

UNIVERSIDAD NACIONAL DE TUMBES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE OBSTETRICIA



Percepción del trato humanizado en la atención del parto en
puérperas inmediatas del Centro de Salud Zarumilla; Tumbes 2024

INFORME DE TESIS

Para optar el título profesional de licenciada en obstetricia

Autora:

Br. Obst. Gonza Peña, Julitza Elizeth


Tumbes, 2025


UNIVERSIDAD NACIONAL DE TUMBES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE OBSTETRICIA




Percepción del trato humanizado en la atención del parto en
puérperas inmediatas del Centro de Salud Zarumilla; Tumbes 2024

Tesis aprobada en forma y estilo por:

Dra. Isabel Narva Roncal (Presidente) _____


Dra. Yovany Fernández Baca Moran (secretario) _____


Dr. Jhon Ypanaque Ancajima (Vocal) _____


Tumbes, 2025

UNIVERSIDAD NACIONAL DE TUMBES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE OBSTETRICIA



Percepción del trato humanizado en la atención del parto en
puérperas inmediatas del Centro de Salud Zarumilla; Tumbes 2024

Los suscritos declaramos que la tesis es original en su
contenido y forma:

Br Obst. Gonza Peña, Julitza Elizeth (Autora)

Dr. Ypanaque Ancajima, Jhon (Asesor)

Tumbes, 2025

ACTA DE SUSTENTACIÓN



UNIVERSIDAD NACIONAL DE TUMBES
Licenciada
Resolución del Consejo Directivo N° 155-2019-SUNEDU/CD
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
Tumbes – Perú

ACTA DE SUSTENTACION DE TESIS

En Tumbes, a los 12 días del mes de agosto del dos mil veinticinco, siendo las 9 horas, en la modalidad presencial: en el pabellón de Obstetricia se reunieron el jurado calificador de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Tumbes, designado RESOLUCIÓN DECANAL N° 050– 2025/ UNTUMBES – FCS Dra. Isabel Narva Roncal (presidenta) Dra. Yovany Fernandez Baca Moran (secretaria), Dr. Jhon Edwin Ypanaque Ancajima (Vocal). Reconociendo en la misma resolución, al Dr. Jhon Edwin Ypanaque Ancajima cómo(asesor), se procedió a evaluar, calificar y deliberar la sustentación de la tesis, titulada "**Percepción del trato humanizado en la atención del parto en puérperas inmediatas del Centro de Salud Zarumilla; Tumbes 2024**"^{""}, para optar el Título Profesional de Obstetricia, presentada por la bachiller:

Bach. GONZA PEÑA JULITZA ELIZETH

Concluida la sustentación y absueltas las preguntas, por parte de la sustentante y después de la deliberación, el jurado según el artículo N° 65 del Reglamento de Tesis para Pregrado y Posgrado de la Universidad Nacional de Tumbes, declara a la Bach. GONZA PEÑA, JULITZA ELIZETH **APROBADO** con calificativo **BUENO**

En consecuencia, queda **APTA** para continuar con los trámites correspondientes a la obtención del Título Profesional de Licenciada en Obstetricia, de conformidad con lo estipulado en la ley universitaria N° 30220, el Estatuto, Reglamento General, Reglamento General de Grados y Títulos y Reglamento de Tesis de la Universidad Nacional de Tumbes.

Siendo las 10 Horas 00 minutos del mismo día, se dio por concluida la ceremonia académica, en forma presencial, procediendo a firmar el acta en presencia del público asistente.

Tumbes, 12 de Agosto del 2025.

Dra. Isabel Narva Roncal
DNI N° 18840351
ORCID N° 0000-0002-3004-7446
(Presidenta)

Dra. Yovany Fernandez Baca Moran
DNI N° 00244601
ORCID N° 0000-0002-2689-7704
(secretaria)

Dr. Jhon Edwin Ypanaque Ancajima
DNI N° 42124867
ORCID N° 0000-0002-6050-7423
(Asesor – Vocal)

cc.
Jurado (03)
Asesor
Interesado
Archivo (Decanato)
MPMO/Decano



Julitza Gonza Peña

TESIS PERCEPCION DEL TRATO HUMANIZADO JU

Percepción del trato humanizado en la atención del parto en puerperas inmediatas del Centro de Salud Zaramilla; Tumbes 2024

Detalles del documento

Identificador de la entrega
trncid=2117-496648124

Fecha de entrega
11 sept 2025, 11:06 GMT-6

Fecha de descarga
11 sept 2025, 11:23 GMT-6

Nombre del archivo
TESIS PERCEPCION DEL TRATO HUMANIZADO JU.pdf

Tamaño del archivo
1.6 MB

64 páginas

11.997 palabras

61.664 caracteres

12% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

Filtrado desde el informe

- Texto mencionado

Fuentes principales

- 11% Fuentes de Internet
- 6% Publicaciones
- 9% Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad




N.º de alertas de integridad para revisión

Los algoritmos de nuestra tecnología analizan los textos en profundidad y se basan en coincidencias que permiten distinguir de una manera normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarse.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y lo revise.

Dr. José Carlos Yaneses Rodríguez
(R. N.º 42124802)
C.R.C. N.º 0080-0002-8950-1403
(Arequiva - Perú)

Fuentes principales

- 11%  Fuentes de Internet
- 6%  Publicaciones
- 0%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Fuentes principales

Las fuentes con el mayor número de coincidencias dentro de la entrega. Las fuentes superpuestas no se mostrarán.

1	Internet	scielo.ald.cu	2%
2	Internet	www.scielo.br	2%
3	Internet	www.scielosp.org	2%
4	Trabajos del estudiante	Universidad Nacional de Tumbes on 2018-02-02	1%
5	Internet	reventermeria.ald.cu	1%
6	Internet	peffox.com	1%
7	Internet	periodicos.ufsm.br	1%
8	Internet	www2.mdpi.com	<1%

Dr. José Esteban Yaneska Procelpro
 CUI: 1748648822
 GARCIS: IF 0000-0000-9000-7423
 (Acerca de Voces)

CERTIFICACIÓN DE ASESORÍA

Dr. Obst. Ypanaque Ancajima, Jhon, docente auxiliar de la Universidad Nacional de Tumbes, adscrita a la Facultad de Ciencias de la Salud de la Escuela Académico Profesional de Obstetricia.

CERTIFICA:

Que el informe de tesis “Percepción del trato humanizado en la atención del parto en puérperas inmediatas del Centro de Salud Zarumilla; Tumbes 2024”, presentado por el bachiller en Obstetricia Gonza Peña, Julitza Elizeth, ha sido asesorado por mi persona, por tanto, queda autorizado para su presentación e inscripción a la Escuela Académica Profesional de Obstetricia de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Tumbes para su aprobación, conformidad y revisión.

Tumbes, mayo del 2024



Dr. Jhon Ypanaque Ancajima

ASESOR DE TESIS

DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD

La suscrita Bachiller. Gonza Peña Julitza Elizeth DNI: 75557919; bachiller de la Escuela Académico Profesional de Obstetricia de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Tumbes, al amparo de la ley N° 27444, Ley de Procedimientos Administrativos Generales, declaro bajo juramento lo siguiente:

El informe de investigación titulado ““Percepción del trato humanizado en la atención del parto en puérperas inmediatas del Centro de Salud Zarumilla; Tumbes 2024””, El estudio presentado cumple con las normas de citas y referencias bibliográficas, no ha sido plagiado, se debe entender que anteriormente no ha sido publicado para obtener algún grado y/o título profesional.

En el proyecto de investigación, con los datos y contenido presentados en la tesis no serán falseados, duplicados, copiados. De tal manera que los resultados podrán ser de aporte a la comunidad científica.

De identificarse la falla de plagio, fraude, o piratería, asumo las consecuencias y sanciones de mi acción, sometiéndome a la normatividad vigente dela Universidad Nacional de Tumbes.

Tumbes, abril del 2025



. Gonza Peña Julitza Elizeth

DNI: 75557919

DEDICATORIA

A Dios, por darme la vida, por su ayuda y estar conmigo en cada paso que doy, y en cada etapa importante de mi vida, siendo mi guía en este trabajo de investigación realizado, a pesar de las adversidades, me dio las fuerzas para seguir adelante sin perder la dirección hacia la meta que quiero alcanzar.

A mis padres, por ser el pilar de mi vida, por enseñarme con el ejemplo que los sueños se alcanzan con esfuerzo, humildad y fe.

A mis hermanos, por estar conmigo en cada paso, por sus palabras sinceras y su cariño que siempre me ha levantado el ánimo.

A mis docentes, por sus enseñanzas, por su paciencia y por haberme guiado a lo largo de esta carrera. Gracias por compartir no solo conocimientos, sino también valores y ejemplos que marcaron mi formación profesional y personal.

Y a mí misma, por cada desvelo, cada duda superada. Por no rendirme y seguir adelante a pesar de las dificultades y dar lo mejor de mí en cada paso.

Gonza Peña Julitza Elizeth

AGRADECIMIENTO

En primer lugar, agradezco a DIOS, quien me ha guiado y me ha dado la fortaleza para seguir adelante

Así mismo quiero agradecer a todos los docentes de la UNTUMBES que formaron parte de mi formación académica. A mi asesor Jhon Edwain Ypanaque Ancajima, por su esfuerzo y dedicación.

A mi jurado la Dra. Isabel Narva Roncal y la Dra. Yovany Fernández Baca Morán por las observaciones del trabajo y sus contribuciones para el mejoramiento de esta investigación, por su valeroso tiempo y dedicación.

Al establecimiento CSZ, a los obstetras que me facilitaron el ingreso, y a las pacientes que se ofrecieron de manera amable y voluntaria a participar de esta investigación.

Y el agradecimiento único y especial a mi familia.

Mi profundo respeto a ustedes, gracias infinitas.

Gonza Peña Julitza Elizeth

ÍNDICE

DEDICATORIA	x
ÍNDICE DE TABLAS	xiii
ÍNDICE DE ANEXOS	xiv
RESUMEN	xv
ABSTRACT	xvi
I. INTRODUCCIÓN	17
II. REVISIÓN DE LITERATURA.....	21
2.1. Bases teóricas.....	21
2.2. Antecedentes	29
III. MATERIAL Y MÉTODOS.....	33
3.1. Tipo y diseño de investigación.....	33
3.2. Población, muestra y muestreo.....	33
3.3. Criterios de selección.....	34
3.4. Métodos técnicas e instrumentos de recolección de datos	34
3.5. Procesamiento y análisis de datos.....	35
3.6. Consideraciones Éticas.....	36
IV. RESULTADOS.....	37
V. DISCUSIÓN	41
VI. CONCLUSIONES	45
VII. RECOMENDACIONES	46
VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	47
X. ANEXOS.....	51

ÍNDICE DE TABLAS

	pág.
Tabla 1. Percepción del trato humanizado en la atención del parto, que presentan las puérperas inmediatas del Centro de Salud Zarumilla	37
Tabla 2. Percepción del trato humanizado en la preparación para atención del parto, que presentan las puérperas inmediatas del Centro de Salud Zarumilla	38
Tabla 3. Percepción del trato humanizado durante la atención del parto, que presentan las puérperas inmediatas del Centro de Salud Zarumilla	39
Tabla 4. Percepción del trato humanizado después de la atención del parto, que presentan las puérperas inmediatas del Centro de Salud Zarumilla	40

.

ÍNDICE DE ANEXOS

	Pág.
ANEXO 1: Cuestionario	51
ANEXO 2: Validación	53
ANEXO 3: Solicitud de piloto	57
ANEXO 4: Confiabilidad	59
ANEXO 5: Solicitud de ejecución	61
ANEXO 6: Consentimiento informado.....	62
ANEXO 7: Matriz de consistencia	63
ANEXO 8: Operacionalización de la variable	65
ANEXO 9: Tablas complementarias	66

RESUMEN

La presente investigación, cuyo objetivo general, Determinar la percepción del trato humanizado en la atención del parto, que presentan las puérperas inmediatas del Centro de Salud Zarumilla. Estudio cuantitativo no experimental, diseño descriptivo de corte transversal. La muestra estuvo constituida por 40 puérperas inmediatas de más menos 2 horas; atendidas por parto eutócico. Los resultados muestran que; el 100 % de las encuestadas tuvo una percepción positiva del parto humanizado. En cuanto a la preparación para el parto, las opiniones estuvieron divididas equitativamente, con un 50 % de percepción positiva y un 50 % negativa. Durante el parto, el 97.5 % manifestó una experiencia positiva, al igual que en el postparto, donde se repite este mismo porcentaje de satisfacción, evidenciando una atención mayoritariamente adecuada y centrada en la mujer.

Palabras claves: Parto eutócico, humanización, atención del parto

ABSTRACT

This research aimed to determine the perception of humanized care during childbirth among immediate postpartum women at the Zarumilla Health Center. It is a quantitative, non-experimental study with a descriptive, cross-sectional design. The sample consisted of 40 immediate postpartum women (within approximately two hours), all of whom had undergone eutocic childbirth. The results show that 100% of respondents had a positive perception of humanized childbirth care. Regarding birth preparation, opinions were evenly divided, with 50% expressing a positive perception and 50% a negative one. During childbirth, 97.5% reported a positive experience, and the same percentage was observed in postpartum care, indicating generally appropriate and woman-centered attention.

Keywords: Eutocic childbirth, humanization, childbirth care,

I. INTRODUCCIÓN

Existe evidencia sobre la frecuencia del trato irrespetuoso y ofensivo a las mujeres durante el parto en centros de salud. No obstante, todavía “no hay consenso internacional sobre cómo definir y medir el maltrato ni la falta de respeto” (6)

La violencia obstétrica puede ser ejercida por médicas/os, obstetras, enfermeras/os, laboratoristas, ecografistas y/o cualquier profesional que participe de la atención de la salud sexual y reproductiva (2). Para prevenir y erradicar el maltrato y la falta de respeto durante la atención de las gestantes en los servicios de emergencia, de hospitalización, en sala de operaciones o durante la atención del parto en los establecimientos de salud, es necesaria la decisión política del Estado que apoye una política de prevención del maltrato y la falta de respeto. Esto implica que el sector salud tiene la responsabilidad de hacer un seguimiento permanente sobre la calidad de atención de las gestantes. Desde este punto de vista, cada establecimiento de salud debe diseñar proyectos de mejora continua de la calidad de la atención de las gestantes o púerperas, centrándose en una atención respetuosa como componente esencial de la atención de calidad (6).

Los establecimientos de salud, desde el primer nivel hasta el tercer nivel, deben promover los derechos de las gestantes de recibir una atención de la salud digna desde el inicio del embarazo, durante el parto y en el postparto. Esto también comprende la atención de aquellas mujeres que tienen el diagnóstico de aborto incompleto, quienes tienen el derecho de recibir la información sobre su estado de salud, los procedimientos a realizar y la información sobre métodos anticonceptivos (6).

Es necesario empezar a registrar estas prácticas de violencia obstétrica para poder tomar acciones y realizar los estudios de investigación correspondientes, involucrando a todos los trabajadores de salud, para que

tomen conciencia de la importancia que tienen en su rol de prestadores en la prevención de la violencia obstétrica (2).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce que todas las mujeres tienen el derecho a tener una vivencia del parto como experiencia de vida personal significativa y recordada con agrado. Las maternidades en nuestro país, desde hace unos años, vienen implementando la práctica del parto humanizado (7).

La humanización de la atención al parto va más allá de los protocolos, los cursos de Medicina basada en la evidencia científica y Perinatología, del Programa de Psicoprofilaxis o el de maternidad y paternidad responsables; significa el conjunto de elementos necesarios, basados en los conocimientos científico/tecnológicos, las actitudes y convicciones, para lograr que el proceso del parto constituya un acontecimiento trascendental en la vida de la mujer, con el cúmulo de sensaciones, percepciones y sentimientos mediados mayoritariamente por la autorrealización personal y la satisfacción de sus necesidades humanas (8).

Como parte del equipo de atención obstétrica, es preciso conocer de la fisiología del embarazo, parto y postparto, con el fin de brindar una atención no solo cálida, sino también que permita explicar a la paciente y familiares sus interrogantes, y que estos se retiren satisfechos de la atención. El equipo debe estar calificado no solo para el manejo obstétrico, sino también para brindar soporte emocional, ofreciendo acompañamiento en cada una de las etapas y siempre considerando sus creencias y costumbres, tanto culturales como religiosas (9).

Desde la perspectiva planteada, la autora considera el siguiente planteamiento del problema.

¿Cuál es la percepción del trato humanizado en la atención del parto, que presentan las puérperas inmediatas del Centro de Salud Zarumilla?

El aporte teórico del estudio radica en la validación del instrumento que recoge las recomendaciones de la OMS para la atención humanizada del parto, siendo este instrumento de consulta para futuras investigaciones

En relación con la implicancia práctica del estudio se develará la situación actual de algún rasgo de violencia obstétrica ejercida por parte del personal de salud, a fin de adoptar medidas de mejora continua en la atención de parto; e identificación de procesos que deben mejorar para correcta institucionalidad del parto.

Además, el aporte social se visualiza en las mejoras de atención del parto con un mayor involucramiento de los profesionales en el fortalecimiento de sus capacidades y trato digno a las personas.

El puerperio inmediato es un período crítico en la vida de una mujer y su recién nacido, marcado por cambios físicos y emocionales significativos. La atención humanizada durante este tiempo no solo impacta la salud física de la madre y el bebé, sino que también influye en su bienestar emocional y psicológico. Un enfoque humanizado promueve un ambiente de apoyo, respeto y dignidad, lo cual es fundamental para fomentar el vínculo madre-hijo y la adaptación a la nueva etapa de la maternidad.

La implementación de un trato humanizado en el puerperio inmediato es pertinente en el contexto actual, donde se reconoce la importancia de la experiencia del paciente en el proceso de atención. Las mujeres en puerperio inmediato necesitan no solo cuidados médicos, sino también apoyo emocional, información clara y un espacio seguro donde expresar sus inquietudes. Este enfoque contribuye a reducir el estrés y la ansiedad, facilitando una recuperación más saludable y efectiva.

En base a lo expuesto se plantean los siguientes objetivos:

Objetivo general

Determinar la percepción del trato humanizado en la atención del parto, que presentan las puérperas inmediatas del Centro de Salud Zarumilla

Objetivos específicos

Identificar la percepción del trato humanizado en la preparación para atención del parto, que presentan las puérperas inmediatas del Centro de Salud Zarumilla

Evaluar la percepción del trato humanizado durante la atención del parto, que presentan las puérperas inmediatas del Centro de Salud Zarumilla

Determinar la percepción del trato humanizado después de la atención del parto, que presentan las puérperas inmediatas del Centro de Salud Zarumilla

II. REVISIÓN DE LITERATURA

2.1. Bases teóricas

La percepción ha sido, desde los inicios de la psicología como disciplina científica, uno de los temas centrales de estudio y objeto de múltiples intentos de explicación. Existe consenso en reconocer al movimiento Gestalt como uno de los enfoques más sistemáticos y fructíferos en la formulación de principios explicativos sobre este proceso. Surgido en Alemania a principios del siglo XX, este movimiento fue liderado por los investigadores Wertheimer, Koffka y Köhler, quienes propusieron que la percepción constituye el proceso esencial de la actividad mental, y que otras funciones cognitivas como el aprendizaje, la memoria o el pensamiento dependen en gran medida de un adecuado funcionamiento de la organización perceptual (12).

El contexto histórico en el que se gestaron estas ideas resulta clave para comprender la originalidad de sus aportes. A comienzos del siglo XX, la fisiología tenía un rol preponderante en la explicación de los fenómenos psicológicos, postulando que toda experiencia psíquica estaba precedida y acompañada por procesos orgánicos específicos. Desde esta perspectiva, la percepción se concebía como el resultado de la actividad corporal, especialmente de los procesos sensoriales, concentrando los esfuerzos investigativos en el análisis de los canales sensoriales —como la visión, el tacto, el gusto o la audición (13).

Por su parte, la psicofisiología definía la percepción como una actividad cerebral de creciente complejidad, impulsada por la estimulación y transformación de órganos sensoriales específicos. Frente a este enfoque, la Gestalt introdujo un cambio paradigmático en la psicología, al plantear que la percepción no debía entenderse como un producto secundario de los estados sensoriales, sino como el proceso inicial y organizador de toda la actividad mental. Su teoría, arraigada en la tradición filosófica de Kant, consideró la percepción como un estado subjetivo, a través del cual se realiza una abstracción del mundo externo o de hechos relevantes (14).

Actualmente, la humanización del cuidado se considera un componente esencial dentro de la práctica profesional en el ámbito de la salud. No obstante, en el ejercicio cotidiano, este principio suele ser relegado a un plano secundario debido a diversos factores, que van desde aspectos relacionados con la gestión institucional hasta cuestiones de índole personal del propio profesional sanitario.

A lo largo del presente artículo, se identifican distintos elementos desde un enfoque multidisciplinario, con el propósito de aportar insumos útiles para futuras investigaciones, así como para el diseño de procedimientos y estándares de certificación que integren la humanización del cuidado como uno de sus objetivos fundamentales (15).

De hecho, independientemente de las múltiples causas que contribuyen a la deshumanización del cuidado, este tema ha sido tradicionalmente abordado desde una perspectiva predominantemente objetiva y procedimental, dejando de lado las necesidades y dimensiones físicas, psicológicas y espirituales de la persona que recibe la atención. En este sentido, se hace necesario reflexionar desde una perspectiva teórico-práctica acerca de la pregunta: ¿quién es el otro para mí? Esta reflexión debería incluir tanto al profesional de salud como a una comprensión integral del usuario, promoviendo así un enfoque de cuidados globales centrado en la persona (15).

Adoptar una postura contraria supondría caer en la fragmentación de la persona atendida, lo que conllevaría a la omisión de aspectos fundamentales de quienes reciben el cuidado. Este enfoque reduccionista puede derivar en prácticas caracterizadas por la ausencia de la interacción necesaria entre el profesional y el usuario, cosificando a este último y alejándose de los principios que sustentan una atención de calidad y buenas prácticas en el ámbito de la salud (15).

El acto de cuidar abarca diversas dimensiones, entre las cuales se destacan aspectos como la educación, la gestión, la investigación, la economía, la tecnología, la política y el ámbito social. Estos elementos constituyen pilares fundamentales para promover la mejora de las condiciones de salud y calidad de vida, contribuyendo así al logro de un desarrollo sostenible. El postmodernismo con su vaivén, irregularidad, flexibilidad y danza como proceso requiere teorizar dentro de la dinámica existencial. Al existir una interacción humano-humano, donde cada uno influye en el campo fenomenológico del otro, se puede generar una dinámica del momento y la ocasión del cuidado humano (16).

No es posible mirar la humanización del cuidado bajo una concepción ajena a la historia, corriendo el riesgo de no identificar los procesos en la raíz de las prácticas de salud y reforzar las determinaciones de esos aspectos. Es necesario comprender que la consolidación hegemónica del modelo biomédico, desde la reducción del proceso de enfermedad a la dimensión orgánica, penetra en el cuerpo a niveles cada vez más profundos, apropiándose de la vida humana, con

el objetivo de normalizarla. El cuerpo se medicaliza, es decir, hay un proceso de inclusión de las condiciones humanas como objeto de la práctica médica, en el que el individuo que está enfermo necesita ser tratado para adaptarse a las condiciones sociales, las mismas que determinaron su enfermedad. Es necesario defender la superación del carácter autoritario de la relación médico-paciente, que reduce al individuo a un objeto manipulable, despersonalizado y deteriorado, obstruyendo su autonomía ante la presencia de un profesional que monopoliza el poder legitimado por lo técnico-científico (17).

La medicalización se extiende también al cuerpo femenino, interfiriendo en su sexualidad y reproducción mediante la apropiación de lo que se determinó que era la naturaleza femenina. Esta práctica médica se estableció en el siglo XIX, en el contexto de la formación de una sociedad capitalista, en la que la intervención y el control del cuerpo humano, y más concretamente del cuerpo femenino, era necesario para garantizar la mano de obra. Es así como la práctica médica se erige como intervencionista, utilizando el discurso científico para disciplinar a los sujetos, educando a las mujeres para que sean buenas madres para la protección y supervivencia de los niños que, luego, se convertirán en fuerza laboral. En este proyecto de sociedad, el parto es hospitalizado, con la transferencia del rol de partera de las parteras a los médicos, poseedores de los conocimientos y técnicas quirúrgicas en las maternidades (18).

A esta obstetricia hegemónica, cerca de un siglo después, se le opone un nuevo modelo de atención, basado en la humanización. El foco está ahora en la fisiología del ciclo embarazo-puerperal, utilizando la ciencia como principio de práctica, acercando la producción científica a las necesidades de salud de las mujeres y defendiendo los derechos sexuales y reproductivos. La desmedicalización del trabajo de parto y el parto busca corregir comportamientos autoritarios y jerarquizados, buscando reducir la asimetría de las relaciones que se establecieron entre los diferentes sujetos y, por tanto, dejar que las mujeres participen con autonomía y protagonismo en su propio proceso de embarazo, parto y puerperio (19)

La humanización debe realizarse de manera politizada en las instituciones, a través de la crítica y la autocrítica en el cuidado, desligándose de la ficción mesiánica, basada únicamente en la empatía hacia uno mismo y condensada en una acción moralmente noble dependiente de las buenas intenciones de cada profesional. Además, debe existir una sólida competencia obstétrica, basada en

evidencia científica, capaz de diferenciar intervenciones inadecuadas, nocivas o ineficaces de las realmente recomendadas. Sin embargo, el trabajador de la salud está poco motivado y tiene poca estructura para ello, lo que genera resistencia a la nueva forma de trabajar (20).

Las largas jornadas laborales y el estrés emocional exigen trabajadores cada vez más resilientes, incluso bajo relaciones sociales que producen sufrimiento, generando mayor vulnerabilidad, deterioro y enfermedad. Estas elevadas cargas psicológicas en el proceso de trabajo hacen que el profesional sufra un movimiento destructivo para su propia salud, ya que requiere no solo determinadas características físicas, sino también psicológicas, es decir, un profesional multifuncional, permanentemente sobrecargado y persiguiendo objetivos inalcanzables. La sobrecarga, la dificultad para conciliar atribuciones, la restricción de la autonomía, las relaciones de poder y el irrespeto a los propios derechos, resultan en la perpetuación de las prácticas deshumanizadas y el desafío de mantener las humanizadas (21).

En la prehistoria de la obstetricia, la partería y el proceso del parto, la atención integral a las parturientas con asistencia al recién nacido era realizada por curanderos, parteras o acompañantes humanos. A pesar de la experiencia de estas mujeres, se las consideraba ignorantes, lo que cuestionaba la asistencia laboral, incluso la ayuda psicológica que ofrecían en ese momento. La atención del parto y el nacimiento fue una actividad devaluada por el profesional médico, siendo delegada a la atención femenina (22).

En el camino, la atención brindada a las parturientas sufrió cambios significativos cuando el parto se convirtió en un evento hospitalario y quirúrgico, fundamental para el conocimiento médico, con el establecimiento de la medicalización del cuerpo femenino. La medicalización del parto es un reflejo de la medicalización social, descrita como un proceso sociocultural complejo que influye en la capacidad de afrontar la autonomía de las mujeres en el trabajo de parto y el nacimiento (23).

El nacimiento pasó a ser visto como un evento biomédico complejo, intervencionista, tecnocrático, con distanciamiento de la fisiología del nacimiento, planteando complicaciones maternas y neonatales, además de las tasas de mortalidad en Brasil, la institucionalización del trabajo de parto, la medicalización del cuerpo femenino y los avances en tecnologías duras, caracterizadas por intervenciones innecesarias (24).

El acto de partería, por parte de las parteras tradicionales, ofrecía asistencia y atención al parto, diferenciándose del modelo actual. Las prácticas actuales ocurren con muchas intervenciones, pero poca calidez humana, y los agentes de salud involucrados en este proceso se enfocan más en los resultados técnicos que en la visión ampliada de las parturientas (25).

Las intervenciones médicas innecesarias, excesivas y sin criterio, es decir, la hipermedicalización, muchas veces sin precisión clínica y diagnóstica en el período del parto, representan un riesgo para la salud materna y neonatal, repercutiendo en altas tasas de mortalidad. En contraste, las enfermeras parteras han jugado un papel importante en la atención obstétrica humanizada y calificada en un intento por reducir el uso de tecnologías invasivas, con atención a las necesidades de las mujeres, respeto al rol femenino y a la fisiología del parto (26).

Utilizar el término “parto” representa la posibilidad de ampliar la mirada sobre la mujer y comprender que gestar y dar a luz puede significar moverse o ir, es decir, va más allá de un proceso controlado, sistematizado y repetitivo. Se trata de la existencialidad y la experiencia de un fenómeno y requiere una mirada atenta a las prácticas que valoran el papel femenino (27).

En esta perspectiva, la humanización en salud es una estrategia para valorar la dignidad humana y la producción de cuidados, basada en el respeto a la individualidad. Representa una mirada ampliada sobre el ejercicio de la ética con el fin de sensibilizar a los profesionales de la salud, la reflexión atenta, con conocimiento científico, para acoger y respetar el ritmo natural de cada cuerpo (28).

Humanizar el cuidado es reconocer la individualidad y establecer un vínculo con cada mujer, a partir de la percepción de sus necesidades y demandas. Significa no permitir relaciones desiguales y autoritarias. Es la capacidad de afrontar el parto y brindar seguridad a mujeres y niños. Además, el concepto de atención humanizada en la atención obstétrica es amplio e involucra un conjunto de conocimientos y prácticas encaminadas a promover el trabajo de parto y el nacimiento saludables y, en consecuencia, la prevención de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal (28).

Actualmente, los modelos de humanización en la atención obstétrica han sufrido cambios significativos con relación a valores que van más allá de los aspectos tecnológicos y científicos. A pesar de estos avances, se observa que la tecnología no se aplica adecuadamente para obtener resultados positivos para el parto (28).

Para discutir la humanización en esta investigación, nos basamos en las acciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), que presentan las Buenas Prácticas de Atención al Parto y al Nacimiento como un fenómeno integrador. Tal enfoque incorpora aspectos emocionales, psicológicos, fisiológicos, sociales y espirituales, extrapolando la visión limitante del biologicismo, y puede representar un avance en los derechos de las mujeres en el parto.

El efecto de este enfoque integrador se traduce en la incorporación de un conjunto de cuidados, intervenciones y acciones que brindan a las mujeres la oportunidad de experimentar el parto como un proceso fisiológico, con resultados positivos tanto para ellas como para los recién nacidos y sus familias (29).

De acuerdo con el informe publicado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en febrero de 2018, la mayoría de los aproximadamente 140 millones de partos que tienen lugar cada año transcurren sin complicaciones. Sin embargo, en los últimos años se ha observado un notable incremento en el uso de intervenciones médicas destinadas a iniciar, acelerar, controlar o finalizar el proceso fisiológico del parto, tales como las cesáreas o la administración de oxitocina para facilitar la dilatación cervical, entre otras prácticas (30).

A través de sus recomendaciones, la OMS enfatiza la importancia del concepto de “experiencia de la atención”, considerándolo un elemento clave para asegurar la calidad en la atención durante el trabajo de parto y el parto, con el objetivo de lograr resultados centrados en la mujer. Este enfoque busca que las mujeres puedan dar a luz a un bebé sano en un entorno que sea seguro tanto a nivel clínico como psicológico, acompañado por el apoyo emocional de un compañero de confianza y por un equipo de profesionales de la salud competente y empático. Dicho concepto se basa en la premisa

de que la mayoría de las mujeres prefieren vivir un trabajo de parto fisiológico, experimentando un sentido de logro y control, y participando activamente en la toma de decisiones, incluso en aquellos casos en los que se requieran o deseen intervenciones médicas. Entre las recomendaciones más destacadas que establece la OMS se encuentran las siguientes (30):

- Atender respetuosamente a la madre, manteniendo su dignidad, confidencialidad y privacidad.
- Fomentar una comunicación efectiva entre el personal de salud y las mujeres embarazadas, asegurando un acompañamiento continuo a lo largo del trabajo de parto y del parto.
- Facilitar la participación de la mujer en las decisiones relacionadas con el manejo del dolor, la evolución del trabajo de parto, la posición para el nacimiento y el momento de pujar, entre otros aspectos.
- Informar a la paciente que la fase latente del parto puede variar considerablemente entre mujeres, mientras que la fase activa (definida por una dilatación cervical superior a 5 cm y mayor borramiento) suele tener una duración inferior a 12 horas en mujeres primíparas y a 10 horas en multíparas.
- Con el objetivo de evitar intervenciones innecesarias, se desaconseja el uso del criterio de dilatación cervical de 1 cm por hora como referencia estándar, dado que no es un indicador preciso de riesgo de resultados adversos.
- No se recomienda intervenir médicamente para acelerar el trabajo de parto (por ejemplo, mediante el uso de oxitocina o cesárea) en etapas anteriores a una dilatación cervical de 5 cm, salvo en situaciones de complicación clínica. En embarazadas de bajo riesgo se debe hacer tacto vaginal cada 4 horas.
- El alivio del dolor depende de la preferencia de cada mujer, quien puede elegir la analgesia epidural durante el trabajo de parto, los opioides parenterales —como fentanilo, dimorfina y petidina— o no utilizar ningún método.

- Según las preferencias de cada mujer, se promueve el uso de técnicas de relajación como la relajación muscular progresiva, la música o la meditación, así como métodos manuales como masajes o la aplicación de compresas calientes. Además, se aconseja permitir que las mujeres con bajo riesgo puedan consumir alimentos o líquidos durante el trabajo de parto. Por el contrario, no se recomienda el uso sistemático de intervenciones como la amniotomía (sola o combinada con oxitocina), la administración de oxitocina en mujeres que han recibido anestesia peridural, el uso de fármacos antiespasmódicos ni la infusión intravenosa de líquidos con el objetivo de reducir la duración del trabajo de parto.
- Se aconseja favorecer la movilidad y permitir que las mujeres con bajo riesgo adopten posiciones verticales durante la primera etapa del parto. Asimismo, se respeta el derecho de la mujer a elegir la postura en la que desea dar a luz —incluyendo posiciones de pie— independientemente de si ha recibido anestesia peridural. Durante la fase expulsiva, se debe animar y apoyar a la mujer para que siga su propio ritmo e impulso natural para pujar, evitando cualquier tipo de presión externa. En los casos en que se haya administrado analgesia epidural, se sugiere retrasar el inicio del pujo entre una y dos horas tras la dilatación completa, o hasta que la mujer sienta nuevamente el deseo de pujar, siempre que se cuente con los recursos necesarios para manejar eventuales situaciones de hipoxia perinatal.
- La realización rutinaria de episiotomía y la aplicación de presión manual sobre el útero no se recomiendan en los partos vaginales espontáneos.
- Se debe ofrecer a la mujer la posibilidad de utilizar técnicas para reducir el trauma perineal, tales como la aplicación de compresas calientes o el masaje perineal.
- La administración de uterotónicos (oxitocina por vía intravenosa o intramuscular) está indicada para todas las mujeres tras el parto, con el fin de prevenir la hemorragia posparto.
- Se recomienda esperar al menos un minuto antes de proceder al pinzamiento y corte del cordón umbilical.

- No se debe realizar la aspiración de la nariz o la boca del recién nacido si este respira de manera espontánea y el líquido amniótico es claro.
- El contacto piel a piel entre la madre y el recién nacido debe establecerse durante la primera hora posterior al nacimiento, ya que este contacto favorece el vínculo afectivo, reduce el riesgo de hipotermia y promueve el inicio temprano de la lactancia materna.
- Por último, se sugiere esperar un mínimo de 24 horas antes de bañar al recién nacido.

2.2. Antecedentes

Entre los antecedentes internacionales, se destaca el estudio realizado por De La Garza A. (29) en Costa Rica, publicado en 2023. Su propósito fue analizar las percepciones y experiencias de las mujeres en relación con la atención recibida durante el embarazo, el parto y el postparto en el periodo comprendido entre 2007 y 2020. El estudio adoptó un enfoque cualitativo-exploratorio, utilizando encuestas y entrevistas en profundidad. El análisis se desarrolló a partir de la perspectiva de los derechos humanos y el concepto de parto humanizado, identificando vulneraciones al derecho a la salud y a la vida en situaciones donde las mujeres no recibieron información adecuada y oportuna, se vulneró su privacidad y fueron objeto de un trato deshumanizado. Estas prácticas fueron además invisibilizadas por factores de carácter social, cultural y educativo. Entre los principales hallazgos, se concluye que el Estado costarricense, a través de su sistema de salud y del personal sanitario, debe revisar críticamente las prácticas estructurales que se reproducen en la dinámica institucional cotidiana.

Por otro lado, Iglesias E. (30), en un estudio realizado en México en 2023, se propuso identificar los principales componentes teóricos vinculados a la violencia obstétrica, considerando dimensiones como el proceso del parto, el respeto, el trato recibido, las relaciones de poder y el bienestar reproductivo. La investigación se llevó a cabo a través de un enfoque hermenéutico, tomando como base el análisis de un caso real y contemporáneo. A partir del estudio de las narrativas, se identificó cómo las dinámicas de poder presentes en los procesos reproductivos generan relaciones interpersonales marcadas por la subordinación, lo cual limita la legitimación, la toma de decisiones y la participación activa de las mujeres, afectando de este modo su derecho humano al bienestar reproductivo.

En esta línea, Jacob T. et al. (31), en su investigación realizada en Brasil en 2022, tuvo como objetivo comprender la percepción que tienen las enfermeras obstétricas respecto a su rol en la atención brindada a las mujeres en un Centro de Parto Normal. Se trató de un estudio descriptivo, exploratorio y cualitativo, en el que se llevaron a cabo entrevistas semiestructuradas a 11 enfermeras del Centro de Parto Normal Haydee Pereira Sena, en Pará, Brasil. Los registros de audio fueron transcritos y analizados mediante análisis de contenido temático, con el apoyo del software ATLAS.ti 8.0. Los resultados revelaron que la percepción del cuidado ofrecido desde la enfermería obstétrica se basa en la humanización de la atención prenatal y en prácticas de cuidado fundamentadas en la evidencia científica, el respeto a la fisiología del proceso y la promoción de la autonomía de la mujer en el contexto obstétrico.

Por su parte, Borges L. et al. (32), en un estudio realizado en Cuba en 2021, se propusieron describir la percepción de las mujeres sobre el cuidado humanizado de enfermería durante el proceso de parto. El estudio fue de carácter no experimental, descriptivo y transversal, llevado

a cabo entre enero y diciembre de 2019, con la participación de 121 mujeres hospitalizadas en el servicio de puerperio del Hospital Ciro Redondo, en Artemisa, Cuba. Se utilizó la tercera versión del instrumento “Percepción de los Comportamientos de Cuidado Humanizado en Enfermería”, y se analizaron los datos a través de frecuencias absolutas, relativas y acumuladas, así como con una escala tipo Likert. Los hallazgos mostraron que el 96,69 % de las participantes percibieron un cuidado humanizado solo en algunas ocasiones, mientras que un 88,42 % reportó haberlo percibido casi siempre. Entre las dimensiones evaluadas, la categoría “cualidades del hacer de enfermería” obtuvo el mayor porcentaje en la categoría “siempre”, con un 75,20 %.

En el contexto peruano, Paredes K. (33) llevó a cabo un estudio en 2020 en el Centro de Salud Pachacútec, en Cajamarca, con el objetivo de evaluar la percepción de las puérperas sobre el parto humanizado. Fue un estudio no experimental, transversal, descriptivo, cuantitativo y prospectivo, en el que se utilizó el instrumento SERVPERF, propuesto por Cronin y Taylor. El cuestionario se aplicó a 190 puérperas atendidas en dicho centro. Los resultados revelaron niveles de percepción moderados en las siguientes dimensiones: respuesta rápida (47 %), empatía (43 %), seguridad (39 %), confianza (50 %) y elementos tangibles (58 %). La percepción global de satisfacción alcanzó un 42 %.

Asimismo, Taquia T. y Valentín D. (34), en su estudio de 2021 realizado en Centros de Salud Rurales de Huancavelica, tuvieron como propósito describir la percepción de las gestantes respecto al parto institucional humanizado. Se trató de una investigación cualitativa, exploratoria, con una muestra de 20 gestantes. Los resultados indicaron que las participantes entendían el parto institucional como aquel que ocurre en un hospital o centro de salud, asistido por personal profesional, con el objetivo de evitar complicaciones. En cuanto al parto humanizado, las gestantes lo describieron como un proceso en el que reciben un trato respetuoso y amable, donde se valora la paciencia, la presencia de la

pareja, y el respeto por su individualidad. Se concluyó que la percepción de las gestantes sobre el parto humanizado en estos establecimientos rurales era positiva y favorecedora de la salud materno-perinatal.

Por otro lado, Huamán L. (35), en su estudio realizado en 2020 en el Hospital II-E Simón Bolívar de Cajamarca, buscó determinar la percepción de las puérperas sobre la atención humanizada del parto. El estudio fue cuantitativo, observacional, descriptivo, no experimental y transversal, y contó con la participación de 206 puérperas. Los resultados mostraron que el 83 % de las encuestadas consideraron que el trato recibido fue bueno, el 14,6 % regular y el 2,4 % lo calificó como malo. Respecto al acompañamiento, el 80 % manifestó que no se les permitió la presencia de un familiar. En cuanto a la elección de la posición para el parto, el 61,2 % indicó que sí se le permitió elegirla, mientras que el 38,8 % no tuvo esta opción. Finalmente, sobre el manejo del dolor, el 83,5 % lo calificó como bueno, el 12,6 % regular y el 3,9 % malo. Se concluyó que, aunque la percepción general de la atención fue favorable, existen aspectos que requieren mejora.

Finalmente, Zegarra R. (36), en un estudio realizado en 2019 en el Hospital Referencial de Ferreñafe, en Lambayeque, tuvo como objetivo determinar las percepciones y expectativas de las puérperas sobre el parto humanizado. La población estuvo compuesta por 117 puérperas adolescentes, jóvenes y adultas, de las cuales 90 conformaron la muestra. Se utilizaron como fuentes el Libro de Registro Diario de Emergencias y el Libro de Registro Diario de Sala de Partos. Los resultados mostraron que el 38 % de las puérperas tenían una percepción negativa (nivel malo) sobre el parto humanizado, mientras que el 40 % de sus expectativas se ubicaban en un nivel regular.

A nivel local, no se encontraron estudios similares que permitan ampliar el análisis comparativo.

III. MATERIAL Y MÉTODOS.

3.1. Tipo y diseño de investigación.

Se llevó a cabo una investigación con enfoque cuantitativo, de tipo no experimental y con un diseño de corte transversal. Se optó por este enfoque debido a que se buscó cuantificar la percepción que tuvieron las puérperas respecto al trato humanizado recibido durante el parto.

El diseño empleado fue descriptivo simple, ya que el objetivo principal consistió en describir el fenómeno observado sin manipulación de variables. Asimismo, se adoptó un corte transversal, dado que la medición de la variable se realizó en un único momento temporal, lo que permitió obtener una visión puntual de la percepción de las participantes en el contexto investigado.

Esquema:

M → O

Dónde:

M = Muestra.

O= Observación (percepción del trato humanizado en el parto)

3.2. Población, muestra y muestreo.

La población de estudio estuvo conformada por el número de partos atendidos en el centro de salud Zarumilla que han sido 140 en el 2023, según el cuaderno de registro de partos.

Muestra

La muestra estuvo conformada por 40 puérperas inmediatas (± 2 horas postparto), atendidas por parto eutócico durante los tres meses posteriores a la ejecución del estudio.

Muestreo

Dado la naturaleza de la distribución poblacional, se hizo uso del muestreo por conveniencia, dado que se recogió la información a medida que se reportan los partos en el periodo de ejecución del proyecto.

3.3. Criterios de selección

Criterios de inclusión

- Puérperas inmediatas de parto eutócico
- Puérperas que brinden su consentimiento informado para el desarrollo de la investigación.

Criterios de exclusión

- Puérperas inmediatas referidas de otros centros de salud
- Puérperas adolescentes

3.4. Métodos técnicas e instrumentos de recolección de datos

La Técnica:

La técnica que se utilizó fue la encuesta, la cual permitió recolectar la información necesaria para alcanzar los objetivos del proyecto

Instrumentos:

El instrumento que se utilizó para la recolección de datos fue un cuestionario estructurado de 22 preguntas, basado en tres dimensiones del proceso de atención del parto, con el propósito de identificar el trato humanizado antes, durante y después del parto. Este cuestionario fue elaborado por la autora (Anexo 01).

El instrumento fue adaptado a partir de las recomendaciones emitidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre la atención del parto

humanizado. A partir de dichas recomendaciones, se valoró su cumplimiento según la percepción de las puérperas (Anexo 01).

Las escalas valorativas del instrumento asignaron 1 punto cuando se percibió trato humanizado y 0 puntos cuando no se percibió. Finalmente, la categorización de la percepción se estableció de la siguiente manera: percepción positiva, de 12 a 22 puntos; y percepción negativa, de 1 a 11 puntos.

Validación y confiabilidad del instrumento

El instrumento fue validado por tres expertos en investigación y profesionales del área clínica, obteniéndose un índice de validez de constructo con un valor de 22, lo que evidenció que el instrumento era válido en su construcción teórica (Anexo 02). Con respecto a la confiabilidad, se llevó a cabo un estudio piloto en el Centro de Salud de Pampa Grande, en el que participaron 10 puérperas (Anexo 03). Se analizó la relación entre los ítems y sus dispersiones con el objetivo de garantizar la consistencia interna del instrumento. Como resultado, se obtuvo un coeficiente alfa de Cronbach de 0.70, lo que indicó que el instrumento era confiable para su aplicación en el estudio (Anexo 04).

3.5. Procesamiento y análisis de datos

Para la ejecución del proyecto, se solicitó la autorización correspondiente mediante los trámites administrativos en el Centro de Salud de Zarumilla (Anexo 05), en coordinación con la Jefatura del Servicio de Obstetricia, para llevar a cabo la aplicación del estudio posterior a las dos horas del parto, respetando los protocolos de seguridad del paciente. La encuesta estructurada fue aplicada previa firma del consentimiento informado por parte de las participantes (Anexo 06).

Una vez finalizada la recolección de datos, se procedió con el proceso de

evaluación y codificación en la base de datos del software Excel. Posteriormente, la información fue transferida al programa estadístico SPSS versión 27. En la hoja de análisis se procesaron datos mediante estadística descriptiva e inferencial. Asimismo, se elaboraron distribuciones numéricas y porcentuales correspondientes a cada objetivo del estudio, permitiendo obtener conclusiones objetivas en función del diseño metodológico previamente establecido.

3.6. Consideraciones Éticas

El respeto por las personas, la beneficencia y la justicia fueron los tres principios generales de investigación considerados, conforme a lo establecido en el Informe Belmont. El objetivo de estas directrices fue orientar y garantizar que, en todo momento, se priorizara la comodidad y el bienestar de las mujeres climáticas.

A cada participante se le aplicó el consentimiento informado, permitiéndoles decidir libremente si deseaban o no participar en el estudio. Además, a partir de los datos recopilados, se formularon sugerencias para mejorar la atención en salud, generando beneficios directos para el grupo de estudio.

En concordancia con el principio de justicia, no se aplicó ningún tipo de discriminación; todas las mujeres climáticas tuvieron las mismas oportunidades de ser seleccionadas. Asimismo, se aseguró el anonimato de las participantes mediante la asignación de un código secreto, bajo estricta confidencialidad.

Finalmente, se tuvo en cuenta el código de ética del investigador establecido en la Resolución N.º 0301-2018/UNTUMBES-CU, centrando la atención en los principios de protección a la persona, consentimiento informado y expreso, difusión responsable de los resultados de la investigación y cumplimiento de la responsabilidad ética.

IV. RESULTADOS

Tabla 1. Percepción del trato humanizado en la atención del parto, que presentan las puérperas inmediatas del Centro de Salud Zarumilla

Percepción del parto humanizado	n	%
Percepción positiva	40	100.0
Percepción negativa	0	0.0
<hr/> n=40 (100%)		

Los resultados presentados en la tabla evidencian que el 100 % de las encuestadas manifestó una percepción positiva en relación con el parto humanizado.

Tabla 2. Percepción del trato humanizado en la preparación para atención del parto, que presentan las puérperas inmediatas del Centro de Salud Zarumilla

Percepción en la preparación para el parto	n	%
Percepción negativa	20	50.0
Percepción positiva	20	50.0
n=40 (100%)		

Los datos reflejan que La percepción sobre la preparación para el parto se encuentra dividida, ya que el 50 % de las participantes manifestó una percepción positiva y el otro 50 % una percepción negativa,

Tabla 3. Percepción del trato humanizado durante la atención del parto, que presentan las puérperas inmediatas del Centro de Salud Zarumilla

Percepción durante el parto	n	%
Percepción negativa	1	2.5
Percepción positiva	39	97.5
n=40 (100%)		

Los resultados muestran que el 97.5% de las encuestadas tuvo una percepción positiva durante el parto, mientras que solo el 2.5% expresó una percepción negativa

Tabla 4. Percepción del trato humanizado después de la atención del parto, que presentan las puérperas inmediatas del Centro de Salud Zarumilla

Percepción después del parto	n	%
Percepción negativa	1	2.5
Percepción positiva	39	97.5

n=40 (100%)

Los datos reflejan que después del parto, el 97.5 % de las participantes manifestó una percepción positiva, evidenciando una alta satisfacción con la atención postparto, mientras que solo el 2.5 % expresó una percepción negativa.

V. DISCUSIÓN

Los resultados de la **Tabla 1**, sobre la percepción del trato humanizado en la atención del parto, revelan que el 100 % de las puérperas atendidas en el Centro de Salud Zarumilla percibieron el parto humanizado de manera positiva, evidenciando una atención centrada en el respeto, la dignidad y los derechos de las mujeres. Este hallazgo coincide con el estudio de Jacob et al. (31) en Brasil, donde las mujeres valoraron favorablemente la atención proporcionada por enfermeras obstétricas, destacando prácticas orientadas a la humanización del parto y al respeto de la autonomía femenina.

A diferencia del estudio realizado por Huamán L (35) (2020); en el Hospital II- E Simón Bolívar de Cajamarca; donde el 83% de las puérperas indicó haber recibido un trato profesional considerado como bueno, el 14,6% lo calificó como regular y solo el 2,4% de ellas lo señaló como malo. Sin embargo, un aspecto crítico identificado fue el acompañamiento familiar, ya que el 80% de las puérperas señaló que no se les permitió la presencia de un familiar durante el parto. Este hallazgo evidencia un déficit importante en el cumplimiento de las recomendaciones emitidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), que promueven la participación de una persona de confianza durante el proceso del parto como parte de una atención humanizada. La restricción del acompañamiento puede afectar negativamente la experiencia de la gestante, ya que su presencia brinda seguridad emocional, disminuye la ansiedad y el miedo, y contribuye a una vivencia más positiva del parto. Por tanto, si bien la percepción general de parto humanizado ha sido favorable, persisten dichos aspectos relevantes que requieren ser fortalecidos para garantizar una atención verdaderamente centrada en la mujer.

En contraste, los datos presentados en la **Tabla 2**, referidos a la percepción del trato humanizado en la preparación para el parto, evidencian una percepción dividida: el 50 % de las puérperas manifestaron una percepción positiva, mientras que el otro 50 % expresó una percepción negativa. Este resultado pone de manifiesto debilidades en los procesos educativos, comunicacionales y de acompañamiento prenatal. De manera similar, De La Garza (29) en un estudio

realizado en Costa Rica, identificó prácticas institucionales que tienden a invisibilizar las necesidades informativas y emocionales de las gestantes, limitando el ejercicio de su derecho a una atención clara, oportuna y humanizada.

Del mismo modo, Zegarra R. (36), en un estudio realizado en el servicio de Obstetricia del Hospital Referencial de Ferreñafe, Lambayeque, con una muestra de 90 puérperas, reveló que el 38 % de las participantes presentó percepciones negativas (nivel malo) y el 40 % tenía expectativas en un nivel regular. Estos resultados evidencian que, en algunos contextos hospitalarios, persiste una atención que no logra satisfacer plenamente las necesidades de las mujeres en cuanto a un trato digno, informado y respetuoso durante el proceso del parto.

En conjunto, los hallazgos mencionados respaldan la importancia de fortalecer las estrategias de educación prenatal, la comunicación efectiva entre el personal de salud y las gestantes, así como el acompañamiento familiar y emocional, a fin de consolidar una atención verdaderamente humanizada desde la etapa preparatoria para el parto.

Por su parte, los resultados consignados en la **Tabla 3**, sobre la percepción del trato humanizado durante la atención del parto correspondientes a la experiencia durante el parto, muestran que el 97,5 % de las puérperas manifestó una percepción positiva, lo cual refleja una atención centrada en la mujer, respetuosa y empática por parte del personal de salud. Este alto nivel de satisfacción representa un indicador favorable en la calidad del servicio brindado en el Centro de Salud Zarumilla.

En contraste, el estudio de Huamán (35), realizado en Cajamarca, reportó que solo el 83 % de las puérperas consideró el trato como bueno, el 14,6 % como regular y el 2,4 % como malo. Aunque la mayoría tuvo una percepción favorable, el porcentaje es menor al obtenido en la presente investigación, lo cual podría explicarse por diferencias en la infraestructura, formación del personal o carga asistencial entre ambos centros de salud.

Por otro lado, el estudio de Borges et al. (32) en el hospital Ciro Redondo de Cuba reveló que solo el 88,42 % de las mujeres percibió “casi siempre” un trato humanizado por parte del personal de enfermería durante el parto, y un 96,69 % lo percibió “solo algunas veces”. A pesar de ser un porcentaje alto, muestra cierta intermitencia en la práctica del cuidado humanizado, a diferencia de los resultados de esta investigación, donde la percepción positiva fue casi unánime (97,5 %).

Estas comparaciones evidencian que, aunque en varios contextos se ha avanzado en el trato humanizado durante el parto, aún existen variaciones importantes que dependen del enfoque institucional, la cultura organizacional y la capacitación del personal.

En cuanto a la **Tabla 4**, sobre la percepción posterior al parto, el 97,5 % de las púerperas indicó haber recibido un trato humanizado, reflejando un alto nivel de satisfacción en una etapa crítica para la recuperación materna y el vínculo con el recién nacido. En contraste, Borges et al. (32), en Cuba, reportaron que el 96,69 % de las mujeres percibió un trato humanizado solo algunas veces y el 88,42 % casi siempre, lo que indica cierta variabilidad en la práctica humanizada. En Zarumilla, por el contrario, la percepción positiva fue más uniforme, sugiriendo una atención más constante y empática.

De igual forma, Zegarra (36), en Lambayeque, encontró que el 38 % de las púerperas presentó percepción negativa y el 40 % expectativas regulares, reflejando una menor satisfacción respecto a los hallazgos de este estudio, posiblemente debido a diferencias en la organización de los servicios o la carga asistencial.

En síntesis, los resultados obtenidos en el Centro de Salud Zarumilla delinean un panorama alentador en cuanto a la atención humanizada del parto. Sin embargo, también subrayan la necesidad de fortalecer la etapa de preparación prenatal, garantizar un acompañamiento efectivo y asegurar que todas las dimensiones del cuidado respeten integralmente los derechos de las mujeres gestantes.

Desde la perspectiva de la autora, estos hallazgos invitan a reflexionar sobre la urgencia de consolidar una cultura institucional fundamentada en el respeto, la calidez y la autonomía en la atención del parto. El hecho de que aún se registren percepciones negativas durante la etapa de preparación indica que la humanización debe ser un enfoque transversal, presente en todas las fases del proceso y no circunscrito únicamente al momento del alumbramiento. De manera coincidente, revisiones recientes destacan que la humanización del parto, la cual promueve la comunicación, el empoderamiento y la empatía, mejora la experiencia emocional y reduce intervenciones innecesarias (41). En particular, los programas de educación prenatal han demostrado aumentar la autoeficacia materna y promover decisiones informadas (40). Asimismo, estudios en América Latina han destacado la importancia de empoderar el rol de la mujer en la toma de decisiones durante el parto, recomendando modelos de atención que equilibren soporte emocional, respeto a la autonomía y prácticas basadas en evidencia (41).

Una atención integral, empática y basada en derechos no solo optimiza la experiencia de las puérperas, sino que también fortalece el vínculo entre el sistema de salud y la comunidad. Por ello, se considera imperativo el diseño de políticas sostenidas y programas formativos continuos que garanticen una atención digna, segura y centrada en la mujer en todos los establecimientos de salud del país.

VI. CONCLUSIONES

1. El 100 % de las encuestadas manifestó una percepción positiva del parto humanizado, reflejando una experiencia respetuosa y centrada en la mujer.
2. La percepción sobre la preparación para el parto se mostró dividida, con un 50 % que no se sintió adecuadamente preparada.
3. La mayoría de las mujeres (97.5 %) tuvo una percepción positiva durante el parto, lo que sugiere una atención adecuada y empática.
4. Tras el parto, el 97.5 % de las participantes valoró positivamente la atención recibida, indicando continuidad en el trato humanizado.

VII. RECOMENDACIONES

1. Servicio de obstetricia: Fortalecer las acciones de preparación para el parto mediante talleres educativos y sesiones informativas personalizadas.
2. Área de atención prenatal: Implementar estrategias de acompañamiento emocional desde el embarazo para mejorar la percepción de seguridad y preparación.
3. En sala de partos: Mantener y reforzar el enfoque humanizado durante el parto, asegurando un trato respetuoso y empático.
4. Atención de puerperio: Garantizar un seguimiento postparto oportuno y cálido, que continúe la atención centrada en la madre y el recién nacido.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- Leboyer F. Por un nacimiento sin violencia. Río de Janeiro: Editorial desconocida; 1974 [citado 2024 ene 15]. Disponible en: <https://www.casadellibro.com/libro-por-un-nacimiento-sin-violencia/9788483520765/1186649>
- 2.- Villegas-Poljak A. La violencia obstétrica y la esterilización forzada frente al discurso médico. *Rev Venus Estud Mujer*. 2009;14(32):125-46.
- 3.- Faneite J, Feo A, Toro-Merlo J. Grado de conocimiento de violencia obstétrica por el personal de salud. *Rev Obstet Ginecol Venez*. 2012;72(1):45-9.
- 4.- Paredes S, Villegas A, Meneses A. Violencia física intrafamiliar contra la embarazada: un estudio con base poblacional en Ometepec, Guerrero, México. *Salud Publica Mex* [Internet]. 2006;48(supl 2):s202-9 [citado 2024 ene 15]. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0036-36342006000800004&script=sci_arttext
- 5.- Camacaro M. La obstetricia develada: otra mirada desde el género. Valencia: Universidad de Carabobo; 2010.
- 6.- Organización Mundial de la Salud. Declaración: prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud [Internet]. Ginebra: OMS; 2014 [citado 2024 Ene 19]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134590/WHO_RHR_14.23_spa.pdf
- 7.- Palma M. Parto humanizado. *Acta Méd Costarric* [Internet]. 2020 Jun [citado 2024 Ene 19];62(2):52-3. Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-60022020000200052
- 8.- Lutz L, Misol S. Parto humanizado: recopilación de folletos y artículos. Montevideo: Red Latinoamericana y del Caribe para la Humanización del Parto y el Nacimiento (RELACAHUPAN); 2017. p. 3-5. Disponible en: <http://www.relacahupan.org>
- 9.- Vargens OM, Silva AC, Progianti JM. Contribuição de enfermeiras obstétricas para consolidação do parto humanizado em maternidades no Rio de Janeiro - Brasil. *Esc Anna Nery*. 2017;21(1). Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1414-81452017000100215

- 10.-** Boring E. Historia de la psicología experimental. México: Trillas; 1992.
- 11.-** Carterette E, Friedman M. Manual de percepción: raíces históricas y filosóficas. México: Trillas; 1982.
- 12.-** Oviedo G. La definición del concepto de percepción en psicología con base en la Teoría Gestalt. Rev Estud Soc. 2004;(18):89-96.
- 13.-** Cruz C. La naturaleza del cuidado humanizado. Enfermería (Montevideo). 2020;9(1):21-32. doi: 10.22235/ech.v9i1.2146.
- 14.-** Rodríguez L, Rondón R, Varón M, Guerra A, Fernández V, Lorenzini A. Enfoque fenomenológico del cuidado humano en estudiantes de enfermería. Salus. 2015;19(2):5-10.
- 15.-** Gómez R. Humanización y deshumanización en el trabajo de salud. Río de Janeiro: Fiocruz; 2017.
- 16.-** Bourguignon A, Grisotti M. Concepciones sobre la humanización del trabajo de parto y del nacimiento en tesis y disertaciones brasileñas. Saude Soc. 2018;27(4):1230-45.
- 17.-** Santos M, Capelanes B, Rezende K, Chirelli M. Humanization of childbirth: challenges of the Apice on Project. Cien Saude Colet. 2022;27(5):1793-802.
- 18.-** Biondi HS, Pinho EC, Kirchhof ALC, Rocha LP, Barlem ELD, Kerber NPC. Cargas de trabajo psíquicas en el proceso de trabajo de enfermeras en maternidades y centros obstétricos. Rev Gaúcha Enferm. 2018;39:e64573.
- 19.-** Leal M, Szwarcwald C, Almeida P, Aquino E, Barreto M, Barros F, Victora C. Saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil nos 30 anos do SUS. Cien Saude Colet. 2018;23(6):1915-28.
- 20.-** Sena C, Santos T, Carvalho C, Sá ACM, Paixão G. Avances y retrocesos de la enfermería obstétrica en Brasil. Rev Enferm UFSM. 2012;2(3):523-9.
- 21.-** Leão M, Riesco M, Schneck C, Angelo M. Reflexiones sobre el exceso de cesáreas en Brasil y la autonomía de las mujeres. Rev Cien Saude Colet. 2013;18(8):2395-400.
- 22.-** Silva T, Bisognin P, Prates L, Wilhelm L, Bortoli C, et al. Buenas prácticas en atención al parto y nacimiento desde la perspectiva de las enfermeras. Biblioteca Las Casas - Fundación Index. 2016;12(1).

- 23.-** Pimenta D, Azevedo B, Silva O, Gomes X. Parto realizado por parteras: una revisión integrativa. *Rev Eletrôn Trim Enferm.* 2013;30:494-505.
- 24.-** Pereira S, Díaz C, Backes M, Ferreira C, Backes D. Buenas prácticas en la atención del parto y del nacimiento desde la perspectiva de los profesionales de la salud. *Rev Bras Enferm.* 2018;71(Supl 3):1313-9.
- 25.-** 25. Moreira R. Siguiendo el método de investigación de Heidegger: etapas de análisis aplicadas a la obstetricia. Feira de Santana: UEFS; 2016.
- 26.-** Alves D, Mourão L, Marques A, Branco J, Cavalcante R, et al. Proceso de humanización en la atención de enfermería a la parturienta: revisión integradora. *Sanare.* 2017;16(2):68-76.
- 27.-** Ministerio de Salud (BR). Parto, aborto y puerperio: asistencia humanizada a la mujer. Brasilia: MS; 2001.
- 28.-** Ministerio de Salud (BR). Humanización del parto y del nacimiento. Brasilia: MS; 2014.
- 29.-** De La Garza A. Hallazgos de violencia obstétrica en Costa Rica: percepciones de mujeres usuarias de la CCSS. *Espiga.* 2023;22(45):241-56.
- 30.-** Iglesias AE. Percepción de la violencia obstétrica ejercida por el sistema de salud mexicano: estudio de caso. *Perf Latinoam.* 2022;30(59).
- 31.-** Jacob TO, Rodríguez D, Alves V, Ferreira ES, Carneiro M, Penna C, et al. Percepción del cuidado centrado en la mujer por enfermeras obstétricas en un centro de parto normal. *Esc Anna Nery.* 2022;26:e20210105.
- 32.-** Borges D, Sánchez M, Peñalver S, González P, Sixto P. Percepción de mujeres sobre el cuidado humanizado de enfermería durante el parto. *Rev Cubana Enferm.* 2021;37(2):e4009.
- 33.-** Paredes K. Percepción sobre parto humanizado de las puérperas atendidas en el Centro de Salud Pachacútec [Tesis]. Cajamarca: Universidad Nacional de Cajamarca; 2020.

- 34.-** Taquia T, Valentín D. Percepción sobre parto institucional humanizado de gestantes de establecimientos rurales de la microrred Chilca [Tesis]. Huancavelica: Universidad Nacional de Huancavelica; 2021.
- 35.-** Huamán L. Percepción de las puérperas en la atención humanizada del parto en el Hospital II-E Simón Bolívar [Tesis]. Cajamarca: Universidad Nacional de Cajamarca; 2020.
- 36.-** Zegarra R. Percepciones y expectativas en puérperas sobre parto humanizado en Ferreñafe [Tesis]. Lambayeque: Universidad César Vallejo; 2019.
- 37.-** Díaz L, Torruco U, Martínez M, Varela M. La entrevista, recurso flexible y dinámico. *Investig Educ Méd.* 2013;2(7):162-7.
- 38.-** Montes G. Metodología y técnicas de diseño y realización de encuestas. *Temas Sociales.* 2020;21:39-50.
- 39.-** Curtin M, Murphy M, Savage E, et al. Midwives', obstetricians', and nurses' perspectives. *PLoS ONE.* 2023;18(2):e0273456.
- 40.-** Tello B, Hernández H, Dueñas-Espín I, et al. Efecto de la educación prenatal sobre la lactancia exclusiva en Quito. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2025;25:101.
- 41.-** Scoping review sobre autonomía en el parto en América Latina. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2024;24:56.

IX. ANEXOS

Anexo 1.

Instrumento de evaluación.

Edad _____

Estado Civil _____

Edad gestacional _____

Grado de instrucción _____

Percepción en la preparación para el parto		Si	No
1	Te atendieron en un ambiente privado, y se refirieron a usted por su nombre.	1	0
2	La (el) obstetra le brindo la confianza necesaria y se ofreció a resolver cualquier duda que usted presente durante todo su trabajo de parto	1	0
3	Le informaron que el trabajo de parto varía de una mujer a otra, cuándo es primeriza su periodo de dilatación durara entre (10 a 12 horas), mientras que en una mujer múltipara durara entre (4 a 5 horas)	1	0
4	Durante tu trabajo de parto la (el) obstetra te administro algún medicamento para acelerar el trabajo de parto	0	1
5	Te han realizado el tacto vaginal en menos de 2 horas	0	1
6	La (el) obstetra se acercado y ha evaluado el latido de tu bebe a través de ultrasonido Doppler en menos de 2 horas	1	0
7	Durante su trabajo de parto se le permitió que un familiar cercano le acompañara.	0	1
8	El obstetra te ha ayudado con el manejo del dolor ya sea con masajes, ejercicios de psicoprofilaxis haciendo uso de una pelota.	0	1
9	En la preparación del parto, el obstetra te ha enseñado como debe ser la respiración y el pujo correcto que debe realizar cuando se encuentre en sala de parto.	1	0
10	Se te ha permitido comer o tomar líquido durante el trabajo de parto.	1	0
11	Te permitieron elegir la postura con la cual usted se sentía más cómoda para dar a luz.	1	0
12	Te permitieron deambular (caminar durante el trabajo de parto)	1	0
Percepción durante el parto		Si (1)	No (0)

1	Participaste en la toma de decisiones sobre el manejo del dolor, el trabajo de parto, la posición de nacimiento del bebé y la necesidad de pujar.	1	0
2	La (el) obstetra te brindó confianza y apoyo continuo durante el parto.	1	0
3	Te administraron algún medicamento (oxitocina) para que tu bebe naciera más rápido	0	1
4	En la fase expulsiva; sientes que el (la) Obstetra te presionaba o insultaba, por no hacer lo que se te decía.	0	1
5	En la fase expulsiva; el (la) Obstetra realizó alguna maniobra para inducir el impulso de pujar.	0	1
6	En la fase expulsiva; el (la) Obstetra te alentaba y apoyaba para seguir tu propio impulso de pujar	1	0
Percepción después del parto		Si (1)	No (0)
1	Inmediatamente después de que nació tu bebe te administraron un medicamento (oxitocina) explicándole que era para prevenir la hemorragia posparto.	1	0
2	Esperaron al menos más de un minuto(1-3min) para cortar el cordón umbilical.	1	0
3	Succionaron la nariz y la boca del recién nacido y precedieron a secarlo.	0	1
4	Inmediatamente después del parto (menos de 1 hora), colocaron a tu bebe sobre tu abdomen y estuviste en contacto piel a piel con tu recién nacido	1	0

Adaptación de la autora, a partir de las recomendaciones OMS para la atención humanizada del parto

Baremos	Escala
Percepción positiva	de 12 a 22 puntos
Percepción negativa	de 1 a 11 puntos

Anexo 2.

Instrumento de validación.

Usted ha sido seleccionado para evaluar el instrumento, que hace parte de la investigación denominada “Percepción del trato humanizado en la atención del parto en las puérperas inmediatas del Centro de Salud Zarumilla; Tumbes 2024”, elaborado por la Bachiller en Obstetricia: Gonza Peña, Julitza Elizeth, con la finalidad de ejecutarlo, para optar al Título de Licenciadas en Obstetricia.

Firma el evaluador: _____-

Grado académico del evaluador: _____

En este punto, se debe asignar a cada ítem una puntuación en base a cinco posibilidades:

1= No cumple con el criterio (los ítems no son suficiente para medir l dimensión) 2= Bajo nivel (los ítems miden algún aspecto de la dimensión, pero no corresponden con la dimensión total)

3= Moderado nivel (Se deben incrementar algunos ítems para poder evaluar la dimensión completamente)

4= Alto nivel (Los ítems son suficientes)

5= Muy alto nivel (Los ítems evalúan completamente la dimensión)

N°	PREGUNTAS	ESCALA DE VALIDACIÓN				
		1	2	3	4	5
1	Considera Ud. ¿Qué los ítems del instrumento miden lo que se pretende medir?	1	2	3	4	5
2	Considera Ud. ¿Qué la cantidad de ítems registrados en esta versión son suficientes para tener una comprensión de la materia de estudio?	1	2	3	4	5
3	Considera Ud. ¿Qué los ítems en este instrumento son una muestra representativa del universo, materia en el estudio?	1	2	3	4	5
4	Considera Ud. ¿Qué los conceptos utilizados en este instrumento son propios de la variable en estudio?	1	2	3	4	5
5	Considera Ud. ¿Qué todos los ítems tienen el mismo objetivo?	1	2	3	4	5
6	Considera Ud. ¿Qué el lenguaje utilizado en el instrumento es claro, sencillo y no da lugar a diversas interpretaciones?	1	2	3	4	5
7	Considera Ud. ¿Qué la estructura del instrumento es adecuada?	1	2	3	4	5
8	Considera Ud. ¿Qué las escalas de medición utilizadas son pertinentes a los de la materia en estudio?	1	2	3	4	5
9	Considera Ud. ¿Qué si aplicamos este instrumento otros servicios obtendríamos los mismos resultados?	1	2	3	4	5
10	¿Qué aspecto considera que se debería modificar, incrementar y/o deberían suprimirse? _____	1	2	3	4	5

Dr. (a)

Instrumento de validación.

Usted ha sido seleccionado para evaluar el instrumento, que hace parte de la investigación denominada "Percepción del trato humanizado en la atención del parto en las puerperas inmediatas del Centro de Salud Zarumilla; Tumbes 2024", elaborado por la Bachiller en Obstetricia: Gonza Peña, Julitza Elizeth con la finalidad de ejecutarlo, para optar al Título de Licenciada en Obstetricia.

Formación profesional: Obstetra

Grado Académico: Dra. en educación

En este punto, se debe asignar a cada ítems una puntuación en base a cinco posibilidades:

1= No cumple con el criterio (los ítems no son suficiente para medir l dimensión)

2= Bajo nivel (los ítems miden algún aspecto de la dimensión, pero no corresponden con la dimensión total)

3= Moderado nivel (Se deben incrementar algunos ítems para poder evaluar la dimensión completamente)

4= Alto nivel (Los ítems son suficientes)

5= Muy alto nivel (Los ítems evalúan completamente la dimensión)

N°	PREGUNTAS	ESCALA DE VALIDACIÓN				
		1	2	3	4	5
1	Considera Ud. ¿Qué los ítems del instrumento miden lo que se pretende medir?	1	2	3	4	5
2	Considera Ud. ¿Qué la cantidad de ítems registrados en esta versión son suficientes para tener una comprensión de la materia de estudio?	1	2	3	4	5
3	Considera Ud. ¿Qué los ítems en este instrumento son una muestra representativa del universo, materia en el estudio?	1	2	3	4	5
4	Considera Ud. ¿Qué los conceptos utilizados en este instrumento son propios de la variable en estudio?	1	2	3	4	5
5	Considera Ud. ¿Qué todos los ítems tienen el mismo objetivo?	1	2	3	4	5
6	Considera Ud. ¿Qué el lenguaje utilizado en el instrumento es claro, sencillo y no da lugar a diversas interpretaciones?	1	2	3	4	5
7	Considera Ud. ¿Qué la estructura del instrumento es adecuada?	1	2	3	4	5
8	Considera Ud. ¿Qué las escalas de medición utilizadas son pertinentes a los de la materia en estudio?	1	2	3	4	5
9	Considera Ud. ¿Qué si aplicamos este instrumento otros servicios obtendríamos los mismos resultados?	1	2	3	4	5

Dra. Gloria Margot Taica Sanchez.
COP. 4360

Instrumento de validación.

Usted ha sido seleccionado para evaluar el instrumento, que hace parte de la investigación denominada "Percepción del trato humanizado en la atención del parto en las púerperas inmediatas del Centro de Salud Zarumilla; Tumbes 2024", elaborado por la Bachiller en Obstetricia: Gonza Peña, Julitza Elizeth con la finalidad de ejecutarlo, para optar al Título de Licenciada en Obstetricia.

Grado académico del evaluador: Mg. Vílchez Castro, Paul

En este punto, se debe asignar a cada ítems una puntuación en base a cinco posibilidades:

1= No cumple con el criterio (los ítems no son suficiente para medir l dimensión)

2= Bajo nivel (los ítems miden algún aspecto de la dimensión, pero no corresponden con la dimensión total)

3= Moderado nivel (Se deben incrementar algunos ítems para poder evaluar la dimensión completamente)

4= Alto nivel (Los ítems son suficientes)

5= Muy alto nivel (Los ítems evalúan completamente la dimensión)

5= Muy alto nivel (Los ítems evalúan completamente la dimensión)

N°	PREGUNTAS	ESCALA DE VALIDACIÓN				
		1	2	3	4	5
1	Considera Ud. ¿Qué los ítems del instrumento miden lo que se pretende medir?	1	2	3	4	5
2	Considera Ud. ¿Qué la cantidad de ítems registrados en esta versión son suficientes para tener una comprensión de la materia de estudio?	1	2	3	4	5
3	Considera Ud. ¿Qué los ítems en este instrumento son una muestra representativa del universo, materia en el estudio?	1	2	3	4	5
4	Considera Ud. ¿Qué los conceptos utilizados en este instrumento son propios de la variable en estudio?	1	2	3	4	5
5	Considera Ud. ¿Qué todos los ítems tienen el mismo objetivo?	1	2	3	4	5
6	Considera Ud. ¿Qué el lenguaje utilizado en el instrumento es claro, sencillo y no da lugar a diversas interpretaciones?	1	2	3	4	5
7	Considera Ud. ¿Qué la estructura del instrumento es adecuada?	1	2	3	4	5
8	Considera Ud. ¿Qué las escalas de medición utilizadas son pertinentes a los de la materia en estudio?	1	2	3	4	5
9	Considera Ud. ¿Qué si aplicamos este instrumento otros servicios obtendríamos los mismos resultados?	1	2	3	4	5
10	¿Qué aspecto considera que se debería modificar, incrementar y/o deberían suprimirse?	1	2	3	4	5

Mg. Vílchez Castro, Paul



Instrumento de validación.

Usted ha sido seleccionado para evaluar el instrumento, que hace parte de la investigación denominada "Percepción del trato humanizado en la atención del parto en las púerperas inmediatas del Centro de Salud Zarumilla, Tumbes 2024", elaborado por la Bachiller en Obstetricia: Gonza Peña, Julitza Elizath, con la finalidad de ejecutarlo, para optar al Título de Licenciadas en Obstetricia.

Firma el evaluador: _____

Grado académico del evaluador: Magister en Gestión Pública / Especialista en Embarazos y Partos en Atención Obstétrica

En este punto, se debe asignar a cada ítem una puntuación en base a cinco posibilidades:

- 1= No cumple con el criterio (los ítems no son suficiente para medir la dimensión)
- 2= Bajo nivel (los ítems miden algún aspecto de la dimensión, pero no corresponden con la dimensión total)
- 3= Moderado nivel (Se deben incrementar algunos ítems para poder evaluar la dimensión completamente)
- 4= Alto nivel (Los ítems son suficientes)
- 5= Muy alto nivel (Los ítems evalúan completamente la dimensión)

N°	PREGUNTAS	ESCALA DE VALIDACIÓN				
1	Considera Ud. ¿Qué los ítems del instrumento miden lo que se pretende medir?	1	2	3	4	5
2	Considera Ud. ¿Qué la cantidad de ítems registrados en esta versión son suficientes para tener una comprensión de la materia de estudio?	1	2	3	4	5
3	Considera Ud. ¿Qué los ítems en este instrumento son una muestra representativa del universo, materia en el estudio?	1	2	3	4	5
4	Considera Ud. ¿Qué los conceptos utilizados en este instrumento son propios de la variable en estudio?	1	2	3	4	5
5	Considera Ud. ¿Qué todos los ítems tienen el mismo objetivo?	1	2	3	4	5
6	Considera Ud. ¿Qué el lenguaje utilizado en el instrumento es claro, sencillo y no da lugar a diversas interpretaciones?	1	2	3	4	5
7	Considera Ud. ¿Qué la estructura del instrumento es adecuada?	1	2	3	4	5
8	Considera Ud. ¿Qué las escalas de medición utilizadas son pertinentes a los de la materia en estudio?	1	2	3	4	5
10	¿Qué aspecto considera que se debería modificar, incrementar y/o deberían suprimirse? <u>Ninguno</u>	1	2	3	4	5

Dr. _____

Mg. Pedro D. Gonzales Palomino
OBSTETRA
COP: N° 20639

Anexo 3.

Solicitud de autorización para prueba piloto

**"AÑO DEL BICENTENARIO, DE LA CONSOLIDACIÓN DE NUESTRA
INDEPENDENCIA, Y DE LA CONMEMORACIÓN DE LAS HEROICAS
BATALLAS DE JUNÍN Y AYACUCHO"**

Tumbes, 23 de marzo 2024

Obs. Yullyana Castillo Merino

JEFE (a) DEL CENTRO DE SALUD PAMPA GRANDE

CENTRO DE SALUD PAMPAGRANDE	
RECIBIDO	
FECHA	23/03/24
HORA	10:13
FIRMA	

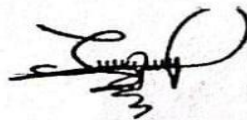
De mayor consideración:

Le saludo cordialmente y a la vez comunicar que me encuentro realizando un proyecto de investigación para recibir el grado de titulación en Obstetricia, dicho proyecto de investigación lleva como título: "Percepción del trato humanizado en la atención del parto en las puérperas inmediatas del Centro de Salud Pampa Grande, Tumbes 2024

Al respecto, solicito su autorización para la aplicación de la encuesta a las puérperas del servicio de obstetricia que usted dirige; para la debida recolección de datos, para mi prueba piloto.

Con la seguridad de contar con su apoyo le reitero a usted mis mayores consideraciones.

Atentamente:



Gonza Peña Julitza Elizeth
DNI:75557919
BACHILLER EN OBSTETRICIA

I. ANEXOS

Anexo 1.

Instrumento de evaluación.

Edad 18

Estado Civil Conviviente

Edad gestacional 41 ss

Personal que atiende el parto obstetra

Percepción en la preparación para el parto		Si	No
1	Te atendieron en un ambiente privado, y se refirieron a usted por su nombre.	<input checked="" type="checkbox"/>	0
2	La (el) obstetra le brindo la confianza necesaria y se ofreció a resolver cualquier duda que usted presente durante todo su trabajo de parto	<input checked="" type="checkbox"/>	0
3	Le informaron que el trabajo de parto varía de una mujer a otra, cuándo es primenza su periodo de dilatación durara entre (10 a 12 horas), mientras que en una mujer multipara durara entre (4 a 5 horas)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
4	Durante tu trabajo de parto la (el) obstetra te administro algun medicamento para acelerar el trabajo de parto	0	<input checked="" type="checkbox"/>
5	Te han realizado el tacto vaginal en menos de 2 horas	0	<input checked="" type="checkbox"/>
6	La (el) obstetra se acercado y ha evaluado el latido de tu bebe a través de ultrasonido Doppler en menos de 2 horas	<input checked="" type="checkbox"/>	0
7	Durante su trabajo de parto se le permitió que un familiar cercano le acompañara.	<input checked="" type="checkbox"/>	1
8	El obstetra te ha ayudado con el manejo del dolor ya sea con masajes, ejercicios de psicoprofilaxis haciendo uso de una pelota.	<input checked="" type="checkbox"/>	1
9	En la preparación del parto, el obstetra te ha enseñado como debe ser la respiración y el pujo correcto que debe realizar cuando se encuentre en sala de parto	<input checked="" type="checkbox"/>	0
10	Se te ha permitido comer o tomar liquido durante el trabajo de parto.	<input checked="" type="checkbox"/>	0
11	Te permitieron elegir la postura con la cual usted se sentía más cómoda para dar a luz.	<input checked="" type="checkbox"/>	0
12	Te permitieron deambular (caminar durante el trabajo de parto)	<input checked="" type="checkbox"/>	0

Anexo 4.

Confiabilidad de Cronbach

La prueba de confiabilidad de Cronbach es una medida común para evaluar la consistencia interna de un conjunto de ítems en una escala. Un valor más alto de alfa indica una mayor confiabilidad. Esta prueba se aplicó a una muestra de 10 púerperas inmediatas del centro de salud de Pampa Grande. Los resultados de las encuestas fueron los siguientes:

	Ítem																						total
	I1	I2	I3	I4	I5	I6	I7	I8	I9	I10	I11	I12	I13	I14	I15	I16	I17	I18	I19	I20	I21	I22	
E1	3	2	1	7	2	1	1	2	3	3	1	3	1	2	2	3	2	3	2	2	2	2	48
E2	1	1	1	1	2	1	1	2	2	1	1	2	2	2	1	3	2	3	2	2	1	1	34
E3	3	3	3	7	2	2	1	1	3	3	2	3	1	3	1	3	2	3	3	2	1	1	52
E4	2	3	1	1	2	1	1	2	3	2	1	2	1	3	2	2	2	2	2	2	2	2	39
E5	2	3	3	3	2	1	3	2	3	3	1	2	3	1	3	1	1	1	3	3	1	1	45
E6	3	3	1	7	2	1	1	2	3	2	1	2	1	3	1	3	2	3	3	3	3	3	50
E7	1	1	1	1	2	1	1	2	2	1	1	1	1	3	1	2	2	3	2	2	2	2	33
E 8	2	3	3	3	2	1	3	2	3	3	1	2	3	1	3	1	1	1	3	3	1	1	45
E9	2	2	3	2	2	1	1	2	3	1	2	3	2	2	2	2	1	2	3	2	1	1	41
E10	2	3	4	5	2	2	2	2	3	3	1	3	2	1	3	2	1	2	3	3	1	1	50
VAR	0.5 43	0.6 67	1.3 33	6.6 17	0.0 00	0.1 73	0.4 44	0.0 99	0.1 73	0.7 65	0.1 73	0.4 44	0.4 69	0.6 17	0.6 17	0.4 44	0.2 22	0.4 69	0.2 47	0.2 22	0.4 69	0.469	

Sumatoria De Varianzas 15.21

Varianza De La Suma De Los Ítems 45.14

Con estos datos, aplicamos la siguiente formula:

Donde:

k:	Número de ítems del instrumento:	21
$\sum_{i=1}^k S_i^2$:	Sumatoria de las varianzas de los ítems:	15.21
S_t^2 :	Varianza total del instrumento:	45.14

Aplicando la formula nos da un valor de **0.70** lo cual nos indica que el instrumento es **muy confiable**. Según la siguiente escala.

RANGO	CONFIABILIDAD
0.53 a menos	Confiabilidad nula
0.54 a 0.59	Confiabilidad baja
0.60 a 0.65	Confiable
0.66 a 0.71	Muy confiable
0.72 a 0.99	Excelente confiabilidad
1	Confiabilidad perfecta

Anexo 5:

Solicitud para estudio de ejecución

Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la
conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"

Tumbes, 05 de Febrero del 2025

CARTA N° 001 – 2024-GPJ

Lic obst. Cinthia Teresita Dios Tinoco

Jefa del centro de salud de Zarumilla

Asunto: Solicita facilidades para aplicación de encuesta

DIRECCION REGIONAL DE SALUD TUMBES	
MICRO REGION N° 1 ZARUMILLA	
MESA DE PARTES	
N° Reg.:	
N° Folio:	
Fecha:	03/02/25
Hora:	9:22am
Firma:	X

Presente: -

Es grato saludarle y mencionarle que, en el marco del proceso de formación en pregrado, he realizado el protocolo de investigación denominado: "Percepción del trato humanizado en la atención del parto en púerperas inmediatas del Centro de Salud Zarumilla; Tumbes 2024", elaborado por la Bachiller en Obstetricia: Gonza Peña, Julitza Elizeth, con la finalidad de ejecutarlo, para optar al Título de Licenciada en Obstetricia, cuya población objetivo es 40 púerperas inmediatas del servicio de sala de partos del Centro de Salud Zarumilla.

En ese sentido solicito tenga a bien brindarme las facilidades para la aplicación de un cuestionario anónimo a cada paciente y cumplir con los objetivos de la investigación. Precisar, además, el compromiso de derivar los resultados obtenidos en la encuesta como medio de información para su conocimiento.

Agradezco la atención, deseándole éxitos en su gestión.

Atentamente.



Gonza Peña, Julitza Elizeth

75557919

Anexo 6.

Consentimiento informado

Yo... .. Identificado con D.N.I N.º, deseo participar libre y voluntariamente, en el estudio Investigación Titulado “Percepción del trato humanizado en la atención del parto en puérperas inmediatas del Centro de Salud Zarumilla; Tumbes 2024 que será realizado por la Bachiller en Obstetricia de la Universidad Nacional de Tumbes: Gonza Peña, Julitza Elizeth

Acepto, participar de las entrevistas, asumiendo que las informaciones dadas serán solo de conocimiento a los investigadores y sus asesores, quienes garantizan el secreto y respeto a mi privacidad. Estoy consciente que el informe final de la investigación será publicado, no siendo mencionados los nombres de los participantes, teniendo libertad de retirar mi consentimiento en cualquier momento y dejar de participar el estudio sin que esto genere algún juicio y/o gastos. Sé que de tener dudas sobre mi participación podre aclararlas con los investigadores.

Después de las aclaraciones realizadas consiento participar de la presente investigación.

Nombres y Apellidos:

DNI:

Anexo 7. Matriz de consistencia

Problema	Objetivo	Hipótesis	Variables	Metodología	Recolección de datos/instrumentos
<p>¿Cuáles es la percepción del trato humanizado en la atención del parto, que presentan las puérperas inmediatas del Centro de Salud Zarumilla</p>	<p>Determinar la percepción del trato humanizado en la atención del parto, que presentan las puérperas inmediatas del Centro de Salud Zarumilla</p> <p>Objetivos Específicos</p> <p>Identificar la percepción del trato humanizado en la preparación para atención del parto, que presentan las puérperas inmediatas</p>	<p>La hipótesis es inherente dado el diseño de investigación</p>	<p>percepción del trato humanizado</p>	<p>Tipo de investigación:</p> <p>El presente trabajo de investigación es un estudio que corresponde a una investigación con enfoque cuantitativo de tipo descriptivo simple, no experimental, de corte transversal.</p> <p>Diseño de investigación</p> <p>El diseño de investigación no experimental</p> <p>Donde:</p> <p>M → O</p> <p>M= Muestra</p>	<p>Técnica</p> <p>La técnica es la encuesta</p> <p>Instrumento</p> <p>Como instrumento se aplicará un cuestionario diseñado de acuerdo con sus dimensiones de la investigación. Está conformado por 22 preguntas de las cuales estarán distribuidas en 3 secciones:</p> <p>Muestra: 40 puérperas inmediatas</p>

	<p>del Centro de Salud Zarumilla</p> <p>Describir la percepción del trato humanizado durante la atención del parto, que presentan las puérperas inmediatas del Centro de Salud Zarumilla</p> <p>Determinar la percepción del trato humanizado después de la atención del parto, que presentan las puérperas inmediatas del Centro de Salud Zarumilla</p>			<p>O= Observación</p> <p>Y= características de gestantes con depresión</p>	
--	--	--	--	--	--

Anexo 8. Operacionalización de la variable

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Tipo de variable
Percepción del trato humanizado en la atención del parto	Interacción dinámica entre el cuidador y el paciente para una adecuada atención del parto respetando la integridad social, cultural del paciente en el marco de sus derechos (23)	Valoración de la atención del parto en tres momentos	Percepción en la preparación del parto	Trato	Nominal
				Información	Nominal
				Instrumentación	Nominal
				Técnicas de relajación	Nominal
				Manejo obstétrico	Nominal
			Percepción durante el parto	Toma de decisiones	Nominal
				Comunicación	Nominal
				Instrumentación	Nominal
				Medidas obstétricas	Nominal
			Percepción después del parto	Terapéutica	Nominal
				Prevención	Nominal
				vinculación afectiva	Nominal
				Violencia obstétrica	Nominal

Anexo 9. Tablas complementarias

Estado civil

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Conviviente	24	60.0	60.0	60.0
	Casada	9	22.5	22.5	82.5
	Madre soltera	7	17.5	17.5	100.0
	Total	40	100.0	100.0	

Grado de instrucción

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Secundaria	31	77.5	77.5	77.5
	Superior no universitario	7	17.5	17.5	95.0
	Superior universitario	2	5.0	5.0	100.0
	Total	40	100.0	100.0	

		Estadístico	Error estándar	
Edad	Media	28.8250	1.06752	
	95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	26.6657	
		Límite superior	30.9843	
	Media recortada al 5%	28.8611		
	Mediana	30.5000		
	Varianza	45.584		
	Desviación estándar	6.75159		
	Mínimo	16.00		
	Máximo	40.00		
	Rango	24.00		
	Rango Inter cuartil	11.00		
	Asimetría	-0.271	0.374	
	Curtosis	-1.065	0.733	
	Edad gestacional	Media	37.9750	0.26911
95% de intervalo de confianza para la media		Límite inferior	37.4307	
		Límite superior	38.5193	
Media recortada al 5%		38.1111		
Mediana		38.0000		
Varianza		2.897		
Desviación estándar		1.70200		
Mínimo		30.00		
Máximo		41.00		
Rango		11.00		
Rango Inter cuartil		2.00		
Asimetría		-2.488	0.374	
Curtosis		11.835	0.733	