

**UNIVERSIDAD PARTICULAR DE CHICLAYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**



TESIS

**PERCEPCION DE LAS PUERPERAS SOBRE LA ATENCION DE PARTO
HUMANIZADO SEGÚN PARIDAD EN IPRESS REQUE-2024**

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE OBSTETRA

AUTORA:

BACH. TOCTO OCUPA, YOEXI YANINA

ASESOR:

MG. OBSTETRA NUÑEZ CABRERA, FILOMELA
Código ORCID: 0000-0002 – 5463– 5883

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:
Salud Materna y Perinatal

CHICLAYO – PERU
2025



DECLARACIÓN DE ORIGINALIDAD DE LA INVESTIGACIÓN

Yo, Nuñez Cabrera, Filomela, asesor (a) del Programa/Escuela de OBSTETRICIA; he realizado el debido control de originalidad de la investigación, el mismo que está dentro de los porcentajes establecidos para el nivel de pregrado/posgrado, según la Directiva de similitud vigente en la UDCH; además certifico que la versión que hace entrega es la versión final del informe cuyo Título es: **"PERCEPCION DE LAS PUERPERAS SOBRE LA ATENCION DE PARTO HUMANIZADO SEGÚN PARIDAD EN IPRESS REQUE-2024"**; presentado por la estudiante:

YOEXI YANINA TOCTO OCUPA

Se deja constancia que la investigación antes indicada tiene un índice de similitud del 27 %, verificable en el reporte final del análisis de originalidad mediante el software de similitud TURNITIN de la Universidad Particular de Chiclayo.

Por lo que se concluye que, cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio y cumple con lo establecido en la Directiva sobre el nivel de similitud de productos acreditables de investigación vigente.

Pimentel, 22 de Enero del 2025


Obsta. Filomela Núñez Cabrera
COP 11048



UNIVERSIDAD PARTICULAR DE CHICLAYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
COMISION DE GRADOS Y TITULOS



ACTA DE SUSTENTACIÓN PARA TITULO PROFESIONAL

En Chiclayo, a los tres días del mes de marzo del año dos mil veinticinco, ante el Jurado constituido por:

PRESIDENTE : **DRA. NORMA TATIANA MILIAN LIZA DE ESCOBAR**
SECRETARIA : **MG. CAROLA VILCHEZ PIEDRA**
VOCAL : **MICROBIOLOGA ASCENCION CARMEN LILIANA MORENO DE LA CRUZ**

La Graduada : **TOCTO OCUPA YOEXI YANINA**

El título de la Tesis a sustentar es: **PERCEPCIÓN DE LAS PUERPERAS SOBRE LA ATENCIÓN DE PARTO HUMANIZADO SEGÚN SU PARIDAD EN IPRESS REQUE - 2024;**

Para optar el Título Profesional de **OBSTETRA**, obteniendo el siguiente calificativo: aprobado por MAYORÍA

DRA. NORMA TATIANA MILIAN LIZA DE ESCOBAR
Presidente

MG. CAROLA VILCHEZ PIEDRA
Secretaria

MICROBIOLOGA ASCENCION CARMEN LILIANA MORENO DE LA CRUZ
Vocal

DEDICATORIA

A Dios, quien me ha brindado la sabiduría, quien fue mi testigo de mis triunfos y caídas en cada paso de este camino académico, y a mi hermana GUEBI TOCTO OCUPA , quien siempre me ha motivado a superar en cada obstáculo que se me ha presentado en la vida. Y por brindarme su apoyo económico y emocional.

YANINA TOCTO

AGRADECIMIENTO

Mi gratitud es para mi asesora y docentes de la Universidad Particular de Chiclayo, que, en el transcurso de mi carrera, me orientaron y fueron apoyo y guía de esta investigación.

.

YANINA TOCTO

INDICE DE CONTENIDOS

	Pág.
DEDICATORIA	04
AGRADECIMIENTO	05
INDICE DE CONTENIDOS	06
INDICE DE TABLAS	07
RESUMEN	08
ABSTRACT	09
I. INTRODUCCION	10
II. DESARROLLO	14
III. METODOLOGÍA	28
3.1. Tipo de investigación	28
3.2. Diseño de Investigación	28
3.3. Variables y operacionalización	28
3.4. Población, muestra y muestreo	31
3.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	31
3.6. Procedimiento de recolección de datos	32
3.7. Técnicas de procesamiento y análisis de datos	32
3.8. Consideraciones éticas	32
IV. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS	34
V. CONCLUSIONES	38
VI. RECOMENDACIONES	39
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	40
VIII. ANEXOS	41

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y GINECO OBSTÉTRICAS DE LAS PUÉRPERAS.....	32
.TABLA 2. NIVEL DE PERCEPCIÓN DE LAS PUÉRPERAS PRIMIGESTAS SOBRE EL PARTO HUMANIZADO.....	34
TABLA 3. PERCEPCIÓN DE LAS PUÉRPERAS MULTIGESTAS SOBRE EL PARTO HUMANIZADO.....	¡Error! Marcador no definido.5

RESUMEN

Con el objetivo general de determinar el nivel de percepción de las puérperas sobre la atención del parto humanizado según paridad en IPRESS Reque año 2024. Se efectuó la siguiente investigación cuantitativa, retrospectiva y transversal de diseño descriptivo no experimental.

La población la constituyeron 90 puérperas que fueron atendidas en la IPRESS Reque por parto institucional sin complicaciones maternas perinatal.

Los principales resultados fueron: La percepción de las puérperas en la atención del parto humanizado en la IPRESS Reque, en general es del 90% (81) buena, el 10% (9) es regular y no se observa mala percepción. Los factores socioeconómicos y gineco-obstétricos predominantes son el grupo etario 28.9% (26) entre 26 a 29 años de edad, convivientes con el 45.6% (41), el 53.3% (48) tiene secundaria, el 50.0% (45) es ama de casa y el 53.3% (48) tiene entre 2 a 3 hijos. Del total de puérperas (90), 22 son primigestas, de las cuales el 86.4% (19) tienen el nivel de percepción bueno y el 13.6% (3) regular; recalcando que no se encontraron casos de mala percepción para las primigestas. Del total de puérperas (90), son 68 las que conforman el grupo de multíparas, dentro del cual se observa que el 91.2% (62) tienen el nivel de percepción bueno y el 8.8% (6) es regular; también hay que recalcar que no se encontraron casos de mala percepción para este grupo. Por lo que se puede decir que para la población observada son las multigestas quienes tienen un grado de percepción bueno bastante alto (68.9%).

Palabras Claves: Paridad, percepción, puérperas y parto humanizado

ABSTRACT

With the general objective of determining the level of perception of puerperal women on humanized birth care according to parity in IPRESS Reque year 2024. The following quantitative, retrospective and cross-sectional research of non-experimental descriptive design was carried out.

The population consisted of 90 puerperal women who were attended at the IPRESS Reque for institutional birth without perinatal maternal complications.

The main results were: The perception of puerperal women in humanized birth care at the IPRESS Reque, in general is 90% (81) good, 10% (9) is regular and no bad perception is observed. The predominant socioeconomic and gynecological-obstetric factors are 28.9% (26) between 26 and 29 years of age, 45.6% (41) living together, 53.3% (48) have secondary education, 50.0% (45) are housewives and 53.3% (48) have 2 to 3 children. Of the total number of postpartum women (90), 22 are primiparous, of which 86.4% (19) have a good level of perception and 13.6% (3) a regular one; emphasizing that no cases of poor perception were found for primiparous women. Of the total number of postpartum women (90), 68 make up the multiparous group, within which it is observed that 91.2% (62) have a good level of perception and 8.8% (6) is regular; It should also be noted that no cases of poor perception were found for this group. Therefore, it can be said that for the population observed, it is the multi-pregnant women who have a fairly high degree of good perception (68.9%).

Keywords: Parity, perception, puerperal women and humanized childbirth

I. INTRODUCCIÓN

Para la gestante y el niño por nacer, la diferencia entre la vida y la muerte se da en la atención oportuna y de calidad de la atención prenatal, del parto y el puerperio; el organismo especializado a nivel mundial emite políticas de prevención, promoción e intervención: la Organización Mundial de la Salud (OMS) resalta que muchas de las muertes maternas son evitables y son muy conocidas el manejo de las complicaciones como el acceso a la atención prenatal, a la atención especializada durante el parto, y a la atención en las primeras semanas tras el parto. (1)

En la mujer, el periodo gestacional se imprime por siempre considerando que no solo es un proceso biológico, sino también representa la formación de un nuevo ser. Hubo cambios importantes en la forma de atención de la gestante durante el embarazo, parto y puerperio, para reducir la estadística de mortalidad materna y perinatal. Es necesario identificar que la gestante necesita sentir la seguridad y confianza, que le brinda el profesional de la salud logrando que el parto sea una experiencia positiva. (2)

Brindar una óptima calidad de los servicios en los establecimientos que realizan atención materna perinatal en nuestro país, es una estrategia primordial, para lo cual, es indispensable contar con herramientas normativas que faciliten la estandarización de los servicios brindados, así homogenizar el desempeño de los profesionales. (3)

Evaluar el nivel de percepción nos conduce a analizar la atención brindada a la usuaria, específicamente en la atención del parto humanizado. Este proceso nos permite fortalecer la calidad de atención a través de la adecuación de los recursos humanos y materiales. (4)

La gestación es un valioso acontecimiento con una significancia valiosa en la vida de la mujer y en su familia, esperando recibir en ese momento una atención adecuada y donde se respeten sus derechos; especialmente en el parto, dolorosa vivencia de gestantes. Por ello, es importante que el profesional de la salud brinde apoyo, cree un entorno que permita a las mujeres ganar autonomía sobre el

proceso del parto y así poder garantizar una vivencia digna y positiva, asegurando la satisfacción de la gestante y fomentando su participación y la del acompañante durante su atención. (5)

El modelo biomédico estandarizado en las instituciones sanitarias encamina a la deshumanización en la atención, dando como resultado experiencias negativas, al no considerar aspectos emocionales, culturales y sociales. Todo esto constituye una violencia contra la parturienta en el parto institucional perjudicando los estándares de calidad de atención. En muchos países se garantiza una mejor experiencia de parto a través de la atención humanizada, sin embargo, los resultados de las investigaciones concluyen una escasa efectividad. (6)

A partir del siglo XX, a nivel mundial el parto empieza a atenderse en hospitales, con el propósito de disminuir la morbilidad y mortalidad materno perinatal, convirtiéndolo en un “acto médico”, de esta manera los familiares pierden protagonismo y aceptan las normas de las instituciones sanitarias. Los profesionales empiezan a tener control de las decisiones, haciendo uso de tecnología y procedimientos, alejando a las gestantes de un parto natural. (7)

Considerando la gran conmoción que genera el bienestar de la paciente, es de gran significancia que los profesionales cumplan con los estándares de calidad. En la actualidad, la calidad de atención recibida por la gestante en el embarazo, parto y puerperio podría ser afectada debido a las acciones de los profesionales participantes en la atención que en ocasiones ejercen medidas no bien toleradas y que pueden ser consideradas como vulneración a sus derechos sexuales y reproductivos. (8)

Según la OMS, aproximadamente 585 mil mujeres embarazadas pierden la vida debido a diversas complicaciones durante el embarazo y el parto en todo el mundo. Se destaca que el 99% de estos fallecimientos ocurren en países desarrollados. Como medida estratégica en 2016, se propuso en los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) una nueva agenda con el fin de erradicar la mortalidad materna. La meta establecida, denominada Meta 3.1, busca reducir la tasa de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100,000 nacidos vivos para el año 2030.(9)

Los Objetivos del Desarrollo del Milenio (ODM) en su numeral cinco, colocan al Perú como uno de los países de América Latina que más avanzó. En el año 1990, la Razón de Mortalidad Materna (RMM) era de 251 muertes por cada 100,000 nacidos vivos, superado por las naciones más pobres del continente: Haití, Bolivia y Honduras. (10) Para 2015, Perú tuvo una RMM de 68. Aunque la meta era de 66 defunciones por cada 100,000 nacidos vivos, fue uno de los 20 países que más habían reducido la mortalidad materna, no obstante que la tasa de muerte materna ha disminuido en los últimos años a 58.7 por 10 000 nacidos vivos al 2021, aun significa un problema de salud pública, identificándose como causas importantes la hemorragia, la sepsis, entre otras. (11) (12)

Los procesos estandarizados, listas de chequeos, entrenamiento en trabajo en equipo y escenarios de simulación en obstetricia son estrategias de mejora en el fortalecimiento de la atención obstétrica, ofreciendo la oportunidad de identificar aéreas y acciones que deben ser mejoradas y permite la educación médica continua de alta calidad en situaciones catastróficas que no son comunes en las salas de partos. (13)

El Instituto Nacional Materno Perinatal realiza talleres de capacitación en estandarización de competencias en atención de parto, prevención, detección y manejo de las emergencias obstétricas aplicando las claves obstétricas, para contribuir a mejorar la calidad de atención de la población materna a través de la capacitación del personal de salud para que brinden una atención integral, segura y eficiente, siempre bajo un enfoque humanizado, de género y, sobre todo, respetando los derechos sexuales y reproductivos. (14)

A través de experiencias concretas, se ha identificado una problemática en la que un número reducido de puérperas expresan insatisfacción con la atención recibida durante el proceso de parto, por parte de diferentes integrantes del equipo multidisciplinario de salud y en los diferentes ambientes desde el ingreso al establecimiento; debido a diversas situaciones como trato desconsiderado, impaciencia, demoras en la atención, falta de explicaciones sobre medicamentos aplicados o exámenes realizados y otras expresiones de descontento. Actualmente alrededor de 110 gestantes son atendidas, pero solo el 40% se atienden el parto

en la IPRESS ya que muchas de ellas son referidas por complicaciones y alguna excepcionalmente elige una clínica privada.

Por lo antes mencionado se formula la siguiente interrogante: ¿Cuál es el nivel de percepción sobre la atención del parto humanizado en puérperas según paridad en IPRESS Reque?

El propósito de la presente investigación es comprender la relevancia de evaluar el nivel de percepción de las puérperas respecto a la atención de parto humanizado e identificar las necesidades específicas de las usuarias y mejorar la prestación de servicios; se justifica dado que el proceso de parto requiere de una atención oportuna y de calidad; para ello es indispensable contar con personal entrenado, sensibilizado para cubrir las necesidades humanas de la gestante, logrando una atención con todos los estándares de calidad, cumpliendo protocolos actuales y brinden seguridad a la gestante y feto. La IPRESS Reque, categorizada nivel I – 4, brinda atención las 24 horas a gestantes procedentes de los distritos de: Zaña, Cayalti, Lagunas, Reque y de otros distritos aledaños, formadora de futuros profesionales de salud requiere mantener sus competencias en la atención del embarazo, parto o puerperio.

El presente estudio tiene como objetivo general: determinar el nivel de percepción de las puérperas sobre la atención del parto humanizado según paridad en IPRESS Reque y como objetivos específicos: Describir las características sociodemográficas y gineco-obstétricas de las puérperas. Establecer el nivel de percepción de las puérperas primigestas sobre el parto humanizado. Establecer el nivel de percepción de las puérperas multigestas sobre el parto humanizado.

II. DESARROLLO

A nivel internacional se tiene la investigación realizada por:

Choez E (Ecuador, 2023), en su estudio nos menciona que la fase final del embarazo, conocida como trabajo de parto, desempeña un papel crucial al establecer el vínculo con el recién nacido. Para la madre, esta experiencia va más allá de dar vida a un hijo, ya que la prepara para su cuidado. Sin embargo, es importante destacar que el proceso puede acarrear consecuencias significativas tanto para la madre como para el niño, que, de no ser controladas, podrían desencadenar efectos a corto plazo como la depresión y el estrés postparto, así como a largo plazo, como el deterioro cognitivo con impacto directo en el recién nacido. A pesar de estos beneficios, es esencial cumplir con las políticas de humanización del parto, ya que persiste una prevalencia significativa de partos no humanizados en Latinoamérica. En resumen, se destaca la importancia de iniciar la atención al parto humanizado desde la etapa de preconcepción, fundamentándose en la evidencia científica. Esta atención debe ser regionalizada, abordada de manera multidisciplinaria e integral, centrada en las familias, culturalmente adecuada, y debe respetar las decisiones de las mujeres, así como su privacidad, confidencialidad y dignidad. (15)

Cai V et al (Senegal, 2022), su estudio tuvo como objetivo analizar la experiencia de atención de las mujeres con respecto a la intervención del parto humanizado en Senegal. La metodología utilizada fue Investigación cualitativa basada en un estudio de caso múltiple. Los resultados fueron: las mujeres que dieron a luz después de la intervención valoraron su experiencia debido a cambios como la oportunidad de comer y beber, estar acompañadas por una persona de confianza y elegir su posición durante el parto. Sin embargo, fue la forma en que las mujeres fueron recibidas en el establecimiento de salud y la actitud de los profesionales de salud fueron determinantes en su nivel de satisfacción con la atención. Pocas mujeres se beneficiaron de todos los componentes de la intervención. Las dificultades encontradas en la implementación como salas de parto no funcionales.(6)

García F et al (México, 2020), En su artículo titulado “Percepción del parto humanizado”, que tiene como objetivo conocer el nivel de percepción de parto humanizado en las pacientes en periodo de puerperio. Investigación que se realizó a una población de 190 puérperas. Como resultados se obtuvo que la percepción del parto humanizado fue inadecuada en el 56.8%, regular en el 34.7% y adecuada en el 8.4%. Finalmente se concluyó que la percepción de parto humanizado fue inadecuada, debido a que no se les brinda orientación adecuada en cuanto al manejo del dolor, el poder elegir la posición del trabajo de parto y la posibilidad de que un acompañante estuviera presente durante su labor de parto y nacimiento de su bebe. (16)

A nivel nacional se tiene las investigaciones realizadas por:

Huarino M. (Perú, 2021), llevó a cabo un estudio con el objetivo de detectar la presencia de violencia obstétrica en mujeres que experimentaron parto vaginal en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, Perú. Utilizando el Cuestionario de Violencia Obstétrica (CVO), se encuestó a 250 puérperas de 18 a 45 años que habían tenido partos vaginales sin complicaciones y con recién nacidos saludables entre agosto y noviembre de 2019. Los datos fueron analizados con el programa SPSS versión 29. Los resultados revelaron que la mayoría de las puérperas tenían entre 30 y 45 años (57,6%). Respecto a la atención obstétrica, se observó que algunas veces o nunca recibieron información (34,8%). La violencia obstétrica se atribuyó principalmente a la falta de información y consentimiento (85,2%), trato deshumanizado (90,4%), y patologización o medicalización (99,6%). La conclusión destacó la presencia de violencia obstétrica, evidenciada por la falta de permiso para el acompañamiento, la falta de elección en la posición de parto y la práctica rutinaria de la episiotomía. Se enfatizó que cualquier conducta, acción u omisión que afecte la atención de la gestante o puérpera es suficiente para considerar la presencia de violencia obstétrica. (17)

Capuñay, (Perú, 2019), realizó su estudio en el hospital San Bartolomé, que tiene como objetivo determinar las características de la atención del parto humanizado, donde participaron 216 gestantes. Se obtuvo como conclusión que un gran porcentaje de gestantes no estuvieron acompañadas durante su trabajo de parto, que solo un pequeño porcentaje recibe analgesia de parto cuando lo solicita y que

la mayoría de gestantes si estuvieron informadas de los procedimientos que se les realiza. (18)

Huamán L. (Perú, 2019), este estudio tuvo como propósito evaluar la percepción de las puérperas respecto a la atención humanizada del parto en el Hospital II-E Simón Bolívar de Cajamarca, en el año 2019. La muestra consistió en 206 puérperas seleccionadas mediante muestreo probabilístico. Los resultados revelaron que el 69,9% de las puérperas pertenecía al grupo de 18 a 29 años; dentro de este grupo, el 41,3% eran primíparas, el 32,0% multigestas y el 26,7% segundigestas. Al analizar las dimensiones específicas, el 83% de las puérperas evaluó positivamente el trato profesional durante la atención del parto, mientras que el 14,6% lo consideró regular y solo el 2,4% lo describió como malo. En relación al acompañamiento, el 80% indicó que no se le permitió la compañía de ningún familiar. Respecto a la elección de la posición del parto, el 61,2% informó que se les permitió elegir, mientras que el 38,8% indicó lo contrario. En cuanto al manejo del dolor, el 83,5% lo consideró bueno, el 12,6% regular y el 3,9% malo. En conclusión, la percepción de la atención del parto humanizado en el hospital de Cajamarca fue mayormente positiva, aunque se identificaron áreas que necesitan mejorar. (19)

En el ámbito local se logró identificar a los siguientes investigadores:

Fernández C (Perú, 2023), Con el objetivo general de determinar el grado de satisfacción de las gestantes en relación a la atención del parto en la IPRESS Reque, se realizó una investigación de tipo cuantitativa, observacional, retrospectivo, transversal. La población la constituyeron 160 puérperas atendidas en el C.S antes referido. La muestra estuvo representada por 96 puérperas según fórmula de tamaño muestral. Los resultados fueron: El 45.83% de las puérperas manifestaron estar satisfechas en relación a la atención al parto, seguido de un 43.75% las cuales se sentían muy satisfechas; por otro lado, en un bajo porcentaje, el 06.25% y 04.17% de las puérperas manifestaron estar neutrales e insatisfechas respectivamente. Predominaron las puérperas entre 18 y 23 años (45.83%), procedentes de zonas urbanas (65.63%), amas de casa (61.46%), con estudios secundarios completos (45.83%), convivientes (58.33%) y primíparas (51.04%). (20)

Tullume E (Perú, 2020), realizó un estudio que tiene como objetivo determinar la calidad de servicio y actitud del personal de salud sobre la atención de parto en puérperas. Se trabajó con una población de 108 puérperas. En su resultado obtuvo que-hay relación entre la respuesta rápida de la atención del parto y la actitud del personal de salud. Y como recomendación se propuso que se debe invertir en equipos, infraestructura y equipamiento biomédico, así como la seguridad integral de las pacientes. (21)

Base teórica

El parto representa el proceso fisiológico mediante el cual el feto es expulsado del útero hacia el mundo exterior, constituyendo un momento único y significativo en la vida de la mujer y en la dinámica de pareja. En los últimos años, en nuestro país, se ha observado un cambio conceptual en la atención al parto, donde se enfatiza que la gestante sea el foco central de la atención recibida. Este enfoque promueve la humanización, el monitoreo fetal y el manejo del dolor como pilares fundamentales en la asistencia al parto. El nacimiento de un bebé sano no ocurre por casualidad, sino como resultado de una serie de cuidados y atenciones ofrecidos con dedicación y profesionalismo. Por lo tanto, la gestante debe desempeñar un papel protagónico y asumir la responsabilidad en la toma de decisiones durante el proceso de parto. Es esencial que, durante la asistencia al parto, se priorice la seguridad y la salud tanto de la madre como del recién nacido, con el objetivo final de garantizar el bienestar de ambos a lo largo de todo el proceso. (22)

Para el Ministerio de Salud – Perú, en su normativa vigente conceptúa el parto como “la expulsión o extracción fuera del útero del producto de la concepción de 22 o más semanas de edad gestacional y de 500 gramos o más de peso, más los anexos (placenta, cordón umbilical y membranas)”. (23)

Tipos de parto:

El parto medicalizado se fundamenta en la monitorización constante del estado fetal, utilizando técnicas bioquímicas y biofísicas adecuadas, así como en la

regulación de las contracciones cuando sea necesario. También es común la ruptura temprana de la bolsa amniótica para acelerar la dilatación y examinar el aspecto y el color del líquido amniótico. Estas medidas son seguras si se aplican con precisión. El objetivo es acortar la duración del parto y hacerlo más manejable, buscando mantenerlo dentro de los parámetros de normalidad sin aumentar los riesgos para la madre o el bebé, sino todo lo contrario. En algunos casos, razones médicas como hipertensión o diabetes materna, o problemas fetales como el crecimiento restringido, pueden requerir la finalización del embarazo, o simplemente puede ser programado por razones de conveniencia, denominado parto programado por "motivo social". Aunque los resultados suelen ser favorables, a veces esto puede llevar a una intervención médica excesiva. En la actualidad, se lleva a cabo una inducción médica del parto en aproximadamente el 10% de los casos. La preparación a través de ejercicios de relajación, respiración y entrenamiento muscular, junto con un mayor conocimiento del proceso fisiológico, puede reducir la ansiedad ante el parto y fomentar la colaboración activa de la mujer durante el proceso. (22)

El parto natural:

Se caracteriza por prescindir de cualquier tipo de medicación durante el proceso de dar a luz. Se basa en permitir que la naturaleza siga su curso, con un mínimo de intervención tecnológica y medicamentosa, y con una atención médica artificial limitada o incluso nula, permitiendo que la mujer dirija el proceso del trabajo de parto y el parto de la manera que le resulte más cómoda. Actualmente, en algunos entornos se practica lo que se conoce como "parto natural en clínica", donde el personal médico asiste el parto con el objetivo de preservar su naturalidad. En este enfoque, no se administran fármacos ni sedantes, y se permite a la paciente moverse libremente y adoptar la posición que prefiera durante la fase de expulsión. Muchas mujeres con embarazos de bajo riesgo eligen este enfoque natural para evitar las posibles complicaciones asociadas con los medicamentos, tanto para ellas como para sus bebés. Los analgésicos pueden interferir con el proceso de parto, pudiendo disminuir la presión arterial, alterar el ritmo del trabajo de parto, provocar náuseas y causar confusión y sensación de pérdida de control. (22)

Parto Humanizado:

El concepto de parto humanizado o parto respetado se refiere a un enfoque que busca respetar los cambios emocionales y creencias culturales de la gestante y su familia. Esto implica considerar el entorno en donde se produce el parto, las personas que la acompañan, la empatía del personal de salud, la posición que elijan durante el parto, la movilidad y el consumo de alimentos que la paciente desee. El objetivo es tomar medidas que beneficien y eviten intervenciones que no son necesarias, con el fin de crear una experiencia especial para la mujer y su familia. (22)

El propósito es promover el proceso de parto con la menor intervención necesaria para garantizar la seguridad tanto de la madre como del bebé, sin prescindir de las ventajas de control y rapidez que ofrece la atención hospitalaria durante el parto. Se enfatiza que la atención al parto debe seguir el principio de que el nacimiento es un evento fisiológico, interviniendo solo en casos de desviaciones de la normalidad. Se busca proporcionar cuidados personalizados según las necesidades de cada mujer, respetando sus decisiones siempre y cuando no comprometan la seguridad y el bienestar de la madre y del bebé, ni pongan en riesgo las medidas de asepsia necesarias. Se fomenta un ambiente de confianza, seguridad e intimidad, donde se respete la privacidad, la dignidad y la confidencialidad de las mujeres. (22)

Respecto a las condiciones, se proporcionará a la gestante un documento informativo detallando las opciones de atención para el parto ofrecidas por este centro, y es crucial que lo comprenda y acepte. Por lo tanto, el equipo obstétrico le explicará en términos accesibles los procedimientos involucrados durante el parto. En ciertos casos específicos, puede requerirse el consentimiento por escrito de la gestante para determinadas intervenciones. Si en algún momento se presenta alguna complicación durante el proceso de parto, el equipo médico podrá aplicar el tratamiento necesario después de informar a la gestante. Desde el momento del ingreso, la responsabilidad y la toma de decisiones médicas recaerán exclusivamente en los profesionales de este centro, en acuerdo con los futuros padres. Ningún otro profesional, incluso si ha participado en la atención previa del embarazo, tendrá autoridad para tomar decisiones. (22)

En cuanto a su historia, el parto humanizado solía ser considerado un proceso natural y era atendido por parteras que tenían un conocimiento basado en la práctica tradicional y una comprensión del cuerpo femenino. Estas parteras se especializaban en la atención de partos mediante la práctica; todavía existen en la mayoría de los países, donde se les conoce como parteras tradicionales. (24)

En el siglo XVII, el colegio de médicos europeo, compuestos mayoritariamente por hombres con algunas excepciones, comenzaron a asumir el manejo del parto desde un enfoque médico, considerándolo como una enfermedad. Las mujeres embarazadas eran atendidas en camillas para mayor comodidad de los médicos, y se inventaron diferentes herramientas, como el fórceps, con el fin de facilitar su práctica médica. (4)

La OMS, emitió un total de 56 recomendaciones para los cuidados durante el parto, resultado de las consultas técnicas realizadas. De estas recomendaciones, 26 son nuevas y 30 se han incorporado a partir de las directrices existentes. Estas recomendaciones se presentan de acuerdo con el contexto de los cuidados durante el parto en los que son relevantes, abarcando la atención durante todo el proceso, desde el trabajo de parto hasta el alumbramiento, así como la atención inmediata del recién nacido y de la mujer después del parto. (1)

El movimiento para humanizar el embarazo, el parto y el nacimiento está arraigado en la defensa de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. Se opone a la mera conveniencia del personal hospitalario, abogando por un enfoque centrado en la mujer. En este sentido, todas las decisiones y acciones durante el parto deben priorizar el bienestar y las necesidades individuales de la mujer, respaldadas por un marco legal sólido, que urge ser implementado en Ecuador. A pesar de los avances, aún queda un largo camino por recorrer en hospitales y maternidades para garantizar un parto seguro y respetuoso, que atienda las necesidades físicas, emocionales, psicológicas, sociales y espirituales de las mujeres. (12)

Como principio general, se parte del supuesto de que toda mujer adulta tiene la capacidad de tomar decisiones autónomas con respecto a su embarazo y parto. Por lo tanto, está facultada para autorizar los cuidados y tratamientos necesarios a

través del consentimiento informado, que implica una expresión de conformidad libre, voluntaria, consciente e informada por parte de una persona competente con respecto a cualquier intervención que afecte a su salud. Es aconsejable planificar los cuidados anticipadamente, especialmente en el caso de las mujeres embarazadas, considerando la atención futura relacionada con su embarazo y parto. Esta anticipación se refiere a un proceso que promueve la vida y fortalece la relación clínica entre la mujer, los profesionales de la salud y su entorno familiar y personal. De este modo, la mujer y su pareja pueden comprender las características y consecuencias del embarazo y el parto, y reconocer este proceso como un evento vital normal, no como una enfermedad. (12)

Paridad: Se define al número de partos, tanto antes como después de las 22 semanas de gestación, e incluye: Nacimientos a término, nacimientos prematuros, abortos (embarazos que terminaron antes de las 22 semanas, ya sea inducidos o espontáneos) e hijos vivos. (25)

Parto vertical: Se refiere a aquel en el cual la mujer embarazada adopta una posición vertical durante el proceso de dar a luz, ya sea de pie, sentada, de rodillas o en cuclillas. El profesional de la salud se coloca frente o detrás de la mujer para asistir en el parto. Esto permite que el recién nacido actúe como resultado final de las fuerzas expulsivas, dirigiéndose hacia el canal de parto. Facilitando el nacimiento y reduce la probabilidad de traumatismos en el recién nacido. (24)

Interculturalidad: La interculturalidad en el contexto de la gestación es un enfoque que reconoce y valora la diversidad cultural de las mujeres embarazadas, promoviendo un cuidado de la salud materna respetuoso de sus tradiciones, creencias y prácticas culturales. (24)

Es fundamental comprender que cada mujer gestante proviene de un trasfondo cultural único, con sus propias normas, valores y conocimientos en relación con la salud y el embarazo. El enfoque intercultural busca garantizar que las mujeres sean tratadas de manera inclusiva y que se respeten sus derechos culturales, promoviendo una atención sensible a la diversidad. Para lograr esto, es importante establecer una comunicación efectiva y respetuosa con las gestantes, reconociendo, valorando sus conocimientos y creencias. Esto implica escuchar

activamente, preguntar y aprender sobre su cultura, tradiciones y prácticas relacionadas con el embarazo y el cuidado prenatal. (26)

Además, se deben tomar en cuenta las necesidades específicas de cada gestante, adaptando los servicios de atención prenatal para satisfacer sus requerimientos culturales. Esto puede implicar contar con personal de atención médica y partería capacitado en interculturalidad, así como contar con materiales informativos y educativos que sean culturalmente apropiados y comprensibles para las mujeres de diferentes contextos culturales. (15)

La interculturalidad en la atención prenatal también puede involucrar la colaboración con líderes comunitarios y mediadores culturales, quienes pueden facilitar la comunicación y el entendimiento entre el personal de salud y las gestantes de diferentes culturas. (23)

Trato profesional: En esta área se garantiza el derecho reproductivo de la mujer al recibir atención médica de calidad y respetuosa, sin ser víctima de ningún tipo de violencia obstétrica. Es crucial resaltar que el cuidado profesional también implica proporcionar un proceso de parto sin dolor. (27)

Atención personalizada: Se debe brindar una atención individualizada a la mujer desde su ingreso y de manera continua por parte del profesional en el trabajo de parto.

Acompañamiento: Es importante facilitar que la mujer tenga la posibilidad de ser acompañada durante el proceso de parto por la persona que ella elija.

La atención brindada por expertos y acompañantes: Durante el proceso de parto, resulta primordial tratar a las mujeres con profundo respeto, asegurándose el acceso a toda la información pertinente y haciendo que participen en las decisiones. El personal de salud debe establecer una relación empática, demostrando interés genuino por sus expectativas y necesidades, con el objetivo de ofrecerles apoyo y orientación. Asimismo, es fundamental aplicar de manera adecuada el concepto de consentimiento informado, tanto con los pacientes como con sus familiares. Las responsabilidades del acompañante incluyen: brindar apoyo físico y emocional a la paciente durante el trabajo de parto. Esto puede involucrar

tomar su mano para transmitir seguridad, colocar una toalla húmeda en su cuello o rostro para ayudarla a relajarse, proporcionar masajes en la parte baja de la espalda con una presión suave para aliviar el dolor, y acompañarla en movimientos necesarios durante las contracciones, asegurándose de que no resbale y permitiendo abrazos reconfortantes. (28)

Libre elección de la posición para el parto: Investigaciones han indicado que adoptar posturas verticales o caminar durante el trabajo de parto ayuda a la dilatación y reduce tanto la duración como el dolor del proceso, así como la probabilidad de necesitar una cesárea. Respecto al apoyo familiar durante el parto, se ha comprobado que tener a un ser querido presente proporciona un refuerzo emocional positivo para la mujer embarazada, promoviendo contracciones efectivas y facilitando la realización de ejercicios de dilatación y movilidad. (28)

Movilidad y variación de posturas en el trabajo de parto: Es recomendable alentar y brindar apoyo a las gestantes, incluso a aquellas que optan por la analgesia epidural, para que puedan elegir cualquier posición cómoda durante la dilatación y también si desean la movilización. (28)

Posición de parto:

La postura vertical, durante el parto presenta varias ventajas. Por ejemplo, esta posición puede aumentar los diámetros de la pelvis, con un incremento de 2 cm en el diámetro anteroposterior y de 1 cm en el diámetro transversal. Además, el uso de la gravedad proporciona un mayor apoyo, lo que hace que las contracciones uterinas sean más efectivas. La evidencia también sugiere que esta posición podría disminuir la necesidad de realizar episiotomías y de utilizar instrumentos durante el parto, según la recomendación 35 de la OMS. Sin embargo, es importante tener en cuenta que esta posición puede aumentar el riesgo de desgarros perineales y de una estimación excesiva del sangrado. (24)

Parto de pie, es fundamental implementar medidas de seguridad tanto para la madre como para el bebé. Esto incluye adaptar el entorno colocando una colchoneta en el suelo, en el área donde la mujer está pujando, para proporcionar comodidad y seguridad. El acompañante puede ofrecer soporte físico mientras la

mujer se sostiene o buscar un punto de apoyo adicional, como un cinturón o cuerda colgante. La posición del profesional de la salud que asiste al parto también debe ajustarse, típicamente sentado e inclinado para estar lo más cerca posible y recibir al bebé. Una vez que el cuerpo del bebé ha salido completamente, se le entrega a la madre para el contacto piel con piel en su regazo. Posteriormente, la madre puede ser acostada en la cama o sentada en una silla cercana para proceder con el alumbramiento, siguiendo los protocolos convencionales como la administración de oxitocina profiláctica. (24)

Durante el parto en posición sentada, se puede ofrecer asistencia tanto en una cama estándar como en una butaca obstétrica (también conocida como silla de parto), con el acompañante brindando apoyo en la espalda de la mujer. (24)

La posición horizontal, En la que la mujer se apoya en sus manos y rodillas favorece la rotación del feto, especialmente cuando está en una posición posterior, facilita el descenso del feto en general y está relacionada con una menor incidencia de desgarros perineales. Esta postura puede ser útil durante el parto en caso de que el bebé esté en posición pélvica. Al momento del nacimiento, se debe guiar al bebé a través de las piernas de la mujer hacia su regazo y luego ayudarla a sentarse. (24)

Manejo del dolor de parto: El manejo del dolor contribuye al bienestar emocional de la madre, asegurando un parto libre de dolor. Es crucial tener en cuenta las creencias de la madre si ella prefiere optar por medicina alternativa. Si decide utilizar medicamentos, es responsabilidad del médico explicar los posibles efectos secundarios. (27)

Enfoques para el alivio del dolor: El uso de agua caliente se considera un método efectivo para aliviar el dolor en la primera fase del parto. El masaje y el contacto físico reconfortante son opciones para aliviar el dolor tanto en la primera como en la segunda etapa del parto. Se recomienda alentar a las mujeres a utilizar pelotas de goma si desean hacerlo, ya que pueden ayudar a encontrar posturas más cómodas. Asimismo, se brinda apoyo para la elección de técnicas de relajación, como la respiración o la relajación muscular. (12)

Entre los enfoques no farmacológicos se encuentran el masaje en la zona lumbar, la aplicación de paños calientes, el uso de una pelota o balón de Pilates, la presencia constante del acompañante y la utilización de la terapia electro estimuladora sensorial nerviosa (TENS). (28)

Libertad de elegir alimentación, bebidas y parto humanizado: Es importante asegurar la hidratación de la mujer durante el trabajo de parto permitiéndole ingerir líquidos por vía oral, e incluso una dieta blanda si así lo desea. Es fundamental prevenir la deshidratación de la paciente, por lo que además de administrar líquidos a través de una vía intravenosa, se puede considerar la posibilidad de ofrecer una dieta normal si se encuentra en la etapa de maduración cervical, para que tenga suficiente energía durante el trabajo de parto, especialmente si este se prolonga por 24 horas. A menos que se planee realizar una cesárea, se recomienda que las mujeres reciban alimentos. (24)

Aspectos fisiológicos: De acuerdo con la Norma Técnica para la Atención del Parto Vertical con Adecuación Intercultural, emitida por el Ministerio de Salud, se destaca que la posición vertical durante el parto presenta ventajas fisiológicas. Al no comprimir los grandes vasos sanguíneos, como la aorta y la vena cava, no se generan alteraciones en la circulación materna ni en la irrigación de la placenta, lo que garantiza un adecuado suministro de oxígeno al feto. (10)

Además, se observa un mejor equilibrio ácido-base fetal tanto en la etapa de dilatación como en la de expulsión, lo que facilita la transición del feto al recién nacido. La posición vertical también favorece el apoyo de los miembros inferiores, lo cual ayuda en el proceso de nacimiento del bebé. Asimismo, se produce un aumento en los diámetros de la pelvis y del canal de parto, específicamente un incremento de 2 cm en el diámetro anteroposterior y 1 cm en el diámetro transversal. (9)

El beneficio de la gravedad en el parto vertical favorece el encajamiento y el descenso del feto, mientras que las contracciones uterinas suelen ser más intensas y menos frecuentes durante el trabajo de parto y la fase de expulsión. (10)

En el contexto intercultural, el parto tradicional humanizado representa un avance en la aplicación de los principios de la humanización del parto, reconociendo las

prácticas culturales dentro de las instituciones de salud pública relacionadas con el parto. (11)

En el caso de la comunidad Shuar, sus prácticas culturales tradicionales durante el parto abarcan la adopción de la posición vertical, la presencia del esposo y otro familiar femenino, la creación de un entorno cálido, la utilización de hierbas para regular las contracciones y fomentar la relajación, el disfrute de un baño caliente y la ingestión de caldo de gallina criolla después del parto para favorecer el relajamiento y fortalecimiento. Además, incluyen la ceremonia de entierro de la placenta y el corte del cordón umbilical. (12)

En resumen, la implementación del parto vertical con enfoque intercultural reconoce los beneficios fisiológicos de esta posición, así como las prácticas culturales que contribuyen a una experiencia de parto más respetuosa y personalizada, promoviendo la salud materno-infantil y fortaleciendo la relación entre las comunidades y las instituciones de salud. (27)

Ventajas del parto humanizado:

Previene la hipotermia del recién nacido

Promueve la lactancia materna en partos naturales y cesáreas

Disminuye el estrés en el bebé y la ansiedad materna para asegurar un vínculo afectivo sólido.

El contacto piel a piel temprano mejora la respiración y oxigenación del recién nacido, mantiene niveles de glucemia, normaliza la presión arterial, reduce el llanto y aumenta el estado de alerta tranquila.

Ayuda a reducir los síntomas de depresión postparto y fortalece la autoestima de la puérpera. (10)

Ventajas del parto humanizado para la madre

Contribuye a reducir la tasa de morbilidad y mortalidad del recién nacido.

Mejora la vivencia de la madre durante el proceso del parto.

Promueve su empoderamiento al permitirle participar activamente en la toma de decisiones. (27)

Ventajas del parto humanizado para el recién nacido

Optar por una posición vertical durante el parto mejora el flujo sanguíneo al recién nacido, lo que reduce en un 15% el riesgo de sufrimiento fetal.

La reducción del estrés durante el parto ha demostrado favorecer la producción de surfactante pulmonar, disminuyendo el riesgo de problemas respiratorios para el recién nacido.

Al reducir los niveles de estrés materno, también se reduce en un 20% el riesgo de depresión postparto.

Se ha observado un aumento en los niveles de oxitocina, lo que favorece la lactancia materna. (27)

Desventajas del enfoque humanizado en el parto

La incidencia de desgarros perineales es común en los partos en posición litótoma, pero para las mujeres primerizas, los desgarros son frecuentes tanto en un parto humanizado como en otros tipos de parto, ya que sus músculos no están completamente preparados para el proceso del trabajo de parto. También existe la falta de conocimiento para identificar los diferentes tipos de pujos durante la fase de expulsión. La presencia de un familiar durante el parto puede implicar el uso de suministros adicionales, como la vestimenta adecuada, que a veces no están disponibles en el hospital. (29)

III. METODOLOGÍA

3.1 Tipo de investigación.

Cuantitativa, es un enfoque donde las variables en estudio tienden a medirse numéricamente. implica la recolección y análisis de datos a través de conceptos y variables que pueden ser cuantificados. (30)

Observacional: El investigador no interviene en la realidad natural ni la somete a estrés mediante métodos aleatorios; más bien, la observa, analiza y cuantifica, ofreciendo conclusiones a la comunidad científica. El diseño observacional solo puede identificar relaciones asociativas, nunca causales. Sin embargo, estos estudios suelen ser el punto de partida para la realización de ensayos clínicos basados en diseños experimentales. (30)

Corte transversal, porque permitirá realizar un corte en el horizonte del tiempo y las variables están exentas de la influencia del mismo, es decir, el tiempo no influye en la variable. (30)

3.2 Diseño de investigación.

No experimental, no hay manipulación de las variables, solo se describe con cierto nivel de profundidad, tal cual han sucedido los hechos o fenómenos.

Retrospectiva, porque permitirá recoger información del fenómeno o hecho

3.3 Variables y operacionalización.

Variable independiente: Paridad

Variable dependiente: Percepción de las puérperas sobre la atención de parto humanizado

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Sub Variable	Indicadores	Sub indicadores	Escala de medición	Instrumento
VI: Variable independiente: Paridad	El número de partos (antes como después de las 20 semanas de gestación), considerándose cuatro componentes: Nacimientos a término. Nacimientos prematuros: dar a luz un lactante (vivo o muerto) que pese 500 g o más o que haya llegado a las 20 semanas completas o más (con base en la última menstruación). (22)	La información sobre el número de embarazos previos de la púérpera se recopiló a través de una entrevista.	Socio-demográficas y gineco - obstétricas	Edad	<= 20 21 - 25 26 - 29 30+	Razón	Ficha de recolección de datos
				Estado civil	Casado Conviviente Soltera Otro	Nominal	
				Instrucción	Analfabeta Primaria Secundaria Superior	Nominal	
				Ocupación	Ama de casa Trabajadora Dependiente Trabajadora Independiente	Nominal	
				Paridad	1 2 - 3 4 - 5 6	Nominal	
VI: Variable dependiente: Percepción de las púérperas sobre la atención de parto humanizado	Atención de la satisfacción vital de las usuarias, sobre la atención del parto humanizado, de esta manera se identifican las necesidades, se optimiza la atención de los servicios y se	Para el presente estudio se midió con un cuestionario de 20 preguntas elaboradas en función a las	Nivel de percepción en la atención por el profesional de salud.	Trato profesional	Cuestionario (1,2,3,4,5,6)	Ordinal	Ficha de recolección de datos

	refuerzan los procesos de calidad de atención, a través de la adecuación de los recursos de logística y humanos hasta la mejora de la atención. (16)	dimensiones; lo que permitió medir el nivel de percepción del parto humanizado, considerando tres niveles: – 0-10 nivel bajo – 11 -15 nivel medio – 16 -20 nivel alto	Nivel percepción de la adecuación en la posición del parto.	Acompañamiento	Cuestionario ((7 y 8)	Ordinal	
			Nivel de percepción del Acompañamiento o de su pareja o familiar.	Libre elección de la posición para el parto	Cuestionario ((9, 10 y 11)	Ordinal	
			Nivel de percepción del Acompañamiento o en el manejo del dolor.	Manejo del dolor	- Cuestionario ((12 y 13)	Ordinal	
			Nivel de percepción de la Libertad de ingesta de alimentos y movilización	Libertad de elegir: alimentación, bebidas y movilización durante el trabajo de parto y parto humanizado	Cuestionario (14 y 15)	Ordinal	

3.4. Población, muestra y muestreo.

Población: La población estuvo constituida por 90 puérperas que fueron atendidas en la IPRESS Reque por parto institucional sin complicaciones maternas perinatal, durante el periodo comprendido del 1° de febrero al 30 de abril del 2024.

Muestra: Por efecto de la presente investigación se aplicó al 100% de la población, teniendo 90 puérperas que tuvieron un parto institucional en IPRESS Reque.

Muestreo: Dada la naturaleza de la muestra y para efectos de la presente investigación no fue aplicable ningún tipo de muestreo.

Criterios de Inclusión

- Puérperas que tuvieron parto institucional en la IPRESS Reque
- Puérperas que desearan participar voluntariamente en el estudio.

Criterios de Exclusión

- Puérperas que presentaron complicaciones antes del parto y fueron referencias.
- Puérperas que no desean participar en el estudio.

3.5 Técnicas e instrumentos de recolección de datos.

La técnica fue la encuesta y como instrumento se hizo uso de un cuestionario obtenido de Acosta C. (31) (ver anexo 1)

Fuentes e informante: Libro de partos de la IPRESS Reque; proporcionado por Obstetra responsable del Servicio de Obstetricia.

3.6 Procedimiento de recolección de datos e informaciones.

Posterior a la aprobación del protocolo de investigación, para el desarrollo del presente trabajo de investigación se elevó una solicitud con una copia del proyecto dirigida a la jefatura de la IPRESS Reque, en donde se le indicó el propósito y objetivos de la investigación, a fin de obtener el permiso para la realización del mismo.

Seguidamente, se coordinó con la responsable del Servicio de Obstetricia y se solicitó el libro de partos para obtener la relación de puérperas a aplicar el cuestionario, previa firma del consentimiento informado, se informó el propósito del estudio. Los datos se trasladaron a un archivo Excel, donde inmediatamente se exportó al programa estadístico SPSS versión 29 para su posterior análisis y resultados.

3.7 Técnicas de procesamiento y análisis de datos.

De acuerdo a su naturaleza investigativa se utilizó la estadística descriptiva. La información final se procesó en el software SPSS versión 29.

Se tabuló los datos en tablas multifactoriales bidimensionales, cada tabla se encuentra con sus respectivas frecuencias relativas, porcentuales y otras para mayor detalle.

3.8 Consideraciones éticas.

La presente investigación en todas sus etapas se sustenta por los principios de la ética, detallados en el informe de Belmont: (28)

El principio de beneficencia: Las personas deben recibir un trato ético que no solo respete sus circunstancias y las proteja de cualquier daño, sino que también busque garantizar su bienestar. El cual se interpreta comúnmente como la realización de actos de bondad o generosidad que van más allá de lo estrictamente necesario. Para expresar este principio de beneficencia de manera más concreta, se han establecido dos reglas generales: primero, evitar causar daño; segundo, maximizar los beneficios y minimizar cualquier posible perjuicio en la medida de lo posible. En la presente investigación se

aplica este principio, ya que los resultados mejoran la percepción de las pacientes en la atención del parto adaptando el parto humanizado. (28)

Principio de no maleficencia: es esencial evitar causar daño y solo realizar aquello para lo cual uno esté debidamente preparado. En este contexto, las responsabilidades fundamentales del profesional abarcan la actualización constante de sus conocimientos y destrezas, así como el reconocimiento de sus propias limitaciones para determinar cuándo es necesario remitir a un especialista u otro profesional. Asimismo, es importante saber cuándo y en qué circunstancias es adecuado delegar al paciente para que ciertos procedimientos sean llevados a cabo por miembros de su equipo auxiliar. En este estudio se aplicó este principio, ya que no hubo consecuencias en la salud física ni mental en las puérperas. (28)

Principio de justicia: La problemática sobre quiénes deben beneficiarse de la investigación y quiénes deben asumir sus responsabilidades constituye un aspecto fundamental de la justicia distributiva. Se consideran diferentes criterios, como la experiencia, la edad, la falta de recursos, la competencia, el mérito y la posición, para justificar un trato diferenciado con fines específicos. Existen diversas fórmulas ampliamente aceptadas para distribuir los beneficios y las responsabilidades, entre las que se incluyen la igualdad, las necesidades individuales, el esfuerzo personal, la contribución a la sociedad y el mérito. En este estudio se aplica este principio, ya que la información es estrictamente confidenciales y utilizados para fines del estudio los resultados obtenidos. (28)

Principio de autonomía: El principio de autonomía establece que todas las personas deben ser consideradas como individuos autónomos, con especial protección hacia aquellos que no lo sean, reconociendo que la autonomía puede cambiar a lo largo del tiempo y requerir reevaluación. La autonomía es fundamental para la obligación de proporcionar información sobre un estudio y obtener el consentimiento informado. En este estudio se aplica este principio debido a que la decisión de participación de la puérpera, que se observa en la firma del consentimiento informado. (28)

Validación y Confiabilidad de los instrumentos.

El instrumento de recolección de datos fue tomado del trabajo de investigación realizado por Acosta C. (31)

IV. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

TABLA 1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y GINECO OBSTÉTRICAS DE LAS PUÉRPERAS.

Variables		n	%
Característica sociodemográficas			
Edad	<= 20	19	21.1%
	21 - 25	20	22.2%
	26 - 29	26	28.9%
	30+	25	27.8%
Estado Civil	Casado/a	13	14.4%
	Conviviente	41	45.6%
	Soltero/a	33	36.7%
	Otro	3	3.3%
Nivel de instrucción	Analfabeta	5	5.6%
	Primaria	10	11.1%
	Secundaria	48	53.3%
	Superior	27	30.0%
Ocupación	Ama de casa	45	50.0%
	Trabajadora Dependiente	21	23.3%
	Trabajadora Independiente	24	26.7%
Característica ginecobstetricias			
Paridad	1	22	24.4%
	2 - 3	48	53.3%
	4 - 5	19	21.1%
	6	1	1.1%
Total		90	100.0%

INTERPRETACION:

Características sociodemográficas:

- En cuanto a las edades el 28.9% (26) se encuentra en el grupo etario de 26 a 29 años, el 27.8% (25) es mayor de 30, el 22.2% (20) entre 21 y 25 años y el 21.1% (19) es menor de 20 años.

- En el estado civil, el 45.6% (41) es conviviente, el 36.7% (33) es soltera, el 14.4% (13) es casada y 3.3% (3) tiene otro estado civil.
- Respecto del nivel de instrucción, el 53.3% (48) tiene secundaria, el 30% (27) superior, el 11.1% (10) primaria y el 5.6% (5) no tiene grado de instrucción.
- En la ocupación, el 50.0% (45) es ama de casa, el 26.7% (24) es trabajadora independiente y el 23.3% (21) es trabajadora dependiente.

Características gineco obstétricas:

- Respecto a la Paridad el 53.3% (48) tiene entre 2 a 3 hijos, el 24.4% (22) tiene 1 hijo, el 21.1% (19) tiene entre 4 a 5 hijos y 1.1% (1) tiene 6 hijos.

Relacionando estos resultados con la investigación de Fernández C. (Reque – 2023) observamos que predominaron las puérperas entre 18 y 23 años (45.83%), procedentes de zonas urbanas (65.63%), amas de casa (61.46%), con estudios secundarios completos (45.83%), convivientes (58.33%) y primíparas (51.04%).
(20)

TABLA 2. NIVEL DE PERCEPCIÓN DE LAS PUÉRPERAS PRIMIGESTAS SOBRE EL PARTO HUMANIZADO.

Percepción parto humanizado - Primigesta	n	%
Malo	0	0.0%
Regular	3	13.6%
Bueno	19	86.4%
Total	22	100.0%

FUENTE: Instrumento aplicado.

INTERPRETACION:

Según los resultados obtenidos del instrumento aplicado se observa que del total de puérperas (90), 22 son primigestas. Asimismo, en la percepción del parto humanizado el 86.4% (19) el nivel de percepción es bueno y el 13.6% (3) es regular; recalcando que no se encontraron casos de mala percepción para las primigestas.

A su vez Huamán S. (Cajamarca – 2019) encontró que el 41,3% eran primíparas, el 32,0% multigestas y el 26,7% segundigestas. el 83% de las puérperas evaluó positivamente el trato profesional durante la atención del parto,

TABLA 3. PERCEPCIÓN DE LAS PUÉRPERAS MULTIGESTAS SOBRE LA ATENCIÓN DEL PARTO HUMANIZADO SEGÚN PARIDAD EN IPRESS REQUE.

Percepción parto humanizado - Multigesta	n	%
Malo	0	0.0%
Regular	6	8.8%
Bueno	62	91.2%
Total	68	100.0%

FUENTE: Instrumento aplicado.

Interpretación: Los resultados de la aplicación del instrumento sobre la percepción de las puérperas multigestas en la atención del parto humanizado en la IPRESS Reque, nos indica que tienen un grado de percepción bueno bastante alto en un 91.2%(62), regular en un 8.8% (6), no se observa mala percepción.

Debo mencionar que tal como lo describe el instrumento aplicado, se ha evaluado la percepción según trato profesional, acompañamiento, libre elección de la posición para el parto, manejo del dolor y libertad de elegir: alimentación y bebidas, aspectos básicos al hablar de parto humanizado.

Contrastando estos hallazgos tenemos un estudio conducido por Fernández C. (Reque, 2023) proporciona una perspectiva interesante, en este trabajo obtiene como resultado el 45.83% de las puérperas manifestaron estar satisfechas en relación a la atención al parto. (20)

A su vez García F et al (México - 2020) obtuvo que la percepción del parto humanizado fue inadecuada en el 56.8%, regular en el 34.7% y adecuada en el 8.4%. debido a que no se les brinda orientación adecuada en cuanto al manejo del dolor, el poder elegir la posición del trabajo de parto y la posibilidad de que un acompañante estuviera presente durante su labor de parto y nacimiento de su bebe. (16)

Por último, un trabajo realizado por Cai V et al (Senegal – 2022) obtuvo como resultado que las mujeres que dieron a luz después de la intervención valoraron su experiencia debido a cambios como la oportunidad de comer y beber, estar

acompañadas por una persona de confianza y elegir su posición durante el parto; lamentablemente la forma en que las mujeres fueron recibidas en el establecimiento de salud y la actitud de los profesionales de salud fueron determinantes en su nivel de satisfacción con la atención. Pocas mujeres se beneficiaron de todos los componentes de la intervención, considerando las dificultades encontradas en la implementación como salas de parto no funcionales. (6)

En resumen, la comparación y el análisis de estos estudios resaltan la variabilidad de situaciones que afectan para determinar la percepción de las puérperas en la atención de parto.

V. CONCLUSIONES

1. Los factores socioeconómicos y gineco-obstétricos predominantes son el grupo etario entre 26 a 29 años de edad con un el 28.9% (26), convivientes con el 45.6% (41), el 53.3% (48) tiene secundaria, el 50.0% (45) es ama de casa y el 53.3% (48) tiene entre 2 a 3 hijos.
2. Del total de puérperas (90), 22 son primigestas, de las cuales el 86.4% (19) tienen el nivel de percepción bueno y el 13.6% (3) regular; recalando que no se encontraron casos de mala percepción para las primigestas.
3. Del total de puérperas (90), son 68 las que conforman el grupo de multigestas dentro del cual se observa que el 91.2% (62) tienen el nivel de percepción bueno y el 8.8% (6) es regular; también hay que recalcar que no se encontraron casos de mala percepción para este grupo. Por lo que se puede decir que para la población observada son las multigestas quienes tienen un grado de percepción bueno bastante alto (68.9%).

VI. RECOMENDACIONES

- Implementar protocolos que permitan a las mujeres elegir la posición que deseen durante el trabajo del parto, promoviendo su comodidad y bienestar, desarrollando programas de formación y capacitación para el equipo multidisciplinario enfatizando el apoyo emocional y físico continuo.
- Destacando la importancia de iniciar la atención al parto humanizado desde la etapa de preconcepción, continuarla durante la atención prenatal hasta el parto; estrategia fundamentada en la evidencia científica y ofrecer apoyo emocional y psicológico a las puérperas antes, durante y después del parto, para ayudarlas a manejar la ansiedad y el estrés asociados a esta experiencia.
- Crear un ambiente empático entre las obstetras y la puérperas en el servicio de obstetricia respetando sus costumbres y creencias con el fin de fidelizar la atención; garantizando que las puérperas tengan la opción de contar con un acompañante de su elección durante el proceso de parto, lo que puede mejorar su experiencia y percepción del mismo.
- Realizar evaluaciones periódicas sobre la percepción de las puérperas respecto a la atención a la recibida, utilizando cuestionarios validados para identificar áreas de mejora y asegurar un enfoque centrado en el paciente.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Organización Panamericana de la Salud. Salud materna. Ginebra: OPS; 2023 [Citado el 01 de mayo del 2024]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/salud-materna>
2. Pacheco L. La importancia del entorno en el parto humanizado: una revisión bibliográfica. [Internet]. Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales. Colombia 2021 (citado el 5 de mayo de 2024). Disponible en: repositorio.udca.edu.co/server/api/core/bitstreams/75788ef1-72f8-4a02-b4e1-152293f2caf8/content
3. Ministerio de Salud del Perú [Internet]. Lima, Perú: Guías de práctica clínica y de procedimientos en obstetricia y perinatología. 2020. (citado el 5 de mayo de 2024). Disponible en: <https://www.inmp.gob.pe/institucional/guias/1590593033>
4. Álvarez-Villaseñor A. Percepción del parto humanizado en pacientes en periodo de puerperio. Rev Medica Inst Mex Seguro Soc. (citado el 5 de mayo de 2024) Disponible en: <https://acvenisproh.com/revistas/index.php/masvita/article/view/522/1315>
5. Mendoza G, Medranda E. Violencia obstétrica en la etapa de embarazo, parto y puerperio, en el hospital regional Dr. Verdi Cevallos Balda, período 2019 – 2020. RSocialium. (citado el 3 de mayo de 2024).
6. Cai D, Villanueva P, Stuijzand S, Lu H, Zimmermann B, Horsch A. The pregnancy experiences and antenatal care services of Chinese migrants in Switzerland: a qualitative study. BMC Pregnancy Childbirth. (citado el 22 de abril de 2024)
7. The impact of a humanized childbirth intervention on women's experience of care in Senegal]. Sante Publique Vandoeuvre--Nancy Fr. (citado el 11 de mayo de 2024); Vol. 33(5):695-704.
8. Jardim D, Modena C. Obstetric violence in the daily routine of care and its characteristics. Rev Lat Am Enfermagem. (citado el 29 de abril de 2024); 26:e3069. doi: 10.1590/1518-8345.2450.3069. PMID: 30517571; PMCID: PMC6280177.

9. González-Cruz E. Parto humanizado: Percepción del acompañante en un Instituto Especializado de Lima. Rev Int Salud Materno Fetal. (citado 28 de marzo de 2024);3(4):17-22.
10. Ministerio de Salud del Perú. [Internet]. Lima, Perú: Norma Técnica de Salud N°130- MINSA/2017/DGIESP “Norma Técnica de Salud para la Atención Integral y Diferenciada de la Gestante Adolescente durante el Embarazo, Parto y Puerperio” (citado el 10 de abril del 2024). Disponible en : https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1138_DGSP275-1.pdf
11. Ministerio de Salud del Perú. [Internet]. Información Estadística – Gerencia Regional de Salud Lambayeque/2023. (citado el 10 de abril del 2024). Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/regionlambayeque-geresa/informes-publicaciones/3929796-sala-situacional-region-lambayeque-2023>
12. Organización Mundial de la Salud. Estadísticas Sanitarias Mundiales 2020; Monitoreando la Salud para los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Ginebra: OMS; 2020 Disponible en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/338072/9789240011953-spa.pdf?sequence=1>
- Ávila C. Disminución de la mortalidad materna en Perú y el enfoque de capacidades. 2019 [internet]. [Citado el 05 de Abril del 2024]. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-14352019000200003
13. Ávila C. Disminución de la mortalidad materna en Perú y el enfoque de capacidades. 2019 [internet]. (Citado el 05 de Abril del 2024). Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-14352019000200003
14. Ministerio de Salud del Perú [internet]. Lima, Perú: Instituto Nacional Materno Perinatal. Capacita a profesionales en prevención, detección y manejo de emergencias obstétricas. (citado el 10 de Abril del 2024). Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/inmp/noticias/633238-inmp-capacita-a-profesionales-en-prevencion-deteccion-y-manejo-de-emergencias-obstetricas>

15. Choez J, Cárdenas F. Ventajas del parto humanizado en mujeres gestantes en Latinoamérica: Advantages of Humanized Childbirth in Pregnant Women in Latin America. LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades [Internet]. 2024 (citado el 4 de mayo de 2024); 4(2):5059–78. Disponible en: <https://latam.redilat.org/index.php/lt/article/view/956>.
16. García-Torres O, Félix-Ortega A, Álvarez-Villaseñor A. Percepción del parto humanizado en pacientes en periodo de puerperio. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social [Internet]. 2024;58(3):258-264. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=457768136007>
17. Huarino-Suca S, Choque-Chura O. Violencia obstétrica en mujeres atendidas en un hospital público. 2020. *Revista Médica Basadrina*, 15(3), 3–10. Disponible en: <https://doi.org/10.33326/26176068.2021.3.1151>
18. Capuñay A. Características de la atención del parto humanizado en gestantes del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, 2019 [tesis de obstetra]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2020. 39 p. [citado el 08 de abril del 2024]. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/11313/Capunay_ma.pdf?sequence=1&isAllowed=y
19. Huaman L. Percepción de las puérperas en la atención humanizada del parto en el Hospital II- e Simón Bolívar de Cajamarca, 2019 [tesis de obstetra]. Cajamarca: Universidad Nacional de Cajamarca; 2020. 37 p. [citado el 08 de abril del 2024]. Disponible en : <https://repositorio.unc.edu.pe/handle/20.500.14074/3992>
20. Fernández G. Grado de satisfacción de las puérperas en relación a la atención del parto en el C.S: Reque. [tesis de obstetra]. Lambayeque: Universidad Particular de Chiclayo; 2023. 42 p.
21. Tullume T. Calidad de servicio y actitud del personal de salud sobre la atención del parto en puérperas del Hospital Ferreñafe, Lambayeque 2020 [tesis de médico]. Lambayeque: Universidad César Vallejo; 2020.45 p. [citado el 08 de abril del 2024]. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12692/51662>

22. Pacheco L. La importancia del entorno en el parto humanizado: una revisión bibliográfica. [Internet]. Bogotá: Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales; 2021 [citado el 12 de abril del 2024], 62 p.
23. Ministerio de Salud del Perú [Internet]. Lima, Perú: Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Materna N° 105 - MINSA/DGSP/2013 Lima – Perú; 2014 [citado el 12 de abril del 2024]. Disponible en : dn.www.gob.pe/uploads/document/file/202170/198935_RM827_2013_MINSA.pdf20180926-32492-1iuyz6n.pdf
24. Ministerio de Salud del Perú [Internet]. Lima, Perú: Norma Técnica Para La Atención Del Parto Vertical Con Adecuación Intercultural N° 033 – MINSA/DGSP- V.01 Lima -Perú; [citado el 12 de abril del 2024]. Disponible en : <https://crolimacallao.org.pe/documentos/normas/ATENCION%20DEL%20PARTO%20VERTICAL-MINSA.pdf>
25. Gary f et al. Williams Obstetricia, 26e. 2020 [citado el 12 de abril del 2024]. Disponible en: <https://accessmedicina.mhmedical.com/book.aspx?bookid=3103>
26. Ministerio de Salud del Perú [Internet]. Lima, Perú: Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030 “Perú, País Saludable”. Decreto Supremo N° 026-2020-SA. [citado el 12 de abril del 2024]. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1272348/Pol%C3%ADtica%20Nacional%20Multisectorial%20de%20Salud%20al%202030.pdf>
27. Diseños de Investigación Cuantitativos II; Estudios Analíticos [Internet]. Salusplay.com. [citado el 3 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://www.salusplay.com/apuntes/apuntes-metodologia-de-la-investigacion/tema-4-disenos-de-investigacion-cuantitativos-ii-estudios-analiticos>
28. Lavanderos S, Díaz-Castillo C. Recomendaciones basadas en la evidencia para alcanzar un parto respetado. Rev Chil Obstet Ginecol. 14 de febrero de 2024;86(6):7962.
29. Marcelo C, Rosita A. Características de la atención del parto humanizado en gestantes del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé

- 2019. Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2020. [tesis de Obstetra]. 2020. 51 p. [citado el 3 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/item/398d034e-8042-439f-b2c4-b9a438bc6229>
30. Hernández-Sampieri R, Fernández-Collado C, Baptista L Metodología de la investigación. 6 ed. México: McGraw-Hill Interamericana Editores S.A. de México; 2014
31. Acosta T. Grado de Percepción de las puérperas sobre la atención de parto humanizado en el Centro de Salud Reque. 2024 [tesis de maestría]. Lambayeque: Universidad Señor de Sipan; 2024. 48 p.

VII.

ANEXOS

ANEXO N° 01

CUESTIONARIO

Estimada puérpera, agradecemos tu participación en esta encuesta. El objetivo de este estudio es recopilar información sobre tu percepción y experiencia en relación al parto humanizado, teniendo en cuenta tu paridad. Por favor, selecciona la opción que mejor refleje tus respuestas.

N° de encuesta:....

Fecha:/...../.....

Hora:

I. Características sociodemográficas

1. **Edad:**.....años

2. **Estado civil:** () Casado/a () Conviviente () Soltero/a () Otro.....

3. **Nivel de instrucción:** () Ninguno () Primaria () Secundaria () Superior

4. **Ocupación:**

() Ama de casa () Trabajadora dependiente () Trabajadora independiente ()

II. Características ginecobstétricas:

5. **Paridad:** N° de hijos:

III. Percepción sobre el parto humanizado

Instrucciones: A continuación, se presentan enunciados, que se deberá marcar con una (x), solo se debe marcar una sola respuesta. Por favor, selecciona la opción que mejor refleje tus respuestas.

NUNCA (1) CASI NUNCA (2) ALGUNA VEZ (3) CASI SIEMPRE (4) SIEMPRE (5)

Trato profesional	Nunca	Casi nunca	Ninguna vez	Casi siempre	Siempre
1. ¿El obstetra que la asistió en su parto, cuando ingresó a sala de dilatación o parto se presentó con usted?					
2. ¿Durante el trabajo de parto, existió comunicación entre usted y el obstetra que la atendió?					
3. ¿El profesional obstetra que la asistió, se dirigía a usted por su nombre?					

4. ¿Durante su trabajo de parto/parto le explicaron los procedimientos que le realizarán?					
5. ¿En el momento de los dolores de parto, usted percibió que perdía el control, el profesional obstetra le ayudó a controlarse?					
6. ¿Cuándo le atendieron su parto, los profesionales que la atendieron respetaron su intimidad en todo momento?					
Acompañamiento	Nunca	Casi nunca	Alguna vez	casi siempre	Siempre
7. ¿El obstetra que atendió su parto le explicó que podía decidir tener un acompañante?					
8. ¿El profesional obstetra, le explicó que el acompañante que usted escogiera debía contribuir a relajarse, respirar correctamente, darle apoyo y seguridad?					
Libre elección de la posición para el parto	Nunca	Casi nunca	Alguna vez	Casi siempre	Siempre
9. ¿El obstetra que la asistió, le explicó que podría optar la posición que desee para dar a luz?					
10. ¿El profesional obstetra que la asistió su parto le explicó que podía deambular libremente durante el trabajo de parto?					
11. ¿El profesional obstetra que la asistió su parto le explicó que podía deambular libremente durante el trabajo de parto?					
Manejo del dolor de parto	Nunca	Casi nunca	Ninguna vez	Casi siempre	Siempre
12. ¿Le explicaron las opciones que podría escoger para el manejo del dolor durante su parto?					
13. ¿Las opciones ofrecidas por el profesional aliviaron los dolores que percibió durante de parto?					
Libertad de elegir: alimentación y bebidas	Nunca	Casi nunca	Alguna vez	Casi siempre	Siempre
14. ¿Le permitieron ingerir alimentos o bebidas durante el trabajo de parto?					
15. Recomendarías el parto humanizado?					

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Usted ha sido invitado al estudio “Nivel de percepción de las puérperas sobre el parto humanizado según paridad en IPRESS Reque” que consiste en recolectar información sobre su experiencia durante la dilatación y atención de parto. A través de una encuesta que tardara 20 minutos. Esta encuesta no se recolectará información íntima, vida personal o familiar.

El objetivo del estudio determinar el nivel de la percepción de las puérperas sobre el parto humanizado según paridad en IPRESS Reque.

La encuesta consta de 15 preguntas que evalúan las esferas: trato profesional, acompañamiento, libre elección de posición de parto, manejo de dolor de parto y libertad de alimentación y bebidas durante el trabajo de parto.

La información es estrictamente confidencial, protegiendo su identidad a través de un código de registro y los datos serán guardados en un BD protegido por password de acceso único exclusivo al investigador.

Su participación será voluntaria y si durante la encuesta, usted decide no continuar, se puede retirar del estudio, manteniendo su condición de paciente contando con sus derechos. Su participación no recibirá pago alguno, sin embargo, al final del estudio se le proporcionará los resultados para su conocimiento.

Si tuviera alguna duda respecto al estudio puede comunicarse con el investigador principal Tocto Ocupa, Yoexi Yanina, mediante el número de celular 957997817

Yo.....

Identificada con DNI..... a través del presente documento expreso mi voluntad de participar en la investigación, titulada “**Nivel de percepción de las puérperas sobre el parto humanizado según paridad en IPRESS Reque**”, habiendo sido informada del propósito del estudio, así como de los objetivos y teniendo la confianza de que el instrumento será solo y exclusivamente para fines de investigación, además confió en que la investigadora utilizara adecuadamente la información asegurando la máxima confidencialidad.

En señal de conformidad asiento mi firma:

Firma de participante del estudio



GOBIERNO REGIONAL DE
LAMBAYEQUE

GERENCIA REGIONAL
DE SALUD

CENTRO DE SALUD REQUE

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

AUTORIZACION

Por la presente la Gerente de la Microred Reque - Lagunas

Hace constar

Que la señorita Yanina Tacto Ocupa, con DNI 48877878, egresada de la facultad de obstetricia de la universidad de Chiclayo tiene autorización para continuar con el desarrollo del proyecto de investigación que lleva por título "PERCEPCION DE LAS PUERPERAS SOBRE LA ATENCION DE PARTO HUMANIZADO SEGÚN PARIDAD EN IPRESS REQUE-2024"

Se le expide la presente autorización a petición de la interesada para fines administrativos



GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
MICRORED REQUE - LAGUNAS
Dra. Enf. Giovanna Larrain Távora
CEP 35518
GERENTE

Reque 8 marzo 2024

DRA.ENF.GIOVANA LARRAIN TAVARA

GERENTE DE LA MICRORED REQUE_ LAGUNAS