatal durante el periodo marzo - abril de 2015. La muestra estuvo conformada por 100 puérperas inmediatas. Por tanto, en la dimensión de tratamiento profesional, los pacientes piensan que siempre se comunican con los profesionales (82,0%), siempre explican qué es el trabajo de parto (81,0%), siempre utilizan nombres para identificar (59%), y los procedimientos a realizar siempre consiguen explicar (80%) que siempre se respeta su privacidad (78%), siempre pide permiso antes de revisarla (83%), y siempre puede sentir la buena voluntad de los profesionales (73%). En la dimensión libre elección de la posición de parto, Las puérperas dijeron que nunca les han explicado que pueden elegir la posición del parto (75%), nunca han aprendido la posición del parto (79%) y nunca han explicado que pueden caminar durante el parto (75%). En cuanto al compañerismo, al 73% de las personas se les explicó la decisión de tener un acompañante en el parto y el 58% siempre creyó que un acompañante debería ayudarles a relajarse. El parto humanizado en su dimensión manejo del dolor: el 35% siempre percibió que se le explicó las alternativas disponibles para el manejo del dolor en el parto. (11)

Ayala, G. (Lima, 2015) en su tesis de pregrado “Calidad de la atención del parto según percepción de las usuarias en el servicio de centro obstétrico en el Instituto Nacional Materno Perinatal en el periodo enero - febrero 2015”. Cuyo propósito fue determinar la calidad de la atención del parto con base en la opinión de los usuarios del servicio del Centro de Obstetricia del Instituto Nacional de Investigaciones Materno-Perinatales. Los resultados encontraron que: el 29,7% de las personas tiene entre 25 y 29 años y el 20,8% tiene menos de 20 años. 75,7% viven juntos, 59,1% se graduaron de la escuela secundaria. El 69,6% de las personas se concentra en su hogar y el otro 46,3% son primíparas. Lo más valioso es acompañar a una pareja o familiar durante el parto, para que el recién nacido pueda ser acariciado y reconfortado inmediatamente al nacer. Todas las dimensiones corresponden a un grado de "satisfacción", la dimensión de respuesta rápida tiene el valor más bajo y la dimensión del elemento tangible tiene el valor más alto. Conclusión: La satisfacción global del paciente es del 93,3%. (25)

Zegarra, R. (Lambayeque, 2019) en su análisis titulado: Percepciones y expectativas en puérperas sobre parto humanizado en el servicio de Obstetricia del Nosocomio Referencial - Ferreñafe, con el fin decidir las percepciones y expectativas en puérperas sobre parto humanizado. Localizó como resultados que el total de partos analizados a lo largo de 2018 ha sido de 90. Concluyó que el 38% de las pacientes obtuvo un grado malo según su visión en la atención de parto, y en la expectativa sobre parto humanizado se localizó que el 40% ha sido un grado regular.(20)

2.1.3. Local

Balcázar, S. (Cajabamba, 2017) en su tesis de pregrado “percepción de las puérperas inmediatas sobre la calidad de atención del parto. Hospital General de Cajabamba. 2017”. El propósito es conocer la opinión de las madres inmediatas sobre la calidad de la atención que reciben durante el parto. Se encontró que el 36,7% de las madres inmediatas pertenecían al grupo etario de edad de 20 a 24 años; el 55,0% vivían juntas; el 30,0% había completado la educación secundaria; 45,0% eran amas de casa; 60,0% son primíparas. Además, se encontró que el 46,3% fueron el primer embarazo, mientras que el 23,6% y el 20,4% fueron el segundo y tercer embarazo respectivamente. En cuanto a la dimensión elementos tangibles en el ítem “ambientes limpios y cómodos” es evaluado con un 58,3% de insatisfacción leve, en el ítem “confort” se destaca satisfacción en un 55,0%; finalmente en “equipos disponibles” insatisfacción leve en un 40,0%. (31).

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Parto

2.2.1.1. Definición de parto

El parto, también llamado nacimiento, es el clímax del embarazo, que es el período en el que el recién nacido abandona el útero de la madre. El proceso natural del nacimiento humano se divide en tres etapas: la desaparición y dilatación del cuello uterino; el nacimiento y nacimiento del bebé; y el parto de la placenta. (15)

2.2.1.2. Tipos de parto

Hay varias formas en que un feto puede nacer al final del embarazo o, en algunos casos, antes de las 40 semanas o 9 meses de gestación:

a) Parto espontáneo:

En el parto natural, el bebé nace por la vagina de la madre sin apenas asistencia técnica ni medicación. En la mayoría de los centros de salud, el parto vaginal ocurre en posición ginecológica, la gestante se encuentra en decúbito supino, es decir, acostada boca arriba, con los pies a la altura de las caderas para comodidad del personal. Se llama posición de corte de piedra y se ha utilizado de forma rutinaria al nacer durante muchos años. Sin embargo, esta es una posición controvertida porque el parto puede ocurrir naturalmente en una posición erguida y la gravedad ayuda al niño a retirarse de forma natural. Durante la litotomía, es más probable que se produzca un deterioro lento, un tiempo de parto prolongado, sufrimiento fetal y desgarro del perineo materno. Idealmente, el entorno de la madre durante el parto debe ser tranquilo, íntimo y confiado. (16).

b) Parto inducido:

La inducción del trabajo de parto debe terminar antes del inicio natural de las contracciones uterinas, porque hay signos de la madre o del feto, en los que se cree que el bebé que permanece adentro representa un riesgo para él o para la madre.

c) Parto conducido:

Incluso si comienza de forma espontánea, su duración puede acortarse mediante la síntesis de oxitocina y la ruptura de la membrana artificial. (14)

2.2.1.3. Trabajo de parto

Se cree que las mujeres tienen contracciones uterinas regulares al comienzo del parto, cuya intensidad y frecuencia aumentan, acompañadas de cambios fisiológicos en el cuello uterino. El parto generalmente comienza dos semanas antes o después de la fecha de parto. (15,17).

2.2.1.4. Etapas del parto

La causa del parto no está clara, pero se cree que factores mecánicos como la placenta, ciertas sustancias producidas por la madre o el feto y el tamaño del bebé y su efecto sobre los músculos uterinos pueden provocar el parto. Por tanto, la sinergia de todos estos factores puede ser el motivo del inicio del trabajo de parto.

Cuando se combinan varias condiciones, decimos que comienza el trabajo de parto, como contracciones uterinas, desaparición (o acortamiento de la longitud del cuello uterino) y dilatación del cuello uterino. La fase activa del trabajo de parto generalmente comienza después de que el cuello uterino se dilata 4 cm. (16)

a) Prodrómico o preparto:

Este es un período excluido del parto. No hay un comienzo claro. Se inicia con la aparición paulatina de una serie de síntomas y signos que ayudarán a la madre a darse cuenta de que se acerca el momento del parto, aunque no siempre es en un buen momento. Este período puede durar hasta dos semanas y termina con la dilatación del útero. No todas las mujeres embarazadas piensan que están pasando por la etapa prenatal, por lo que comienzan directamente con las contracciones rítmicas que son exclusivas del parto. Durante este período, la frecuencia e intensidad de las contracciones aumentan gradualmente, a veces se descargan tapones de moco y también aumenta la incomodidad de la pelvis. (18)

b) Dilatación:

El primer periodo de parto consiste en dilatar el cuello uterino. Ocurre cuando las contracciones uterinas comienzan a ocurrir con más frecuencia, aproximadamente una vez cada 3-15 minutos, cada una dura 30 segundos o más y aumenta en intensidad. Las contracciones se vuelven cada vez más frecuentes e intensas, como máximo una vez cada dos minutos, y hacen que el cuello uterino desaparezca o se adelgace y se dilate, lo que hace que este período de tiempo se denomine dilatación. La duración de este período depende de si la mujer ha dado a luz antes (hasta 18 horas en el caso de

las primerizas) y se divide en período de incubación, período activo y período de desaceleración. Esta etapa finaliza con una dilatación completa (10 cm) y desaparición del cuello uterino. Por lo general, hay un breve período de incubación entre la expansión completa y el nacimiento, durante el cual la contracción desaparece por completo. (20)

c) Nacimiento o expulsión:

También llamado período de expulsión o período de promoción, finaliza con el nacimiento del bebé. Es el paso del recién nacido desde el útero hacia el exterior a través del canal del parto, gracias a contracciones uterinas involuntarias y fuertes contracciones abdominales o empujones de la madre. En la segunda o segunda etapa, distinguimos entre dos etapas: el período temprano no ovulatorio, cuando se completa la expansión, cuando el feto no ha caído y no hay ganas de pujar, y el período tardío de ovulación, en el cual, la parte fetal llega al suelo pélvico, existe el deseo de la madre de promoverlo. Es mejor no presionar con fuerza hasta que la madre sienta esta sensación, para no interferir con el desarrollo normal del parto. (21)

d) Alumbramiento:

Comienza con la descarga de la placenta, el cordón umbilical y las membranas fetales; esto toma de 5 a 30 minutos. El descenso del cordón umbilical a través de la vulva después del parto es una señal de que la placenta finalmente se desprende, cuanto más sale el cordón umbilical, más avanza la placenta desde la cavidad uterina. Este movimiento natural del cordón umbilical, que es proporcional a la caída de la placenta, se denomina signo de Ahlfeld. El desprendimiento de placenta se produce por dos posibles mecanismos. El primer desprendimiento se produce en el centro de la unión útero-placentaria, este mecanismo se denomina mecanismo de Baudelocque-Schultze y suele representar alrededor del 95% de los casos. Es menos común que la placenta se desgarre inicialmente de ambos lados de la unión útero-placenta, que se denomina mecanismo de Baudelocque-Duncan. Las contracciones uterinas continúan durante el descenso de la placenta, lo que ayuda a comprimir los vasos sanguíneos al final del miometrio que han perdido su función después del parto. Este proceso se denomina ligadura de Pinard vivo en obstetricia.

Para muchos autores, el período de parto termina con el alumbramiento, pero otros creen que el cuarto período es un período de recuperación inmediata y finaliza dos horas después del parto. Durante este período conocido como "puerperio inmediato", las madres y los niños deben trabajar juntos para promover el inicio de la lactancia materna, la seguridad y el bienestar del niño. En este sentido, el concepto de "co-

alojamiento" se utiliza para especificar que el bebé está en la misma habitación que la madre mientras está en el hospital o lugar de parto. Para promover esta "coadaptación" y establecer una lactancia exitosa es fundamental el descanso y el bienestar de las madres y los recién nacidos, por lo que conviene reducir el número y la duración de las visitas ambientales en los primeros días. (23)

2.2.1.5. Posiciones de parto

Las posturas que adoptan las mujeres durante el parto se ven afectadas por diferentes factores, especialmente culturales, por lo que parece difícil determinar cuáles son los comportamientos instintivos de las mujeres que viven en países desarrollados. Sin embargo, entre las mujeres que viven en zonas subdesarrolladas y no se ven tan afectadas por la "tecnología" durante el parto, se puede observar cómo adoptan posturas más "fisiológicas", buscando la vertical: de pie, en cuclillas, cuadrúpedas o arrodilladas. Es muy conveniente renunciar a la cama de parto tradicional para un parto normal, si la madre opta por dar a luz en la cama, puede utilizar una cama normal o utilizar una nueva cama de parto articulada automática que permite diferentes posiciones. (24)

A. Vertical:

Es la gestante quien decide adoptar una posición vertical para el parto (de pie, sentada, acostada sobre una o dos rodillas o en cuclillas), y el personal de salud participante colocará a la gestante antes y después de la madre, esperará y participará de la entrega. Esta posición permite que el producto, que es el portador final de la fuerza del parto, se oriente principalmente hacia el canal del parto, y de esta manera promueve el parto y reduce el trauma del recién nacido. Esta decisión la pueden tomar las mujeres embarazadas que se someten a controles prenatales cuando ingresan al centro obstétrico durante el parto. (26) Existen variedades de posición de parto vertical

a) Posición de cuclillas: variedad anterior:

Promueve la separación de las articulaciones entre los huesos pélvicos, aumentando así el diámetro de la pelvis, lo que es beneficioso para que el feto descienda por el canal del parto. El trabajador de salud adopta una postura cómoda (agachado, arrodillado o sentado en un banco); confirmará que las piernas de la mujer están excesivamente dobladas y separadas durante el parto. Como apoyo, los familiares colocan la rodilla en el nivel inferior de la zona del sacro, rodeada de hipocondría y en la zona abdominal superior.

b) Posición de cuclillas: variedad posterior:

El personal de salud adopta una postura cómoda para que pueda proteger el perineo colocando sus rodillas en la zona inferior del sacro de la parturienta. El acompañante debe sentarse en una silla. Abrazará a la parturienta por debajo de las axilas. La rodilla queda a la altura del diafragma como punto de apoyo, para que la gestante pueda sostenerse a sí misma y a su acompañante poniendo los brazos en el cuello.

c) Posición de rodillas:

El obstetra se encontrará con la embarazada cara a cara. Tu pareja debe sentarse en una silla con las piernas abiertas. Abrazará a la parturienta en la zona del pecho y dejará que la gestante se apoye en su muslo. A medida que se acerca el parto, la gestante adopta una postura más inclinada para facilitar la cirugía obstétrica. Proporcione su propia conveniencia. En esta posición, no hay riesgo de caída repentina del bebé y la distancia entre la pelvis y el suelo es menor. Puede pasar rápidamente a la posición de las extremidades, que es una variante de la posición de la articulación de la rodilla, su ventaja es que puede proporcionar una mayor oxigenación y un mayor diámetro del hueso.

d) Posición sentada y semisentada:

Se utiliza para pacientes muy cansadas, es común que las primerizas terminen en posición sentada debido al trabajo de parto prolongado, es más conveniente recibir al bebé y la placenta y facilitar el contacto temprano. Sin embargo, puede suceder que la silla comprima la pelvis y el paciente adopte otra postura. El personal de salud realizará la segunda fase del procedimiento obstétrico y luego se adaptará para un parto específico.

La acompañante debe sentarse en una silla o arrodillarse en la plataforma con las piernas abiertas. La gestante abrazará la zona del pecho y dejará que la gestante se apoye en sus muslos o agarre el cuello de su pareja. La gestante se sentará en una silla baja (inferior que la pareja). En la posición semisentada, la mujer embarazada se apoyará en la almohada, o su pareja puede sentarse erguida o inclinarse hacia adelante en el suelo o en el borde de la cama, permitiendo que la paciente se relaje y abra la pelvis.

e) Posición pies y manos:

Preferido por mujeres con lumbalgia. También asegura la estabilidad del paciente y es la mejor posición para aumentar el diámetro de la pelvis. El parto se realizará detrás

de la madre, y el personal de salud realizará la segunda etapa de la cirugía obstétrica antes de adaptarse al parto objetivo. Otras mujeres embarazadas prefieren arrodillarse en la colchoneta, inclinadas hacia adelante, apoyadas en su pareja o en la cama.

f) Posición cogida de la sogá:

Se recomienda para primigrávidas porque brinda libertad de movimiento, reduce el dolor, ayuda a calzar, es fácil de proteger pasivamente y brinda comodidad a los asistentes. Pero cuando hay un cordón, también dificulta la operación correspondiente, puede ser muy empinada, y existe el riesgo de que la madre y / o el bebé se caigan de repente. El personal de salud realizará la segunda fase del procedimiento obstétrico y luego se adaptará para un parto específico. La mujer embarazada se fija mediante una cuerda suspendida de la viga del techo, lo que favorece el paso suave del feto a través del canal de parto con la ayuda de la gravedad. (26)

B. Litotomía:

La paciente se encuentra en decúbito supino, apoyado en la cabeza, el torso y los glúteos, con ambas piernas levantadas y apoyado en los accesorios de la mesa de operaciones o de exploración. Es el lugar más utilizado para examen ginecológico y parto, intervenciones anales y perineales y cirugía transuretral. Es adecuado para la colocación de dispositivos, la episiotomía y la comodidad del médico. (25)

2.2.1.6. Diferencias entre el parto vertical y el parto en decúbito supino (litotomía)

a) Actividad uterina:

Una postura erguida aumentará la frecuencia y efectividad de las contracciones uterinas, mientras que acostarse boca arriba reducirá la eficiencia de las contracciones uterinas. La oxitocina se secreta en pulsos a través de un mecanismo reflejo relacionado con la estimulación cervical durante el trabajo de parto (efecto Ferguson Harris). Cuando una mujer adopta cualquier posición vertical, la presión del feto sobre el cuello del útero será mejor, y cuando está en posición horizontal, la demostración generalmente debe elevarse hasta el promontorio del sacro.

b) Duración del expulsivo:

En comparación con la posición supina o la litotomía, la posición vertical o lateral está relacionada con la duración más corta de la segunda etapa del trabajo de parto.

c) Pujos maternos:

Las mujeres informan que empujar es más fácil, lo que puede explicarse, gracias a un trabajo que favorece la gravedad.

d) Dolor:

En comparación con la posición supina o la litotomía, la posición vertical o lateral se asocia con dolor agudo o severo en la segunda etapa.

- Las mujeres pueden elegir la postura más cómoda y la posibilidad de cuándo y cómo comenzar a pujar aumenta el flujo de endorfinas y reduce el dolor. Las posiciones de pie, sentado y de rodillas parecen reducir el dolor de espalda causado por las contracciones y reducir la necesidad de analgesia.
- Ragner *et al*/ compararon las posiciones para sentarse y arrodillarse y encontraron que las mujeres preferían las posiciones de rodillas porque informaron menos dolor.
- Algunas mujeres encuentran que la posición de la mano y la rodilla es la mejor posición para todo o parte del parto, especialmente la posición posoccipital, porque puede aliviar el dolor de espalda, pero puede ser muy agotador mantenerlo durante mucho tiempo. Tienen menos dolor en el perineo posparto y menor duración del trabajo de parto, aunque no siempre es así. Hunter confirmó que usar esta posición puede reducir significativamente el dolor de espalda.

e) Espacio pélvico:

La postura vertical de flexión y abducción de la cadera, combinada con la libertad de la bisagra hacia atrás del cóccix, proporciona más espacio al nivel de la pelvis inferior. Cuando la pelvis no se apoya en nada y ocupa espacio libre, el diámetro del espacio inferior será el mayor. La postura semi-reclinada o semi-sentada con abducción del muslo es la postura más comúnmente utilizada en la cultura occidental. En cuanto a la posición en cuclillas, existe evidencia radiológica de que el diámetro transversal de esta posición aumenta en 1 cm y el diámetro anteroposterior aumenta en 2 cm,

mientras que el área del espacio subpélvico aumenta en un 28% hasta la posición supina.

f) Partos instrumentales:

En comparación con la posición supina o la posición de litotomía, la posición vertical o lateral ayuda en menos partos.

g) Integridad del periné:

- Las posiciones verticales o laterales, comparadas con supina o litotomía, se asocian a tasas menores de episiotomías.
- Se asocian a un mayor número de desgarros de segundo grado.
- La posición sentada es un factor protector del trauma perineal y también proporciona un mayor confort y autonomía de la madre en el nacimiento.
- Con base en los diferentes resultados de comparar la posición del perineo utilizada en el análisis de regresión múltiple, parece que la posición lateral está más relacionada con el perineo completo. Esta postura permite ver claramente el perineo y las contracciones uterinas siguen siendo efectivas. Sobre las manos y las rodillas, de pie, arrodillado o medio acostado, son similares entre sí en términos de la integridad del perineo. Las mujeres en cuclillas, especialmente las primíparas, tuvieron los peores resultados, aunque los autores de este estudio advirtieron que la muestra es relativamente pequeña y que los resultados deben interpretarse con precaución.
- Para algunos autores sería la postura sobre manos y rodillas la menos necesitada de sutura.
- Los partos en el agua se asocian a una mayor integridad del periné y a una mayor movilidad y tendencia a utilizar posturas verticales.

h) Hemorragia materna (pérdida sanguínea mayor de 500 ml).

Existe controversia en este punto: por un lado, la posición vertical se asocia a más hemorragia posparto de más de 500 ml, aunque esto puede sobrestimar la cantidad de sangrado, debido a que la posición erguida ocurre con mayor severidad. Además, controlar el sangrado en las posiciones vertical y horizontal El grupo experimental

incluyó la postura en el sillón de parto, técnica que se asocia a una mayor pérdida de sangre, por lo que conviene aclarar si este riesgo existe en posición vertical en todos los pacientes. Por otro lado, Terry et al. En un estudio clínico no aleatorizado, observaron menos sangrado y edema vulvar en posición vertical.

i) Preferencia y satisfacción materna:

Las mujeres prefieren la postura vertical, especialmente si la han usado antes. Para las mujeres, si pueden elegir un puesto, aumentará el sentimiento de confianza, protección y empoderamiento, lo que ayudará a tener una experiencia más positiva.

j) Bienestar fetal:

En comparación con la posición supina o la litotomía, la posición vertical o lateral se asocia con menos patrones anormales de frecuencia cardíaca fetal. Este hecho puede explicarse evitando el síndrome de hipotensión supina (compresión de la vena cava). Si la madre está acostada de espaldas, la presión en la vena cava aumentará y provocará hipotensión. Esto conduce a una disminución de la perfusión placentaria y una disminución de la oxigenación fetal. (20)

2.2.2. Puerperio

La palabra puerperio se deriva del latín puer, niño y parus, que significa parto. Actualmente define el intervalo posparto, durante el cual los cambios anatómicos y fisiológicos maternos provocados por el embarazo vuelven al estado basal anterior al embarazo. Por tanto, su duración no es exacta, pero se considera que es de cuatro a seis semanas. Aunque no es tan complicado como el embarazo, hay muchos cambios obvios durante el puerperio, algunos de los cuales inquietan o preocupan a las nuevas madres. Cabe señalar que ocasionalmente ocurren complicaciones, algunas de las cuales se vuelven graves. Para muchas mujeres, el puerperio puede ser un período de extrema ansiedad. Algunas pacientes pueden sentirse impotentes después de dar a luz porque ahora la atención se centra en el bebé. (21) Este es un período de transformación gradual de la secuencia anatómica y funcional, y todos los cambios del embarazo se restauran gradualmente, esto se logra a través del proceso de degeneración y tiene como objetivo restaurar estos cambios al estado anterior al embarazo. Debemos enfatizar que solo las glándulas mamarias pueden desarrollarse mucho. Este período suele ser desde el final del posparto hasta los 45-60 días posparto. (27)

2.2.2.1. Etapas del puerperio

a) Puerperio Inmediato:

Incluye las primeras 24 horas y entra en juego el mecanismo hemostático uterino.

b) Puerperio Mediato o Propiamente Dicho:

Abarca del 2º día al 10º día actuando sobre los mecanismos involutivos y se da el inicio de la lactancia.

c) Puerperio Alejado:

Dura aproximadamente 45 días después del parto y la recuperación menstrual es completa.

d) Puerperio Tardío:

Puede durar hasta 6 meses después del parto y se acompaña de una lactancia materna activa y prolongada. (22).

2.2.3. Parto humanizado

2.2.3.1. Humanización

El concepto de humanización es muy complicado, proviene de las ciencias sociales y se refiere directamente a un fenómeno en el que una persona adquiere ciertas características que se consideran humanas, pero no disponibles previamente. Es importante señalar que el término humanización se refiere a un proceso que tiene lugar dentro de un período de tiempo específico, y su propósito es transformar al sujeto u objeto en cuestión en algo más parecido a lo que los humanos suelen entender. En el proceso de humanización se han producido una serie de cambios cuantitativos y cualitativos. Principalmente la aparición del lenguaje. Con más sabiduría, esta persona ya puede hablar y comunicarse. Por tanto, un avance importante en la humanización es el lenguaje. (23, 24)

2.2.3.2. Humanización de los servicios de salud

La paradoja es que la esencia de los "servicios médicos humanizados" son precisamente las personas, y el origen de las instituciones médicas es la necesidad de alguien que atienda a los pacientes. Sin embargo, la creciente modernización de

los servicios de salud, la prioridad de la eficiencia y el control de los gastos médicos han permitido al personal de salud superponer el trabajo administrativo, financiero y procedimental a la provisión de servicios verdaderamente orientados a las personas. En términos de la naturaleza de los servicios médicos, la humanización debe convertirse en la tarea principal de las instituciones médicas. Los administradores deben prestar atención a la atención centrada en el usuario para asegurar su fidelidad y asegurar su permanencia como clientes de servicio.

En definitiva, se parte de la decisión de la alta dirección de humanizar el servicio de salud, convertirlo en una política institucional que trascienda la mera filosofía y plasmarla en un plan institucional que asigne los recursos y el tiempo necesarios. El plan no puede ser corto-término, porque sólo acciones que se mantengan en el tiempo pueden producir cambio cultural, ese es básicamente el propósito del plan de humanización del servicio de salud, por lo que el método debe ser integral y su alcance debe permear todos los procesos organizacionales. Es fundamental que la humanización sea parte del modelo de atención para que todos los involucrados en el proceso de atención al paciente puedan utilizarlo como referencia en momentos críticos. (25)

La PRIMERA CLAVE es la seguridad del paciente, si no siempre se puede garantizar la seguridad de los pacientes, de sus familiares y del personal sanitario, no podemos hablar de servicios humanizados. Es por ello que la agencia debe desarrollar un plan de seguridad que incluya la gestión sistemática y responsable de los riesgos, desde la identificación, clasificación, priorización y gestión de riesgos, hasta la generación de barreras de seguridad para reducir su impacto, y el seguimiento y gestión de riesgos. El riesgo de las decisiones de la alta dirección.

La SEGUNDA CLAVE es la mejora continua de los procesos, especialmente los relacionados con la atención al usuario, que siempre deben estar orientados a las necesidades de los pacientes y su satisfacción, lo que significa el desarrollo de talentos. Debe buscarse un proceso seguro y rentable.

Si no existe una política, estrategia o plan de manejo del dolor, es imposible humanizar los servicios de salud como TERCERA CLAVE. Independientemente del tipo de atención o servicios que necesite el paciente, los casos que requieren una intervención para el dolor agudo deben ser detectados e interdisciplinarios de manera oportuna. Necesidad de optimizar los recursos humanos y técnicos existentes para buscar una experiencia curativa y humanizada.

La CUARTA CLAVE es la calidez en el cuidado, que se entiende como transmitir la verdadera calidez humana a los pacientes y sus familias, generar empatía, tener una actitud diligente y optimista, y crear un ambiente cálido y agradable. Quizás es en este punto que la labor de organización de talentos se ha convertido en una prioridad en el proceso de selección, formación, formación y generación de cultura.

La QUINTA CLAVE es la comunicación segura. Cuando se establece la confianza y se establecen canales de comunicación efectivos, se puede escuchar las necesidades, sentimientos, deseos y opiniones de los pacientes, y permitir que la información requerida se entregue de manera clara y entusiasta.

La SEXTA CLAVE es la información que se proporciona a los pacientes y sus familiares, que debe ser clara, completa y suficiente para que puedan tomar las decisiones más adecuadas para su gestión y asistencia sanitaria. El consentimiento informado es una conducta médica que informa a los pacientes de opciones alternativas de tratamiento para sus enfermedades y sus posibles consecuencias, es una parte básica de la relación médico-paciente, así como una obligación legal y moral.

Finalmente, como SÉPTIMA CLAVE, la fidelización del paciente, que incluye asegurar que los usuarios que reciben los servicios se conviertan en clientes habituales, para lograr relaciones estables y duraderas. Las estrategias de fidelización en sí mismas son estrategias humanas, porque además de hacer sentir bien al paciente, también buscan hacerlo partícipe de los servicios médicos que recibe. (25)

2.2.3.3. Concepto parto humanizado

El proceso de atención personalizada del parto proporciona uno de los tres componentes de la atención al parto: atención al parto con acompañantes, atención al parto con analgesia y atención al parto en posición vertical. Es la paciente, no el equipo de salud, quien controla el proceso, requiere actitudes de respeto y cuidado, calidad y atención cálida para estimular la presencia de socios importantes (apoyo emocional-emocional) para la mujer en trabajo de parto. En definitiva, el paciente debe ser el centro de atención, los servicios prestados deben responder a sus necesidades y expectativas. (26)

2.2.3.4. Parto con acompañante

El acompañamiento del parto es un proceso mediante el cual la gestante toma una decisión libre y voluntaria, y la persona que ella elige se convierte en acompañante para el parto, parto y puerperio, con el propósito de apoyar a la gestante. De acuerdo

con las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, las mujeres ya fortalecen los lazos familiares. (26)

Se permite la entrada a una acompañante elegida por la mujer en el parto, que puede ser su pareja, madre, suegra, comadrona u otros familiares. Si no está acompañado por un ser querido, pueden participar miembros de las redes sociales que apoyan a las mujeres embarazadas, y siempre se debe obtener el consentimiento de la mujer embarazada. (27)

La acompañante desempeñará un papel importante en el sentido de control de la mujer durante el parto. El seguimiento del parto por parte de los miembros de la familia durante el parto contribuye a su salud física y mental. El apoyo continuo durante el parto también ayuda a aumentar la autoestima materna. El compañerismo de marido y mujer hace que las mujeres se sientan más relajadas, tengan mejor autocontrol y tengan una mejor comprensión y colaboración de los signos de respiración, empuje, etc. dados por el médico u obstetra. Los profesionales deben considerar la importancia del compañerismo durante el embarazo, el parto y después del parto, fomentar y continuar el compañerismo durante el cuidado de los niños e integrarlo en nuestra práctica diaria. Como parte del proceso, debemos trabajar duro para proporcionarlos y apoyarlos. (27)

2.2.3.4.1. Rol del acompañante durante el parto

- Respetar las reglas sanitarias y medidas de higiene para evitar infecciones.
- Alentar a la gestante y darle masajes.
- Participar activamente durante el pujo.
- Verificar el sexo del recién nacido.
- Participar durante el contacto precoz.
- Acompañar a la puérpera durante dos horas después del parto.
- Apoyar en el masaje uterino siguiendo las indicaciones del personal de salud.

2.2.4. Percepción

La percepción puede considerarse como la capacidad de los organismos para obtener información sobre su entorno a partir del impacto de los estímulos en el sistema sensorial, lo que les permite interactuar plenamente con el entorno. El resultado de la percepción (información sobre el entorno) es muy diferente al resultado inicial. Es por ello que, como muchos otros aspectos denominados "cognición", la percepción puede

entenderse como procesamiento de la información, una serie de operaciones que convierten los elementos de entrada y la luz en otro elemento de "salida" de información diferente sobre el entorno. Esta forma de entender la percepción propicia que en las últimas décadas este tema haya sido estudiada desde una perspectiva multidisciplinar, entre las que destacan las investigaciones más clásicas en psicología, psicofísica y fisiología, así como en ciencias computacionales y neurociencias. Generalmente hablando. Según ideas anteriores, la característica de este método es tratar la percepción como un cálculo basado en una red neuronal compleja, en lo que respecta a los humanos. (28)

2.2.4.1. Fases de la percepción

En el caso de la percepción visual, suelen diferenciarse una serie de fases o estadios:

- a) Visión temprana:** un conjunto de procesos mediante los cuales el sistema visual crea una representación inicial de características sensoriales básicas, como el color, el movimiento, la profundidad y la disposición espacial de los objetos (su orientación, tamaño y distancia del observador, aspectos básicos de la obtención de información formal, por tanto, la identidad del objeto).

- b) Organización perceptiva:** en esta etapa, el sistema visual ejerce una serie de mecanismos, a través de los cuales se da cuenta de la constancia perceptiva de diferentes elementos de información obtenidos después de la etapa visual temprana y regula la organización de cada elemento de información en su conjunto. Estos elementos con el fin de conectarlos con los diferentes objetos y superficies que componen la imagen visual.

- c) Reconocimiento:** como resultado de todos estos procesos, obtenemos información sobre la identidad, significado y función de los diferentes elementos que nos rodean. Generalmente se cree que el reconocimiento perceptivo se basa en establecer un cierto tipo de correspondencia entre la información visual obtenida en cada momento y el conocimiento visual almacenado a largo plazo de las cosas.

Por lo general, el resultado final de toda esta serie de procesos es la conciencia de las diferentes características y aspectos de los diversos objetos y entidades que nos rodean. Sin embargo, en algunos casos, el resultado del procesamiento de la información visual se produce de forma inconsciente, es decir, el observador piensa que no ha detectado ni experimentado un determinado aspecto de su entorno

visual. De hecho, la mayoría de los procesos visuales (excepto el reconocimiento, que es esencialmente "consciente") ocurren fuera de la conciencia personal. (28)

2.2.4.2. Características de la percepción:

- Subjetivo, porque la respuesta a un mismo estímulo varía de una persona a otra. Ante los estímulos visuales se producirán diferentes reacciones. En publicidad, es importante comprender la respuesta a un mismo estímulo para poder determinar el posible uso de un determinado producto, de manera de adaptar la comunicación a la ventaja buscada.
- La condición de percepción selectiva es el resultado de la naturaleza subjetiva de la persona, que no puede percibir todo al mismo tiempo y elige su campo perceptivo según lo que quiere percibir.
- Esto es temporal porque es un fenómeno a corto plazo. La forma en que los individuos realizan el proceso de percepción se desarrolla con el enriquecimiento de la experiencia o cambios en sus necesidades y motivaciones. (29)

2.2.4.3. Componentes de la percepción:

Aunque los estímulos sensoriales pueden ser los mismos, para todos, todos percibirán cosas diferentes:

a) Las sensaciones:

Son respuestas directas e inmediatas a la estimulación sensorial. Este concepto de percepción asume la relación entre tres elementos: estímulo, órganos sensoriales y relaciones sensoriales. La sensación no solo se recibe a través de cinco sentidos (vista, oído, olfato, gusto y tacto), estos funcionan de forma automática y natural, sino que también dependen de la cantidad de estímulo y sus diferencias. Por ejemplo, cuando se trata de diferencias, nos referimos a la incapacidad de distinguir objetos negros en una habitación oscura.

Por otro lado, la sensibilidad se define por el umbral de percepción, es decir, ¿a qué intensidad de estimulación comenzamos a percibir algo? En este sentido, se pueden distinguir dos umbrales, uno es un umbral absoluto y el otro es un umbral relativo.

b) Los inputs internos:

No todos los factores que afectan la percepción provienen del mundo externo en el que vive el individuo. Además de estos, existen otros orígenes internos, entre los que se pueden destacar los siguientes puntos: necesidad, motivación, experiencia. (27)

2.2.4.4. Proceso de percepción:

La percepción es un proceso que se realiza en tres fases: selección, organización e interpretación.

a) Selección:

La percepción selectiva significa que el sujeto percibe la información con la que entra en contacto de acuerdo con su actitud, interés, valores y necesidades. Este es el motivo de la publicidad: intenta aportar utilidad, al menos lo obvio, al menos la información que procesa. Además, busca la novedad de la información, al menos los estímulos visuales, y donde sea posible intenta reforzar las actitudes previas, en lugar de intentar modificarlas.

El proceso de selección de los estímulos puede ser influido por: Naturaleza del estímulo: tamaño, color, luz, forma, movimiento, intensidad, detalle, contraste, emplazamiento y los aspectos internos del individuo: expectativas, motivaciones.

b) La organización:

Una vez seleccionado el estímulo, la gente los clasificará rápidamente y les dará diferentes significados según sus métodos de clasificación, para así obtener diferentes resultados.

c) La interpretación:

Es la última fase del proceso perceptual, que trata de dar contenido a los estímulos previamente seleccionados y organizados. (30)

2.2.5. Trato profesional:

Esta es una forma de comunicarse o establecer contacto con mujeres embarazadas. Quienes operan los centros de atención y las autoridades interesadas en lograr este objetivo esperan la prestación de servicios de atención médica de alta calidad. La atención médica se basa en la relación médico-paciente y las buenas prácticas dependen en gran medida de la calidad de la relación de ayuda que se pueda lograr.

Las relaciones interpersonales pueden ser de diferente tipo, algunas son superficiales, otras son más complejas, como la relación que debe darse entre un médico y un paciente, en la que el médico debe brindar ayuda con su capacidad profesional. Conviértete en el pilar de la satisfacción médica de forma humana y sensible.

En el establecimiento de una comunicación profesional con la madre para lograr una comunicación efectiva es importante considerar las siguientes características: edad, género, nivel educativo, nivel socioeconómico y religión. Después de entenderlos, podemos definir cómo abordarlos y qué términos se utilizan para lograr una comunicación adecuada mientras se ejercitan habilidades y destrezas, como sonreír, explicar los gestos del paciente, satisfacer sus necesidades, voluntad de diálogo, autoconfianza y confianza, proporcionar una sensación de seguridad y brindar apoyo emocional, etc.

Además, intervinieron dos personas con distintas personalidades, niveles culturales y estados emocionales. Uno pide ayuda, el otro ofrece ayuda. Esta comunicación se realiza a través de medios lingüísticos y extralingüísticos. El éxito de esta relación depende de la capacidad del médico para lidiar con la situación subordinada del paciente a través del respeto, el cuidado y el trato afectivo, así como de su capacidad para cuidar y cumplir los objetivos básicos del paciente: saber lo que tiene, hacer sus necesidades y curarse él mismo.

En 2012 se promulgó la Ley de Derechos y Obligaciones de las Personas, que abarca las acciones relacionadas con la salud. El espíritu de la ley es brindar atención de calidad respetando los derechos básicos de las personas. (31)

2.3. Hipótesis

2.3.1. Hipótesis alterna

Las puérperas atendidas en el Centro de Salud Pachacútec tienen una percepción satisfactoria respecto a la atención recibida durante enero a setiembre del 2020.

2.3.2. Hipótesis nula

Las puérperas atendidas en el Centro de Salud Pachacútec tienen una percepción insatisfactoria respecto a la atención recibida durante enero a setiembre del 2020.

2.4. Variables

Variable principal:

Percepción de las puérperas atendidas sobre parto humanizado.

Variables secundarias:

- Características sociodemográficas.
- Características obstétricas.

2.5. Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO	DIMENSIÓN	INDICADOR	CRITERIO DE DIMENSIÓN	ESCALA DE MEDICIÓN
Percepción sobre parto humanizado de las puérperas atendidas en el centro de salud Pachacutec.	Manifestación subjetiva de la puérpera atendida frente a la atención recibida en el centro de salud Pachacutec.	PRINCIPAL	Respuesta rápida	Insatisfacción severa	Cuestionario modificado tipo SERVPERF Puntaje del 1 al 6	Ordinal
				Insatisfacción moderada		
				Insatisfacción leve		
				Satisfacción		
				Satisfacción moderada		
				Satisfacción amplia		
			Empatía	Insatisfacción severa		
				Insatisfacción moderada		
				Insatisfacción leve		
				Satisfacción		
				Satisfacción moderada		
				Satisfacción amplia		
			Seguridad	Insatisfacción severa		
				Insatisfacción moderada		
				Insatisfacción leve		
				Satisfacción		
				Satisfacción moderada		
				Satisfacción amplia		
			Confianza	Insatisfacción severa		
				Insatisfacción moderada		
Insatisfacción leve						
Satisfacción						

				Satisfacción moderada		
				Satisfacción amplia		
			Tangibles	Insatisfacción severa		
				Insatisfacción moderada		
				Insatisfacción leve		
				Satisfacción		
				Satisfacción moderada		
				Satisfacción amplia		
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	Características de la puérpera atendidas, utilizando la técnica de recolección de datos de la encuesta.	SECUNDARIAS	Edad	<ul style="list-style-type: none"> - Puérpera adolescente - Puérpera joven - Puérpera adulta - Puérpera añosa 	<ul style="list-style-type: none"> - 13 a 19 años - 20 a 24 años - 25 a 34 años - > a 35 años 	Intervalo
			Grado de instrucción	<ul style="list-style-type: none"> - Sin instrucción - Primaria incompleta - Primaria completa - Secundaria incompleta - Secundaria completa - Superior incompleta - Superior completa 		Ordinal
			Ocupación	<ul style="list-style-type: none"> - Ama de casa - Trabajadora dependiente - Trabajadora independiente - Estudiantes - Otros 		Nominal
			Estado civil	<ul style="list-style-type: none"> - Soltera - Conviviente - Casada - Divorciada - Viuda 		Nominal
			Zona de residencia	<ul style="list-style-type: none"> - Urbano - rural 		Nominal
			Religión	<ul style="list-style-type: none"> - Católico - No católico 		Nominal

CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS	Características obstétricas de la puérpera atendida, utilizando la técnica de recolección de datos la encuesta.	SECUNDARIAS	Historia clínica (antecedentes obstétricos)	k) Primípara l) Secundípara m) Multípara	Según paridad	Ordinal
------------------------------------	---	--------------------	---	---	---------------	---------

CAPITULO III

DISEÑO METODOLÓGICO

3.1. Diseño y tipo de estudio:

3.1.1. Diseño

El diseño de la investigación es de corte transversal no experimental porque la recolección de datos se llevó a cabo en el momento dado.

3.1.2. Tipo

El tipo de investigación fue, de carácter descriptivo, cuantitativo y prospectivo

Descriptivo, porque describió las características principales de la unidad de estudio.

Cuantitativo, ya que se centra en el control y clasificación de características y en la construcción de cifras para explicar lo observado.

Prospectivo, los datos se recogen a medida que se presentan.

3.2. Área de estudio y población

3.2.1. Área de estudio:

El presente trabajo se realizó en el Centro de Salud Pachacútec, está ubicado en el distrito, provincia y departamento de Cajamarca.

Cajamarca es uno de los veinticuatro departamentos. Está ubicado al noroeste del país, limitando al norte con Ecuador, al este con Amazonas, al sur con La Libertad y al oeste con Lambayeque y Piura. Cuenta con 1 341 012 habitantes.

Además, cuenta con centros de salud tanto públicos y privados. La principal entidad pública de salud que está presente en la ciudad es el Hospital Regional Docente de Cajamarca, el cual está a cargo del Ministerio de Salud siendo el principal de la región y el de más alta resolución (Nivel III-1), seguido del hospital de Apoyo Materno Infantil

Simón Bolívar (Nivel II-1) y el hospital EsSalud de Cajamarca (Nivel II-2), este último regentado por el Seguro Social del Perú.

El Centro de Salud de Pachacútec, se ubica en la Av. Perú N° 900, viene funcionando desde 1977 como puesto de salud y en 1997 como Centro de Salud. Su clasificación actual es “Centro de Salud con camas de Internamiento”, categoría I-4 y pertenece a la Microred Pachacutec, Red Cajamarca, DISA Cajamarca. Tiene 13 comunidades a su cargo como San Vicente, La Esperanza, Quiritimayo, El Estanco, Delta, Agua Tapada, San Vicente Alto, El Milpo, Cumbe Mayo, Huayllapampa, Manantiales, Ashupata, Ventanillas y sectores urbanos. Tiene 6 unidades prestadoras de servicios de salud como emergencia, hospitalización, consultorios externos, apoyo al diagnóstico, nutrición y farmacia. (24)

3.2.2. Población

La población en estudio estuvo conformada por las puérperas atendidas en el Centro de Salud Pachacútec, durante los meses de mayo - julio del 2020.

3.3. Muestra y muestreo

3.3.1. Muestra

El tamaño de la muestra se calculó con la siguiente fórmula.

$$n = \frac{N \times Z_{\alpha}^2 \times p \times q}{(N - 1) \times e^2 + Z_{\alpha}^2 \times p \times q}$$

- N: Población
- Parámetro Estadístico que depende del
- Z: Nivel de Confianza
- p: Probabilidad de ocurrencia
- q: Probabilidad de no ocurrencia
- Error de estimación
- e: máximo aceptado ²

N= 309
 Z= 1.96
 p= 0.51
 q= 0.49
 e= 0.05 5%

$$n = \frac{309 \times (1.96)^2 \times 0.51 \times 0.49}{(309 - 1) \times 0.05^2 + (1.96)^2 \times 0.51 \times 0.49}$$

n= 171.46947
 n= 171

Tamaño muestral ajustado por pérdidas: $n(1/1-R)$

n: número de mujeres sin pérdidas

R: proporción esperada de pérdidas (10%=0.1)

Entonces si en el presente estudio se obtuvo un 10 % de pérdidas, el tamaño muestral necesario sería = $171(1/1-0.1) = 190$

3.3.2. Muestreo

Se utilizó el muestreo no probabilístico intencional, ya que los elementos del estudio de la muestra se encuentran de manera intencional.

3.4. Unidad de análisis

Cada una de las pacientes que acuden al centro de salud Pachacútec para atenderse su parto.

3.5. Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión:

- Puérperas atendidas en el centro de salud Pachacútec, que aceptaron participar en el estudio.
- Puérpera atendida por parto vaginal en el servicio de centro obstétrico del centro de salud Pachacútec.
- Puérpera con recién nacido vivo que fue atendida en el servicio de centro Obstétrico.
- Puérpera sin alteraciones del habla y comprensión.

Criterios de exclusión:

- Puérpera inmediata que no es atendida en el servicio de centro obstétrico.
- Puérpera con complicaciones severas que fue transferida a otro establecimiento de salud de mayor complejidad.

- Puérpera con problemas médicos que le impidan responder la entrevista correspondiente al estudio de investigación

3.6. Técnica de recolección

Para este proyecto de investigación se utilizan como técnica: entrevistas estructuradas por tratarse de una indagación formal de preguntas predeterminadas, esta entrevista se realiza sobre la base de un formulario elaborado.

Primera fase, se presentó una solicitud al jefe de la Microred del Centro de Salud Pachacútec.

La segunda fase, se obtuvo el sistema de datos de los meses de mayo – julio, teniendo como referencia las historias clínicas.

La tercera fase se realiza una llamada telefónica a cada puérpera para hacer la encuesta.

Por último, se procesó los datos en el programa spss 0.25 para una posterior revisión e interpretación de resultados.

3.7. Descripción del instrumento

Con el objetivo de obtener una información precisa y segura, el cuestionario aplicado estuvo estructurado de la siguiente forma:

- Datos demográficos (edad, grado de instrucción, estado civil, ocupación, zona de residencia y religión).
- Datos obstétricos.
- Cuestionario SERVPERF.

Para recolectar los datos se aplicó el cuestionario SERVPERF, para evaluar la calidad percibida de los servicios de salud. El nivel de satisfacción de los usuarios se realizó considerando la valoración que se empleó en el instrumento SERVPERF aplicado a las usuarias, el cual contó con 22 preguntas elaboradas específicamente para el presente estudio y que fueron contestadas bajo los siguientes parámetros:

- Satisfacción amplia (6)
- Satisfacción moderada (5)
- Satisfacción (4)
- Insatisfacción leve (3)
- Insatisfacción moderada (2)
- Insatisfacción severa (1)

A través de análisis previos en estudios de calidad de atención se determinaron 5 dimensiones de la calidad, en las cuales las preguntas de nuestro cuestionario estuvieron divididas de la siguiente manera:

- **Respuesta rápida:** Es la disposición y voluntad para ayudar a los usuarios y proveerlos de un servicio rápido. Son las preguntas del 1 al 3.
- **Empatía:** Atención individualizada que ofrecen los proveedores a sus consumidores. Agrupa otras sub-dimensiones antes utilizadas como accesibilidad, comunicación y comprensión del usuario. Conforman las preguntas de la 4 a la 6.
- **Seguridad:** Son los conocimientos y atención mostrados por los empleados (en este caso profesionales de la salud), y el nivel de habilidades para inspirar credibilidad y confianza. Son las preguntas de la 7 a la 14.
- **Confianza:** Es la habilidad para realizar el servicio prometido de forma fiable y cuidadosa. Son las preguntas de la 15 a la 19.
- **Elementos tangibles:** apariencia de las instalaciones físicas, equipos, personal y materiales de comunicación. Son las preguntas de la 20 a la 22.

3.8. Confiabilidad

SERVPERF (service performance) es un instrumento que sirve para la medición de la calidad de atención percibida; consta de un total de 22 ítems que hacen referencia a la percepción del usuario. Contiene cinco dimensiones, las mismas del SERVQUAL, que son: Tangibles, Confianza, Seguridad, Empatía y Respuesta rápida. Además de presentar una alta confiabilidad ($\alpha > 0.9$).

Cronin y Taylor, quienes elaboraron el modelo SERVPERF, realizaron estudios y llegaron a la conclusión que el modelo SERVQUAL de Calidad de Servicio, de Zeithaml, Parasuraman y Berry es el más adecuado para evaluar la Calidad del Servicio.

La escala SERVPERF se fundamenta únicamente en las percepciones, eliminando las expectativas y reduciendo entonces a la mitad las preguntas planteadas. Además, a favor del SERVPERF está su alto grado de fiabilidad (coeficiente alfa de Cronbach de 0,9098; alfa estandarizada de 0, 9238) y el hecho de gozar de una mayor validez predictiva que la del modelo de la escala basada en diferencias, es decir, el SERVQUAL.

3.9. Procesamiento y análisis de datos

El procesamiento electrónico de la información se realizó a través del programa IBM SPSSV.20 y Microsoft Excel para Windows para generar una base de datos. El instrumento que se utilizó recoge la información sobre las características sociodemográficas de las puérperas, así como la edad, estado civil, ocupación, así mismo las características obstétricas.

Para la interpretación y análisis se procedió de la siguiente manera:

- a) Fase descriptiva:** En esta fase se describieron los resultados logrados y se contrastó con antecedentes y teorías con el propósito de determinar los objetivos formulados.
- b) Fase analítica:** En esta fase se utilizó el Coeficiente de alfa de Cronbach de 0,9098; alfa estandarizada de 0, 9238

3.10. Control de calidad de datos

La calidad de los datos dependió fundamentalmente de las funciones de las herramientas utilizadas para la recolección, para lo cual se realizó el análisis de validez y confiabilidad mediante la encuesta SERVPERF.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN, ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

4.1. Resultados de las características de las puérperas sobre la percepción del parto humanizado.

Tabla 1. Características sociodemográficas.

Edad	N°	%
De 13 a 19 años	39	20,5
De 20 a 24 años	62	32,6
De 25 a 34 años	65	34,2
De > a 35 años	24	12,6
Total	190	100
Grado de Instrucción		
Sin Instrucción	1	0,5
Primaria Incompleta	11	5,8
Primaria Completa	8	4,2
Secundaria Incompleta	27	14,2
Secundaria Completa	65	34,2
Superior Incompleta	34	17,9
Superior Completo	44	23,2
Total	190	100
Estado Civil		
Soltera	34	17,9
Conviviente	132	69,5
Casada	24	12,6
Total	190	100
Ocupación		
Ama de casa	173	91,1
Trabajadora dependiente	16	8,4
Estudiante	1	0,5
Total	190	100
Zona de Residencia		
Urbana	141	74,2
Rural	49	25,8
Total	190	100
Religión		
Católico	166	87,4
No católico	24	12,6
Total	190	100

Fuente: Cuestionario aplicado.

De la entrevista a 190 madres del Centro de Salud Pachacútec en Cajamarca encontró que el 34,2% de las encuestadas tenía entre 25 y 34 años, mientras que el 32,6% de las puérperas tenía entre 20 y 24 años, y el 20,5% de las encuestadas tenía

entre 13 y 19 años, y finalmente encontró que el 12,6% representa al grupo de mayores de 35 años.

Ayala (2015) encontró datos similares en su trabajo de tesis de pregrado, enfatizando que el rango de edad más común es de 25 a 29 años, representando el 29,7%; en segundo lugar, encontró que los pacientes entre 20-24 años representaron el 23,6%. El porcentaje más bajo representó el 9,3% de los pacientes de 35 años o más, mientras que el 12,6% se encontró en nuestra encuesta. (25)

Espinosa y Cols. (2016), en su estudio tiene como resultado el 73% de los competidores se encontraban en el rango de edad de 18-35 años, 17% más grandes de 36 años y un 10% jóvenes; el 83% se autoidentificaron como mestizas. (27)

Por su parte, Balcázar (2017) encontró que el 36,7% de las madres inmediatas pertenecían al grupo de edad de 20 a 24 años; el 55,0% vivían juntas; el 30,0% tenía estudios secundarios completos; el 45,0% eran amas de casa; y el 60,0% eran primogénitos. Estos datos son muy consistentes en esta encuesta, el 69,5% de las mujeres encuestadas eran convivientes. (26)

En cuanto al nivel educativo, el 34,2% de 190 puérperas han completado la educación secundaria, el 23,2% de las mujeres han completado la educación superior, seguida de la secundaria sin terminar, que representa el 14,2%. Como se muestra en la Tabla 1. Sin duda, un mayor grado de orientación les permitirá tener una comprensión más objetiva y clara del parto humanizado. Cuanto mayor sea el nivel de orientación, mejor podrá comprender los mensajes enviados por los usuarios, las personas y los profesionales de la salud. Por tanto, estarán más dedicadas a su embarazo, realizadas por el personal de trabajo y salud del Centro de Salud Pachacútec 2020.

En cuanto al estado civil, el 69,5% dijeron que eran convivientes, el 17,9% eran madres solteras y solo el 12,6% de las madres son casadas.

Entre las mujeres embarazadas encuestadas en la Tabla 1, el 91,1% se dedica a las tareas del hogar (amas de casa). En el mismo contexto, el 8,4% del trabajo lo hacen ellas mismas (trabajadoras independientes) y solo el 0,5% son estudiantes.

En cuanto a la superficie habitable, el 74,2% dijo vivir en áreas urbanas y el 25,8% dijo vivir en áreas rurales. Además en su religión, el 87,4% de las personas mencionó que son católicos, y solo el 12,6% mencionó que no son católicos, pero creen en otras religiones.

Tabla 2. Características obstétricas

Paridad	N°	%
Primípara	82	43,2
Secundípara	64	33,7
Múltipara	44	23,2
Total	190	100
Atención del parto		
Médico	00	0
Obstetra	190	100
Total	190	100

Fuente: Cuestionario aplicado.

En cuanto al parto, el 43,2% de las puérperas manifestó que eran primíparas, el 33,7% dijo que era la segunda vez para ser madre y el 23,2% de los encuestados dijo que eran múltiparas. En cuanto a la pregunta de quién lo atendió el parto, el 100% de las entrevistadas dijo que fueron atendidas por un obstetra.

En el caso de la paridad, Balcázar (2017) encontró que el 46,3% fueron el primer embarazo, mientras que el 23,6% y el 20,4% fueron el segundo y tercer embarazo, respectivamente.

Ayala (2015) también encontró que el 60,0% de las madres son primíparas. Estos resultados son consistentes con los encontrados en esta encuesta. (29).

Espinosa y Cols. (2016), sus datos fueron el 78% de las pacientes como múltiparas, 39% como gran múltiparas y únicamente se evidenció un 7% de pacientes primíparas. (27)

En la presente investigación se determinó que las atenciones del parto de todas las puérperas entrevistadas fueron realizadas por profesionales obstetras al 100%.

4.2. Percepción de las puérperas sobre el parto humanizado atendidas en el centro de salud Pachacútec 2020.

Tabla 3. Percepción de las puérperas sobre el parto humanizado en la dimensión respuesta rápida en el centro de salud Pachacútec 2020.

Respuesta Rápida	Indicadores	N°	%
Rapidez en la atención	insatisfacción severa	1	0,5
	insatisfacción moderada	5	2,6
	insatisfacción leve	0	0
	satisfacción	67	35,3
	satisfacción moderada	88	46,3
	satisfacción amplia	29	15,3
	Total	190	100,0
Ayuda rápida y oportuna	insatisfacción severa	3	1,6
	insatisfacción moderada	0	0
	insatisfacción leve	1	,5
	satisfacción	46	24,2
	satisfacción moderada	85	44,7
	satisfacción amplia	55	28,9
	Total	190	100,0
Rapidez en el traslado	insatisfacción severa	1	,5
	insatisfacción moderada	1	,5
	insatisfacción leve	2	1,1
	satisfacción	50	26,3
	satisfacción moderada	93	48,9
	satisfacción amplia	43	22,6
	Total	190	100,0
Promedio	insatisfacción severa	2	1
	insatisfacción moderada	2	1
	insatisfacción leve	1	1
	satisfacción	54	29
	satisfacción moderada	89	47
	satisfacción amplia	42	22
	Total	190	100

Fuente: Cuestionario aplicado

En la presente tabla se muestra la Percepción de las puérperas sobre el parto humanizado en la dimensión respuesta rápida. Los resultados señalan una satisfacción moderada con un 47% como promedio. El ítem con mayor aprobación fue “Rapidez en el traslado” indicando satisfacción moderada en 48,9%; le sigue el ítem “Rapidez en la atención” considerando satisfacción moderada un 46,3%, y finalmente el ítem “ayuda rápida y oportuna” es percibida también como satisfecha moderada en el 44,7%.

Los datos obtenidos en la investigación coinciden parcialmente con los resultados de Ayala (2015) el cual difiere de nuestra investigación determinando que la dimensión menos valorada es respuesta rápida. (35). Por lo tanto, se puede afirmar que la percepción sobre el parto humanizado en el centro de salud Pachacútec es positivo, ya que el 29% y 47% de puérperas mostraron satisfacción y satisfacción moderada.

En cuanto a la dimensión de respuesta rápida del parto humanizado, se define como la eficiencia y eficacia del cuidado de la madre ante cualquier duda o solicitud, pues la madre expresa preocupación inmediata desde el momento en que ingresa al centro de salud. Lo más importante para los empleados es el cuidado y la atención adecuados, en lugar de hacer esas preguntas, ¿tiene seguro? U otros problemas que retrasan la atención al paciente, la tasa de satisfacción promedio es del 47%.

Por otro lado, en el ítem “Ayuda rápida y oportuna” la mediana de la tasa de satisfacción también es del 44,7%, lo que indica que los obstetras están dispuestos a buscar ayuda o asesoramiento de los pacientes para proteger su integridad y bienestar cada momento que permanecen en el centro de salud.

En tanto sobre el ítem “Rapidez en el traslado” las puérperas percibieron que el índice de satisfacción fue moderado, 48,9%, lo que indica que el obstetra no retrasó la derivación cuando la paciente llegó al centro de salud, y también que el personal de salud conocía bien su trabajo.

Podemos concluir que, en términos de respuesta rápida, la visión materna es satisfacción moderada (47%), y hay evidencia de que el personal obstétrico del centro de salud de Pachacútec desempeña sus funciones en el marco de las funciones que debe realizar y participar para cubrir las necesidades de solvencia de todos los pacientes, especialmente en el parto y posparto.

Tabla 4. Percepción de las puérperas sobre el parto humanizado en la dimensión empatía. Centro de salud Pachacútec. 2020.

Empatía	Indicadores	N°	%
Trato del personal	insatisfacción severa	0	0
	insatisfacción moderada	2	1,1
	insatisfacción leve	1	0,5
	satisfacción	64	33,7
	satisfacción moderada	78	41,1
	satisfacción amplia	45	23,7
	Total	190	100,0
Grito o maltrato del personal	insatisfacción severa	4	2,1
	insatisfacción moderada	2	1,1
	insatisfacción leve	3	1,6
	satisfacción	69	36,3
	satisfacción moderada	74	38,9
	satisfacción amplia	38	20,0
	Total	190	100,0
Personal de salud indiferente	insatisfacción severa	5	2,6
	insatisfacción moderada	0	0
	insatisfacción leve	6	3,2
	satisfacción	58	30,5
	satisfacción moderada	91	47,9
	satisfacción amplia	30	15,8
	Total	190	100,0
Promedio	insatisfacción severa	3	2
	insatisfacción moderada	1	1
	insatisfacción leve	3	2
	satisfacción	64	34
	satisfacción moderada	81	43
	satisfacción amplia	38	20
	Total	190	100

Fuente: Cuestionario aplicado

La tabla anterior muestra la percepción de las puérperas sobre el parto humanizado en la dimensión empatía que fue percibida como satisfacción moderada en un 43% como promedio. El ítem "Trato del personal" fue considerado como satisfacción moderada con un 38,9%, en el ítem "Grito o maltrato del personal" solo un 1,1% mostraron insatisfacción moderada con el trato recibido, un amplio porcentaje (47,9) manifestaron satisfacción moderada con el trato del profesional de salud.

En cuanto a la dimensión, empatía, Ayala (2015) en su investigación, concuerda con los resultados encontrados en el trabajo de investigación actual, y reportó los siguientes ítems: 52% de las madres estaban "insatisfechas"; entre los gritos o abusos

de los empleados, la proporción de "satisfechos" fue la más alta con 52,1 %; Más de la mitad de los empleados indiferentes dijeron estar "satisfechos" (54%). (31).

La dimensión empatía Se define como la atención personalizada que brindan los profesionales de la salud a la paciente, en este caso a la parturienta, lo que significa ponerse en la posición de la paciente durante el parto y satisfacer plenamente sus necesidades.

El índice de satisfacción de las mujeres con "trato personal" con el parto fue del 41,1%, lo que demuestra que el personal de salud trató a las mujeres con mucha amabilidad y mostró paciencia y profesionalismo durante el proceso del parto. Lo que contrasta Silvestri Silvia, Noemí (2016) en su estudio que el trato profesional se observa una percepción constantemente conveniente en la presentación del profesional con 76.97%, lo cual dice que la puérpera se encuentra satisfecha con el trato del personal. (13)

Además Espinosa y Cols. (2016) manifiesta la percepción universal de la calidad de atención ha sido en un 87% catalogada como exitosa por parte del profesional de salud. (30)

En relación con el ítem "Empatía". Vela (2015) concluyó en su trabajo de investigación que en la dimensión de tratamiento profesional, los pacientes piensan que siempre se comunican con los profesionales (82.0%) y siempre explican en qué consiste el trabajo (81, 0%), Ella siempre está reconocida por su nombre (59%), siempre se explica el procedimiento a realizar (80%), siempre se respeta su privacidad (78%), siempre pide permiso antes de revisarla (83%) y entiende al profesional sus opiniones de amabilidad (73%), estos resultados también son consistentes de manera positiva. Con los resultados mostrados en esta encuesta, la mayoría de las respuestas son satisfechas y moderadamente satisfechas (11).

Ramírez (2019) califica el grado de satisfacción elevado, con un 75,8%; sin embargo, la calidad enmarcada en las magnitudes de confiabilidad, sensibilidad, estabilidad y empatía han dado como consecuencia 74%, 61%, 66%, 58% respectivamente.

Mientras que en el ítem "gritos o maltratos", solo el 1,1% de las personas expresaron un serio descontento con el lenguaje utilizado por el personal de salud, y una gran proporción de mujeres que dieron a luz creían que el lenguaje apropiado y correcto es 38,9% de satisfacción moderada; 36,3 % de satisfacción, además, esto demuestra que el personal de salud que realiza el estudio es tolerante, paciente y atiende las preocupaciones de las mujeres en el parto.

Por otro lado, en el ítem “Personal de salud indiferente” los resultados mostraron que la tasa de satisfacción para el primer lugar fue del 47,9% y la tasa de satisfacción para el segundo lugar fue del 30,5%. Esto demuestra que al personal no le es indiferente el dolor, las quejas, la consulta y el buen cuidado de la parturienta durante el parto, la primípara debe enseñarse a través del masaje de cintura y el control de la respiración.

Estos resultados nos muestran la buena atención brindada por el Centro de Salud Pachacútec, pues la mayoría de los resultados muestran satisfacción y satisfacción moderada, lo que a su vez muestra que hay buen trato en las condiciones físicas y emocionales. Además se mostró tolerancia y paciencia por el personal de salud.

Tabla 5. Percepción de las puérperas sobre el parto humanizado en la dimensión seguridad. Centro de salud Pachacútec. 2020.

Seguridad	Indicadores	N°	%
Atención a cargo del médico u obstetra	insatisfacción severa	0	0
	insatisfacción moderada	1	,5
	insatisfacción leve	2	1,1
	satisfacción	50	26,3
	satisfacción moderada	106	55,8
	satisfacción amplia	31	16,3
	Total	190	100,0
Se la dejó sola largos periodos de tiempo	insatisfacción severa	3	1,6
	insatisfacción moderada	1	,5
	insatisfacción leve	2	1,1
	satisfacción	66	34,7
	satisfacción moderada	100	52,6
	satisfacción amplia	18	9,5
	Total	190	100,0
Interés de la persona	insatisfacción severa	0	0
	insatisfacción moderada	0	0
	insatisfacción leve	1	,5
	satisfacción	75	39,5
	satisfacción moderada	97	51,1
	satisfacción amplia	17	8,9
	Total	190	100,0
Interés de solucionar problemas	insatisfacción severa	0	0
	insatisfacción moderada	1	,5
	insatisfacción leve	8	4,2
	satisfacción	83	43,7
	satisfacción moderada	87	45,8
	satisfacción amplia	11	5,8
	Total	190	100,0
Permiso antes de procedimientos	insatisfacción severa	6	3,2
	insatisfacción moderada	6	3,2
	insatisfacción leve	80	42,6
	satisfacción	81	42,1
	satisfacción moderada	14	7,4
	satisfacción amplia	3	1,6
	Total	190	100,0
Acompañamiento de esposo o familiar	insatisfacción severa	53	27,9
	insatisfacción moderada	39	20,5
	insatisfacción leve	42	22,1
	satisfacción	46	24,2
	satisfacción moderada	10	5,3
	satisfacción amplia	0	0
	Total	190	100,0
Elección de la posición para dar a luz	insatisfacción severa	2	1,1
	insatisfacción moderada	7	3,7
	insatisfacción leve	45	23,7
	satisfacción	92	48,4
	satisfacción moderada	41	21,6
	satisfacción amplia	3	1,6
	Total	190	100,0
Retornaría al centro	insatisfacción severa	1	,5
	insatisfacción moderada	4	2,1
	insatisfacción leve	5	2,6
	satisfacción	99	52,1
	satisfacción moderada	71	37,4
	satisfacción amplia	10	5,3
	Total	190	100,0
Promedio	insatisfacción severa	8	4
	insatisfacción moderada	7	4
	insatisfacción leve	23	12
	satisfacción	74	39
	satisfacción moderada	66	35
	satisfacción amplia	12	6
	Total	190	100

Fuente: Cuestionario aplicado

La tabla anterior muestra la percepción de las puérperas sobre el parto humanizado en la dimensión de seguridad, con una tasa de satisfacción promedio del 39%. El porcentaje más alto estuvo en el ítem "Atención a cargo del médico u obstetra" en un 55,8% se mostró moderadamente satisfecho; el 52,6% de los encuestados se mostraron satisfechas moderadamente con el ítem "se la dejó sola largos periodos de tiempo"; en cuanto al "interés de la persona", también mostró una tasa de satisfacción moderada de 51,1%. Asimismo, el "interés en la resolución de problemas" mostró una tasa de satisfacción moderada de 45,8%, en el ítem de "permiso antes de procedimientos" las mujeres manifestaron leve insatisfacción en un 42,6%; en el "compañerismo de la pareja o familiar", el 27,9% de los encuestados expresó una insatisfacción severa; El 48,4% de las madres expresaron satisfacción con el ítem "Elección de la posición para dar a Luz", finalmente expresaron satisfacción con el ítem de "Retornaría al centro de salud" 52,1%.

Con relación a los ítems de la dimensión "seguridad": el 50% de los ítems mostraron satisfacción moderada como son; "atención a cargo del médico u obstetra", "se la dejó sola durante largos períodos", "Interés del personal" e "Interés de solucionar problemas" mientras que el otro 50% de ítems mostraron solo satisfacción como son; "Permiso antes de procedimiento", "Acompañamiento de esposo o familiar", "Elección de la posición para dar a luz" y "Retornaría al centro".

En lo que respecta a la dimensión "Seguridad" en el estudio realizado por Ayala (2015) encontró resultados similares en algunos ítems, mientras que otros ítems son diferentes a los resultados de la investigación actual. Los resultados son los siguientes: 61% de los usuarios están satisfechos con la atención de los médicos u obstetras; 54,3% de las puérperas mostró moderada satisfacción; 40,6% de las puérperas están satisfechas con respecto a permiso antes de los procedimientos; 44,7% de las usuarias están moderadamente satisfechas con la compañía de su pareja o familiar durante el parto; 54,3% de las personas clasifican la elección de la posición de parto como satisfacción levemente insatisfactoria. El interés del personal de salud en resolver los problemas que surgen, lo califican como satisfecho y moderadamente satisfecho. (31).

En el caso de Vela (2015), son en parte diferentes en la dimensión de "seguridad". La autora encontró los siguientes resultados: la elección del lugar del parto, las mujeres dijeron que nunca les habían explicado que podían elegir el lugar del parto, para su parto (75%), nunca se les ha enseñado la posición de parto (79%), y nunca han explicado que pueden caminar durante el parto (75%). En cuanto al compañerismo,

al 73% de las personas se les explicó la decisión de tener un acompañante en el parto y el 58% siempre creyó que un acompañante debería ayudarles a relajarse. (11).

Abarca (2018), según la dimensión “elección para dar a luz” tiene como resultado el siguiente: 64% indicó que no han tenido posibilidad para escoger la postura cómoda para su parto. Al final, el desempeño del dolor en cuanto al trabajo de parto y parto propiamente hablado fue insatisfactorio en su integridad. Se concluye, por consiguiente, que la satisfacción de parto tuvo un promedio de 51%. (31)

Silvestri (2016), referente a la dimensión de “permiso antes de procedimientos” se encontró lo siguiente: 97.21% respeto de la intimidad, 94.41% afabilidad; sobre el acompañante en el parto el 62.50% manifestaron su quiero de estar con un acompañante en todo instante a lo largo del parto o la cesárea y el 57,54% percibieron que los expertos no les explicaron que tienen la posibilidad de dictaminar tener un acompañante a lo largo del parto o cesárea; sobre la postura del parto al 75.21% no se les describió que podían escoger la postura de parto; el 63.11% percibieron que no se les describió que podían deambular libremente a lo largo del trabajo parto y al 59.50% no se le permitió modificar de postura. (13)

En resumen, el 42,6% de ítems como “permiso previo al procedimiento” indicaron leve insatisfacción, “esposo o familiar” señalaron una insatisfacción grave, representando el 27,9%, y “elegir posición para dar a luz” también indicó una ligera insatisfacción, representando el 23,7%; son los únicos elementos que presentan aspectos negativos dentro de la dimensión de seguridad. Se debe tomar en cuenta que estos resultados se obtuvieron porque se estaba atravesando una crisis de pandemia por Covid -19, en el cual, se tuvo medidas de prevención por parte del gobierno; donde una de las cuales fueron el distanciamiento social, protectores de seguridad y para toda la población fue difícil poder aprender a vivir en esta situación. Es por ello que el personal de salud no pudo atender de manera satisfactoria los partos, para poder proteger a muchas familias que se contagien por Covid - 19.

Tabla 6. Percepción de las puérperas sobre el parto humanizado en la dimensión Confianza. Centro de Salud Pachacútec. 2020.

Confianza	Indicadores	N°	%
Comunicación con el médico u obstetra	insatisfacción severa	2	1,1
	insatisfacción moderada	1	,5
	insatisfacción leve	5	2,6
	satisfacción	118	62,1
	satisfacción moderada	58	30,5
	satisfacción amplia	6	3,2
	Total	190	100,0
Poder comer o tomar algo	insatisfacción severa	7	3,7
	insatisfacción moderada	6	3,2
	insatisfacción leve	17	8,9
	satisfacción	119	62,6
	satisfacción moderada	39	20,5
	satisfacción amplia	2	1,1
	Total	190	100,0
Permitir acariciar a su bebé apenas nace	insatisfacción severa	41	21,6
	insatisfacción moderada	40	21,1
	insatisfacción leve	25	13,2
	satisfacción	46	24,2
	satisfacción moderada	30	15,8
	satisfacción amplia	8	4,2
	Total	190	100,0
Privacidad	insatisfacción severa	0	0
	insatisfacción moderada	6	3,2
	insatisfacción leve	57	30,0
	satisfacción	89	46,8
	satisfacción moderada	34	17,9
	satisfacción amplia	4	2,1
	Total	190	100,0
Recomendaría al centro	insatisfacción severa	2	1,1
	insatisfacción moderada	1	,5
	insatisfacción leve	4	2,1
	satisfacción	107	56,3
	satisfacción moderada	69	36,3
	satisfacción amplia	7	3,7
	Total	190	100,0
Promedio	insatisfacción severa	10	5
	insatisfacción moderada	11	6
	insatisfacción leve	22	11
	satisfacción	96	50
	satisfacción moderada	46	24
	satisfacción amplia	5	3
	Total	190	100

Fuente: Cuestionario aplicado

En la tabla anterior se muestra que la percepción que tuvieron las puérperas sobre el parto humanizado en la dimensión confianza es satisfacción con un promedio 50%. En el ítem "Comunicación con el médico u obstetra", el índice de satisfacción de las gestantes encuestadas fue del 62,1%; en el aspecto de "puede comer y beber" el índice de satisfacción fue del 62,6%; pues "el bebé puede ser acariciado nacimiento", el 55,9% de los encuestados expresaron insatisfacción que va de leve a grave, y el 24,2% de los encuestados expresó satisfacción; por otro lado, en el ítem "privacidad", el 46,8% de las puérperas se mostró satisfecha con el grado de privacidad proporcionado, y finalmente ante la pregunta "¿Recomendaría este centro de salud?", El 56,3% de los encuestados respondió estar satisfecho. Lo que lleva a concluir que recomendarían al establecimiento de salud para una eventual atención de parto por el profesional obstetra, considerando que el total de mujeres encuestadas fueron atendidas por este profesional de salud.

En cuanto a la dimensión de la confianza, se define como la capacidad de los obstetras para completar su trabajo y servicios de manera eficiente y oportuna antes, durante y después del parto.

Si comparamos este estudio con el realizado por Ayala (2015), el estudio es consistente con el ítem "Comunicación con el médico u obstetra", el 65,8% de los pacientes piensa que es una satisfacción moderada. En el ítem "Capaz de comer o beber", el 57,5% de las personas pensaba que estaba satisfecho. Además, en el proyecto de "privacidad" durante la operación, el 68,4% de las personas se consideró satisfecha, lo cual también coincidió con la investigación realizada en el Centro de Salud de Pachacútec. También en la "recomendación" el 78,6% de las personas se mostraron satisfechas. Con el proyecto y también estuvo de acuerdo con Ayala. Sin embargo, en términos de "permitir que el bebé lo toque inmediatamente después del nacimiento", el 48,2% de las personas se mostró satisfecho, lo que es diferente a los resultados de esta encuesta. (31).

Vela (2015) en la dimensión de tratamiento profesional, dice que los pacientes piensan que siempre se comunican con los profesionales (82,0%), siempre explican qué es el trabajo de parto (81,0%), siempre utilizan nombres para identificar (59%), y los procedimientos a realizar siempre consiguen explicar (80%) que siempre se respeta su privacidad (78%), siempre pide permiso antes de revisarla (83%), y siempre puede sentir la buena voluntad de los profesionales. Por lo tanto se sienten satisfechas las puérperas. (73%). (11).

Silvestri (2016), en su investigación tiene resultado sobre el ítem “acariciar a su bebé apenas nace” como el contacto piel a piel del recién nacido con su mamá el 70.79%, lo cual muestran una satisfacción moderada. (13)

El aspecto más significativo de esta dimensión es que podemos observar el ítem "Permitir que los bebés sean acariciados inmediatamente después del nacimiento". Si bien la tasa de satisfacción materna es del 24,2%, el segundo lugar lo ocupa la insatisfacción severa con un 21,6% y la insatisfacción moderada fue del 21,1%, lo que puede deberse a que el personal de salud no cumplió plenamente su labor y no comprendió las necesidades del bebé al nacer, lo que hizo que la paciente se sintiera incómoda e insegura tras el parto.

Tabla 7. Percepción de las puérperas sobre el parto humanizado en la dimensión elementos tangibles. Centro de salud Pachacútec. 2020.

Elementos tangibles	Indicadores	N°	%
Ambientes limpios y cómodos	insatisfacción severa	0	0
	insatisfacción moderada	0	0
	insatisfacción leve	3	1,6
	satisfacción	109	57,4
	satisfacción moderada	69	36,3
	satisfacción amplia	9	4,7
	Total	190	100,0
Confort	insatisfacción severa	0	0
	insatisfacción moderada	1	,5
	insatisfacción leve	2	1,1
	satisfacción	115	60,5
	satisfacción moderada	61	32,1
	satisfacción amplia	11	5,8
	Total	190	100,0
Equipos disponibles	insatisfacción severa	0	0
	insatisfacción moderada	0	0
	insatisfacción leve	2	1,1
	satisfacción	105	55,3
	satisfacción moderada	66	34,7
	satisfacción amplia	17	8,9
	Total	190	100,0
Promedio	insatisfacción severa	0	0
	insatisfacción moderada	0	0
	insatisfacción leve	2	1
	satisfacción	110	58
	satisfacción moderada	65	34
	satisfacción amplia	12	6
	Total	190	100

Fuente: Cuestionario aplicado

La tabla anterior muestra la percepción de sobre del parto humanizado, con base en las dimensiones de elementos tangibles, mostrando una satisfacción promedio general del 58%. En cuanto a “ambiente limpio y confortable”, la tasa de satisfacción de las gestantes fue de 57,4%; en cuanto a “comodidad”, las encuestadas también expresaron satisfacción, que fue de 60,5%; finalmente, en el ítem “equipamiento disponible”, 55,3% La madre expresó su satisfacción.

La investigación realizada por Ayala (2015) en un estudio similar y encontró que en el ítem “ambiente limpio”, la tasa de satisfacción de la mayoría de los encuestados fue

del 76,4%. La tasa de satisfacción del ítem "comodidad" fue del 59,1% y la tasa de satisfacción general fue del 20,1%. Además, cuando se les preguntó sobre "equipos disponibles", la tasa de satisfacción más alta fue del 75,1%. Por lo tanto, es cierto que en esta encuesta, en los tres ítems de la dimensión elemento tangible, la mayoría de las madres mostró un nivel satisfactorio (tabla 7), lo cual coincide con lo encontrado con Ayala. (31).

Balcázar (2017) en su investigación percepción de los elementos tangibles de la puérpera entrevistada directamente, observó que era consistente con el ítem "comodidad", encontró que: la puérpera entrevistada mostró un 55.0% de satisfacción, mientras que en nuestra investigación se determina que la tasa de satisfacción es del 60,5%. Sin embargo, debido a que Balcázar determinó que 58.3% estaban levemente insatisfechos durante la evaluación, hubo diferencia en el ítem de "ambiente limpio y confortable", y también se encontraron diferencias en el ítem de "equipos disponibles", y el resultado fue 40.0% de leve insatisfacción No satisfecho. En nuestro estudio se determinó que las madres mostraron satisfacción y satisfacción moderada, según (tabla 7). (30).

El ítem "Ambiente limpio" se refiere a un lugar sanitario, organizado y bien mantenido, que básicamente se refiere al lugar donde se cuida o se atiende a la madre. Esto es importante porque puede prevenir enfermedades de la madre y del recién nacido lo que puede ser inmediato, poner en peligro la salud de ambas partes o dejar secuelas para el futuro.

El término "comodidad" se define como un conjunto de materiales cómodos y saludables que se brindan a los pacientes en el centro de salud de Pachacútec, ya sea antes, durante o después del parto, también se refiere a sentirse tan confiado como en casa.

La mención de "equipamiento disponible" significa que el centro de salud cuenta con todo el equipamiento y material que se utiliza para atender a la mujer y recién nacido en trabajo de parto, lo más básico, porque las pacientes se sentirán seguras ante cualquier inconveniente o emergencia.

En definitiva, en esta dimensión, no solo es necesario contar con personal bien formado y tolerante. Además, también es importante contar con suficiente ambiente y materiales disponibles, de manera que las madres no sientan miedo e inseguridad

durante el parto, ansiedad, tensión y otras emociones. La maternidad puede afectar su salud física y mental.

Tabla 8. Percepción de las puérperas sobre el parto humanizado durante su atención de parto en promedio general. Centro de salud Pachacútec. 2020.

	Indicadores	N°	%
Promedio Global	insatisfacción severa	5	2
	insatisfacción moderada	4	2
	insatisfacción leve	10	5
	satisfacción	79	42
	satisfacción moderada	69	37
	satisfacción amplia	22	12
	Total	190	100

Fuente: Cuestionario aplicado

Finalmente, realizamos un promedio general basado en las opiniones de las mujeres encuestadas sobre el parto humanizado durante el parto. La mayoría de los encuestados estaban satisfechos, lo que representa el 42% de los 190 encuestados; el 37% de las puérperas manifestó una satisfacción moderada; 12% representa la satisfacción general y el 5% final, una leve insatisfacción.

Los resultados obtenidos difieren de los encontrados por Balcázar (2017), donde encontró una percepción de insatisfacción leve en un 53,3%; diferente a lo que se muestra en la presente investigación en la tabla 8. El 41,7% lo consideró satisfacción; el 3,3% refiere satisfacción moderada. (36). En el caso de Ayala (2015) coincide con nuestra investigación, ya que encontró un nivel de investigación de 93,3% y difiere con una insatisfacción leve, 6,7% ya que en nuestra investigación no se encontró un alto porcentaje de insatisfacción. (31).

En resumen, de acuerdo con la investigación realizada, la mayoría de las mujeres que acudieron al Centro de Salud de Pachacútec mostraron niveles satisfacción y satisfacción moderada, dentro del rango porcentual calificado; esto muestra que los obstetras están atendiendo a las gestantes, parturientas y puérperas, lo han hecho satisfactoriamente, teniendo en cuenta las necesidades de las pacientes, tolerando el dolor del parto de la mujer y las medidas de bioseguridad tanto para la madre y la familia que lo acompañaba, porque se estaba atravesando una pandemia mortal por Covid – 19. Según el análisis de diversas dimensiones de 190 pacientes encuestados, cada ítem muestra la satisfacción de las madres.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES

Al término del presente estudio de investigación, se tiene las siguientes conclusiones:

Este estudio evaluó las opiniones de las mujeres que asisten al Centro de Salud Pachacútec sobre el parto humanizado y encontró que las pacientes estaban satisfechas y moderadamente satisfechas con el parto humanizado en el centro de salud.

La edad materna atendida en el centro de salud es de 25 a 34 años (mujeres adultas), que representan el 34,2%, seguida de 20-24 años (mujeres jóvenes), que representan el 32,6%, con un nivel de educación secundaria completa 34,2%, convivientes 69.5%, ocupación de ama de casa 91.1%, área urbana como área habitable 74.2%; 87.4% de religión católica. Además, el 43,2% de las madres son primíparas, la mayoría de las cuales son atendidas por obstetras.

Las madres participantes mostraron satisfacción moderada en la dimensión de respuesta rápida, con un promedio de 47% y empatía del 43%; mientras que en el ítem de seguridad con 39%, 50% de confianza y 58% de elementos tangibles, mostraron cierto grado de satisfacción.

Respecto a la percepción global del parto humanizado en el Centro de Salud Pachacútec, de la encuesta realizada a las 190 pacientes, el 42% de ellas tiene una percepción de satisfacción, debido a una crisis que estaba atravesando el Perú por Covid-19; donde se ve que el personal de salud también tuvo las medidas de prevención para proteger a la madre y la familia de esta enfermedad mortal.

Se acepta la hipótesis, determinando que las puérperas perciben el parto humanizado en el centro de salud Pachacútec durante el parto como “satisfactoria”.

RECOMENDACIONES

Para el personal del Centro de Salud Pachacútec:

- Continuar realizando mejoras continuas antes, durante y después del parto para incrementar el nivel de satisfacción, pues el nivel promedio global de satisfacción es del 42%. Además, se recomienda mejorar en la dimensión seguridad donde hay niveles altos de seguridad.
- Seguir con el fomento de la humanización en la atención del parto, más específicamente al momento de la elección de la posición para dar a luz, difusión de mayor información en cuanto a los permisos antes de procedimientos y permitir el acompañamiento del esposo o familiar donde se encuentran la mayor insatisfacción.
- Reciba más capacitación en el cuidado de las mujeres embarazadas, las mujeres en el parto y las mujeres en el puerperio para que puedan lograr el 100% o una satisfacción amplia en todas las dimensiones de la investigación.

Para el Centro de Salud Pachacútec:

- Gestionar mayores dotaciones presupuestarias para mejorar las dimensiones de los elementos tangibles, de modo que el centro de salud tenga siempre un ambiente limpio y confortable, cómodo y equipado con todos los equipos y materiales disponibles durante el parto.
- La formación continua para todo el personal que labora en el Centro de Salud de Pachacútec involucra las 5 dimensiones de investigación que se realizan en esta encuesta.
- Continuar manteniendo un ambiente especialmente provisto para las mujeres para que las pacientes se sientan más cómodas, confiadas y seguras, esto debe hacerse en los centros de salud de las zonas urbanas y rurales.

Para la Universidad Nacional de Cajamarca:

- Debe poner un tópico para dar charlas acerca del parto humanizado, donde la unecina ira conociendo sus derechos y finalmente puedan tener una bonita experiencia durante su parto.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

1. Ramírez M.V. Calidad de atención y satisfacción del parto humanizado en puérperas del Centro de Salud Sechura, Piura 2019. Tesis. Piura; 2019. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12692/42654>
2. UNICEF. Parto Humanizado - Ley nacional N° 25.929. Argentina. [En internet] 2004 [Fecha de acceso 06/05/2017]. Disponible en: https://www.unicef.org/argentina/spanish/ley_de_parto_humanizado.pdf.
3. Congreso de la Republica. Dictamen Comisión de Salud y Población. Periodo anual de sesiones 2014 – 2015. [En internet]. 2015 [Fecha de acceso: 06/05/2017]. Disponible en: https://www.SALUD_1158-2011.CR-Txt.Fav.Unanimidad.Pdf.
4. Congreso de la República. Proyecto de Dictamen Comisión de Salud y Población. Periodo Anual de Sesiones. [En internet]. 2015. [Fecha de acceso: 06/05/2017] Disponible en: https://leyes.congreso.gob.pe/Documentos/2016_2021/Dictamenes/Proyectos_de_Ley/06553DC21MAY20210409.pdf
5. Peñalva Humpire O. Satisfacción de las usuarias con la atención del parto horizontal en el Hospital Carlos Monge Medrano y parto vertical en el Centro de salud Santa Adriana Juliaca 2015. Tesis Postgrado. Universidad Andina “Néstor Cáceres Velásquez” Perú 2015.
6. Diario Correo. Parto humanizado en Maternidad: tú decides quién te acompaña y en qué posición dar a luz. [En internet] 2015 [Fecha de acceso: 06/05/2017]. Disponible en: <https://diariocorreo.pe/peru/parto-humanizado-en-maternidad-tu-decides-quien-te-acompana-y-en-que-posicion-dar-a-luz-609944/>
7. Ministerio de Salud. XI Encuentro nacional de experiencias en mejoramiento continuo de la calidad de salud Lima-2015. [En internet] 2015 [Fecha de Acceso: 06/05/2017]. Disponible en: <https://web.ins.gob.pe/es/acerca-del-ins/encuentro-nacional-de-mejoramiento-continuo-minsa>
8. Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las personas Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Norma Técnica para la Atención del Parto Vertical con Adecuación Intercultural. 2005. Pág. 13-14 [Fecha de acceso: 06/05/2017]
9. Vela Coral G. Percepción de la paciente sobre la atención del parto humanizado en el Servicio de Centro Obstétrico del Instituto Nacional Materno

- Perinatal durante el periodo marzo-abril de 2015. Tesis. [En internet] 2015. Disponible en: https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/4278/Vela_cg.pdf?sequence=1&isAllowed=y
10. Silvestri Silva, N. Análisis de la percepción de las puérperas sobre la atención del parto humanizado en el Hospital Materno Infantil Comodoro Meisner durante el período de noviembre - diciembre de 2016. Tesis. Argentina; 2016. Disponible en: <http://hdl.handle.net/2133/10191>
 11. Romero, M. y Cols. las posturas de la mujer de parto en fase de expulsivo: revisión de la evidencia científica y recomendaciones. medicina naturista, [2015]; vol. 8 - n. ° 1: 23-30. i.s.s.n.: 1576-3080
 12. Williams. puerperio. access medicina. obstetricia. 24° ed. españa.mc graw. Hill. 2015. Pág. 335-336
 13. Pérez m. definición de humanización. [En internet] 2019 [consultado el 20/05/2017]. Disponible en: <https://definicion.mx/humanizacion/> .
 14. Aldeco e. humanización de los servicios de salud. Asmet salud. . [En internet] 2019 2015. [consultado el 20/05/2017]. Disponible en: <https://www.asmet salud.org.co/news/show/title/humanizacion-de-los-servicios-de-salud>
 15. implementación de la atención del parto humanizado en el instituto nacional materno perinatal. sector público. instituto nacional materno perinatal. [En internet] 2015. [consultado el 20/05/2017]. Disponible en: <https://www.inmp.gob.pe/noticia/inmp-postula-a-concurso-de-calidad-con-proyecto-de-mejora>
 16. instituto materno perinatal. parto con acompañante. 2015. (consultado 20 de junio). disponible en: <http://www.inmp.gob.pe/servicios/parto-con-acompanante/1435760445>.
 17. Muñoz M. Competencias Profesionales De La Matrona En La Atención En El Parto Normal. Murcia. [En internet] 2015. [consultado el 20/05/2017]. Disponible en: <http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/283444/TMNMR.pdf>.
 18. Ayala Gutiérrez Gina A. Calidad de la atención del parto según percepción de las usuarias en el servicio de centro obstétrico en el Instituto Nacional Materno Perinatal. Enero-febrero 2015. Tesis. Lima; 2015. Disponible en: https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/4059/Ayala_gg.pdf?sequence=1&isAllowed=y

19. Oliveira M. y Cols. Parto humanizado bajo la óptica de puérperas atendidas en una maternidad pública. Tesis. Brasil; 2017. Disponible en: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v11i11a231202p4625-4630-2017>
20. Espinosa Chavarrea, T., & Odoñez Ceval, A. Evaluación de la calidad de atención del parto vaginal según la percepción de las pacientes atendidas en el Hospital Enrique Garcés. Tesis. Ecuador; 2016. Disponible en: <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/13893/EVALUACION%20DE%20LA%20CALIDAD%20DE%20ATENCIÓN%20DEL%20PARTO%20VAGINAL%20HEG%202016.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
21. Sánchez Tuapante, M. Satisfacción de la atención del parto en maternas de la etnia shuar atendidas en el Hospital General Macas, enero-junio 2017. Tesis. Ecuador; 2017. Disponible en: <http://186.5.103.99/bitstream/reducacue/7496/1/9BT2017-MTI31.pdf>
22. Abarca D.E. Nivel de satisfacción en parto humanizado según la percepción de usuarias atendidas en el servicio de centro obstétrico del hospital nacional Hipólito Unanue. enero – febrero del 2018. Tesis. Lima; 2018. Disponible en: file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/UNFV_Abarca_Delgado_Elisabeth_Abigail_Titulo_Profesional_2018%20.pdf
23. Zegarra C.R. Percepciones y expectativas en puérperas sobre parto humanizado en el Servicio de Obstetricia del Hospital Referencial - Ferreñafe, Lambayeque -Perú 2018. Tesis. Chiclayo; 2019. Universidad César Vallejo Escuela de Posgrado; 2019.
24. Balcázar, S. Percepción de las puérperas inmediatas sobre la calidad de atención del parto. Hospital General de Cajabamba. 2017. Tesis. Cajamarca; 2020. Disponible en: <https://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/UNC/1445/tesis%20obstetricia%202.pdf?sequence=4&isAllowed=y>
25. PSICODE. Percepción. [En internet] 2015. [consultado el 20/05/2017]. Disponible en: <http://psicocode.com/resumenes/7HISTORIA.pdf>. (citado 20 de junio)
26. Neisser R. La Percepción. [En internet] 2016. [consultado el 21/05/2017]. Disponible en: <http://www.um.es/docencia/pguardio/documentos/percepcion.pdf>. (citado 20 de junio).
27. Tudela, p. percepción, atención y memoria. [En internet] 2016. [consultado el 21/05/2017]. Disponible en: <http://www4.ujaen.es/~mrgarcia/tema1pam.pdf>

28. Mazzetti P. y Cols. Norma Técnica para la Atención del Parto Vertical con Adecuación Intercultural. MINSA. 2015. [En internet] 2015. [consultado el 21/05/2017]. Disponible en: <http://www.unfpa.org.pe/publicaciones/publicacionesperu/minsa-norma-tecnica-atencion-parto-vertical.pdf>
29. Aldeco e. Humanización de los Servicios de Salud. Asmet Salud. [En internet] 2015. [consultado el 21/05/2017]. Disponible en: <https://www.asmet salud.org.co/news/show/title/humanizacion-de-los-servicios-de-salud>.
30. Bembibre, C. Humanización. [En internet] 2016. [consultado el 21/05/2017]. Disponible en: <https://www.definicionabc.com/social/humanizacion.php>
31. Romero, M. y Cols. Las Posturas de la Mujer de Parto en fase de expulsivo: Revisión de la evidencia científica y recomendaciones. Medicina naturista. 2015; vol. 8 - n. ° 1: 23-30. i.s.s.n.: 1576-3080

ANEXOS

“AÑO DE LA UNIVERSALIZACIÓN DE LA SALUD”

SOLICITO PERMISO PARA REALIZAR TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Dr. Carlos Velásquez Culque

Jefe de la MICRORED del centro de salud Pachacútec

Lic. Franco Mercado Julca

Jefe del Centro de Salud de Pachacútec

Yo, **Katherin Lisseth Paredes Montenegro**, con DNI N° 72910637, bachiller en obstetricia de la Universidad Nacional de Cajamarca. Ante ustedes con el debido respeto me presento y digo:

Que, habiendo culminado la carrera profesional de obstetricia, solicito permiso para realizar el trabajo de investigación en su institución que lleva como título: **“Percepción obre parto humanizado de las puérperas atendidas en el Centro de salud Pachacútec”** para optar el título profesional de obstetra y contaré con la asesoría de la Obsta. Silvia Alfaro Revilla.

Por lo expuesto:

Ruego a ustedes tengan a bien acceder a mi solicitud

PAREDES MONTENEGRO, KATHERIN LISSETH

DNI: 72910637

ANEXO N° 02

**CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DE CONFIDENCIALIDAD
UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

Yo.....

Acepto participar voluntariamente en la investigación titulada: “PERCEPCIÓN SOBRE PARTO HUMANIZADO DE LAS PUÉRPERAS ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD PACHACÚTEC. 2020”, conducida por la investigadora.

He sido informada de que el objetivo de esta investigación es conocer el nivel de percepción sobre el parto humanizado que tienen las puérperas atendidas en el centro de salud Pachacútec. Me han indicado también que tendré que responder preguntas de la entrevista, lo cual tomará aproximadamente 20 minutos. He sido informada de los beneficios de esta investigación para mí, del carácter confidencial de las respuestas, puedo disipar mis dudas y recibir información sobre el mismo a través de la investigadora.

Comprendo que mi participación es voluntaria y que puedo retirarme cuando me parezca conveniente, sin que ello interfiera o tenga alguna consecuencia en mis cuidados médicos.

Voluntariamente presto mi conformidad para participar en esta investigación

FIRMA DEL PACIENTE
DNI:.....

ANEXO N°03

ENTREVISTA DIRIGIDA A LAS PUÉRPERAS ATENDIDAS EN CENTRO DE SALUD PACHACÚTEC

Instrucciones: La presente entrevista contiene diversas preguntas para conocer su opinión sobre el nivel de satisfacción recibida durante la atención de su trabajo de parto, en el centro obstétrico.

Pedir el favor a las puérperas para que puedan brindarnos información.

N° HC _____

Fecha: ____/____/____

I. DATOS GENERALES

1. EDAD: _____

2. GRADO DE INSTRUCCIÓN:

Sin instrucción

Primaria incompleta

Primaria completa

Secundaria incompleta

Secundaria completa

Superior incompleta

Superior completa

3. ESTADO CIVIL:

Soltera

Conviviente

Casada

Divorciada

Viuda

6. ZONA DE RESIDENCIA:

Urbano

Rural

7. RELIGION:

Católica

No católica

II. DATOS GINECOBTETRICOS

1. FORMULA OBSTETRICA: G_P_ _ _ _

2. PARIDAD:

Primípara

Secundípara

Múltipara

3. ATENCION DEL PARTO ACTUAL:

Médico

Obstetra

4. OCUPACION:

Ama de casa

Trabajadora dependiente

Trabajadora independiente

Estudiante

Otros

ENTREVISTA SERVPERF

N°	DIMENSIONES	ATRIBUTOS	1 INSATISFACCIÓN SEVERA	2 INSATISFACCIÓN MODERADA	3 INSATISFACCIÓN LEVE	4 SATISFACCIÓN	5 SATISFACCIÓN MODERADA	6 SATISFACCIÓN AMPLIA
1	RESPUESTA RÁPIDA	¿Fue usted atendida inmediatamente a su llegada al centro de salud Pachacutec?						
2		¿En momentos en los cuales necesitó ayuda del profesional de salud, la atención es rápida y oportuna?						
3		¿Fue trasladada rápidamente al centro obstétrico?						
4	EMPATÍA	¿El personal de centro obstétrico la trató con amabilidad, respeto y paciencia?						
5		¿Recibió algún grito o maltrato por el profesional de obstetricia?						
6		¿Fue el profesional de obstetricia indiferente al dolor que usted sentía?						
7	SEGURIDAD	¿Su atención estuvo a cargo del médico u obstetra de turno?						
8		¿Se le dejó sola durante largos periodos de tiempo?						
9		¿El profesional de obstetricia le mostró interés en su bienestar?						
10		¿El profesional de obstetricia de centro obstétrico le mostró interés para solucionar cualquier problema que se presentó durante el parto?						
11		¿Se le pidió permiso antes de realizar cualquier procedimiento o examen?						

12		¿Pudo acompañarla su pareja o familiar durante el momento del parto?						
13		¿Se le permitió escoger la posición para dar a luz?						
14		¿Volvería usted a dar a luz en el Centro de salud Pachacutec?						
15	CONFIANZA	¿El profesional de obstetricia que la atendió mantuvo suficiente comunicación con usted o con sus familiares para explicarles su situación en cada momento del parto?						
16		¿Pudo tomar o comer algo durante el trabajo de parto?						
17		¿Se le permitió acariciar a su bebe apenas nació?						
18		¿Se le brindo la adecuada privacidad durante los exámenes realizados?						
19		¿Recomendaría a algún familiar o amigo a que se atienda en este establecimiento?						
20	TANGIBLES	¿Los ambientes del centro obstétrico estuvieron limpios y cómodos?						
21		¿Se sentía cómoda en el ambiente que se encontraba durante el trabajo de parto?						
22		¿El profesional de obstetricia contó con equipos disponibles y materiales necesarios para su atención?						

