



UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

CUIDADO DEL OBSTETRA Y SATISFACCIÓN DE LAS
MADRES, CENTRO DE SALUD YUGOSLAVIA, NUEVO
CHIMBOTE, 2020

**TESIS PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE
LICENCIADA EN OBSTETRICIA**

AUTORA:

PELAEZ APONTE MERCEDES MAVILA
(ORCID: 0000-0003-0913-7516)

ASESORA:

MGTR. AMELIA NELLY SOLÍS VILLANUEVA
(ORCID: 0000-0003-4488-5085)

CHIMBOTE– PERÚ

2020

CUIDADO DEL OBSTETRA Y SATISFACCIÓN DE
LAS MADRES, CENTRO DE SALUD
YUGOSLAVIA, NUEVO CHIMBOTE, 2020

Equipo de trabajo

AUTORA

Pelaez Aponte, Mercedes Mavila

Código ORCID N° 0000-0003-0913-7516

Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, Estudiante de Pregrado,

Chimbote, Perú

ASESORA

Solís Villanueva, Amelia Nelly

Código ORCID: 0000-0003-4488-5085

Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, Facultad de Ciencias de la

Salud, Escuela Profesional de Obstetricia, Chimbote, Perú

JURADO

Aguirre Espinoza, Carmen Rosa

Código ORCID: 0000-0002-3341-802X

Aguilar Alayo, Matilde Ysabel

ORCID: 0000-0003-2969-1813

Loyola Rodríguez, Melva Raquel

ORCID: 000-0002-4794-2586

Hoja de firma del jurado y asesor

Mgtr. Aguirre Espinoza, Carmen Rosa
Presidente

Mgtr. Aguilar Alayo, Matilde Ysabel
Miembro

Mgtr. Loyola Rodríguez, Melva Raquel
Miembro

Mgtr. Solis Villanueva, Nelly Amelia
Asesora

Agradecimiento

A Dios, por permitirme culminar mis estudios superiores iluminándome y guiándome en cada momento para seguir por el camino correcto y así lograr alcanzar mis metas.

A mis padres, que sin duda alguna en el trayecto de mi carrera me han demostrado su amor, corrigiendo mis faltas y celebrando mis triunfos.

A mis hermanos, por haberme apoyado en los buenos y malos momentos de mis estudios, y asimismo haberme aconsejado para poder culminar mi carrera universitaria.

A mi esposo y mi hijo, que en algún momento me aconsejó, estuvieron a mi lado en los días buenos y malos dándome fuerzas y alegrías necesarias para seguir adelante.

Resumen

El cuidado del obstetra y su relación con la satisfacción de las madres siempre se ha considerado un tema a mejorar dentro de la salud pública, es por ello que en esta investigación se planteó el siguiente **Objetivo General**: Determinar la relación que existe entre el cuidado del obstetra y satisfacción de las madres durante el trabajo de parto y puerperio inmediato, Centro de Salud Yugoslavia. **Metodología**: Se centró en un diseño de investigación no experimental – correlacional, de tipo aplicativo y nivel cuantitativo, con una muestra conformada por 100 madres y muestreo no probabilístico por conveniencia, a quienes se aplicó un cuestionario validado estructurado de 40 preguntas cerradas en la escala de Likert. **Resultados** se logró determinar que el 41% de las madres consideran como muy bueno el cuidado del obstetra y el 43% de las madres se encuentran satisfechas con la atención brindada por el obstetra. También, existe relación positiva muy fuerte entre el cuidado del obstetra y satisfacción de las madres, con un valor de correlación de 0.847; asimismo, el cuidado del obstetra durante el periodo de parto y puerperio inmediato se relaciona muy fuerte con la satisfacción de las madres con un valor de correlación de 0.792 y 0.784 respectivamente. **Conclusión**: el cuidado del obstetra se relaciona significativamente con la satisfacción de las madres encuestadas, la significancia bilateral fue de 0,000 lo que implica que ese coeficiente de spearman calculado es con error mínimo, por ende se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna.

Palabras claves: Cuidado del obstetra, Nivel de satisfacción, Madres, Parto y Puerperio

Abstract

Obstetrician care and its relationship with mothers' satisfaction has always been considered an issue to improve within public health, which is why in this research the following **General Objective** was proposed: To determine the relationship that exists between the care of the Obstetrician and satisfaction of mothers during labor and the immediate puerperium, Yugoslavia Health Center. **Methodology:** It was focused on a non-experimental-correlational research design, of an applicative type and quantitative level, with a sample made up of 100 mothers and non-probabilistic sampling for convenience, to whom a structured validated questionnaire of 40 closed questions on the scale was applied. Likert. **Results,** it was possible to determine that 41% of mothers consider obstetrician care as very good and 43% of mothers are satisfied with the care provided by obstetrician. Also, there is a very strong positive relationship between obstetrician care and mothers' satisfaction, with a correlation value of 0.847; Likewise, obstetrician care during the period of delivery and the immediate puerperium is strongly related to the satisfaction of mothers with a correlation value of 0.792 and 0.784 respectively. **Conclusion:** obstetrician care is significantly related to the satisfaction of the surveyed mothers, the bilateral significance was 0.000 which implies that the calculated spearman coefficient is with minimal error, therefore the null hypothesis is rejected and the alternative hypothesis is accepted.

Key words: Obstetrician care, Level of satisfaction, Mothers, Childbirth and Puerperium

Contenido

1. Título de tesis	ii
2. Equipo de trabajo	iii
3. Hoja de firma del jurado y asesor	iv
4. Agradecimiento	v
5. Resumen	vi
6. Abstract	vii
7. Contenido	viii
8. Índice de tablas	x
9. Índice de figuras	xi
I. Introducción	1
II. Revisión de literatura	6
2.1. Antecedentes	6
2.1.1. Nacionales	6
2.1.2. Internacionales	10
2.2. Bases teóricas de la investigación	13
2.2.1. Calidad en salud	13
2.2.1.1. Definición de calidad	13
2.2.1.2. Dimensiones de la calidad en salud	14
2.2.2. Satisfacción	17
2.2.2.1. Dimensiones de la satisfacción	18
2.2.2.2. Elementos de satisfacción	18
2.2.3. El cuidado	20
2.2.3.1. Definición	20
2.2.3.2. El cuidado en Obstetricia	22
2.2.3.3. El acto obstétrico	23
2.2.4. El parto	26
2.2.4.1. Definición	26
2.2.4.2. Periodos del parto	26
2.2.4.3. El cuidado en el parto	29

2.2.4.4. Dimensiones del Cuidado	31
2.2.5. El puerperio	42
2.2.5.1. Definición y clasificación	32
2.2.5.2. El cuidado en el puerperio	43
2.2.5.3. Dimensiones del Cuidado en el puerperio	43
2.2.6. Cuidado en el Recién Nacido	48
2.2.6.1. Dimensiones del Cuidado en el Recién Nacido	48
2.2.7. Logística y entorno	58
2.2.7.1. Dimensiones de la Logística y entorno	59
III. Hipótesis	62
IV. Metodología	63
4.1. Diseño de la investigación	63
4.2. Población y muestra	64
4.3. Definición y operacionalización de variables e indicadores	65
4.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	68
4.5. Plan de análisis	65
4.6. Matriz de consistencia	70
4.7. Principios éticos	72
V. Resultados	73
5.1. Resultados	73
5.2. Análisis de resultados	83
VI. Conclusiones	89
Aspectos complementarios	90
Referencias bibliográficas	94
Anexos	107

Índice de tablas

Tabla 1.	Cuidado del obstetra percibido por las madres durante el trabajo de parto y puerperio inmediato, Centro de Salud Yugoslavia Nuevo Chimbote – 2020.	70
Tabla 2.	Cuidado del obstetra según sus dimensiones en madres durante el trabajo de parto y puerperio en el Centro de Salud Yugoslavia Nuevo Chimbote – 2020.	71
Tabla 3.	Satisfacción de las madres durante el trabajo de parto y puerperio inmediato, Centro de Salud Yugoslavia Nuevo Chimbote – 2020.	73
Tabla 4.	Satisfacción de las madres según dimensiones durante el trabajo de parto y puerperio inmediato en el Centro de Salud Yugoslavia Nuevo Chimbote – 2020.	74
Tabla 5.	Correlación de Rho Spearman del cuidado del obstetra en la dimensión cuidados del obstetra durante el periodo de parto y la satisfacción de las madres – 2020.	76
Tabla 6.	Correlación Rho Spearman del cuidado del obstetra en la dimensión cuidados obstétricos en el puerperio y satisfacción de las madres – 2020.	77
Tabla 7.	Correlación Rho Spearman cuidado del obstetra y satisfacción de las madres durante el trabajo de parto y puerperio inmediato – 2020.	78

Índice de figuras

Figura 1.	Relación entre el cuidado del obstetra y satisfacción de las madres durante el trabajo de parto y puerperio inmediato – 2020.	79
Figura 2.	Nivel del cuidado del obstetra durante el trabajo de parto y puerperio inmediato – 2020.	87
Figura 3.	Cuidados durante el periodo de parto del obstetra del Centro de Salud Yugoslavia en Nuevo Chimbote – 2020.	87
Figura 4.	Cuidados en el puerperio del obstetra del Centro de Salud Yugoslavia en Nuevo Chimbote – 2020.	88
Figura 5.	Nivel de dimensiones del cuidado del obstetra durante el trabajo de parto y puerperio inmediato – 2020.	88
Figura 6.	Satisfacción de las madres durante el trabajo de parto y puerperio inmediato – 2020.	89
Figura 7.	Atención del recién nacido del Centro de Salud Yugoslavia en Nuevo Chimbote – 2020.	89
Figura 8.	Logística y entorno del Centro de Salud Yugoslavia en Nuevo Chimbote – 2020.	90
Figura 9.	Nivel de dimensiones de satisfacción de las madres durante el trabajo de parto y puerperio inmediato – 2020.	90

I. Introducción

La presente investigación se refiere al cuidado que comprende elementos técnicos, aspectos afectivos, actitud y compromiso de quien lo proporciona, pero además es de especial importancia el significado del cuidado para quien lo otorga y para quién lo recibe, la intención y la meta que persigue ⁽¹⁾. El problema de la satisfacción con el cuidado del Obstetra durante el proceso de parto y puerperio, corresponde en una gran mayoría a la competencia relacional, que permite que las madres se sientan escuchadas, miradas, valoradas y complacidas en sus deseos e inquietudes. Esta competencia se sustenta principalmente en el apoyo emocional percibido por las mujeres, desde los profesionales de salud, y por el empoderamiento de ellas a lo largo del parto ⁽²⁾.

Las literaturas revisadas refieren que la asistencia del parto, debe ser en un ambiente familiar y doméstico donde la madre se encuentre en un medio que le garantice seguridad y sobre todo rodeada por sus seres queridos. Sin embargo, hoy en día entran en juego muchas variables, que en ocasiones hacen perder la esencia de lo que en realidad es la asistencia del parto normal, como práctica natural unida a la especie humana ⁽³⁾. En los países pobres, muchas personas no tienen acceso a servicios médicos de ningún tipo. Y debido a la discriminación contra la mujer, el poco dinero que sí existe generalmente no se usa para atender las necesidades de las mujeres. Por lo tanto, es posible que una mujer no pueda obtener buena atención, aunque pueda pagar por ella. Quizás la mujer sí consiga ciertos servicios, como por ejemplo de

planificación familiar o de maternidad, pero para satisfacer todas sus necesidades, es probable que tenga que viajar a la capital de su país, o incluso al extranjero ⁽⁴⁾.

En los países pobres, muchas personas no tienen acceso a servicios médicos de ningún tipo, debido a la discriminación contra la mujer, el poco dinero que sí existe generalmente no se usa para atender “las necesidades de las mujeres. Por lo tanto, es posible que una mujer no pueda obtener buena atención, aunque pueda pagar por ella. Quizás la mujer sí consiga ciertos servicios, como por ejemplo de planificación familiar o de maternidad, pero para satisfacer todas sus necesidades, es probable que tenga que viajar a la capital de su país, o incluso al extranjero” ⁽⁵⁾. Esta problemática también afecta al Centro de Salud Yugoslavia quién brinda servicios de salud materna desde hace 30 años en Nuevo Chimbote, según la unidad de estadística refieren que tienen un promedio de 360 Partos eutócicos al año; siendo fundamental incentivar en los profesionales el cuidado integro hacia las pacientes, que le permita sentirse en un ambiente familiar donde ella se encuentre en un medio que le reporte seguridad.

Basándonos en esta problemática se planteó el siguiente problema de investigación ¿Cuál es la relación que existe entre el cuidado del obstetra y satisfacción de las madres durante el trabajo de parto y puerperio inmediato en el Centro de Salud Yugoslavia en Nuevo Chimbote, durante el periodo julio – agosto del 2020?

Para dar respuesta se planteó el siguiente objetivo general: Determinar la relación que existe entre el cuidado del obstetra y satisfacción de las madres durante el trabajo de parto y puerperio inmediato en el Centro de salud Yugoslavia en Nuevo Chimbote durante el periodo julio – agosto del 2020. Para poder conseguir el objetivo general, se planteó los siguientes objetivos específicos: - Identificar el nivel de cuidado del obstetra durante el trabajo de parto y puerperio inmediato en el Centro de Salud Yugoslavia en Nuevo Chimbote. - Identificar el nivel de satisfacción de las madres durante el trabajo de parto y puerperio inmediato. - Determinar la relación que existe entre las dimensiones del cuidado del obstetra y satisfacción de las madres durante el trabajo de parto y puerperio inmediato.

El presente estudio se justifica dado que son mundialmente reconocidos por instituciones como la OMS y el UNICEF, los beneficios del cuidado del obstetra, no solo para las madres, a un corto y largo plazo, sino para la institución, así pues el abandono del cuidado del obstetra es un factor de riesgo para el incremento de un nivel bajo satisfacción de las madres, es por ello que esta investigación se justifica por determinar la relación que existe entre dichas variables mencionadas. El estudio se justifica por abordar la problemática sobre el nivel de satisfacción de las madres con el cuidado de la obstetra durante el trabajo de parto y puerperio, siendo así que se considera relevante conocer las necesidades y expectativas de la mujer durante estos procesos en el entorno hospitalario para conseguir una atención con calidad y calidez. Actualmente se cree que calidad es solo brindar atención en este caso a las gestantes y

puérperas en el establecimiento de salud, dejando de lado el sentimiento humano y emocional que necesita la mujer en el proceso fisiológico que está transitando, así mismo estos cuidados permiten que la mujer este en un ambiente sin tensión, permitiendo así el incremento de un vínculo de confianza y afecto. Así mismo, el estudio a realizar tiene como finalidad impartir y brindar conocimientos, los cuales van a permitir que la madre pueda participar en los distintos momentos del proceso de parto y puerperio, participando así a una buena calidad en el cuidado.

La metodología empleada en la tesis fue un diseño no experimental correlacional, con un enfoque cuantitativo y el tipo de investigación fue aplicada, la técnica empleada fue la encuesta y el instrumento fue el cuestionario de recolección de datos, el cual sirvió para hallar la relación que existen entre las variables estudiadas en la tesis. En esta investigación se tuvo como resultado que el 41% de las madres consideran como muy bueno el cuidado del obstetra y el 43% de las madres se encuentran satisfechas con la atención brindada por el obstetra, también se tuvo como resultado que el factor que más predomina en el cuidado del obstetra es el cuidado durante el periodo de parto, el cual para poder aumentar la satisfacción de las madres se tendrá que mejorar todas las dimensiones del cuidado durante el periodo de parto. Se logró concluir que existe una relación positiva muy fuerte entre el cuidado del obstetra y satisfacción de las madres, el cual según Rho Speraman es de 0.847.

En el Capítulo I se visualiza la introducción del informe de tesis, donde se visualiza la problemática, la formulación del problema, objetivo general, objetivos específicos y la justificación. En el Capítulo II, se visualiza los antecedentes y el marco teórico de las dimensiones e indicadores del cuadro de operacionalización. En el Capítulo III, se visualiza la redacción de la hipótesis alterna y nula de la investigación. En el Capítulo IV se visualiza la metodología de esta investigación y el cuadro de operacionalización de las variables. En el Capítulo V se muestra los resultados, la interpretación de las mismas y el análisis de resultados. En el Capítulo VI se muestra las conclusiones de cada objetivo que se tuvo en esta investigación.

II. Revisión de literatura

En este capítulo se redacta los antecedentes, tantos internacionales, nacionales y locales, los cuales serán fundamental para la discusión de resultados en esta investigación, además en este capítulo se habla de las teorías relacionadas al tema de cada dimensión e indicador según tenemos en la Tabla de operacionalización de las variables.

2.1. Antecedentes

2.1.1. Nacionales

Wajajay, W (2017) ⁽⁶⁾, en su estudio percepción de la calidad de atención del parto en usuarias del servicio de centro obstétrico del hospital Daniel Alcides Carrión, enero - febrero 2017, tuvo como objetivo general, determinar la calidad de atención del parto en el Hospital Daniel Alcides, y la metodología empleada fue el diseño no experimental, descriptiva, el cual tuvo como resultado de su encuesta a 100 mujeres: El 87% de las mujeres están globalmente satisfechas con el servicio brindado con 6%, 22% y 59% de valoración en los niveles de “satisfacción amplia”, “satisfacción moderada” y “satisfacción baja” respectivamente. La seguridad fue la dimensión más pobremente valorada con 51% de las mujeres indicando “satisfacción baja” y 28% “insatisfacción leve”. Los aspectos tangibles fueron 12 los mejores valorados con 14% de mujeres indicando “satisfacción amplia” y 56% “satisfacción moderada”. Es así que el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión

debe aunar esfuerzos en mejorar los niveles de satisfacción de las usuarias.

Ayala G. (2017) ⁽⁷⁾, en su investigación sobre la calidad de la atención del parto según percepción de las usuarias en el servicio de centro obstétrico en el Instituto Nacional Materno Perinatal, enero – febrero 2017, tuvo como objetivo determinar el nivel de calidad de la atención presente en el Instituto Nacional Materno Perinatal, empleando la metodología de diseño no experimental – descriptiva, obtuvo como resultado, que al evaluar de manera global la atención del parto de 313 puérperas inmediatas, se observa que el 93,3% del total de encuestadas lo califica como “satisfacción” y solo el 6,7% lo califica como “insatisfacción leve”. También, se observaron preguntas con un mayor puntaje, relacionada al acompañamiento de la paciente por su esposo o algún familiar, con un 44,7% de satisfacción moderada y un menor porcentaje de insatisfacción leve en relación a la dimensión respuesta rápida de un (12,8 %).

Incacutipa Q. (2017) ⁽⁸⁾, calidad de la atención del parto vaginal desde la perspectiva de la usuaria en el Instituto Nacional Materno Perinatal – 2017, tuvo como objetivo determinar el nivel de calidad de la atención presente en el Instituto Nacional Materno Perinatal, empleando la metodología de diseño no experimental – descriptiva, encontró como resultado de su estudio a 85 puérperas, que el 48,24 % de las mujeres están insatisfechas, 12,94 % satisfechas, y el 38,82 % altamente satisfechas. En la dimensión capacidad de respuesta se encontraron insatisfechas

38,82 %, altamente satisfechas 32,94 % y el resto 28,24 % se consideran satisfechas. Por otro lado, en relación a la dimensión aspectos tangibles se encontró que el 36,47 % se consideraron satisfechas, las usuarias altamente satisfechas e insatisfechas ocuparon el 31,76%, dichos resultados sugieren profundizar en el conocimiento de la perspectiva poblacional, y determinar la necesidad de implementar acciones para la mejoría continua de la calidad de la atención.

Espinoza R. (2018) ⁽⁹⁾, percepción de la calidad de atención del parto en usuarias del centro obstétrico del Hospital San Juan De Lurigancho enero 2018, tuvo como objetivo determinar el nivel de calidad de la atención presente en el Hospital San Juan De Lurigancho, empleando la metodología de diseño no experimental – descriptiva, obtuvo como resultado en su estudio a 80 mujeres: Se encontró que la percepción de la calidad de atención del parto es insatisfactoria (88,75%). Así mismo en las dimensiones de la atención, los menores niveles de satisfacción media se obtuvieron en el ámbito de empatía y seguridad con insatisfacción moderada (2,0) e insatisfacción moderada (2,08) respectivamente. La primera dimensión antes mencionada, la seguridad esté probablemente muy influenciada por la baja percepción en la pregunta de acompañamiento del familiar y la elección de la posición de dar a luz que forman parte de dicha dimensión.

Por otro lado, la baja percepción de la satisfacción en la dimensión de la confianza también está fuertemente influenciada por el bajo puntaje de la pregunta

acerca de si la madre pudo comer o tomar algo, que forma parte también de dicha dimensión de la evaluación de la calidad esto se debe a la alta demanda que maneja el centro obstétrico y por la poca cantidad de camas. Por ello, el personal de salud no abastece adecuadamente su tiempo, tanto para explicar al acompañante la labor que deberá realizar al momento del parto, así como, la prohibición de consumir alimentos durante la labor de parto. Sin embargo, en la dimensión tangible de la calidad de atención fue la que obtuvo, dentro de todas, una mejor calificación con un nivel de satisfacción medida de insatisfacción leve (3,1). Este puntaje refleja un moderado equipamiento con el que cuenta el hospital y la adecuada disponibilidad de materiales para atender a las usuarias, las cuales logran percibir y evaluar esto regularmente positivo con un grado leve de insatisfacción.

Esquivel P. (2018) ⁽¹⁰⁾ satisfacción de las madres con el cuidado obstétrico durante el parto-puerperio en Maternidad de María, Chimbote, 2018, tuvo como objetivo determinar el nivel de satisfacción de las madres durante el cuidado del parto – puerperio, empleando la metodología de diseño no experimental – descriptiva correlacional, encontró como resultado en su encuesta aplicada a 100 madres, que el 100% de las madres mostraron indiferencia, sin embargo, al evaluar las dimensiones, se observa que el 97% y 98% respectivamente mostraron indiferencia ante los cuidados obstétricos durante el periodo de parto y puerperio. Por otro lado, el 53% de las encuestadas mostraron insatisfacción frente a la alimentación recibida y ambientación del servicio durante su estancia hospitalaria.

2.1.2. Internacionales

Vena M, Revolo S. (2018) ⁽¹¹⁾ satisfacción de las gestantes con el actual programa de embarazo, expectativas sobre un parto menos medicalizado, como objetivo tuvo determinar el nivel de satisfacción de las gestantes del Hospital El Niño Jesús, empleando la metodología de diseño no experimental – correlacional, en su recojo de resultados a 170 encuestas, en relación a la accesibilidad el 74.68% mostraron un alto grado de satisfacción, mientras un 25.11% lo estaba poco, algo o nada. Más del 50% de las gestantes estaban muy satisfechas con la organización, una media del 25.3% bastante, 2.85% poco, 2.86% algo y un 6.3 % nada satisfechas.

Por otro lado, más del 10% tuvieron sensación que se les trataba con prisa y estaban muy insatisfechas con las interrupciones durante la visita. Con respecto al trato que recibieron por parte del personal una media del 75.56% se mostraron muy satisfechas, un 16.2% bastante, mientras una media del 8.24% lo estaban poco, algo o nada. En cuanto a la predisposición para un parto más fisiológico había un 60% de las embarazadas que mostraban un alto interés, un 25.6% algo o poco y un 14.4% nada. Es decir, el estudio revela que alcanza un grado de satisfacción alta, siendo el mejor valorado el trato y la competencia profesional.

Laza V. (2018) ⁽¹²⁾, en su estudio: una aproximación al estado de la partería tradicional en Colombia, tuvo como objetivo determinar el nivel de satisfacción de las gestantes, empleando la metodología de diseño no experimental – correlacional refieren que la atención tradicional de la gestación, el parto y el puerperio en esta región rural son considerados eventos íntimos de la vida de la mujer que involucran el pudor de ésta y asumidos como asuntos propios de mujeres. Por esto, en el caso del parto, el ambiente propio del hogar y la obstetra forman parte de la intimidad, 11 la solidaridad y la calidez necesarias para que este evento salga bien.

Así mismo, evidenciaron como los choques culturales se volvieron parte de las experiencias y recuerdos negativos de las parturientas en los encuentros con los servicios y profesionales de salud durante la atención del parto; como resultado del desconocimiento de la realidad social y las prácticas y creencias culturales de estas comunidades rurales, además de las dificultades para el acceso a los servicios de salud de esta región, la preferencia por los cuidados de la obstetra se relacionaban con los problemas de acceso cultural y etnocentrismo evidenciados en no ser escuchadas, el no reconocimiento de sus prácticas y creencias culturales; la infraestructura hospitalaria considerada como fría y poco cómoda; la imposibilidad de estar acompañada por su familia y el trato de los profesionales de la salud.

Castro E. (2018) ⁽¹³⁾ prácticas y creencias tradicionales en torno al puerperio, Municipio de Popayán, 2018, tuvo como objetivo determinar el nivel de conocimiento de prácticas y creencias tradiciones que tienen las puérperas, empleando la metodología de diseño no experimental – correlacional, se refirió que para la puérpera la alimentación es un pilar fundamental, cuyo objeto fue lograr la recuperación optima en su estado de transición. En el análisis de las creencias y prácticas con respecto a la alimentación indica que durante la dieta se observaron los siguientes elementos: la aplicación del concepto alimentos fríos y 12 calientes, que se relacionan con la armonía que deben guardar las personas con la naturaleza y los califica en alimentos requeridos e impedidos. En cuanto al cuidado del recién nacido, señalan que los cuidados garantizan la adaptación adecuada del nuevo ser con el medio ambiente y fortalecerán el vínculo madre- hijo, por otro lado, en relación a las prácticas y creencias, se encontró que para el baño del recién nacido todas las madres usan agua tibia, con hierbas medicinales que en algunos casos favorecen a la cicatrización del cordón umbilical.

2.2. Bases teóricas de la investigación

2.2.1. Calidad en salud

2.2.1.1. Definición de calidad

Es el nivel de desarrollo y que garanticen el logro de los mayores beneficios para el usuario, en función de lo alcanzable de acuerdo con los recursos disponibles para su nivel de complejidad y con los valores éticos y sociales imperantes. A la vez es la herramienta básica mediante el cual se realizan procedimientos que busquen el mayor grado de bienestar del paciente o cliente y su completa satisfacción ⁽¹⁴⁾. En una definición técnico científica se refiere al contenido del saber médico y a la tecnología, mientras que, en una definición lógica, se define en función de la eficiencia con la cual se utiliza la información para la toma de decisiones conducentes a mejorar la prestación de los servicios ⁽¹⁴⁾.

La calidad de la atención médica está en función directa con la responsabilidad y el compromiso que la obstétrica experimenta al otorgarla, para lo cual es esencial que el profesional no sólo posea los conocimientos científicos y la técnica médica actual, sino que su desempeño esté sustentado en los aspectos normativos de la práctica profesional, con el objetivo de conocer las implicaciones legales en las que puede incurrir al realizar su trabajo. Asimismo, debe ser capaz de ganarse la confianza y el respeto moral de la paciente, la familia y la sociedad donde practique su profesión ⁽¹⁵⁾.

El trato personal de la mujer por parte de los profesionales de la salud, especialmente durante el parto, representa un elemento esencial de la calidad de los servicios. La relación interpersonal obstetra-paciente no se mide exclusivamente por la comunicación verbal, también hace referencia al interés que se tiene por las personas usuarias, el cual se demuestra por la comodidad, la privacidad y por el ambiente que se les proporciona en los diferentes lugares donde se presta la atención en salud ⁽¹⁵⁾.

2.2.1.2. Dimensiones de la calidad en salud

- **Nivel científico – técnico**

Tiene una doble vertiente. Por un lado, podemos considerar la calidad de los equipos y las instalaciones en donde se presta la atención sanitaria, y por otro el nivel de competencia de los profesionales que la aplican, que debe estar regulada académicamente. Es la característica más aceptada y menos discutida al hablar de calidad, admitiéndole, de forma genérica, que unos profesionales bien formados con equipos e instalaciones adecuados, deben dar una calidad científica – técnica aceptable ⁽¹⁵⁾.

- **Satisfacción**

Al hablar de satisfacción, nos podemos referir a dos aspectos bien diferenciados; por un lado, la satisfacción de los usuarios que algunos autores denominan aceptabilidad y por otro, la satisfacción de los propios profesionales. La satisfacción de las profesiones tiene que ver con cuestiones organizativas, de cargas laborales, retributivas, de relación ⁽¹⁶⁾. De forma genérica, se puede afirmar que, un personal satisfecho y motivado, dispensará una atención sanitaria de calidad. Por lo que estos aspectos deberán ser considerados si aspiramos a mejorar la calidad de los servicios que se prestan ⁽¹⁶⁾.

- **Eficacia**

Se define como el grado de consecución de los objetivos propuestos sin tener en cuenta el coste empleado. Un procedimiento, programa, servicio será eficaz cuando cumple el objetivo para el que ha sido diseñado. Lo que valoramos en este caso es lo adecuado del procedimiento que se presta ⁽¹⁶⁾.

- **Eficiencia**

La eficiencia mide el grado de consecución de los objetivos propuestos al mínimo coste posible. Un procedimiento, programa, servicio será más eficiente que otro sí, consiguiendo los mismos objetivos, emplea menos recursos ⁽¹⁶⁾.

- **Accesibilidad**

Se refiere a la posibilidad real de disponer del personal o del servicio que se precise en el momento en el que se precise. Un servicio sanitario tendría una elevada accesibilidad si durante 24 horas al día, los 365 días del año, pudiesen acceder a él los usuarios ⁽¹⁶⁾.

- **Adecuación**

La adecuación mide lo apropiado de los servicios que se ofertan en relación con las necesidades de la población que se atiende. Al estudiar lo idóneo de los servicios que se prestan, tendremos que contemplar no sólo el número y la cantidad de servicios de que disponemos, si no su distribución ⁽¹⁶⁾.

- **Continuidad**

Hace referencia al seguimiento de las necesidades sanitarias del individuo o la población. Es una característica propia de la Atención Primaria que, entre otras funciones, cumple con la misión de prestar servicios sanitarios de forma ininterrumpida a la población ⁽¹⁶⁾.

- **Participación**

Indica el nivel en que se implica a los mismos usuarios en el cuidado del bienestar de su salud ⁽¹⁶⁾.

- **Aceptabilidad**

Es una característica que nos indicaría el nivel de aprobación que tiene la atención sanitaria que se presta. Algunos autores denominan a esta característica como “satisfacción del usuario”, observando que no tiene por qué estar relacionada directamente con la calidad técnica de los servicios ofrecidos ⁽¹⁷⁾.

- **Equidad**

Esta característica hace referencia a la capacidad del sistema sanitario de ofrecer, a cada ciudadano o conjunto de ellos, una atención según sus propias necesidades. Es un concepto cercano al de justicia e igualdad, que pretende volcar el máximo de sus recursos en aquellos individuos o grupos poblacionales que, por diferentes circunstancias, más puedan necesitarlo ⁽¹⁷⁾.

2.2.2. Satisfacción

Es la complacencia del usuario con los servicios y los resultados de las acciones de los profesionales de salud ⁽¹⁷⁾. Satisfacción del personal, es el grado de complacencia del profesional con las condiciones de trabajo. Su inclusión entre los atributos de la calidad se deriva de la influencia que tiene la satisfacción laboral en la calidad del trabajo ⁽¹⁸⁾. La satisfacción del usuario, es como "el nivel del estado de ánimo de una persona que resulta de comparar el rendimiento percibido de un producto o servicio con sus expectativas. MINSA, define que la satisfacción del usuario es cuando el servicio responde a las necesidades y supera las

expectativas del usuario que conducen a reforzar hábitos de salud existentes y destacar otros ⁽¹⁸⁾.

2.2.2.1. Dimensiones de la satisfacción

- **Dimensión física:** Es la percepción del estado físico o la salud, entendida como ausencia de enfermedad, los síntomas producidos por la enfermedad y los efectos adversos al tratamiento ⁽¹⁹⁾.
- **Dimensión psicológica:** Es la percepción del individuo de su estado cognitivo y afectivo, como el miedo, la ansiedad, la incomunicación, la pérdida de autoestima, la incertidumbre sobre el futuro. También incluye las creencias personales, espirituales y religiosas, como el significado de la vida y la actitud ante el sufrimiento ⁽¹⁹⁾.
- **Dimensión social:** Hace referencia a la percepción del individuo de las relaciones interpersonales y roles sociales en la vida, como la necesidad de apoyo familiar y social, el desempeño laboral ⁽¹⁹⁾.

2.2.2.2. Elementos de satisfacción

- **Calidez Humana / Preocupación:** Apela a la búsqueda de una relación afectiva verbal y no verbal. Se experimenta como una expresión de afecto y preocupación: se percibe cercano, empático, cálido le transmite calor humano, que lo contiene, alivia y tranquiliza. Lo valora como persona ⁽²⁰⁾.

- **Confianza/ Seguridad:** Se experimenta como un estado de seguridad frente a quienes lo atienden, lo asocia a sentirse seguro con lo que hacen en su trabajo. Le genera certidumbre, los avala el conocimiento y la práctica. Apunta a restablecer la salud ⁽²⁰⁾.
- **Rapidez:** Apela a una espera razonable sin diferencias por condición social, lo atribuye a la rapidez con que lo atienden; es un atributo altamente valorado. Si bien se focaliza en el tiempo que demoran en atenderlo, conseguir una cama, determinar el diagnóstico y tratamiento ⁽²⁰⁾.
- **Oportunidad:** Alude a la idea de una actitud del equipo de salud que reconoce oportunamente la enfermedad que tiene, diagnóstica a tiempo, previene problemas, toma todas las acciones para que sane ⁽²⁰⁾.
- **Información:** Importancia del saber necesario en palabras “no médicas”, de lo que pasa con mi estado de salud. Sensación de calma en él y sus familiares. Sentirse involucrado ⁽²⁰⁾.
- **Apoyo:** Sentirse apoyado en lo físico y en lo emocional, esto significa experimentar la sensación de apoyo desde las necesidades más básicas, dolor, desplazamiento hasta la explicación y contención ⁽²⁰⁾.

2.2.3.El cuidado

2.2.3.1. Definición

Actividad específica que incluye todo lo que hacemos para mantener, continuar y reparar nuestro mundo, de manera que podamos vivir en él tan bien como sea posible, se entiende como una acción que va más allá de procedimientos técnicos, abarcando compromiso con el otro, tornándose en una acción humanizada ⁽²¹⁾.

El cuidado incluye dos significados íntimamente ligados: el primero, la actitud de desvelo, de solicitud, de atención hacia el otro; el segundo, la preocupación, la inquietud, la involucración, porque supone una implicación afectiva con el otro cuya condición conmueve mi actitud y moviliza mi acción. Pero cuidar también es pensar; cuidar proviene de cogitare que significa pensar este segundo significado de preocupación e inquietud se vincula con el concepto de cuidado como pensamiento en el otro ⁽²¹⁾.

El cuidado va dirigido al bienestar, tal como la persona lo define. El obstetra habiendo acumulado diversos conocimientos, se adelanta a la manera de ver de esta persona, la acompaña en sus experiencias de salud siguiendo su ritmo y su camino ⁽²¹⁾. Utiliza todo su ser incluida una sensibilidad que comprende elementos más allá de lo visible y palpable. El cuidado es la esencia de la práctica

obstétrica, es una manera fundamental de estar en el mundo y un ideal moral. Para dispensar cuidado obstétrico es cada vez más necesario comprender los procesos, los problemas y las situaciones de las gestantes, en todas las situaciones de la vida y en un mundo de constante evolución ⁽²¹⁾.

El Proceso de Cuidados Obstétricos es el proceso intelectual y deliberado, estructurado con arreglo a una serie de etapas ordenadas lógicamente, que se utilizan para planificar unos cuidados personalizados dirigidos al mayor bienestar de la persona cuidada. Es por ello que el cuidado humanizado, está enfocado en el respeto por la autonomía de la paciente, por su protagonismo y por sus necesidades en ese momento singular, junto con el mejor conocimiento de las necesidades en del recién nacido y la no interferencia en el establecimiento del vínculo con su madre representa los elementos fundamentales de este nuevo paradigma asistencial ⁽²¹⁾.

El cuidado humanizado se apoya en el conocimiento científico, la capacidad técnica y la relación terapéutica que la obstetra establece con el paciente, y supone acoger al otro de una manera cálida sin dejar de ser uno mismo, despojándose de todos los factores externos que en algún momento puedan afectar la atención comprometida y de óptima calidad que implica el cuidado humanizado ⁽²²⁾.

2.2.3.2. El cuidado en Obstetricia

Todo cuidado en obstetricia está bajo la responsabilidad de un profesional obstetra; según la ICM, el término matrona es toda aquella persona que, habiendo sido admitida para seguir un programa educativo de partería, debidamente reconocido por el Estado, ha terminado con éxito el ciclo de estudios prescritos en partería y ha obtenido las calificaciones necesarias que le permitan inscribirse en los centros oficiales y/o ejercer legalmente la práctica de la partería, está reconocida como un profesional responsable y que rinde cuentas y que trabaja en asociación con las mujeres para proporcionar el necesario apoyo, cuidados y consejos durante el embarazo, parto y el puerperio, dirigir los nacimientos en la propia responsabilidad de la matrona y proporcionar cuidados al neonato y al lactante. Este cuidado incluye las medidas preventivas, la promoción de nacimiento normal, la detección de complicaciones en la madre y niño, el acceso a cuidado médico u otra asistencia adecuada y la ejecución de medidas de emergencia ⁽²²⁾.

La matrona tiene una tarea importante en el asesoramiento y la educación para la salud, no sólo para la mujer, sino también en el seno de sus familias y de la comunidad. Este trabajo debe incluir la educación prenatal y preparación para la maternidad y puede extenderse a la salud de mujeres, la salud sexual o reproductiva, y el cuidado de los niños. Por ende, una matrona puede ejercer en cualquier emplazamiento, incluyendo la casa, la comunidad, los hospitales, las clínicas o las unidades de salud ⁽²³⁾.

Por tal razón el cuidado en obstetricia está basada en la premisa de un cuidado específico, autónomo y esencial, donde el profesional actúa oportunamente y con calidad en base a las normas y protocolos emitidas por la Autoridad Sanitaria, bajo el marco del Modelo de Atención Integral de Salud, enfocada en la interculturalidad, sustentado bajo el diálogo horizontal equitativo y la garantía de los derechos humanos ⁽²³⁾.

Es establecer un vínculo afectivo entre la obstetra y la mujer durante las etapas pre – concepcional, concepcional y post concepcional, teniendo en cuenta los aspectos biológicos, psicológicos y sociales, el cual dependerá fuertemente del nivel de interacción, el apoyo y la confidencialidad que las madres identifiquen en el personal de salud (obstetra), esto puede determinar que ellas recomienden el servicio de la maternidad, lo que puede ser entendido como un indicador de satisfacción ⁽²³⁾.

2.2.3.3. El acto obstétrico

El acto obstétrico es la prestación de servicios que se realiza por parte del profesional de obstetricia, encaminado a los siguientes fines: ⁽²³⁾

- Proteger y conservar la vida y la salud de la madre, del que está por nacer y del recién nacido ⁽²³⁾.
- El desarrollo y ejecución de actividades preventivo, promocionales, recuperación y rehabilitación de la salud, conducentes al fomento de la vida saludable de la madre, la familia y la comunidad ⁽²³⁾.

- La consulta y atención integral en la prevención, diagnóstico y tratamiento a la madre gestante ⁽²³⁾.
- La participación del equipo obstétrico en la atención integral a las pacientes ⁽²³⁾
- Promover la atención de salud ⁽²³⁾.
- El desarrollo de la investigación científica en el campo de la salud ⁽²³⁾.

El acto obstétrico se efectúa teniendo en cuenta el principio de alta responsabilidad, siendo ello lo fundamental y característico del trabajo profesional de la Obstetra, enmarcado en su Perfil Profesional y su Código de Ética y Deontología. Además, se reconoce también como toda acción o disposición que realiza la Obstetra en el ejercicio de la profesión de Obstetricia; ello comprende, los actos de atención en el campo de diagnóstico y pronóstico terapéutico que realiza en la atención integral y/o participación de las pacientes que les corresponda ⁽²³⁾.

LA CONFEDERACION INTERNACIONAL DE MATRONAS (ICM) considera que toda mujer que sufre complicaciones durante el embarazo, el parto o el periodo posparto precisa la atención de una matrona. Es conveniente que la matrona participe en los cuidados obstétricos especializados o de cualquier otro tipo y en el tratamiento relevante para la madre o el recién nacido ⁽²⁴⁾. La presencia de la matrona garantiza una continuidad muy necesaria de la atención

y el apoyo en una situación en la que la mujer puede llegar a recibir cuidados de una serie de profesionales sanitarios que le son totalmente desconocidos, y, como resultado, sentir más miedos y ansiedades ⁽²⁴⁾.

La matrona enfoca el parto como un proceso fisiológico y psicosocial, lo que optimiza la experiencia de la mujer de dicho proceso y la ayuda a prepararse para ser madre y criar a su recién nacido en el mejor estado físico y mental posible. Por ende, desde su postura la ICM seguirá trabajando para promover su creencia en los beneficios que aporta el cuidado de las matronas a las mujeres que sufren complicaciones durante el parto ⁽²⁴⁾.

Siempre que las mujeres reciban tratamiento por trastornos médicos como hipertensión, cardiopatía, diabetes mellitus o anemia durante el embarazo o por complicaciones obstétricas como parto asistido (ventosas, fórceps o cesárea), parto pretérmino o complicaciones durante el puerperio, entre otras, deberían recibir la asistencia de una matrona, según la definición de matrona de ICM ⁽²⁴⁾. La aceptación internacional de las matronas da fe de que las matronas son las profesionales cualificadas idóneas durante los partos normales y desempeñan una función primordial durante el cuidado y el tratamiento de mujeres que sufren complicaciones durante el parto ⁽²⁴⁾.

El acto de partería ejercida por parteras está dotado de una gran sabiduría,

humildad y generosidad, lo que les destaca como actores clave de la sociedad. Esto difiere del parto en servicio moderno, realizado en un ambiente frío, con poco calor humano, donde los profesionales piensan que están actuando piensan más en los resultados técnicos que en lo estrictamente humano, que con un sencillo abrazo y un breve diálogo marcaría toda la diferencia en ese momento sublime de la vida de la mujer ⁽²⁵⁾.

2.2.4. El parto

2.2.4.1. Definición

El Parto se define como la expulsión del producto de la concepción. El trabajo de parto normal es cuando los tres factores del trabajo de parto (dinámica uterina, pelvis y feto) interactúan y determinan la expulsión del producto de la concepción y sus anexos sin ninguna complicación manifestada por el Borramiento y dilatación del cuello uterino ⁽²⁵⁾.

2.2.4.2. Periodos del parto

- **Dilatación:** Se inicia cuando las contracciones uterinas alcanzan frecuencia, intensidad y duración suficientes para causar Borramiento y dilatación del cuello uterino y finaliza cuando se encuentra dilatado a 10 cm de diámetro. Este periodo tiene una duración estimada de 12 a 18 horas para las primigestas y de 6 a 8 horas para las múltiparas ⁽²⁵⁾. Se divide en dos fases:

- **Fase latente:** Menor de 4 cm. de dilatación cervical, con una duración promedio de 12 horas ⁽²⁵⁾.
- **Fase activa:** 4 – 10cm. de dilatación cervical, con una duración promedio en nulípara de 1cm. por hora y en múltipara de 1.5cm. por hora” ⁽²⁵⁾.

El rol fundamental del obstetra durante este periodo es asegurar una atención de calidad y calidez a la gestante, estableciendo una relación cordial, identificando necesidades y respondiendo a ellos; respetando así sus creencias culturales y asegurando un ambiente cómodo a la parturienta ⁽²⁵⁾. Seguidamente se realiza el manejo del periodo de dilatación que es: descartar signos de alarma, evaluar edad gestacional por fecha de última regla, evaluar la frecuencia cardíaca fetal, evaluar funciones vitales, evaluar dinámica uterina; evaluar altura uterina, posición fetal y peso probable de neonato; evaluar presencia de sangrado vaginal o pérdida de líquido amniótico, realizar tacto vaginal solo cuando sea necesario, graficar partograma, evitar maniobras que edematicen el periné y la vagina; y por ultimo verificar dilatación completa y atender. Actualmente a la tarea asistencial debe agregarse la vigilancia psicoafectiva entre el obstetra y la madre ⁽²⁵⁾.

- **Expulsivo**

Se extiende desde que la dilatación cervical se completa hasta que el producto es completamente expulsado fuera de la vulva. Durante este periodo el obstetra debe promover la participación activa del grupo familiar. De ser posible, promover que la pareja o un familiar esté en el momento del parto. También se debe permitir la posición más apropiada para la parturienta (se recomienda que la gestante escoja la posición, siempre que no exista alguna contraindicación) (25).

En este período es importante que el control de las contracciones uterina y latidos cardiacos fetales sean más frecuentes, también se controlará la eficacia del pujo materno el progreso del descenso de la presentación y rotación de la cabeza fetal. Se indicará administración de oxitócicos, después que salió el neonato (26). Luego de la salida del recién nacido en forma espontánea, proceder clampar el cordón umbilical, colocarlo sobre el abdomen de la madre de ser posible promover succión del pezón. Es muy importante promover el contacto precoz madre niño por 60 minutos; ya que ayudara a mejorar la relación madre-niño y el inicio de la lactancia materna precoz. Esta medida no debe alterar el funcionamiento del servicio (26).

- **Alumbramiento**

Es la salida de la placenta y no debe durar más de 30 minutos en el alumbramiento espontáneo; en el dirigido no debe durar más de 15 minutos. Durante este periodo el obstetra debe realizar la asistencia de la expulsión de la placenta y membranas, se debe utilizar oxitócico especialmente si hay riesgo de atonía, suturar episiotomía o laceraciones de partes blandas (sí corresponde). Además, el obstetra debe tener en cuenta las costumbres locales con respecto a la placenta. Si la familia solicita la placenta; se debe entregar la misma cumpliendo las medidas de bioseguridad convenientes ⁽²⁶⁾.

2.2.4.3. El cuidado en el parto

Es la acción humana, que significa, entender que la mujer que está dando a luz, es un ser humano, no una máquina y no sólo un contenedor de hacer bebés, respetándola como un importante y valioso ser humano y teniendo la certeza de que la experiencia de dar a luz es satisfactoria, y esencial ya que la haría más fuerte a la mujer, y por tanto hacer más fuerte a la sociedad ⁽²⁶⁾. Esto se basa en poner en poner a la mujer que está dando a luz en el centro y en el control, de tal manera que ella y no los médicos, obstetras o cualquier otra persona tome todas las decisiones de lo que va a ocurrir, dando cuidados maternos basados en buenas evidencias ⁽²⁶⁾.

Por ello el parto y su humanización implica que el control del proceso lo tenga la mujer, no el equipo de salud; requiere de una actitud respetuosa y cuidadosa, calidad y calidez de atención, que se estimule la presencia de un acompañante significativo para la parturienta (apoyo afectivo – emocional). O sea, que la mujer sea el foco en la atención y los servicios ofrecidos sensibles a sus necesidades y expectativas ⁽²⁷⁾. Lundgren y Dahlberg plantean que la relación que se establece entre la mujer y la obstetra, es el factor clave de un buen apoyo durante el proceso de parto. La satisfacción con el proceso se encuentra referida, a su vez, con el bienestar de la madre y del niño, tendiendo a relacionarse incluso con la calidad del vínculo que se establecerá entre ellos ⁽²⁷⁾.

El conocer la evolución de las etapas recorridas, sus aciertos y errores de la mujer permitirá reorientar el cuidado óptimo de la madre y del niño, con el propósito de disminuir su mortalidad. Por esta razón el cuidado en el parto es un proceso que involucra las necesidades de la mujer, en el cual se debe de contar con la participación familiar y en especial la participación del padre, esto permitirá reducir el estrés en gestantes que lo deseen. Al mismo tiempo es un medio educativo porque se va a propiciar en la mujer una toma de decisiones de manera informada, responsable sobre su salud, para que de esta manera se mejore el esquema de auto atención ⁽²⁸⁾.

2.2.4.4. Dimensiones del Cuidado

- **Saber cuidar**

El o la obstetra durante todo el periodo de dilatación, tiene que mantener una observación discreta pero continua, y darle todo el apoyo psicoemocional que necesite la mujer, así como orientarla respecto de las medidas físicas para ayudarla (paseos, baños, duchas, masajes y cambios de posición). Si hace falta, y con el consentimiento de la mujer, se le podría suministrar tratamiento farmacológico (por ejemplo, oxitocina), sin que ello signifique abandonar el Protocolo para la asistencia natural al parto normal ⁽²⁹⁾. El apoyo personalizado proporcionado por la obstetra a las mujeres durante el trabajo de parto y el parto tiene un efecto positivo en las intervenciones clínicas durante el trabajo de parto y en el bienestar emocional materno ⁽²⁹⁾.

Según los resultados de algunos estudios clínicos individuales y de análisis realizados, se observó una disminución en la duración del trabajo de parto en las participantes que recibieron apoyo durante éste, además, tienen también menos probabilidades de manifestar insatisfacción con su experiencia de parto y lograr reforzar el grado de confianza con el profesional de salud ⁽²⁹⁾.

El Obstetra debe brindar información sobre el manejo del dolor:

- Proporcionando soporte emocional con el apoyo del familiar elegido por la parturienta.”
- Brindar libertad de expresión y acción a la mujer de acuerdo a sus costumbres.
- Evaluar técnicas de relajación y masajes.
- Ingesta de infusiones de hierbas según las costumbres locales.
- Se debe informar a la mujer que debe elegir la posición que prefiera. No se recomienda la posición supina durante la fase de dilatación porque presenta una serie de problemas desde el punto de vista fisiológico ⁽²⁹⁾.

Toma de decisiones, en relación a sentirse escuchada y apoyada por el obstetra: La comunicación con el usuario se considera decisiva para asegurar grados óptimos de satisfacción. Diversos estudios han mostrado cómo influye la comunicación en el grado de satisfacción, y que los pacientes se sienten más satisfechos al ser escuchados y percibir un ambiente de confianza y sinceridad, lo que facilita un mejor conocimiento de su enfermedad ⁽³⁰⁾. Como marco referencial, la comunicación interpersonal se define como «una manifestación de cómo yo, emisor, me siento, te manifiesto a ti, receptor, mi forma de captar, sentir y vivir en estos momentos una realidad, y lo que espero de ti al decirte esto. Y por otra parte tú, como receptor, me reflejas (feedback) lo que has

captado de lo que yo, como emisor, te acabo de decir, tanto a nivel de contenido, sentimiento y demanda, así como lo que has captado con el lenguaje no verbal» de especial interés considerar los factores facilitadores y dificultadores de comunicación ⁽³⁰⁾.

En los diferentes estudios sobre comunicación y salud, los pacientes-usuarios demandan respeto, sensibilidad, acogida, tiempo suficiente, apoyo y comunicación centrada en el paciente. Las carencias comunicativas producen la mayoría de las reclamaciones y demandas de los pacientes. Esto requiere una especial atención a la comunicación con los usuarios para mejorar su satisfacción durante el proceso asistencial ⁽³¹⁾ Mercer estableció la teoría del «Proceso de convertirse en madre» En su investigación incluyó como factores la edad del primer nacimiento, la experiencia del nacimiento, la separación precoz del niño, el estrés social, el apoyo social, las características de la personalidad, el auto concepto, las actitudes de crianza y la salud. También incluyó las variables del niño relacionadas con el temperamento, la apariencia, la respuesta, el estado de salud y la habilidad para dar señales” ⁽³¹⁾

Por último, demostró la importancia del rol paterno. Hizo especial hincapié en que el tipo de ayuda o cuidado que una mujer recibe durante el embarazo y durante el primer año después del nacimiento puede tener efectos a largo plazo, tanto en ella como en el niño ⁽³¹⁾.

- **Saber conversar:**

Se debe facilitar que el acompañante colabore en el trabajo de parto, ya que es importante proporcionar asesoramiento sobre las personas que pueden acompañar a la mujer durante el parto. En caso de que sean más de una, se tiene que valorar si es posible que la acompañen todas por motivos de falta de espacio o de intimidad. Si por alguno de estos motivos sólo puede acompañarla una sola persona, el resto permanecerá en la sala de espera, donde se las informará de la forma que tenga organizada el servicio ⁽³²⁾.

Durante el proceso de parto, las mujeres reportan la necesidad de recibir amor y apoyo desde la familia, fundamentalmente desde la madre y la pareja, pues el cuidado otorgado por ellos proviene desde el facilitar la cercanía de los seres significativos es un determinante para la recomendación de la maternidad por parte de la madre, lo que se relaciona directamente con la satisfacción con la atención ⁽³³⁾.

Satisfacción del nacimiento:

Habitualmente se considera que el nacimiento de un nuevo hijo se vive como una experiencia positiva, sin embargo, el dolor, ansiedad, el descontrol de las emociones y sobre todo el que ella no se sienta participes de estas etapas influye en cierto grado de insatisfacción de las mujeres ⁽³⁴⁾. La satisfacción del

nacimiento involucra las expectativas personales de las gestantes, el apoyo y la calidad de la relación con las matronas, y la participación de la mujer en la toma de decisiones, la percepción del control durante el parto es esencial para que la mujer se sienta plenamente participe en el proceso y experimente sentimientos positivos ante la experiencia, y se muestra como uno de los factores predictores más importantes del grado de satisfacción ⁽³⁵⁾.

Es de esencial importancia para la obstetra tener en cuenta la satisfacción de la mujer con el nacimiento como un aspecto que refleja la calidad y la calidez de la atención que se le ofrece a la nueva madre, de ahí la necesidad de incidir en su valoración para tener como objetivo que la mujer se encuentre satisfecha en el momento de tener a su hijo ⁽³⁶⁾.

Atención brindada por el obstetra, para controlar el dolor durante el parto y el confort después del nacimiento:

Una tarea muy importante de la matrona es la de ayudar a la gestante a hacer frente al dolor. Esto puede lograrse con analgésicos, pero aún más fundamental e importante es el método no farmacológico, comenzando durante el período antenatal ofreciendo repetida información a la gestante y su compañero. Un buen apoyo durante el embarazo y el parto, por parte de la matrona, puede reducir la necesidad de usar analgésicos y así mejorar la experiencia del nacimiento ⁽³⁷⁾.

Aparte del apoyo durante el parto (el factor más importante) existen otros métodos de alivio del dolor de parto. El primero es ofrecer a la mujer la posibilidad de adoptar la postura que ella prefiera, en o fuera de la cama. Esto significa que no tiene por qué estar necesariamente en la cama y menos en posición supina y que debe gozar de la libertad de ponerse de pie, sentarse o andar, sin interferencia por parte de las matronas, especialmente en la fase de dilatación ⁽³⁷⁾.

Es por ello que existen diversos métodos no invasivos, ni farmacológicos de alivio del dolor que pueden ser utilizados durante el parto. Muchas mujeres sienten alivio del dolor tomando una ducha o un baño. También parecen ser efectivos los masajes por el acompañante. Estos métodos se usan frecuentemente en combinación con otras estrategias, incluyendo prácticas psicósomáticas como hipnosis, música y retroalimentación. Lo mismo ocurre con los métodos que ayudan a la mujer a hacer frente al dolor mediante técnicas para concentrar la atención, técnicas de respiración, relajación y preparación oral, alejando la atención del dolor ⁽³⁸⁾.

En las últimas décadas, una evaluación crítica del cuidado obstétrico habitual, tanto en el mundo desarrollado como en el mundo en desarrollo, revela

que diversas prácticas pueden ser físicamente abusivas, una forma de violencia contra las mujeres. Así mismo La excesiva “medicalización” del parto promueve el uso de intervenciones innecesarias con un costo global alto de los servicios médicos y que ha llevado a desconocer o subestimar la importancia de los aspectos psicológicos del embarazo y el parto ⁽³⁹⁾. En los países desarrollados, y en los sectores sociales de mayores ingresos de países en desarrollo como Chile, se ha aceptado la presencia de un acompañante de la mujer dentro de la sala de partos; lo importante es estimular esta compañía - no forzarla – de una persona afectivamente significativa para la mujer (pareja masculina, madre, otro familiar, amiga). Los efectos son más sólidos cuando el apoyo comienza al inicio del trabajo de parto ⁽³⁹⁾.

La tendencia actual en la asistencia obstétrica, se basa en dos principios éticos: el respeto a la autonomía de la mujer en una experiencia de tanta significación emocional para ella y su familia y el no someter a la madre a un daño innecesario. El rol de los profesionales “de la atención obstétrica (médicos, matronas) es actuar en resguardo del mejor interés de la madre y de su hijo, mediante la entrega de una información lo más completa posible, basada en la mejor evidencia disponible, que permita a la madre tomar decisiones plenamente informadas a lo largo del proceso reproductivo – auto cuidado durante la gestación, protagonismo en el parto y postparto ⁽⁴⁰⁾.

Fisiológicamente existen varias causas que explican el dolor asociado al trabajo de parto y parto, pero el dolor puede estar también influenciado por las experiencias personales y el umbral individual al dolor, por la transmisión generacional de creencias respecto al dolor durante el parto, por el entorno socio-cultural y por las expectativas de cada mujer ⁽⁴¹⁾.

Dedicación del obstetra durante el parto; en relación al tiempo que pasó el obstetra para cubrir sus necesidades físicas, emocionales.

Es responsabilidad del equipo profesional informarle a la madre al momento de formular el plan inicial de manejo a su ingreso al servicio de maternidad, sobre el apoyo que recibirá al momento de solicitar ayuda para alivio del dolor. Este dependerá de los recursos locales humanos y físicos, de los problemas médicos u obstétricos concurrentes, y de los recursos psicológicos y preferencias de la parturienta. La dedicación que la obstetra le brinda a la paciente es un factor imprescindible en la ayuda de un parto satisfactorio en la paciente, en donde el apoyo emocional que esta le brinda a la paciente que incluye empatía, compasión y palabras suaves, lo que alienta a la madre y la hace partícipe del proceso, haciendo que la satisfacción con el proceso de dar a luz se incremente ⁽⁴²⁾.

Además, el apoyo y la confidencialidad que las madres identifiquen en el personal de salud, puede determinar que ellas recomienden el servicio de la maternidad donde han sido atendidas, constituyéndose en un determinante en la elección del servicio de salud donde se atenderán, lo que puede ser entendido como un indicador de satisfacción con el servicio brindado. Frente a ello, mantener un cuidado continuo es fundamental, en la medida que es agradable para el 91% de las madres que lo reciben, permitiéndoles sentirse seguras durante el proceso de parto, sintiendo que conocen a las matronas a cargo de su cuidado. Esto tiene una importante repercusión en sentir que la situación está bajo su control ⁽⁴³⁾.

Continuidad en la atención

Un estudio realizado con el objetivo de evaluar la continuidad de la atención de los y las profesionales durante la gestación, el parto y el puerperio demostró que las mujeres que recibieron una continuidad en la atención tenían mayor probabilidad de tratar las preocupaciones antes y después del parto, menor probabilidad de recibir fármacos para el alivio del dolor durante el trabajo de parto y sus recién nacidos tenían una menor probabilidad de requerir reanimación. Los autores concluyen que la continuidad de la atención revela efectos beneficiosos y recomiendan que todas las mujeres debieran contar con apoyo continuo durante el trabajo de parto y el parto ⁽⁴⁴⁾.

Apoyo emocional continuo en el trabajo de parto y parto

El trabajo de parto es un período de mayor vulnerabilidad biológica y psicológica para las mujeres; el apoyo y la presencia en esos momentos de su pareja, familiar o de otra persona cercana afectivamente contribuye a disminuir el estrés y la ansiedad. Así mismo, la compañía de una persona que la apoye emocionalmente y facilite su relación con el equipo de salud que la atiende, también puede mejorar el progreso del trabajo de parto disminuyendo la ansiedad y los niveles de catecolamina circulante ⁽⁴⁵⁾.

Este apoyo, favoreciendo la participación activa de la mujer en su parto, debe considerar, no solo la inclusión de la pareja u otra persona que la mujer decida sino también la atención del confort físico de acuerdo a sus preferencias y a las posibilidades, y una comunicación positiva entre la mujer y el equipo de salud para entregarle información, responder a sus dudas e inquietudes y apoyarla en la toma de decisiones. Este apoyo, continuo, “es considerado como una forma de aliviar el dolor, incluso, como alternativa a la analgesia epidural (disminuye los requerimientos de analgesia) cuyos efectos adversos en el progreso del trabajo de parto son motivo de preocupación y estudios ⁽⁴⁵⁾.

Muchas de las intervenciones que se realizan durante el trabajo de parto y parto involucran intervenciones, o aumentan las probabilidades de estas, generando una “cascada de intervenciones”. El apoyo continuo y personalizado tiene el potencial de limitar dicha “cascada” ⁽⁴⁶⁾.

Privacidad, en cuanto al número de profesionales que la atendieron durante el parto y si la obstetra respeta su intimidad durante el parto

La privacidad de la mujer donde vaya a dar a luz debe ser respetada en todo momento. Una gestante necesita su propia habitación para dar a luz y el número de personas presentes debe estar limitado al mínimo necesario. Sin embargo, en la práctica cotidiana las condiciones difieren considerablemente de la situación ideal descrita anteriormente ⁽⁴⁶⁾. En los países desarrollados las mujeres a menudo se sienten aisladas en las salas de dilatación de los grandes hospitales, rodeadas de equipos técnicos y sin apenas ningún tipo de apoyo emocional. En los países en desarrollo algunos grandes hospitales están tan saturados con partos de mujeres de bajo riesgo que el apoyo personal y la privacidad son prácticamente imposibles ⁽⁴⁷⁾. Los partos domiciliarios en estos países son muchas veces atendidos por personas inexpertas. Bajo estas circunstancias el apoyo a la mujer gestante es deficiente o incluso inexistente, con un número considerable de gestantes dando a luz sin ningún tipo de atención ⁽⁴⁷⁾.

2.2.5. El puerperio

2.2.5.1. Definición y clasificación

Periodo comprendido entre la salida de la placenta hasta los 42 días. El puerperio puede ser: ⁽⁴⁷⁾

- **Puerperio inmediato:** abarca las primeras 24 horas. Realizándose una vigilancia estricta las dos primeras horas por ser la etapa de mayor posibilidad de hemorragia post parto, que es una de las primeras causas de muerte materna en el Perú. Es decir, controlar cada 30 minutos las funciones vitales, estado general, control de sangrado vaginal y control de altura uterina ⁽⁴⁷⁾. Luego se debe favorecer la lactancia materna, preferentemente en la primera hora postparto, siendo recomendable poner el bebé al pecho de la madre, promoviendo así el contacto piel con piel. Aquí las obstetras jugamos un papel fundamental ayudando a que esto sea posible, estableciendo así una instauración precoz de la lactancia materna ⁽⁴⁷⁾
- **Puerperio mediato:** los primeros 7 días. Considerar la posibilidad de infección puerperal ⁽⁴⁷⁾
- **Puerperio tardío:** desde el 8º día hasta la 6ta. Semana (42 días) ⁽⁴⁷⁾.

2.2.5.2. El cuidado en el puerperio

Es el período en el que se producen transformaciones progresivas de orden anatómico y funcional, que hacen regresar paulatinamente, todas las modificaciones gravídicas. Esto se logra mediante un proceso involutivo, que tiene como fin restituir estas modificaciones a su estado pre-grávido. Este período se extiende convencionalmente hasta 45-60 días del post parto ⁽⁴⁸⁾. Estos cuidados centrados en la madre, el niño y su familia deben brindarse con amabilidad, respeto y dignidad, siendo esencial establecer una adecuada comunicación del equipo de salud con la mujer y su familia, tomando en cuenta su cultura, sus costumbres, su nivel de educación y su idioma. Las mujeres deberán recibir información relevante y oportuna que las ayude a tomar un rol protagónico en sus propios cuidados en salud y los de su bebé y a reconocer y responder ante un problema ⁽⁴⁹⁾.

2.2.5.3. Dimensiones del Cuidado en el puerperio

Las mujeres en puerperio necesitan especial atención, pues estas tienen a su cargo un nuevo ser, el cual depende ciento por ciento de ellas, es por tal razón que el cuidado debe ser en familia, ya que esta es el eje central de la sociedad y a su vez es formadora de ella. El cuidado de la madre y del recién nacido pueden ser considerados tarea fácil, pero tal vez para las madres en puerperio no sea así, el sentir el apoyo les facilita las cosas haciéndoles experimentar bienestar y seguridad” ⁽⁵⁰⁾.

Saber asistir: La obstetra tiene un rol muy importante, que es la dedicación a la mujer durante la etapa del puerperio inmediato, en relación al tiempo que pasa para cubrir sus necesidades físicas, emocionales y apoyo a la lactancia” (50).

Necesidades físicas

Sangrado: la obstetra tiene el deber de observar la cantidad, el olor y el color del sangrado vaginal” (50).

Útero: la obstetra deberá de realizar la maniobra vi manual a nivel del útero, así para obtener un útero contraído, reduciendo el volumen del útero como la hemorragia vaginal” (50).

Necesidad emocional

Cansancio y fatiga: la obstetra indica al paciente de hacer descanso, después del nacimiento del niño, abrigarle y pedir apoyo a sus familiares para que la acompañen”. Depresión: la obstetra se dedicará a darles apoyo (emocional y física), a las pacientes que tienen este tipo de enfermedad, para que así ellas entiendan que son queridas, estimadas y apoyadas por las obstetras” (50).

Apoyo en la lactancia

La obstetra enseñar las técnicas apropiadas para una buena lactancia exitosa,

hay que asegurar una buena técnica de amamantamiento y un buen acoplamiento boca pezón-areola. Es por ello que el apoyo y promoción de la lactancia está fundamentalmente a cargo de la Matrona que asiste el puerperio” (51).

Saber educar

El período postparto es la etapa de transición en que la madre y su hijo/a pasan de esta estrecha relación que hay durante el embarazo hacia un período de mayor autonomía para ambos. En este período ocurren cambios importantes en la fisiología de la madre, hasta que retorna a una condición semejante a la que tenía antes del embarazo (51). Este período es esencial para el desarrollo de hijas e hijos, para la recuperación de la madre, para el aprendizaje de las funciones parentales y para que se establezca el vínculo afectivo entre los recién nacidos y sus padres (52).

- **Sangrado:** El útero comienza a eliminar secreciones vaginales el cual son llamados loquios que contienen sangre, moco cervical y restos placentarios, es necesario informar y explicar a la paciente que la salida de este sangrado es normal, y se caracterizan por ser de color rojo similar a la menstruación, abundante y con coágulos. Conforme van pasando los días el color del sangrado va cambiando volviéndose más claros, el volumen del sangrado también irá disminuyendo (52).

- **Vagina:** En el postparto inmediato, recién suturada la episiotomía, la vagina se encuentra edematosa, de superficie lisa y relativamente flácida. Después de 3 semanas comienzan a observarse los pliegues característicos con desaparición del edema y ya a las 6 semanas existe reparación completa de las paredes e introito vaginal ⁽⁵³⁾.
- **Útero:** Explicarle a la paciente que después de la salida de la placenta continúan las contracciones uterinas, las que pueden ser muy intensas. Estas contracciones son esenciales para la hemostasia al comprimir los vasos sanguíneos del lecho placentario y lograr su obliteración. El resultado de las contracciones fisiológicas descritas es la disminución de peso y tamaño del útero con regresión de su gran masa muscular. El útero pesa alrededor de 1.000 a 1.200 gramos después del alumbramiento, disminuye rápida y progresivamente a 500 gramos al 7º día postparto y a menos de 100 gramos al terminar la involución en la 6º - 8º semana después del parto ⁽⁵⁴⁾.
- **El cuello uterino:** Después de la salida del feto reduce rápidamente su dilatación a 2 -3 centímetros en las primeras horas postparto y permanece así durante la primera semana del puerperio para luego disminuir a 1 cm. El orificio cervical externo adquiere una disposición transversal diferente al aspecto circular de las mujeres nulíparas ⁽⁵⁵⁾.
- **Mamas:** Durante el embarazo, la mama es preparada para el proceso de la lactancia. Después del parto, con la salida de la placenta se experimenta la salida

del calostro el cual es importante brindarle al RN para activar sus defensas, en el 3 y 5 día después será sustituido por la leche ⁽⁵⁵⁾.

- **Reducción del tamaño del útero (involución):** Se le explicará a la paciente que el útero que creció en forma importante durante la gestación hasta casi el límite con las costillas, debe comenzar rápidamente su reducción. En los primeros tres días del puerperio, y gracias a la acción de la oxitocina, el útero se reduce a un cuarto del tamaño que había alcanzado, lo cual constituye un caso único en la anatomía humana en cuanto a la pronta capacidad de reacción. Ningún músculo posee esta cualidad de estirarse sin romperse y luego encogerse a su anterior tamaño. Una semana después del parto, el útero ha disminuido su tamaño un 50% y tiene un peso aproximado de 500 gr. A las 2 semanas, la involución normal es tal que ya no se puede palpar el útero en el examen abdominal y, ya a las 6 semanas, ha recuperado casi el tamaño que tenía antes del embarazo. Cuando no sucede esto, entonces se presenta una sub-involución y esto puede dar como resultado una hemorragia post parto tardía ⁽⁵⁶⁾.
- **Regreso de la ovulación y de la menstruación:** Algunos estudios muestran que la primera ovulación después del parto en mujeres que no amamantan, se presenta alrededor de las 10 semanas comparadas con la ovulación de las madres que amamantan que se presenta más o menos a la semana 17 ⁽⁵⁶⁾.

2.2.6. Cuidado en el Recién Nacido

Los cambios fisiológicos que implica el paso de la vida intrauterina a la extrauterina son los que determinan las características del cuidado del recién nacido normal y de la patología de este período. Esto requiere una adaptación de todos los órganos y sistemas que incluye la maduración de diversos sistemas enzimáticos, la puesta en marcha del mecanismo de homeostasis que en el útero eran asumidos por la madre y la readecuación respiratoria y circulatoria indispensable desde el nacimiento para sobrevivir en el ambiente extrauterino ⁽⁵⁶⁾. Todos los problemas del recién nacido de alguna manera comprenden la alteración de un mecanismo de adaptación. La atención del RN es un conjunto de actividades, intervenciones y procedimientos dirigidos en el proceso del recién nacido e inmediatamente después con el propósito de lograr disminuir los riesgos de sufrir alguna secuela o incluso la muerte ⁽⁵⁷⁾.

2.2.6.1. Dimensiones del Cuidado en el Recién Nacido

La atención del recién nacido comienza con un adecuado seguimiento del embarazo, tomando decisiones que no deben dejarse para el último momento, los padres deben conocer y asumir el tipo de asistencia que van a recibir, elegir la alimentación que se le va a dar, y plantear con sus familiares y amigos cómo desean que transcurran los meros días de vida del niño ⁽⁵⁷⁾.

Saber reconocer

Informar a la madre sobre como reconocer las necesidades del recién nacido:

Alimentación: La alimentación de su hijo es tal vez uno de los aspectos que genera más dudas e inquietudes en los padres y especialmente en los más inexpertos, dado que es difícil percibir con certeza que esta necesidad está satisfactoriamente cubierta en un recién nacido, Si el neonato es activo, irritable o demandante la primera sensación de los padres es que su hijo no está siendo alimentado correctamente ⁽⁵⁷⁾. Es importante guiarlos acerca de algunos aspectos a observar y cómo actuar en consecuencia, para poder resolver adecuadamente las cuestiones alimentarias y fortalecer su autoestima en relación a la posibilidad de cubrir esta necesidad básica de su hijo ⁽⁵⁷⁾.

Recién nacidos amamantados: Cuando los padres tienen la decisión de amamantar es conveniente ofrecerles pautas claras y sencillas para favorecer la instauración de la lactancia y el amamantamiento eficaz. Los padres necesitan pautas orientadoras en los primeros días para poder organizar el cuidado de sus hijos y la nueva vida familiar. ¿Cómo saber que su hijo está alimentándose correctamente? El peso es una variable que no se mide en el hogar, de manera que observar la conducta y el aspecto general de su hijo es la mejor manera de que los padres puedan saber que está alimentándose correctamente ⁽⁵⁸⁾. Es fundamental entonces enseñarles qué aspectos observar:

- ✓ **Actitud:** “es un signo que informa del estado general del bebé: activo, somnoliento, desinteresado, demandante” (58).
- ✓ **Succión:** “la succión vigorosa es un signo saludable en un recién nacido y manifiesta su predisposición para alimentarse; la succión es más superficial y rápida al principio de la mamada y luego más profunda y lenta. Presencia de movimiento acompasado de carrillos y sonido al deglutir son signos de estar alimentándose adecuadamente” (58).
- ✓ **Humedad de las mucosas:** la humedad de la mucosa de la boca es un signo de buena hidratación (58).
- ✓ **Sueño:** períodos de sueño muy cortos pueden indicar que el recién nacido no se alimenta satisfactoriamente (58).
- ✓ **Llanto:** el llanto débil, así como el llanto muy frecuente es un signo de un bebé en malestar y esto en algunas oportunidades puede estar causado por problemas alimentarios (58).

Es de utilidad ofrecer a los padres recomendaciones generales para amamantar al recién nacido:

- ✓ “Utilizar una posición cómoda recordando cambiarla periódicamente para favorecer el drenado del pecho y liberar la zona de presión de la boca del bebé en la aréola” (59).
- ✓ Observar la posición del bebé y adhesión de la boca al pecho (59).
- ✓ Permitir que el bebé tome de un pecho hasta quedar satisfecho y cuando

realice una pausa prolongada ofrecerle el segundo pecho; puede que en esa instancia el recién nacido se encuentre satisfecho y ya no quiera continuar succionando. Progresivamente la mayoría de los bebés comienzan a tomar del segundo pecho. La posibilidad de ofrecer alternativamente uno y otro pecho previene la congestión mamaria ⁽⁵⁹⁾.

- ✓ Dar la posibilidad que el bebé decida cuando finalizar la mamada, dado que se separa del pecho o disminuye el interés en la succión ⁽⁵⁹⁾.
- ✓ Modificar ligeramente la posición del recién nacido al finalizar la mamada, facilita que si hay aire en el tracto digestivo pueda movilizarse y salir al exterior. No es beneficioso percutir ni mover vigorosamente al bebé para forzar este proceso, si con la maniobra habitual no hay eructo es porque el bebé no tiene aire para eliminar ⁽⁵⁹⁾.
- ✓ Ofrecer el pecho a libre demanda del bebé durante el día y la noche ⁽⁵⁹⁾.

Saber cuidar

Educar a la madre sobre las posiciones correctas para dormir y sobre el aseo personal del recién nacido:

Sueño: El sueño del recién nacido ocupa entre dieciocho y veinte horas de las veinticuatro del día, durante el mismo es necesario establecer algunas medidas de protección para preservar la salud y el descanso del bebé. Los cuidados para el sueño del recién nacido, están orientados a prevenir eventos de riesgo de vida

asociados al sueño como el síndrome de muerte súbita del lactante y se basan en las características anatómo fisiológicas del sistema respiratorio y la capacidad de respuesta del sistema nervioso ⁽⁶⁰⁾.

El tono muscular del cuello del recién nacido es mínimo lo que lo hace incompetente para el sostén de la cabeza, lo cual es una pauta madurativa completamente normal en esta etapa de la vida ⁽⁶⁰⁾. Las estructuras de los órganos ubicados en el cuello están conformadas por cartílago escasamente consolidado por lo tanto tienen poca estabilidad y son fácilmente colapsables ante cambios mínimos de posición del cuello ⁽⁶⁰⁾. La forma de preservar dichas estructuras en un plano seguro, es el decúbito dorsal sobre una base firme. Un recién nacido sano neurológicamente, en decúbito dorsal, tiene posibilidad de respuesta lateralizando la cabeza ante la situación de vómito evitando la bronco-aspiración ⁽⁶⁰⁾.

Los ambientes que no son excesivamente cálidos, así como la lactancia materna favorecen los despertares frecuentes del recién nacido y esto constituye en sí mismo un factor proyectivo frente a eventos adversos relacionados con el sueño

Recomendaciones para el sueño seguro: ⁽⁶⁰⁾.

- ✓ La temperatura del ambiente no debe superar los 23°C.
- ✓ No fumar en el ámbito donde vive o duerme un recién nacido.
- ✓ La posición correcta para dormir el recién nacido es decúbito dorsal.
- ✓ La superficie de la cuna donde se apoye al recién nacido debe ser rígida evitando que el cojón se hunda.
- ✓ No usar almohada.
- ✓ Acostar al recién nacido con los pies apoyados en el fondo de la cuna de manera que no pueda desplazarse más allá.
- ✓ Evitar el exceso de abrigo al recién nacido.
- ✓ Cubrir con la ropa hasta la altura de las axilas dejando los brazos por fuera de la misma.
- ✓ Retirar de la cuna juguetes, almohadones y cualquier objeto que pueda caer sobre el recién nacido obstruyendo la vía aérea.
- ✓ Lactancia materna.
- ✓ Ofrecer chupete una vez instalada la lactancia ⁽⁶⁰⁾.

Higiene

La higiene constituye una necesidad básica para el recién nacido que contribuye a prevenir infecciones y a mantener el bienestar y el confort. El cambio de pañal es recomendable realizarlo frecuentemente de manera de proteger y preservar la integridad de la piel. Es habitual que los padres tengan dudas acerca del momento oportuno para hacerlo en relación con el momento de la alimentación y es preciso explicarles las ventajas y desventajas en cualquiera de las instancias ⁽⁶⁰⁾. El cuidado del cordón en el hogar es una actividad que los padres realizarán cada vez que cambien el pañal de su hijo. Para poder realizarlo en forma correcta tienen que conocer todos los aspectos relacionados con la evolución normal del mismo, los elementos necesarios para la higiene y los signos de alarma ante los cuales consultar ⁽⁶¹⁾.

Hay que explicar a los padres que la higiene habitual del cordón umbilical es importante para evitar que se infecte, que no produce dolor en el recién nacido porque es tejido sin terminaciones nerviosas y el malestar del bebé durante el procedimiento se relaciona con el contacto del líquido frío en la piel circundante. La higiene se realiza limpiando el cordón con gasa estéril humedecida en alcohol al 70%, tomándolo desde la punta del muñón o desde el clamp, frotando con movimiento ascendente desde la base hacia arriba en el trayecto de todo el muñón umbilical. ⁽⁶¹⁾ Es importante traccionar suavemente del muñón para que en la base la piel se separe del mismo y permita la correcta limpieza por arrastre, para eliminar las secreciones y la humedad. El muñón umbilical, “con el correr de los días va

modificando su aspecto resecaándose y endureciéndose hasta caerse; este proceso lleva entre ocho y catorce días ⁽⁶²⁾.

Una vez que se produce la caída hay que continuar con iguales cuidados en el ombligo hasta que cicatrice completamente. El olor fétido, rubor y calor alrededor del cordón o la persistencia del muñón más allá de los 14 días de vida son motivo de consulta inmediata ⁽⁶²⁾. El baño del recién nacido es uno de los momentos más gratificantes y esperados por los padres, de manera que hay que animarlos a realizarlo en forma adecuada y segura. Es un cuidado de confort e higiene que puede realizarse diariamente pero que no es estrictamente imprescindible ⁽⁶²⁾. El recién nacido aún no transpira con eliminación de sustancias sebáceas, ni realiza actividades donde pueda ensuciarse, de manera que no existe una necesidad de frecuencia diaria de baño por lo menos en el primer mes de vida. Para que puedan llevarlo a cabo en forma adecuada es importante que cuiden algunos aspectos tales como: ⁽⁶²⁾.

- La temperatura ambiente: reforzar todas las recomendaciones antes mencionadas para cuidar la termorregulación y sugerir realizarlo en el lugar y horario más cálido de la casa ⁽⁶²⁾.

- Preparar todos los elementos que vaya a necesitar para no tener que desplazarse ni dejar solo al recién nacido en ninguna instancia del procedimiento ⁽⁶²⁾.
- Constatar la temperatura del agua con el antebrazo para que sea agradable, evitando así quemaduras por excesivo calor o enfriamiento del recién nacido por baja temperatura ⁽⁶²⁾.
- Utilizar el baño de arrastre bajo chorro de agua o de inmersión en recipiente de uso exclusivo para el baño del bebé ⁽⁶²⁾.
- Para bañar al bebé por arrastre sostenerlo apoyando el tórax sobre el antebrazo, fijándolo a la altura de las axilas y utilizando la otra mano para masajear la piel y separar pliegues ⁽⁶²⁾.
- Para bañar al bebé de inmersión preparar el agua en el recipiente y sumergirlo lentamente, sostenerlo con una mano firme en la nuca y la otra bajo la zona glútea, una vez que esté sumergido hasta el tórax y apoyado sobre el fondo, liberar la mano que sostiene la zona glútea para proceder a masajear la piel y separar los pliegues ⁽⁶²⁾.
- Al realizar baño por inmersión, higienizar antes y fuera de la bañera los genitales si es necesario, para evitar contaminar el agua con deposiciones ⁽⁶²⁾.

Explicar a la madre a dónde acudir ante una emergencia:

Prevención de accidentes

En la etapa neonatal los accidentes dependen de las medidas precautorias del cuidador dado que los neonatos no deambulan y tienen limitado desplazamiento por esta misma razón medidas de seguridad en el hogar son más sencillas de aplicar e implementar. Es conveniente trabajar con los padres desde la internación conjunta en la forma segura de realizar los procedimientos habituales de cuidado de su hijo ⁽⁶³⁾.

- ✓ El sitio más seguro de permanencia de un recién nacido es en brazos de su cuidador o en la cuna. Evite colocarlo en mesadas, camas u otras superficies y de ser así permanezca junto a él ⁽⁶³⁾.
- ✓ Es desaconsejable realizar otras actividades con el recién nacido en brazos como cocinar, planchar o beber líquidos calientes ⁽⁶³⁾.
- ✓ No es aconsejable dejar al recién nacido a cargo de otros menores ⁽⁶³⁾.
- ✓ Los recién nacidos no deben permanecer con las mascotas sin supervisión de un adulto ⁽⁶³⁾.
- ✓ Alejar la cuna de los recién nacidos de fuentes directas de calor o frío ⁽⁶³⁾.
- ✓ Constatar siempre la temperatura del agua a utilizar para la higiene del recién nacido con la cara interna del antebrazo que es una zona sensible ⁽⁶³⁾.
- ✓ Antes de higienizar o cambiar al recién nacido preparar los elementos que necesarios al alcance de la mano para no tener que trasladarse a buscarlos ⁽⁶³⁾.

- ✓ Durante el baño sostener al recién nacido por debajo de las axilas con la cabeza apoyada sobre el antebrazo; de esta manera se garantiza que no se deslice bajo el agua; realizar el resto de las maniobras con la mano hábil ⁽⁶³⁾.
- ✓ Al retirar de la bañera o pileta apoyarlo en una toalla sobre una superficie cercana y envolverlo rápidamente para secarlo ⁽⁶³⁾.
- ✓ Desestimar el uso de cordones, cintas ni cadenas en el cuello, brazos o piernas del recién nacido, dado que pueden ceñirse y obstruir la entrada de aire o la circulación ⁽⁶³⁾.
- ✓ Los alfileres o prendedores con punzante en la ropa del recién nacido pueden causar lesiones por lo cual no son elementos seguros para usar ⁽⁶³⁾.
- ✓ La administración de líquidos, alimentos (miel, azúcar), tisanas u otras sustancias está completamente desaconsejada. Los medicamentos requieren indicación precisa del pediatra para su administración y receta emitida por el profesional ⁽⁶³⁾.

2.2.7. Logística y entorno

Logística: se comprende la puesta en marcha, administración y el correcto funcionamiento de un emprendimiento, dentro de lo cual se desarrollan estrategias de coordinación y planificación. Dentro de un centro de salud se administra los materiales, los productos y los datos de los pacientes, el inventario de materias primas, fabricación, localización en planta, selección de pedidos, embarque, transporte y

controla el flujo de información vinculado con esos flujos físicos con el fin de garantizar calidad y seguridad en un alto nivel de rendimiento y eficiencia, desde el fabricante hasta el paciente ⁽⁶⁴⁾.

Entorno: es la situación en la que se encuentra el área sanitaria, al espacio que nos rodea, y con el que interactuamos ⁽⁶⁴⁾.

2.2.7.1. Dimensiones de la Logística y entorno:

- **Recursos materiales**

Alimentación durante el trabajo de parto: Tradicionalmente se ha indicado el ayuno de la mujer durante el trabajo de parto. Actualmente, se recomienda considerar, en conjunto con la mujer, la posibilidad de alguna ingesta en base a que el proceso de parto requiere una gran energía; la duración del trabajo de parto y el parto no son previsibles y la restricción de líquidos puede conducir a deshidratación y cetosis. Por otro lado, la colocación de una vía endovenosa limita la movilidad de la mujer durante el proceso ⁽⁶⁵⁾.

La alimentación durante el trabajo de parto debe ser entendida como un proceso natural de gran importancia y variabilidad en las mujeres, recomendándose una ingesta oral de líquidos y dieta liviana, respetando los deseos de la mujer. En el período final o etapa de transición del trabajo de parto, es probable que la mujer sólo pida líquido, o algo que la refresque; en este período

es recomendable ofrecerle un cubo de hielo o helado de agua con sabor para satisfacer esta necesidad ⁽⁶⁵⁾.

- **Servicios**

Respecto a la Privacidad y pudor: “Todo usuario tiene derecho a ser atendido en un lugar que tenga suficiente privacidad, considerando como condiciones mínimas, salas, vestidores y baños diferenciados por sexo. Todo usuario tiene derecho a un lenguaje respetuoso, que no ponga en riesgo la privacidad y el pudor del paciente” ⁽⁶⁵⁾.

- **La intimidad:**

El término intimidad tiene su origen en el vocablo latino *intimus* que significa: zona espiritual reservada de una persona, así como de un grupo o de una familia. La intimidad es el derecho a que ciertos aspectos de nosotros mismos no sean conocidos por los demás, es una especie de derecho al secreto, a que los demás no sepan lo que somos, lo que sentimos y lo que hacemos. Hace referencia a las personas, a los seres racionales, que son los únicos que tienen un yo y tienen conciencia de ser un sujeto único e irrepetible ⁽⁶⁶⁾. La intimidad se sitúa en el terreno oculto de cada persona, donde se forjan las decisiones más propias e intransferibles. La intimidad se relaciona especialmente con la amistad, por eso se aplica con frecuencia el adjetivo *íntimo* al amigo que queremos mucho y al

que le tenemos confianza ⁽⁶⁷⁾. Toda persona, por el simple hecho de serlo, tiene derecho a que se le respete su intimidad o privacidad. Este derecho a la privacidad o a la intimidad, es una consecuencia o derivación de la dignidad que posee la persona humana ⁽⁶⁷⁾.

- **Comodidad en la sala de dilatación y sala de partos**

Dar a luz a un hijo es una experiencia inolvidable que los padres recordarán toda la vida. Sin embargo, también es un evento que está lleno de emociones y de esfuerzo físico. La prioridad principal para el personal obstétrico en la sala de partos es garantizar el bienestar de la madre y del bebé ⁽⁶⁷⁾. Para ayudar a que el evento sea más agradable, sin comprometer por ello la salud ni la seguridad, el establecimiento de salud debe de contar con ambientes agradables, cálidos, que permitan que la paciente se sienta como, que le trasmite paz y seguridad, permitiéndole tener una experiencia gratificante ⁽⁶⁸⁾.

Es por ello que los ambiente de dilatación, parto y puerperio deben ser espaciosas, bien iluminadas, teniendo esa mezcla de comodidad y tecnología avanzada, tener un equipamiento seguro al acorde de las necesidad de las pacientes, estar equipadas con camas especiales, para partos con múltiples posiciones, ya que hoy en día el cuidado en obstetricia está basado en un cuidado con enfoque intercultural, en donde el respeto por las decisiones de la paciente sobre salen con el fin de brindar un cuidado de calidad y calidez, se resalta que con una infraestructura y equipamiento adecuado, sobre todo el cuidado ⁽⁶⁹⁾

III. Hipótesis

H1: Existe relación entre el cuidado del obstetra y satisfacción de las madres durante el trabajo de parto y puerperio inmediato en el Centro de Salud Yugoslavia en Nuevo Chimbote durante el periodo de julio – agosto de 2020.

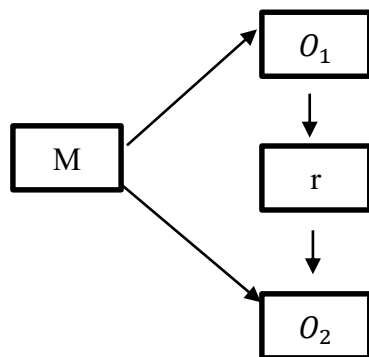
H0: No existe relación entre el cuidado del obstetra y satisfacción de las madres durante el trabajo de parto y puerperio inmediato en el Centro de Salud Yugoslavia en Nuevo Chimbote durante el periodo de julio – agosto de 2020.

IV. Metodología

4.1. Diseño de la investigación

La investigación propuesta fue de tipo aplicado, debido que, de acuerdo a la percepción de un problema, se desarrolló una búsqueda cognitiva y científica ⁽⁷⁰⁾. La investigación se tuvo un enfoque cuantitativo, el mismo que basa la medición de las variables (cuidado de la obstetra y nivel de satisfacción de las madres) por medio de modelos estadísticos y matemáticos, generando valores numéricos representados en frecuencias y porcentajes ⁽⁷¹⁾. A su vez mantuvo un diseño no experimental – correlacional transversal, porque no hubo manipulación intencional de las variables, solo se recopiló la información de acuerdo a como se desenvuelve en su contexto ⁽⁷²⁾.

Por lo expuesto anteriormente, el presente estudio postula el siguiente esquema:



Dónde:

M = Muestra de estudio

O1 = Observación del cuidado de la obstetra

O2 = Observación del nivel de satisfacción de las madres

r = Relación

4.2. Población y muestra

La población estuvo constituida por 360 madres, para el cálculo del tamaño de muestra, se aplicó la fórmula estadística de proporción poblacional. La muestra lo conforman 100 madres parturientas y puérperas inmediatas del Centro de Salud Yugoslavia de Nuevo Chimbote, así mismo se tuvo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión, de los cuales se le aplicó para saber cuál es el nivel de satisfacción con el cuidado del Obstetra durante el Trabajo de parto y puerperio, ya que la mayoría de madres manifiestan no tener privacidad en el momento del parto, como también que no tienen paciencia al momento de atenderlas.

- **Criterios de Inclusión**

- ✓ Mujeres mayores de 18 años que ingresen:
- ✓ En fase activa de parto (dinámica uterina regular, Borramiento cervical >50% y una dilatación de 4 cm), de forma espontánea.
- ✓ Evolución fisiológica de la dilatación y el parto.
- ✓ Nacimiento de un recién nacido normal que se adapta de forma adecuada a la vida extrauterina.
- ✓ Embarazo controlado de bajo riesgo obstétrico y neonatal.
- ✓ Parto vaginal.

- **Criterios de exclusión**

- ✓ Embarazo de alto riesgo, y/o riesgo neonatal elevado.

- ✓ Gestación múltiple.
- ✓ No ser capaz de leer y escribir correctamente en castellano.
- ✓ No firmar el consentimiento informado (Anexo).
- ✓ Complicaciones neonatales que precisen ingreso de más de 24 horas en el Servicio de Neonatología.

4.3. Definición y operacionalización de variables e indicadores

MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE 1.

Título: CUIDADO DEL OBSTETRA Y SATISFACCIÓN DE LAS MADRES, CENTRO DE SALUD YUGOSLAVIA,

NUEVO CHIMBOTE, 2020.

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición	
Cuidado del obstetra	Criterio que permite tomar decisiones con las gestantes asegurando el componente técnico y relacional a través del saber cuidar, saber hacer transacciones y saber conversar, teniendo como valores fundamentales la prevención de daños futuros y reparación, regeneración de daños pasados ⁽¹⁸⁾	Es asistir a la mujer, después del parto; y consiste en educarla sobre las modificaciones de este periodo en sus diferentes instancias.	Cuidados del obstetra durante el periodo de parto	Información	Ordinal Escala de Likert / Cuestionario <ul style="list-style-type: none"> • Pregunta 1 • Pregunta 2 • Pregunta 3 • Pregunta 4 • Pregunta 5 • Pregunta 6 • Pregunta 7 • Pregunta 8 • Pregunta 9 • Pregunta 10 • Pregunta 11 • Pregunta 12 • Pregunta 13 	
				Toma de decisiones		
				Trato y acompañamiento		
				Satisfacción con el nacimiento		
				Atención brindada por el obstetra		
				Privacidad		
				Dedicación del obstetra durante el parto		
			Cuidados del obstetra en el puerperio	Dedicación del obstetra durante el puerperio		Ordinal Escala de Likert / Cuestionario <ul style="list-style-type: none"> • Pregunta 14 • Pregunta 15 • Pregunta 16 • Pregunta 17 • Pregunta 18 • Pregunta 19 • Pregunta 20 • Pregunta 21 • Pregunta 22 • Pregunta 23 • Pregunta 24
				Información recibida en el puerperio		
				Privacidad		

MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE 2.

**Título: CUIDADO DEL OBSTETRA Y SATISFACCIÓN DE LAS MADRES, CENTRO DE SALUD YUGOSLAVIA,
NUEVO CHIMBOTE, 2020.**

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición	
Satisfacción	Conjunto de actividades, intervenciones y procedimientos dirigidos al recién nacido con el propósito de lograr disminuir y reconocer las necesidades que presenta o pueda presentar.	Es la unidad encargada de lograr los recursos materiales y servicios, en la cantidad, calidad y oportunidad requerida por los usuarios internos, para el cumplimiento de los objetivos estratégicos y funcionales del Hospital.	Atención al recién nacido	Informar a la madre sobre como reconocer las necesidades del recién nacido	Ordinal Escala de Likert / Cuestionario <ul style="list-style-type: none"> • Pregunta 25 • Pregunta 26 • Pregunta 27 • Pregunta 28 • Pregunta 29 • Pregunta 30 • Pregunta 31 • Pregunta 32 • Pregunta 33 • Pregunta 34 	
				Instruir a la madre sobre como diferenciar las distintas reacciones que presenta el RN		
				Educar a la madre sobre las posiciones correctas para dormir		
				Explicar a la madre a donde acudir ante una emergencia		
			Logística y entorno	Alimentos proporcionados		Ordinal Escala de Likert /Cuestionario <ul style="list-style-type: none"> • Pregunta 35 • Pregunta 36 • Pregunta 37 • Pregunta 38 • Pregunta 39 • Pregunta 40
				Acceso a los materiales de aseo		
				Privacidad en relación al respeto de su intimidad		
				Comodidad con el entorno donde se atendió el parto		

4.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Con la finalidad de obtener información sin modificar el entorno de la muestra y alterar las variables en estudio se utilizó la encuesta como técnica de recolección de datos. Por su parte el instrumento que impulsó el estudio fue el cuestionario, el cual, por medio de una serie de preguntas en relación a las variables de estudio, permitió la recopilación de datos. No obstante, la investigación mantuvo un cuestionario, que consta de 40 preguntas, referidos a las variables; así mismo el instrumento se realizó a base de preguntas orientadas en la escala Likert. La validez tiene que tener un cierto grado de coherencia interna y la nula contradicción en los resultados obtenidos. Por este motivo, se usó a 3 profesionales expertos en las variables los cuales emitieron su opinión en base al instrumento propuesto; así mismo brindaron su validez a través de una matriz que sustentó la congruencia y relación de la variable, dimensiones e indicadores.

Por otro lado, la confiabilidad se define como el nivel por la que un instrumento está apto para establecer una serie de respuestas o resultantes con consistencia y congruencia. Para obtener la confiabilidad del instrumento se sometió el cuestionario al modelo alfa de Cronbach, el cual se apoyó en una encuesta piloto para la generación del grado de coherencia que mantiene el instrumento, el mismo que generó el resultado de 0.928 para las variables cuidado del obstetra y nivel de satisfacción de las madres, dando la viabilidad para la aplicación de los cuestionarios a la muestra presentada.

4.5. Plan de análisis

El estudio partió desde la creación del cuestionario respecto a las variables de cuidado del obstetra y nivel de satisfacción de las madres, seguido se sometió al proceso de juicios de expertos y la aplicación de la confiabilidad, para generar la viabilidad de la ejecución de la encuesta. Luego se aplicó la encuesta a las 100 madres del Centro de Salud Yugoslavia. Al término de la aplicación del instrumento, se gestionó una base de datos que almacenó la información recopilada, así mismo se ejecutó el procesamiento adecuado con el objetivo de desarrollar los recursos de tablas de frecuencias y figuras, que se plasmó con su correspondiente interpretación en pro de mantener un mejor entendimiento de resultados. Así mismo, los datos recopilados se sometieron a la correcta generación de una base de datos que permite la ejecución estadística, que generó el grado de correlación de variables, por medio del uso de la prueba estadística Rho spearman.

Se usó la estadística correlacional para mostrar los resultados obtenidos de los instrumentos mencionados anteriormente, se empleó tablas de frecuencia que permitió observar bien los porcentajes de los resultados. Para completar esto se usó figuras por cada ítem. Además, se usó el programa de Excel y SPSS para procesar la información obtenida. Se ejecutó la estadística inferencial, por medio de formatos matemáticos estadísticos, que permiten estimar parámetros y corroborar pruebas de hipótesis. Por ello se aplicó la prueba estadística Rho Spearman para determinar la relación de las variables de estudio bajo el rango de $p < 0.05$, permitiendo corroborar la hipótesis planteada.

4.6. Matriz de consistencia

**Título: CUIDADO DEL OBSTETRA Y SATISFACCIÓN DE LAS MADRES, CENTRO DE SALUD YUGOSLAVIA,
NUEVO CHIMBOTE, 2020.**

Enunciado Del Problema	Objetivos	Hipótesis	Variables
<p>¿Cuál es la relación que existe entre el cuidado del obstetra y satisfacción de las madres durante el trabajo de parto y puerperio inmediato en el Centro de Salud Yugoslavia en Nuevo Chimbote, 2020?</p>	<p align="center">General</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Determinar la relación que existe entre el cuidado del obstetra y satisfacción de las madres durante el trabajo de parto y puerperio inmediato en el Centro de salud Yugoslavia en Nuevo Chimbote durante el periodo julio – agosto del 2020. <p align="center">Específicos</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Identificar el nivel de cuidado del obstetra durante el trabajo de parto y puerperio inmediato en el Centro de Salud Yugoslavia en Nuevo Chimbote durante el periodo julio – agosto del 2020. ✓ Identificar el nivel de satisfacción de las madres durante el trabajo de parto y puerperio inmediato en el Centro de salud Yugoslavia, Nuevo Chimbote durante el periodo julio – agosto del 2020. ✓ Determinar la relación que existe entre las dimensiones del cuidado del obstetra y satisfacción de las madres durante el trabajo de parto y puerperio inmediato en el Centro de salud Yugoslavia, Nuevo Chimbote durante el periodo julio – agosto del 2020. 	<p>H1: Existe relación entre el cuidado del obstetra y satisfacción de las madres durante el trabajo de parto y puerperio inmediato en el Centro de Salud Yugoslavia en Nuevo Chimbote durante el periodo de julio – agosto de 2020.</p> <p>H0: No existe relación entre el cuidado del obstetra y satisfacción de las madres durante el trabajo de parto y puerperio inmediato en el Centro de Salud Yugoslavia en Nuevo Chimbote durante el periodo de julio – agosto de 2020.</p>	<p align="center">Variable 1: Cuidado del obstetra</p> <p align="center">Variable 2: Satisfacción</p>

Fuente: Elaboración propia.

Título: RELACIÓN DEL CUIDADO DEL OBSTETRA Y SATISFACCIÓN DE LAS MADRES, CENTRO DE SALUD YUGOSLAVIA, NUEVO CHIMBOTE, 2020.

METODOLOGÍA			
TIPO, NIVEL Y DISEÑO	POBLACIÓN Y MUESTRA	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	PLAN DE ANÁLISIS
<p>Tipo de investigación: Cuantitativo</p> <p>Nivel de investigación: Correlacional</p> <p>Diseño de investigación: No experimental, de corte transversal</p>	<p>La población la constituye 360 madres. La muestra estuvo compuesta por 100 madres</p>	<p>Técnica: encuesta</p> <p>Instrumento: cuestionario</p>	<p>El estudio partió desde la creación del cuestionario respecto a las variables de cuidado del obstetra y nivel de satisfacción de las madres, seguido se sometió al proceso de juicios de expertos y la aplicación de la confiabilidad, para generar la viabilidad de la ejecución de la encuesta. Luego se aplicó la encuesta a las 100 madres del Centro de Salud Yugoslavia. Al término de la aplicación del instrumento, se gestionó una base de datos que almacenó la información recopilada, así mismo se ejecutó el procesamiento adecuado con el objetivo de desarrollar los recursos de tablas de frecuencias y figuras, que se plasmó con su correspondiente interpretación en pro de mantener un mejor entendimiento de resultados. Así mismo, los datos recopilados se sometieron a la correcta generación de una base de datos que permite la ejecución estadística, que generó el grado de correlación de variables, por medio del uso de la prueba estadística Rho spearman.</p> <p>Se usó la estadística correlacional para mostrar los resultados obtenidos de los instrumentos mencionados anteriormente, se empleó tablas de frecuencia que permitió observar bien los porcentajes de los resultados. Para completar esto se usó figuras por cada ítem. Además, se usó el programa de Excel y SPSS para procesar la información obtenida. Se ejecutó la estadística inferencial, por medio de formatos matemáticos estadísticos, que permiten estimar parámetros y corroborar pruebas de hipótesis. Por ello se aplicó la prueba estadística Rho Spearman para determinar la relación de las variables de estudio bajo el rango de $p < 0.05$, permitiendo corroborar la hipótesis planteada.</p>

4.7. Principios éticos

Esta investigación tomó en consideración la Declaración de Helsinki que establece el respecto a la dignidad, la protección de los derechos y bienestar de los sujetos en investigación, salvaguardando su integridad física y mental, así como su intimidad y la protección de sus datos; así como también identificando que la persona en estudio no posea dificultades psicológicas u otro problema que pueda interferir en el proceso del desarrollo del trabajo de investigación ⁽⁷³⁾. En este sentido se solicitó a las madres que lean detenidamente y firmen el consentimiento informado (Anexo 3). Previo a la encuesta, se les explicó a las puérperas que se iba a manejar de manera anónima la información obtenida de los mismos, garantizando además la privacidad de la identificación de la persona. Se contó además con la previa autorización de las autoridades del Centro de Salud Yugoslavia.

La investigación presenta las siguientes condiciones éticas: La información fue verídica y fidedigna elaborada por los investigadores respetando los principios de originalidad y creatividad, compromiso, respeto y honestidad. La identidad de cada una de las personas que participaron en la encuesta fue respetada y no se empleó la información recaudada para otro fin diferente al mismo, se evitó que los individuos que formaron parte de la investigación estuvieran expuestos al peligro, o tomados por obligación, al contrario, la participación fue completamente libre y voluntaria. Así también se respetó el derecho de propiedad intelectual con las fuentes respectivas mediante citas bibliográficas, el uso del turnitin y la autorización de los encuestados de manera que la valoración de la teoría es correcta sin que sean alteradas.

V. Resultados

5.1. Resultados

Tabla 1. Cuidado del obstetra percibido por las madres durante el trabajo de parto y puerperio inmediato, Centro de Salud Yugoslavia Nuevo Chimbote – 2020.

CUIDADO DEL OBSTETRA		
	f	%
Muy Bueno	21	21%
Bueno	20	20%
Regular	19	19%
Malo	21	21%
Muy Malo	19	19%
Total	100	100%

Fuente: Instrumento aplicado periodo julio – agosto 2020.

La Tabla 1 muestra el cuidado del obstetra percibido por las madres durante el trabajo de parto y puerperio inmediato en el Centro de Salud Yugoslavia, observándose que el 41% de las madres calificaron el cuidado como muy bueno y bueno debido a que la atención brindada por éste profesional es cómoda y satisffecha para ellas, por otro lado, el 59% calificaron con un nivel de cuidado regular, malo y muy malo, toda vez que el malestar se intensifica porque la cantidad de información proporcionada por la obstetra en la sala de parto no es la esperada por la madre.

Tabla 2. Cuidado del obstetra según sus dimensiones en madres durante el trabajo de parto y puerperio en el Centro de Salud Yugoslavia Nuevo Chimbote – 2020.

DIMENSIONES	Cuidados durante el periodo de parto		Cuidados en el puerperio	
	f	%	f	%
Muy Bueno	24	24%	22	22%
Bueno	17	17%	21	21%
Regular	28	28%	26	26%
Malo	19	19%	18	18%
Muy Malo	12	12%	13	13%
Total	100	100%	100	100%

Fuente: Instrumento aplicado periodo julio – agosto 2020.

La Tabla 2 muestra el cuidado del obstetra según las dimensiones **cuidados durante el periodo de parto y durante el puerperio**, observándose que las madres calificaron el cuidado durante el parto como muy bueno y bueno (41%), esta percepción de las madres fue resultado de la información necesaria recibida en la sala de dilatación, de sentirse escuchadas y apoyadas en la toma de decisiones por parte de la obstetra, además de ello, durante el trabajo de parto y puerperio contaron con las medidas necesarias para controlar el dolor del parto, por último se sienten contentas con el tiempo que paso la obstetra para cubrir sus necesidades físicas.

Un hallazgo encontrado es que sumados los niveles del cuidado regular, malo y muy malo asciende al 59% de las madres que califican el cuidado obstétrico durante la atención del parto, generado en parte porque no le permiten la entrada a sus parejas,

un poco de inseguridad y temor, además de ello, las medidas de analgesia y de confort después del nacimiento de su bebé no fueron las correctas, por último la información recibida en la sala de dilatación paritorio por parte del obstetra no fueron las suficientes durante el trabajo de parto.

Respecto a la dimensión **cuidados en el puerperio** se halla la suma de los niveles del cuidado muy bueno y bueno asciende al 43% de madres, que opinaban que el tiempo que las madres pasaron con el obstetra fueron lo necesario para cubrir sus necesidades físicas, además, el obstetra paso un buen tiempo promedio con las madres enseñándoles los cuidados después del parto, la obstetra se pasó el tiempo necesario enseñándole los cuidados del bebé durante el puerperio inmediato.

Por otro lado, la suma del cuidado en los niveles regular, malo y muy malo es de 57% de madres que indicaron encontrarse insatisfechas con el cuidado del obstetra, porque no contaron con las respuestas necesarias, las obstetras no le dieron el tiempo necesario para alimentar a su bebé, sumado a ello, el número de profesionales que entraron en su habitación durante el puerperio inmediato no fueron los necesarios para satisfacer esa necesidad, por último, el tiempo y la información brindada por el obstetra acerca del cuidado del bebe a su pareja no fue lo suficiente ni lo necesario.

Tabla 3. Satisfacción de las madres durante el trabajo de parto y puerperio inmediato, Centro de Salud Yugoslavia Nuevo Chimbote – 2020.

SATISFACCIÓN DE LAS MADRES	ENCUESTADOS	
	f	%
Muy Satisfecha	21	21%
Satisfecha	22	22%
Indiferente	19	19%
Insatisfecha	22	22%
Muy insatisfecha	16	16%
Total	100	100%

Fuente: Instrumento aplicado periodo julio – agosto 2020.

La Tabla 3 muestra la satisfacción de las madres en el Centro de Salud Yugoslavia, observándose que el 43% de las madres se mostraron muy satisfecha y satisfecha debido a que la atención que recibió por parte del obstetra fue necesaria para que la madre pueda estar tranquila durante el proceso de parto, por otro lado, el 57% se mostró indiferente, insatisfecha y muy insatisfecha, debido a que la atención recibida por el obstetra no fue la adecuada ni oportuna para sus necesidades que presentaron en ese momento.

Tabla 4. Satisfacción de las madres según dimensiones durante el trabajo de parto y puerperio inmediato en el Centro de Salud Yugoslavia Nuevo Chimbote – 2020.

Dimensión	Atención del recién nacido		Logística y entorno	
	f	%	f	%
Muy Satisfecha	28	28%	22	22%
Satisfecha	14	14%	26	26%
Indiferente	31	31%	25	25%
Insatisfecha	20	20%	13	13%
Muy insatisfecha	7	7%	14	14%
Total	100	100%	100	100%

Fuente: Instrumento aplicado periodo julio – agosto 2020.

La Tabla 4 muestra la satisfacción de las madres según las dimensiones **atención del recién nacido, y logística y entorno**, es evidente que las madres en un 42% se sienten muy satisfechas y satisfechas con la atención brindada por el obstetra a su recién nacido, esta percepción de las madres es resultado de que las madres saben cuándo su bebe está enfermo, esta información es proporcionado por la obstetra; además de ello, la madre sabe cuándo él bebe tiene hambre o está satisfecho; además sabe cuándo él bebe está tomando leche suficiente y sobre todo porque sabe colocar al bebe durante la alimentación, todos estos puntos mencionados de satisfacción de madres, se debe a que la obstetra en su momento oportuno les brindo la información necesaria para saber qué hacer en las situaciones mencionada.

Un hallazgo encontrado es que la sumados los niveles de satisfacción indiferente, insatisfecha y muy insatisfecha asciende al 58% de las madres, generado en parte porque desconoce la información de qué hacer cuando él bebe llora, desconoce las técnicas de qué hacer cuando él bebe se atraganta, al menos las mamás que son primerizas desconocen cómo hacer dormir a su bebé, y se sienten insatisfechas porque la obstetra no les brinda la información necesaria para saber qué hacer en cada situación mencionada.

Respecto a la dimensión **logística y entorno** se halla que la suma de los niveles de muy satisfecha y satisfecha asciende al 49% de las madres, satisfacción generada principalmente con la cantidad de comida proporcionada durante su estancia en el hospital fue la necesaria para poder satisfacer sus necesidades de comer, además de ello, la calidad de comida durante su estancia fue la mejor y además conto con la accesibilidad a los útiles de aseo, ropa de cama, compresas, pañales, etc.

Por otro lado, la suma de satisfacción en los niveles indiferente, insatisfecha y muy insatisfecha es de 51% de madres que indicaron encontrarse insatisfechas debido a que el personal de limpieza del Centro de Salud Yugoslavia no respetó su intimidad de la madre, además de ello, la sala de parto, donde las atendieron a las madres no era espaciosa y adecuada a sus necesidades; por último, la iluminación de la sala de parto donde las atendieron no fue la esperada.

Tabla 5. *Correlación de Rho Spearman del cuidado del obstetra en la dimensión cuidados del obstetra durante el periodo de parto y la satisfacción de las madres – 2020.*

Rho de Spearman	Cuidados del obstetra durante el periodo de parto	Coefficiente de correlación	1,000	0,792**
		Sig. (bilateral)	.	0,000
		N	100	100
	Satisfacción de las madres	Coefficiente de correlación	0,792**	1,000
		Sig. (bilateral)	0,000	.
		N	100	100

Fuente: Instrumento aplicado periodo julio – agosto 2020.

En la Tabla 5 muestra la relación que existe entre los cuidados durante el periodo de parto y la satisfacción de las madres; de acuerdo a la ejecución de la prueba de correlación Rho Spearman, se halló el coeficiente de relación de 0.792, lo que permite afirmar la existencia de una relación positiva muy fuerte entre los cuidados durante el periodo de parto y la satisfacción de las madres.

Tabla 6. *Correlación Rho Spearman del cuidado del obstetra en la dimensión cuidados obstétricos en el puerperio y satisfacción de las madres – 2020.*

Rho de Spearman	Cuidados del obstetra en el puerperio	Coefficiente de correlación	1,000	,784**
		Sig. (bilateral)	.	,000
		N	100	100
Spearman	Satisfacción de las madres	Coefficiente de correlación	,784**	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	.
		N	100	100

Fuente: Instrumento aplicado periodo julio – agosto 2020.

En la Tabla 6 muestra la relación que existe entre los cuidados en el puerperio y la satisfacción de las madres. La prueba de correlación Rho Spearman, se halló el coeficiente de relación de 0.784, lo que permite afirmar la existencia de una relación positiva muy fuerte entre los cuidados en el puerperio y la satisfacción de las madres. En esta tabla se concluye que los cuidados en el puerperio, son significativos, pero no tanto como los cuidados durante el periodo de parto, esto se debe a que las madres consideran que el obstetra debe de cuidarlas más durante el proceso de parto, brindándole la confianza y teniendo todo el número de profesionales que le puedan asistir de manera oportuna y adecuada.

Tabla 7. *Correlación Rho Spearman cuidado del obstetra y satisfacción de las madres durante el trabajo de parto y puerperio inmediato – 2020.*

Rho de Spearman	Cuidado del obstetra	Coefficiente de correlación	1,000	0,847**
		Sig. (bilateral)	.	0,000
		N	100	100
	Satisfacción de las madres	Coefficiente de correlación	0,847**	1,000
		Sig. (bilateral)	0,000	.
		N	100	100

Fuente: Instrumento aplicado periodo julio – agosto 2020.

En la Tabla 7, muestra la correlación que existe entre el cuidado del obstetra y la satisfacción de las madres durante el trabajo de parto y puerperio inmediato en el Centro de Salud Yugoslavia. De acuerdo a la ejecución de la prueba de correlación Rho Spearman, el resultado de coeficiente de relación fue de 0.847. Lo que permite afirmar la existencia de una relación positiva muy fuerte entre las variables cuidado del obstetra y satisfacción de las madres, la significancia bilateral es de 0,000 implica que ese coeficiente de spearman calculado es con un error mínimo. Para determinar la validación de la hipótesis se halló el valor de t – student. Asimismo, se validó la hipótesis mediante la campana de Gauss.

$$t = \frac{p}{\sqrt{(1 - p^2)/(n - 2)}}$$

$$t = \frac{0.847}{\sqrt{(1 - 0.847^2)/(100 - 2)}} = 31.06$$

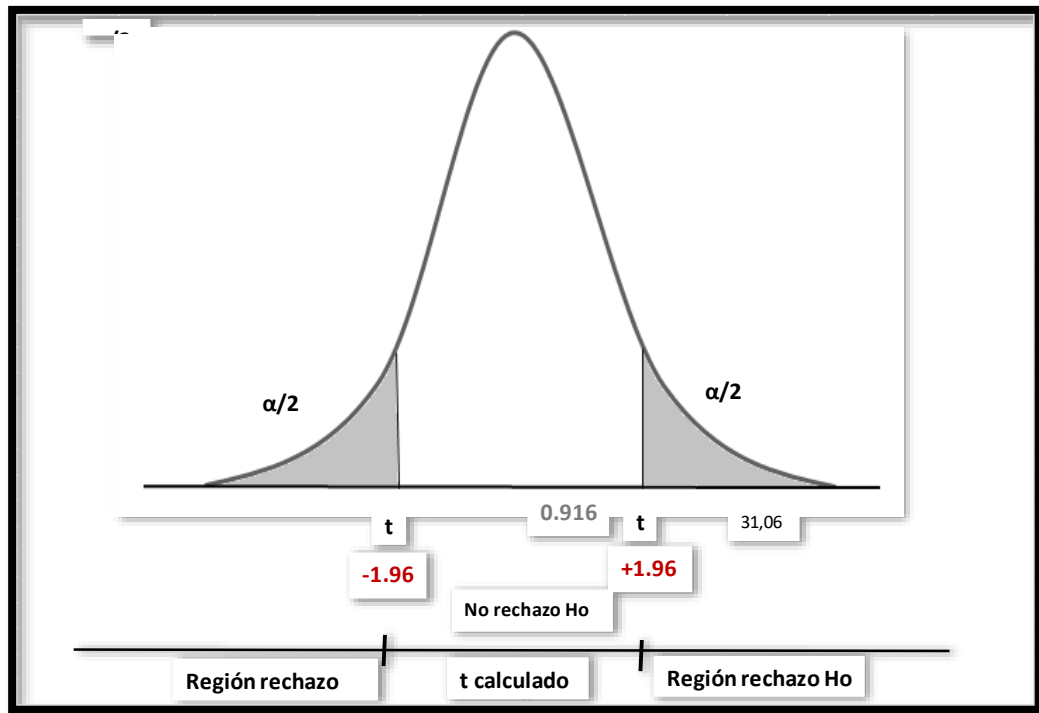


Figura 1. Relación entre el cuidado del obstetra y satisfacción de las madres durante el trabajo de parto y puerperio inmediato – 2020.

Fuente: Instrumento aplicado periodo julio – agosto 2020.

La prueba Rho Spearman generó el resultado de coeficiente de relación de 0.847, lo que permite afirmar la relación positiva muy fuerte de las variables. Se destaca que el cuidado del obstetra es un factor relevante para la mejora de la satisfacción de las madres durante el trabajo de parto y puerperio inmediato, Centro de Salud Yugoslavia. Entonces, toda acción que se tome para mejorar las condiciones del cuidado del obstetra incidirá en la mejora de la satisfacción en las madres. El valor de t calculado se encuentra en la zona de rechazo de hipótesis nula lo que permite concluir que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis afirmativa (H_1) propuesta en la investigación que hace mención de la existencia de relación entre el cuidado del obstetra y la satisfacción de las madres.

5.2. Análisis de resultados

Si bien **Ayala** ⁽⁷⁾ define que el cuidado del obstetra es un rol muy importante durante el trabajo de parto y puerperio inmediato, el cual consiste en la dedicación a la mujer durante la etapa del puerperio inmediato, en relación al tiempo que pasa para cubrir sus necesidades físicas, emocionales y apoyo a la lactancia. Teoría que respalda los resultados del estudio donde se muestra el cuidado del obstetra percibido por las madres durante el trabajo de parto y puerperio inmediato en el Centro de Salud Yugoslavia, observándose que el 41% de las madres calificaron el cuidado como muy bueno y bueno, debido a que la atención brindada por éste profesional es cómoda y satisfecha para ellas, por otro lado, el 59% calificaron con un nivel de cuidado regular, malo y muy malo, toda vez que el malestar se intensifica porque la cantidad de información proporcionada por la obstetra en la sala de parto no es la esperada por la madre (Tabla 1).

Resultados similares reportó **Wajajay** ⁽⁶⁾, en el 2017, sobre el cuidado del obstetra en la Provincia Sánchez Carrión; quien encontró que el 43% de madres califican como muy bueno el cuidado del obstetra, debido a que es la obstetra quien brinda una atención con mayor satisfacción y del total de las mujeres durante el parto de forma institucional, por otro lado, el 57% de madres calificaron con un nivel de muy malo el cuidado del obstetra, debido a que la atención recibida por el profesional no fue la correcta para que se sientan satisfechas. Estas semejanzas nos llevan a inferir que la provisión de los servicios de la zona costa y sierra tienen similares características, los resultados pueden estar sujeto, sea por el conocimiento de los usuarios o porque

realmente se está cumpliendo con el cuidado obstétrico eficiente, por otro lado, cabe mencionar que la satisfacción en los usuarios es un indicador desfavorable.

Por otro lado, los resultados obtenidos muestran que el 41% y 43% de las madres calificaron como muy bueno el cuidado del obstetra en sus dimensiones de cuidados durante el periodo de parto y cuidados en el puerperio respectivamente, este porcentaje de calificación baja del cuidado del obstetra, fue resultado de la información necesaria recibida en la sala de dilatación, de sentirse escuchadas y apoyadas en la toma de decisiones por parte de la obstetra, sin embargo este porcentaje indica que el Centro Yugoslavia no presenta el cuidado del obstetra como una estrategia de satisfacción a las madres. Ahora teniendo en cuenta la relación hallada de las variables, es necesario la mejora del cuidado del obstetra (Tabla 2).

Estos resultados coinciden con **Esquivel** ⁽¹⁰⁾, en el año 2018, en su estudio satisfacción de las madres con el cuidado obstétrico durante el parto-puerperio en Maternidad De María-Chimbote, quien reportó en su estudio que el 42% y 45% de las madres calificaron como muy bueno el cuidado del obstetra en sus dimensiones de cuidados durante el periodo de parto y cuidados en el puerperio respectivamente, quienes opinaron que el tiempo que las madres pasaron con el obstetra fueron lo necesario para cubrir sus necesidades físicas, además, el obstetra paso un buen tiempo promedio con las madres enseñándoles los cuidados después del parto, y pasó el tiempo necesario enseñándole los cuidados del bebé durante el puerperio inmediato.

Analizando la variable satisfacción, **Vena y Revolo** ⁽¹¹⁾, señala que la satisfacción de las madres es el elemento más influyente en las expectativas personales, el apoyo y la calidad de la relación de la mujer en la toma de decisiones, a esta teoría respalda el MINSA, puesto que considera una definición similar al autor mencionado líneas arriba, como el grado de cumplimiento por parte de la organización de salud, respecto a las expectativas y percepciones del usuario, en relación a los servicios que esta le ofrece ⁽¹²⁾.

Al evaluar la satisfacción global de las madres frente al cuidado obstétrico, se halló que del 100% de madres encuestadas, el 57% muestra insatisfacción general, lo que nos indica una inclinación negativa hacia el cuidado obstétrico, debido a que la atención recibida por el obstetra no fue la adecuada ni oportuna para sus necesidades que presentaron en ese momento (Tabla 3). Resultados similares se halló en la investigación de **Espinoza** ⁽⁹⁾, en el año 2018, quien al evaluar de manera global la satisfacción de las madres, halló que el 59% del total de encuestadas lo califica como muy insatisfechas el cuidado recibido por el obstetra. Esta semejanza lleva a inferir que los resultados pueden estar sujetos, ya sea por las pocas expectativas de las usuarias o por un deficiente cuidado del obstetra.

Por otro lado, el 43% de las madres dieron su calificación de muy satisfechas (Tabla 3), el cual para poder determinar de dónde parte la satisfacción o insatisfacción de las madres encuestadas se exploró los reactivos al interior de los cuidados obstétricos durante el trabajo de parto se pudo identificar que las mujeres con

satisfacción proviene del reactivo el número de profesionales que atendieron durante el parto, con las medidas de analgesia y de confort después del nacimiento de su bebé, también remarcan la satisfacción con el respeto a su intimidad por parte del obstetra que le asistió en el parto y con la cantidad de información brindada por el obstetra que le asistió en el parto en la sala de dilatación acerca de los cuidados que iba a recibir.

Tomando los resultados obtenidos en el presente estudio, se asemejan a los de **Vena y Revolo** ⁽¹¹⁾, quien en su estudio halló que el 45% expresaron sentirse satisfechas con el cuidado del obstetra, debido a que manifiestan que las mujeres agradecen el apoyo a sus decisiones cuando sienten que pueden realizarlas, identificando este respaldo como una actividad ayudadora del cuidado; esto es una de las expectativas positivas, referidas por las madres, respecto al proceso de parto. Esta situación presentada deja entrever y asumir que una adecuada comunicación entre las mujeres y los profesionales responsables de su cuidado, contribuye de manera decisiva a que el parto constituya para las mujeres y sus familiares una experiencia positiva.

Sin embargo, los resultados obtenidos en satisfacción de las madres según sus dimensiones, se obtuvo los siguientes resultados de 42% y 48% de las madres se sienten muy satisfechas con el cuidado obstétrico en las dimensiones de atención al recién nacido y logística y entorno respectivamente, esto se debe que al revisar los reactivos al interior de los cuidados obstétricos durante el periodo de parto y puerperio inmediato, se puede identificar que el porcentaje de satisfacción es en relación al

número de profesionales que entraron en su habitación y con el número de médicos que le atendieron, la insatisfacción se refleja en el reactivo con el tiempo que la obstetra paso con ella para cubrir sus necesidades emocionales. Por otro lado, el 58% y 52% de las madres se sienten muy insatisfechas con el cuidado obstétrico en las dimensiones de atención al recién nacido y logística y entorno respectivamente, esto fue generado porque, desconoce la información de qué hacer cuando él bebe llora, desconoce las técnicas de qué hacer cuando él bebe se atraganta, al menos las mamás que son primerizas desconocen cómo hacer dormir a su bebé, y se sienten insatisfechas porque, la obstetra no les brinda la información necesaria para saber qué hacer en cada situación mencionada (Tabla 4).

Resultados que se asemejan al estudio de **Laza** ⁽¹²⁾, halló que 46% y 45% de las madres se sienten muy insatisfechas con el cuidado obstétrico en las dimensiones de atención al recién nacido y logística y entorno respectivamente, indicaron encontrarse insatisfechas debido a que el personal de limpieza del Centro de Salud, no respetó su intimidad de la madre, además de ello, la sala de parto, donde las atendieron a las madres no era espaciosa y adecuada a sus necesidades; por último, la iluminación de la sala de parto donde las atendieron no fue la esperada.

En la relación de las dimensiones del cuidado del obstetra y satisfacción de las madres, se halló que el coeficiente de correlación de los cuidados durante el periodo de parto y los cuidados en el puerperio fue de $p = 0.792$ y $p = 0.784$ respectivamente, concluyendo que existe una relación positiva muy fuerte (Tabla 5 y 6). El resultado

se corrobora en los hallazgos de la investigación de **Castro** ⁽¹³⁾ donde destaca la existencia de una correlación moderada positiva de los cuidados durante el periodo de parto y los cuidados en el puerperio sobre la satisfacción de las madres dado por los coeficientes de $p = 0.648$ y $p = 0.543$, manteniendo el mayor grado del factor de los cuidados durante el periodo de parto.

Por otro lado, la correlación entre el cuidado del obstetra y satisfacción de las madres del Centro de Salud Yugoslavia, se halló que el coeficiente de correlación fue de $p = 0.847$, lo que demuestra una relación positiva muy fuerte entre ambas variables; también su tuvo una significancia bilateral de 0,000, llegando a la conclusión que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna de esta investigación (Tabla 7). Así mismo, en la investigación de **Incacutipa** ⁽⁸⁾, concluyó que entre el cuidado del obstetra y la satisfacción de las madres existe una correlación de $p = 0.707$, el cual indicó una relación significativa, afirmando que con una adecuada gestión de cuidado del obstetra se induce a un mejor nivel de satisfacción de las madres. En los resultados hallados se tiene que la variable cuidado del obstetra tiene un alto indicio sobre el nivel de satisfacción de las madres, y para poder mejorar el nivel de satisfacción de las madres, se tuvo que mejorar en su totalidad las dimensiones del cuidado del obstetra, dando más énfasis a los cuidados durante el parto.

VI. Conclusiones

- Se determinó que el cuidado del obstetra percibido por las madres tiene una consideración negativa de muy malo obteniendo que el 59% de madres, debido a que la información brindada por el obstetra no fue lo necesario que ellas necesitaban en el parto y puerperio.
- Se determinó que el 57% de las madres se sienten muy insatisfechas con la atención brindada por el obstetra durante el parto y puerperio, debido a que la atención recibida por el obstetra no fue la adecuada ni oportuna para satisfacer sus necesidades.
- Se determinó que existe entre las dimensiones cuidados durante el periodo de parto y cuidados en el puerperio con el nivel de satisfacción de las madres es una relación positiva muy fuerte.
- Se determinó que existe una relación positiva muy fuerte entre el cuidado del obstetra y el nivel de satisfacción de las madres, el cual es de 0.847; asimismo se generó un valor de significancia bilateral de 0.000, el cual desde una medida > 0.05 , se declara que el resultado es inferior a 0.05, concluyendo que se afirma la hipótesis alternativa de esta investigación.

Aspectos complementarios

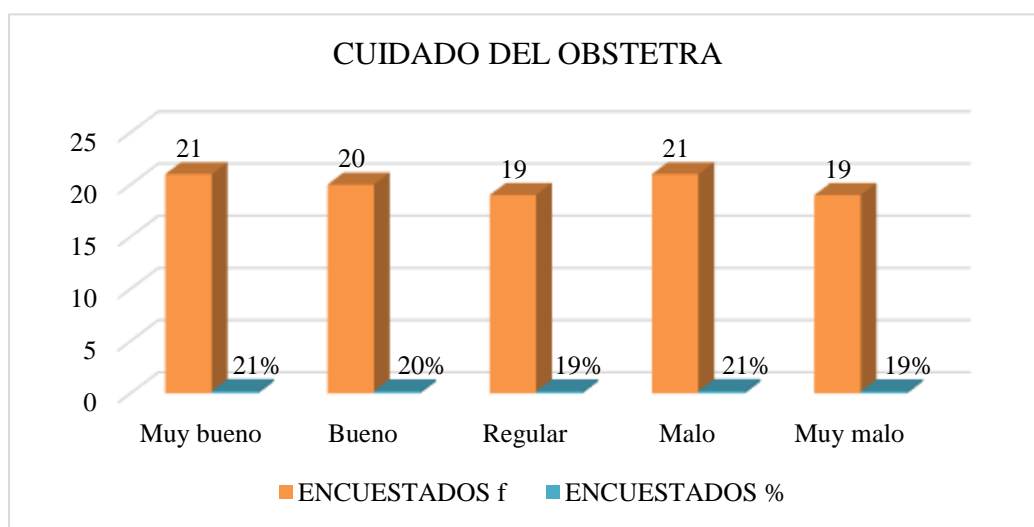


Figura 2. Nivel del cuidado del obstetra durante el trabajo de parto y puerperio inmediato – 2020.

Fuente: Instrumento aplicado periodo julio – agosto 2020.

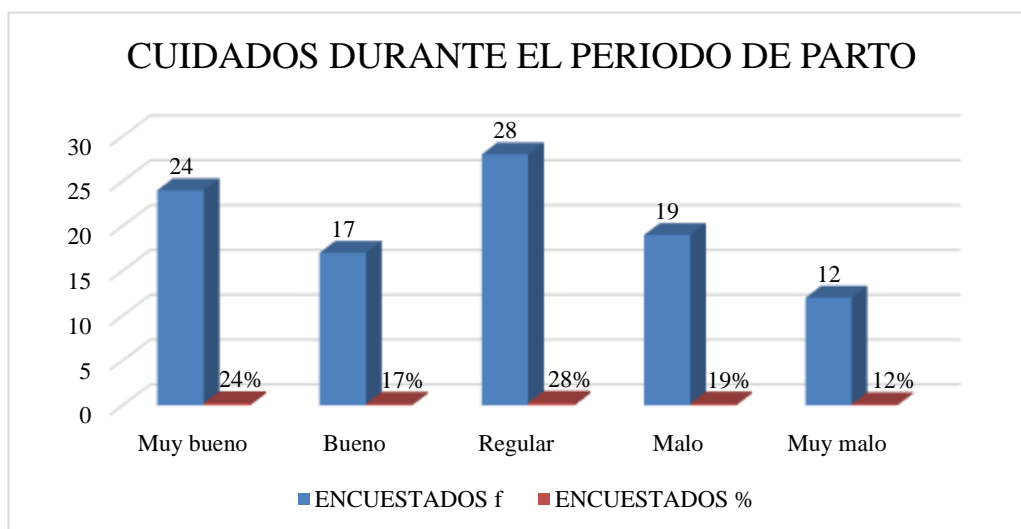


Figura 3. Cuidados durante el periodo de parto del obstetra del Centro de Salud Yugoslavia en Nuevo Chimbote – 2020.

Fuente: Instrumento aplicado periodo julio – agosto 2020.

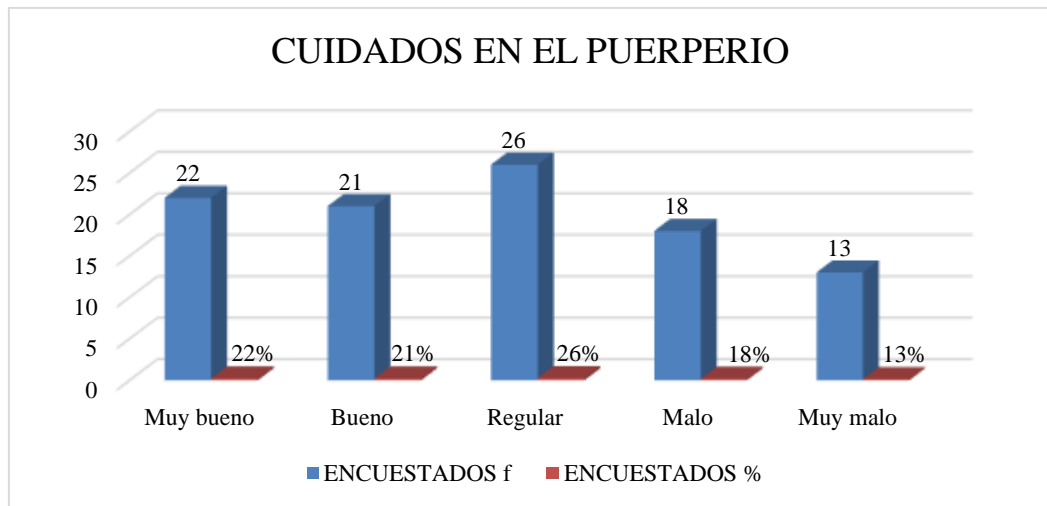


Figura 4. Cuidados en el puerperio del obstetra del Centro de Salud Yugoslavia en Nuevo Chimbote – 2020.

Fuente: Instrumento aplicado periodo julio – agosto 2020.

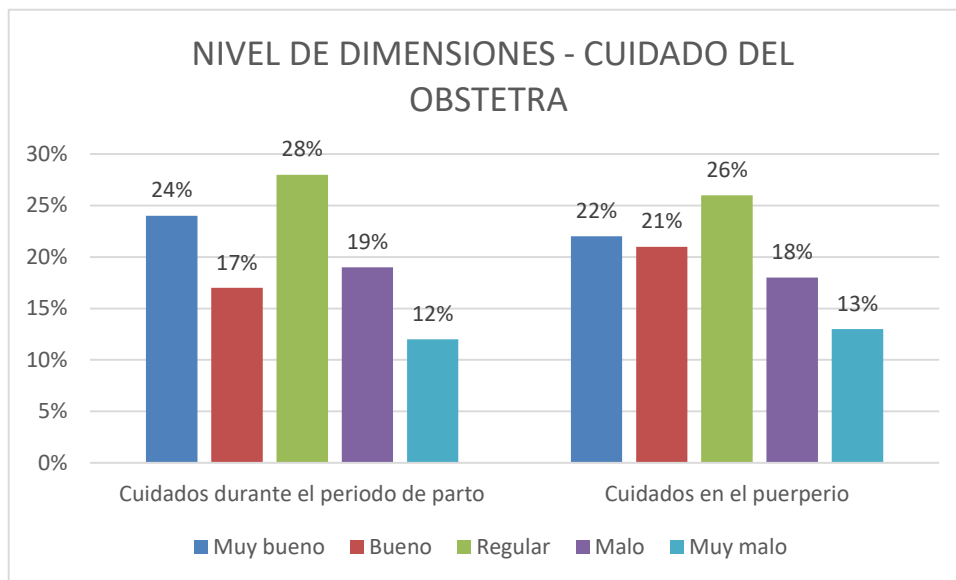


Figura 5. Nivel de dimensiones del cuidado del obstetra durante el trabajo de parto y puerperio inmediato – 2020.

Fuente: Instrumento aplicado periodo julio – agosto 2020.

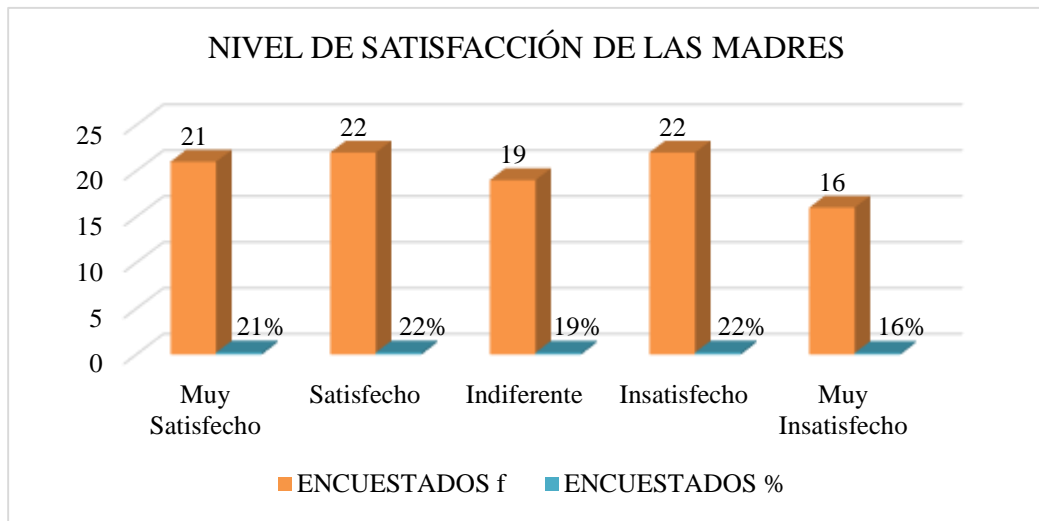


Figura 6. Satisfacción de las madres durante el trabajo de parto y puerperio inmediato – 2020.

Fuente: Instrumento aplicado periodo julio – agosto 2020.

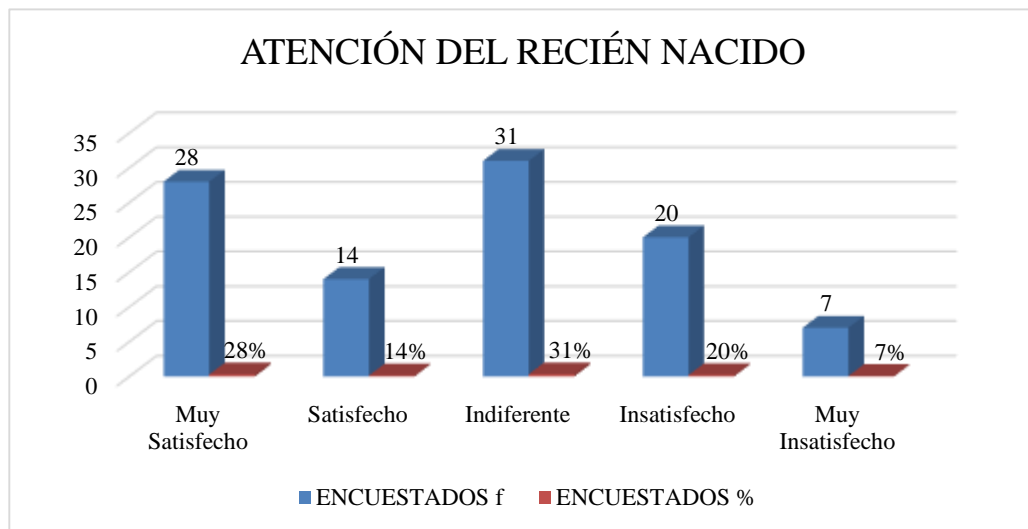


Figura 7. Atención del recién nacido del Centro de Salud Yugoslavia en Nuevo Chimbote – 2020.

Fuente: Instrumento aplicado periodo julio – agosto 2020.

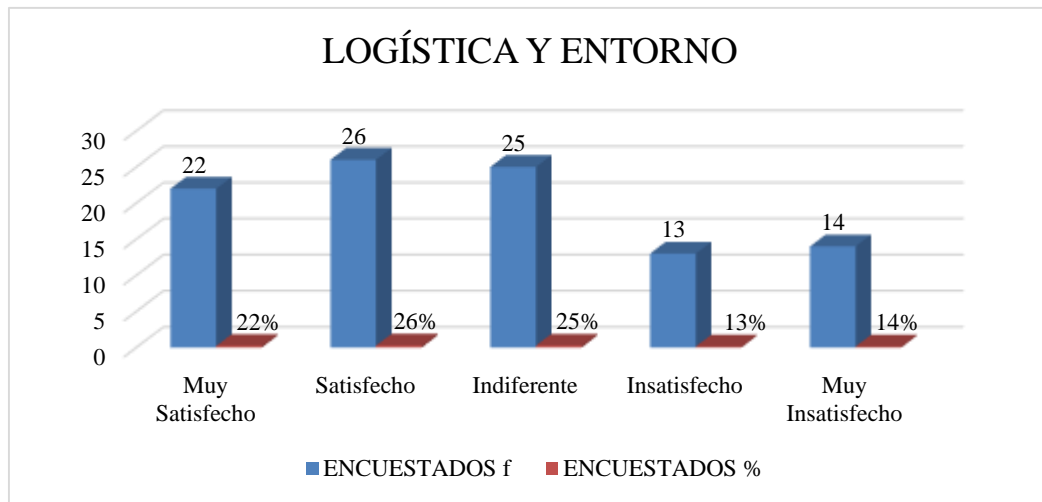


Figura 8. Logística y entorno del Centro de Salud Yugoslavia en Nuevo Chimbote – 2020.

Fuente: Instrumento aplicado periodo julio – agosto 2020.

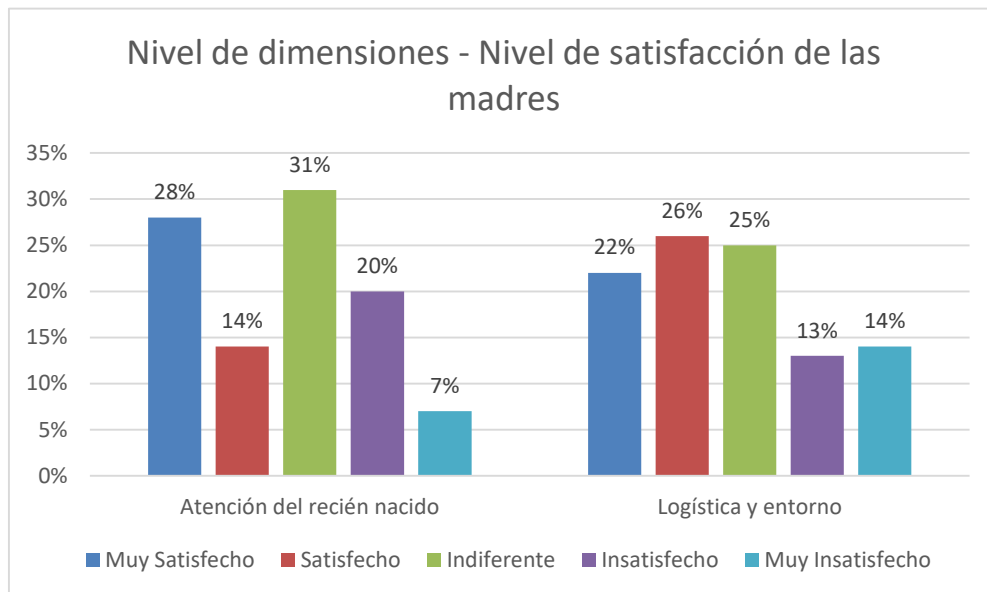


Figura 9. Nivel de dimensiones de satisfacción de las madres durante el trabajo de parto y puerperio inmediato – 2020.

Fuente: Instrumento aplicado periodo julio – agosto 2020.

Referencias bibliográficas

1. Paulina B.^a, Claudia U.^b, Aixa C.^b. El cuidado percibido durante el proceso de parto: una mirada desde las madres. [Serie en Internet]. 2008. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262008000300007
2. Valdes, E y Morlans, X (2017), Aportes de las Doulas de la Obstetricia Moderna, Revista Chilena de Obstetricia y Ginecologia, 2017 Oct, 70(2), 108-11
3. Bangladesh. Safe Motherhood: A Woman's Right to Life, Information Kit". Ministry of Health and Family Welfare, Bangladesh, 1997.
4. Vivanco M. Análisis de la satisfacción de las madres durante el trabajo de parto y puerperio inmediato en un hospital público de tercer nivel de la Comunidad de Madrid. Reduca (Fisioterapia y Podología) 2018; 1 (2): 275-299. Disponible en: <http://www.revistareduca.es/index.php/reduca-enfermeria/article/view/32/44>
5. Silvia V. Percepciones y satisfacción de la mujer rural en la atención del parto institucional y tradicional en la provincia Sánchez Carrión. [Serie en Internet]. 2008. Disponible en: <http://www.inppares.org/revistasss/Revista%20III%202009/7%20Mujer%20Rural.pdf>
6. Wajajay N. Percepción de la calidad de atención del parto en usuarias del servicio de centro obstétrico del hospital nacional Daniel Alcides Carrión. Enero - febrero 2017. [Tesis pre grado]. Lima- Perú Unidad de pregrado de la 86 Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2017 disponible en:

http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/461/Wajajay_nw.pdf?sequence=1&isAllowed=y

7. Ayala G. Calidad de la atención del parto según percepción de las usuarias en el servicio de centro obstétrico en el Instituto Nacional Materno Perinatal. Enero – febrero 2017 [Tesis pre grado] Lima _ Perú: Universidad Nacional Mayor De San Marcos. 2017. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/4059/Ayala_gg.pdf?sequence=1&isAllowed=y
8. Incacutipa Q. Calidad De La Atención Del Parto Vaginal Desde La Perspectiva De La Usuaria En El Instituto Nacional Materno Perinatal – 2017 [tesis pre grado] Tacna _ Perú: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann – Tacna. 2017. Disponible en: http://repositorio.unjbg.edu.pe/bitstream/handle/UNJBG/2373/91_2013_incacutipa_quispe_rk_facsobstetricia.pdf?sequence=1&isAllowed=y
9. Espinoza R. Percepción De La Calidad De Atención Del Parto En Usuarias Del Centro Obstétrico Del Hospital San Juan De Lurigancho enero 2018 [tesis pre grado] Lima – Perú: Universidad Nacional Mayor De San Marcos. 2018. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/3527/Espinoza_rj.pdf?sequence=3&isAllowed=y
10. Esquivel P. Satisfacción De Las Madres Con El Cuidado Obstétrico Durante El Parto-Puerperio En Maternidad De María-Chimbote-2018 [tesis pre grado] Chimbote _ Perú: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote. 2018.
11. Vena M, Revolo S. (2018). Satisfacción de las gestantes con el actual programa de embarazo. Expectativas sobre un parto menos medicalizado. Med fam Andal 2018;

- 3: 273-285. Disponible en:
http://www.samfyc.es/Revista/PDF/v12n3/v12n3_05_original.pdf
12. Laza V. (2018). Una aproximación al estado de la partería tradicional en Colombia. Index Enferm [Serie en internet] 2018 [Citado el 05 de junio 2020] vol.21 (1-2). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962012000100012
13. Castro E. (2018). Prácticas y Creencias Tradicionales en torno al puerperio, Municipio de Popayán, 2018. Revista Infancia, Adolescencia y familia [Serie en Internet] 2006[Citado el 10 de junio 2020] 1 (1): 141- 152. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/769/76910109.pdf>
14. Valderrama S. (2017). Percepciones y Satisfacción De La Mujer Rural En La Atención Del Parto Institucional y Tradicional En La Provincia Sánchez Carrión. Revista Salud, Sexualidad y Sociedad 2008; 3(1,2). Disponible en: <http://www.inppares.org/revistasss/Revista%20III%202009/7%20Mujer%20Rural.pdf>
15. Paulina B.^a, Claudia U.^b, Aixa C.^b (2018). El cuidado percibido durante el proceso de parto: una mirada desde las madres. [Serie en Internet]. 2018. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262008000300007
16. M. J. Aguilar Cordero, I. Sáez Martín, M. J. Menor Rodríguez, N. Mur Villar, M. Expósito Ruiz, A. Hervás Pérez y J. L. González Mendoza. (2016). Valoración del nivel de satisfacción en un grupo de mujeres de Granada sobre atención al parto, acompañamiento y duración de la lactancia. Nutrición Hospitalaria. vol.28 mayo-

- jun. 2016. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0212-16112013000300050&script=sci_arttext
17. Eloy Gonzalo. (2019). Análisis de la satisfacción de las madres durante el trabajo de parto y puerperio inmediato en un hospital público de tercer nivel de la comunidad de Madrid. [Serie en Internet]. 2019. Disponible en: <http://www.revistareduca.es/index.php/reduca-enfermeria/article/viewFile/32/44>
 18. Paulina B.^a, Claudia U.^b, Aixa C.^b (2018). El cuidado percibido durante el proceso de parto: una mirada desde las madres. [Serie en Internet]. 2018. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262008000300007
 19. Gustavo Malagón-Londoño, Ricardo Galán Morera, Gabriel Pontón Laverde Garantía De Calidad En Salud - Segunda Edición – Bogotá - Editorial Medica Panamericana, 2016. P. 12 - 20.
 20. Moreno C, Rincón T, Arenas YM, Sierra D, Cano AP, Cárdenas DL. La mujer en posparto: un fenómeno de interés e intervención para la disciplina de enfermería. RevCuid. 2014; 5(2): 739 Disponible en: <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v5i2.86>
 21. Briyitd Prieto. Significado que le asigna la madre al cuidado cultural de ella misma y su recién nacido durante el puerperio a partir de sus prácticas y creencias. Bogotá – Colombia. Citado 2013, Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/8930/1/05539469-2012.pdf>
 22. Celmira Laza; Marcela Puerto. Cuidados genéricos para restablecer el equilibrio durante el puerperio. versión On-line ISSN 1561-2961, Citado en marzo 2011.

Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03192011000100010&script=sci_arttext

23. Belfort M, Clark S, Saade G, Kleja K, Dildy G, Van Veen T, et al. Hospital readmission after delivery: evidence for increased incidence of nonurogenital infection in the immediate postpartum period. *Am J Obstet Gynecol.* 2010;202(35):e1-7. Disponible en: <http://revistas.udes.edu.co/site/index.php/cuidarte/article/view/86/261>
24. Bohórquez O, Santana A, Pérez L, Munéver Y. Seguimiento de enfermería a la madre y al recién nacido durante el puerperio: traspasando las barreras hospitalarias. *Av Enferm* 2009; 27 (2): 139-149. Disponible en: <http://revistas.udes.edu.co/site/index.php/cuidarte/article/view/86/261>
25. Cardozo S y Bernal M. (2017). Relación entre el cuidado del obstetra y nivel de satisfacción de las madres del Centro de Salud de Es salud en las madres gestantes y puérperas No. 27 (2): 82-91. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S086403192011000100010&script=sci_arttext
26. Ayaz S, Yaman ES. Potentially harmful traditional practices during pregnancy and postpartum *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care* September 2008; 13(3):282-288.
27. Mercer R, Walker L. A review of nursing interventions to foster becoming a mother. *Awhon the association of women's health. J Obstet Neonatal Nurs* 2006; 35 (5): 568-82. Disponible en: <http://revistas.udes.edu.co/site/index.php/cuidarte/article/view/86/261>

- 28.** Delgado M, Calvache JA, Del Cairo C, Bedoya LM; Tababres RE. (2018) Prácticas hogareñas en el cuidado de la madre y el recién nacido en la costa Pacífica caucana. *Antípoda* 2018; 3: 227-254. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S086403192011000100010&script=sci_arttext
- 29.** Castro E, Muñoz F, Plata G, Rodríguez M, Sepúlveda L. Prácticas y creencias tradicionales en torno al puerperio, municipio de Popayán, 2005. *Revista Infancia, adolescencia y familia* 2006; 1(1): 141-152.
- 30.** Raven JH, Chen Q, Tolhurst R, Garner P. Traditional beliefs and practices in the postpartum period in Fujian Province, China: a qualitative study. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2007; 7:8:19. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S086403192011000100010&script=sci_arttext
- 31.** Los autores – Técnico Especialista en Anatomía Patológica Del Servicio Gallego De Salud – Primera Edición – Editorial MAD, S.L. julio 2006. P. 11 – 55
- 32.** Gustavo Malagón-Londoño, Ricardo Galán Morera, Gabriel Pontón Laverde - *Garantía De Calidad En Salud - Tercera Edición – Bogotá - Editorial Medica Internacional, 2008. p. 202 – 218.*
- 33.** Jaime Varo. *Gestión estratégica de la calidad en los Servicios Sanitarios: un modelo de gestión hospitalaria.* Ediciones Días de Santos, 2003. Disponible URL, en: http://books.google.com.pe/books?id=gtvXJ_yogLYC&pg=PR9&dq=definici%C3%B3n+de+satisfacci%C3%B3n+en+salud&hl=es&sa=X&ei=gz3FUKvGC4fM9QS5_oDIAG&ved=0CEQQ6AEwCDgU#v=onepage&q=definici%C3%B3n%20de%20satisfacci%C3%B3n%20en%20salud&f=false

34. Días de Santos. Actividad Física y Salud. [Sitio en Internet]. Disponible en:
<http://books.google.com.pe/books?id=GTcduhfoymIC&pg=PA80&dq=definici%C3%B3n+de+satisfacci%C3%B3n+en+salud&hl=es&sa=X&ei=RTbFUIv0No2u8QSN9YHADw&ved=0CDIQ6AEwAjgK#v=onepage&q=definici%C3%B3n%20de%20satisfacci%C3%B3n%20en%20salud&f=false>
35. Thompson I. La Satisfacción del Cliente. Art. [Seriada En línea] 2016. [6 páginas].
 Disponible en: [URL: http://www.promonegocios.net/mercadotecnia/satisfaccioncliente.htm](http://www.promonegocios.net/mercadotecnia/satisfaccioncliente.htm) Consultado
 enero 30, 2009.
36. Ministerio de Salud. Calidad del Servicio de Salud desde la Perspectiva del Usuario.
 Lima, Perú; 2000
37. Márquez Rosa. Actividad física y salud. Editor Ediciones Díaz de Santos, 2010. N. °
 de páginas 608. [Citado el 10 de diciembre de 2012]. Disponible URL, en:
<http://books.google.com.pe/books?id=L5OKs4YZeFcC&pg=PA19&dq=el+cuidado+definici%C3%B3n&hl=es&sa=X&ei=TVjFUKqTjY2k8QTj4YGYAw&ved=0CDUQ6AEwAw#v=onepage&q=el%20cuidado%20definici%C3%B3n&f=false>
38. Universidad Nacional De Santiago Del Estero - Facultad de Humanidades Cs.
 Sociales y de la Salud - Carrera Licenciatura en Obstetricia - Enfermería En
 Obstetricia- Módulo de Estudio, Docente Responsable: Lic. Gustavo A. Veliz - Prof.
 Adjunto, 2010. [Citado el 10 de diciembre de 2012]. Disponible URL, en:
http://fhu.unse.edu.ar/carreras/obs/enfermeria_obs.pdf
39. López M. Cuidado de Enfermería: El Saber y el Hacer de las Obstetras. Art. De
 obstetricia [seriada en línea] 2007 [36 paginas]. Disponible en: URL:

<http://www.usc.es/es/centros/stgo/materia.jsp?materia=26100> Consultado en: febrero 15, 2009.

40. Dr. Octavio Peralta M. Aspectos Clínicos Del Puerperio. “Salud Reproductiva En El Período Post-Parto: Manual Para El Entrenamiento Del Personal De Los servicios De Salud”. Instituto Chileno De Medicina Reproductiva (Icmer), 1996. (Citado Dic 2013). Disponible En Url: Http://Www.Icmer.Org/Documentos/Lactancia/Puerperio_Octavio.Pdf
41. Consolación R. El Proceso de Cuidado Humano y la Enseñanza en Enfermería. Rev. Portales Médicos. [Seriada en línea] 2006 [17 páginas] Disponible en: URL: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/1340/2/Elproceso-de-Cuidado-Humano-y-la-Enseñanza-en-Enfermer> Consultado enero 23, 2009.
42. Torralba F. Esencia del Cuidar. [Seriada en línea] 2005 [8 páginas]. Disponible en: URL: http://74.125.47.132/search?q=cache:dtaGO_PN1EJ:www.pastoralsj.org/sec_formation/descarga.asp%3Fid%3D58+PROCESO+DEL+CUIDAR&hl=es&ct=clnk&cd=2&gl=pe Consultado enero 24, 2009.
43. Muñoz Y., Coral R., Moreno D., Pinilla D., Suárez Y. (2009) Significado del cuidado humanizado en egresadas de la facultad de enfermería. Repert. med.; 18(4):246-250.
44. Ley del trabajo de la Obstetriz. Ley N° 27853. Diario El Peruano (23 Octubre 2002). Disponible en: <http://www.slideshare.net/yuyororo/reglamento-de-la-ley-de-trabajo-de-la-obstetriz>
45. Torralba F. Esencia del Cuidar. [Seriada en línea] 2005 [8 páginas]. Disponible en: URL:

http://74.125.47.132/search?q=cache:dtaGO_PN1EJ:www.pastoralsj.org/sec_formacion/descarga.asp%3Fid%3D58+PROCESO+DEL+CUIDAR&hl=es&ct=clnk&cd=2&gl=pe Consultado enero 24, 2009.

46. CONFEDERACIÓN INTERNACIONAL DE MATRONAS [Serie en línea] 2005 [Fecha de acceso: 21 de mayo de 2014] Disponible en: http://www.federacion-matronas.org/data/archivos/409_es_Definicion%20Matrona%20ICM-2005.pdf
47. Ministerio de Salud Pública del Ecuador Subsecretaría Nacional De Gobernanza De La Salud Pública Dirección Nacional De Normatización. Norma Para El Cuidado Obstétrico Y Neonatal Esencial (Cone) En El Sistema Nacional De Salud [Artículo en línea] 2013 [Consultado octubre 24, 2013]. (49; 17). Disponible en: http://www.maternoinfantil.org/archivos/smi_D458.pdf
48. Paulina Bravo V.a, Claudia Uribe T.b, Aixa Contreras M.b. El Cuidado Percibido Durante El Proceso De Parto: Una Mirada Desde Las Madres. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2008; [citado el 10 de diciembre de 2012]. 73(3): 179 – 184. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rchog/v73n3/art07.pdf>
49. Marsden Wagner, MD; MSPH. El cuidado maternal en España 2006: La necesidad de humanizar el parto, 2006 [Citado el 10 de diciembre del 2012] N° 10; 598 -- 610. Disponible en: http://scholar.google.com.pe/scholar?cluster=11766065316903537859&hl=es&as_sdt=0,5&scioldt=0,5
50. CONFEDERACIÓN INTERNACIONAL DE MATRONAS Cuidados Obstétricos Para Mujeres Con Embarazos Partos, Puerperios Complicados. [Serie en línea] 2008 [Fecha de acceso: 21 de mayo de 2014] Disponible en: http://www.federacion-matronas.org/data/archivos/409_es_Definicion%20Matrona%20ICM-2005.pdf

http://www.internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/Position%20Statements%20-%20Spanish/PS2008_009%20SPA%20Cuidados%20obstetricos%20para%20mujeres%20con%20embarazos%20partos%20puerperios%20complicados.pdf

51. Ley del Trabajo de la Obstetriz. Ley N° 27853. Diario El Peruano (23 Octubre 2002).
Disponible en: <http://www.slideshare.net/yuyororo/reglamento-de-la-ley-de-trabajo-de-la-obstetriz>
52. Guía de práctica clínica. Departamento de gineco obstetricia. Hospital Santa Rosa.; 2008. Disponible en:
http://www.hsr.gob.pe/gclinicas/pdf/2008/GUIA_CLINICA_GINECO_2008.pdf
53. Guías de práctica clínica. Trabajo de parto eutócico. Departamento de gineco obstetricia. Hospital Santa Rosa; 2010. Disponible en:
http://www.hsr.gob.pe/transparencia/pdf/guiasclinicas/gineco_obstetricia/guia_servicio_obstetricia_2010.pdf
54. Guías Nacionales de Atención Integral de Salud sexual y Reproductiva: Lima, Ministerio de Salud, 2004. [350] p.; tab; ilus. Disponible en:
ftp://ftp2.minsa.gob.pe/destacados/archivos/21/guias_atencionintegrali_dela_salud_sexual_y_reproductiva.pdf
55. Marsden Wagner, MD; MSPH. El cuidado maternal en España 2006: La necesidad de humanizar el parto, 2006 [Citado el 10 de diciembre del 2012] N° 10; 598 -- 610.
Disponible en:
http://scholar.google.com.pe/scholar?cluster=11766065316903537859&hl=es&as_sdt=0,5&scioldt=0,5

56. Lundgren I, Dahlberg K. Midwives' experience of the encounter with women and their pain during childbirth. *Midwifery* 2016;18: 155-164
57. Martis R. Apoyo continuo para las mujeres durante el parto: Comentario de la BSR (última revisión: 8 de septiembre de 2007). La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS; Ginebra: Organización Mundial de la Salud. [Citado el 05 de diciembre del 2013]. Disponible en: http://apps.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/childbirth/routine_care/rmcom/es/index.html
58. Norma técnica para la atención del parto vertical con adecuación intercultural. 2005 Mezetti .P., José del Carmen, Podesta L., Chau I., Luci del Carpio y Ancaya.
59. Díaz J., Catalan D., M. Milagros, G. Geneveva. Universidad de Almaria-España. 2011,25(6):483-489.
60. Protocolo para la asistencia natural al parto normal. Biblioteca de Cataluña. Datos CIP. Edición: Dirección General de Salud Pública. Barcelona, marzo de 2007.
61. Rosa Mas-Ponsa,b,*, Carmen Barona-Vilara,b, Soledad Carreguí-Vilarc, Noelia Ibáñez-Gil ~ d, Lourdes Margaix-Fontestad,c,e y Vicenta Escribà-Agüirb. Satisfacción de las mujeres con la experiencia del parto: validación de la Mackey Satisfaction Childbirth Rating Scale. [Internet] 2012 [citado 07 de diciembre de 2013]; 26(3):236–242 [aprox. 6 p.]. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/gsv26n3/original7.pdf>
62. MANUAL DE ATENCIÓN PERSONALIZADA EN EL PROCESO REPRODUCTIVO. Ministerio de Salud Chile. [Internet] Primera Edición: Enero 2008. [Citado 07 de diciembre de 2013] Capítulo I: (14 – 26) [Aproximadamente 360

- páginas]. Disponible en:
<http://web.minsal.cl/portal/url/item/795c63caff4fde9fe04001011f014bf2.pdf>
- 63.** Marín Morales D, Toro Molina S, Carmona Monge FJ. Diferencias en la satisfacción de la madre con el nacimiento de su hijo en función de variables sociodemográficas y clínicas. NURE Inv [Internet]. 2013 mar-abr [citado 07 de diciembre de 2013]; 10(63):[aprox. 6 p.]. Disponible en:
http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/ORIGINAL/NURE63_orignal_satisparto.pdf
- 64.** Peralta O. Aspectos clínicos del puerperio. Texto de “Salud Reproductiva en el Período Post-parto: Manual para el entrenamiento del personal de los servicios de salud”. Instituto Chileno de Medicina Reproductiva (ICMER), 1996. Disponible en:
http://www.icmer.org/documentos/lactancia/puerperio_octavio.pdf
- 65.** Dirección Nacional de Maternidad e Infancia. Recomendaciones para la Práctica del Control preconcepcional, prenatal y puerperal. [Artículo on - line] 2012. [fecha de acceso 10 de diciembre de 2012]. (160; 114-115). Disponible en:
http://www.ms.gba.gov.ar/ssps/Residencias/biblio/pdf_Obstetricia/Control_ppp2013.pdf
- 66.** Noé Alfaro Alfaro, Martha Villaseñor Farías, Isabel Valadez Figueroa, Arnoldo Guzmán Sánchez, Yesica Sughey González Torres. Algunos aspectos Históricos de la Atención al Embarazo, abril 2016. [Citado el 10 de diciembre de 2012] Vol. VIII, Número 1; 50 – 53. Disponible URL, en:
<http://www.medigraphic.com/pdfs/invsal/isg-2006/isg061h.pdf>

- 67.** Dra. Soledad Díaz. Instituto Chileno De Medicina Reproductiva. El Periodo Postparto. [Citado 14 De diciembre De 2013]. Disponible En: <http://www.unicef.cl/lactancia/docs/mod04/post-parto.pdf>
- 68.** Infogen A.C.2013 por la calidad de la salud. Serie en internet. citado el 08/08/13, [alrededor de 11 páginas]. Disponible en: <http://www.infogen.org.mx/Infogen1/servlet/CtrlVerArt?clvart=9207>
- 69.** Dr. Octavio Peralta M.. Aspectos Clínicos Del Puerperio. “Salud Reproductiva En El Período Post-Parto: Manual Para El Entrenamiento Del Personal De Losservicios De Salud”. Instituto Chileno De Medicina Reproductiva (Icmer), 1996. (Citado Dic 2013). Disponible En: http://www.icmer.org/documentos/lactancia/puerperio_octavio.pdf
- 70.** Baena, G. (2017). Metodología de la investigación. 3° ed. México: Mcgrawhill.
- 71.** Galeno, B. (2004). Enfoque cuantitativo. Recuperado de <https://www.slideshare.net/marypalma16/enfoques-de-investigacin-95626014>
- 72.** Hernández, R. y Mendoza, C (2018). Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. México: Editorial Mc Graw Hill Education
- 73.** Declaración de helsinki de la asociación médica mundial. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Adoptada por la 18ª Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, junio 1964 y enmendada por la 64ª Asamblea General, Fortaleza, Brasil, octubre 2013.

Anexos

Anexo 1. Instrumento de recolección de datos

ESCALA COMFORTS PARA MEDIR LA SATISFACCIÓN DE LAS MUJERES CON LOS CUIDADOS EN EL PARTO Y PUERPERIO INMEDIATO

RESPUESTA	Muy Malo (1)	Malo (2)	Regul ar (3)	Bueno (4)	Muy Bueno (5)
Cuidados durante el Periodo de Parto:					
1. Con la información recibida en la sala de dilatación-paritorio					
2. Con la cantidad de información proporcionada por la obstetra en el paritorio acerca de los cuidados que iba a recibir					
3. Con respecto a sentirse escuchada y apoyada en la toma de sus decisiones por parte de la obstetra					
4. Con la atención brindada a su pareja o persona de apoyo					
5. Con la vivencia del nacimiento					
6. Con las medidas para controlar el dolor durante el parto					
7. Con las medidas de analgesia y de confort después del nacimiento de su bebé					
8. Con la comodidad de su pareja o persona de apoyo en el lugar donde se le atendió					
9. Con el número de profesionales que la atendieron durante el parto					
10. Con el respeto a su intimidad por parte de los profesionales que la atendieron en el parto					
11. Con el tiempo que pasó con usted la matrona para cubrir sus necesidades emocionales					
12. Con el tiempo que pasó la matrona para cubrir sus necesidades físicas					
13. Con relación a la respuesta de la matrona a sus necesidades durante el parto					
Cuidados en el Puerperio					
14. Con el tiempo que la obstetra pasó con usted para cubrir sus necesidades físicas					
15. Con el tiempo que la obstetra pasó enseñándole los cuidados después del parto					
16. Con el tiempo que la obstetra pasó enseñándole los cuidados del bebé					
17. Con el tiempo que la obstetra pasó con usted para cubrir sus necesidades emocionales					
18. Con el tiempo que pasó la obstetra enseñando a su pareja los cuidados de usted y su bebé					

19. Con la respuesta a sus necesidades					
20. Con el tiempo que pasó la obstetra alimentar a su bebé					
21. Con la información que recibió de las obstetras					
22. Con el número de obstetras que cuidaron de usted					
23. Con el número de profesionales que entraron en su habitación					
24. Con el número de obstetras que la atendieron					
RESPUESTA	Muy insatisfecho (1)	Insatisfecho (2)	Indiferente (3)	Satisfecho (4)	Muy satisfecho (5)
Atención del Recién Nacido					
25. Porque sabe cuándo el bebé está enfermo					
26. Porque sabe cuándo el bebé tiene hambre o está satisfecho					
27. Porque sabe cuándo el bebé está tomando leche suficiente					
28. Porque sabe colocar al bebé durante la alimentación					
29. Porque sabe qué hacer cuando el bebé llora					
30. Porque sabe qué hacer cuando el bebé se atraganta					
31. Porque sabe colocar al bebé para dormir					
32. Porque sabe cómo bañar al bebé					
33. Porque sabe cómo encontrar ayuda cuando la necesita					
34. Porque sabe cuidar el cordón umbilical de su hijo recién nacido					
Logística y Entorno:					
35. Con la cantidad de comida proporcionada durante su estancia en el hospital					
36. Con la calidad de la comida durante su estancia en el hospital					
37. Con la accesibilidad a aquello que necesitó (útiles de aseo, ropa de cama, compresas, pañales, etc.)					
38. Con el respeto a su intimidad por parte del personal de Limpieza					
39. Con la habitación (paritorio) donde la atendieron durante el parto, porque era espaciosa y adecuada a sus necesidades					
40. Con la iluminación de la habitación (paritorio) donde la atendieron durante el parto					

Anexo 2. Prueba piloto.

DATOS	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	P21	P22	P23	P24	P25	P26	P27	P28	P29	P30	P31	P32	P33	P34	P35	P36	P37	P38	P39	P40	TOTAL	
1	5	2	4	2	2	3	3	2	2	2	3	2	5	3	2	2	1	2	3	2	1	2	4	2	2	3	3	2	2	2	3	2	5	3	2	2	1	2	3	2	100	
2	3	3	2	1	1	3	2	1	1	1	2	1	3	2	1	1	1	1	2	1	3	3	2	1	1	3	2	1	1	1	2	1	3	2	1	1	1	1	2	1	66	
3	4	4	3	3	2	1	2	1	1	1	1	2	3	1	1	1	1	1	2	2	4	4	3	3	2	1	2	1	1	1	1	2	3	1	1	1	1	1	2	2	74	
4	5	3	5	2	2	2	4	2	2	2	3	2	4	3	2	1	2	2	4	1	5	3	5	2	2	2	4	2	2	2	3	2	4	3	2	1	2	2	4	1	106	
5	2	4	1	3	1	1	3	2	1	1	2	1	4	2	1	2	1	2	1	2	2	4	1	3	1	1	3	2	1	1	2	1	4	2	1	2	1	2	1	2	74	
6	4	1	2	1	1	2	2	1	1	1	3	1	1	1	2	1	2	1	3	1	4	1	2	1	1	2	2	1	1	1	3	1	1	1	2	1	2	1	3	1	64	
7	3	2	5	2	2	1	3	2	1	2	1	2	3	2	1	2	1	1	2	2	3	2	5	2	2	1	3	2	1	2	1	2	3	2	1	2	1	1	2	2	80	
8	2	2	2	3	1	1	2	1	1	1	2	1	4	4	2	2	1	2	3	1	2	2	2	3	1	1	2	1	1	1	2	1	4	4	2	2	1	2	3	1	76	
9	5	4	3	2	2	2	1	1	1	2	3	2	3	2	1	1	1	1	1	2	5	4	3	2	2	2	1	1	1	2	3	2	3	2	1	1	1	1	1	2	80	
10	3	2	5	2	2	1	3	2	1	2	1	2	3	2	1	2	1	1	2	2	3	2	5	2	2	1	3	2	1	2	1	2	3	2	1	2	1	1	2	2	80	
11	2	2	2	3	1	1	2	1	1	1	2	1	4	4	2	2	1	2	3	1	2	2	2	3	1	1	2	1	1	1	2	1	4	4	2	2	1	2	3	1	76	
12	5	4	3	2	2	2	1	1	1	2	3	2	3	2	1	1	1	1	1	2	5	4	3	2	2	2	1	1	1	2	3	2	3	2	1	1	1	1	1	2	80	
13	4	4	3	3	2	1	2	1	1	1	1	2	3	1	1	1	1	1	2	2	4	4	3	3	2	1	2	1	1	1	1	2	3	1	1	1	1	1	2	2	74	
14	5	3	5	2	2	2	4	2	2	2	3	2	4	3	2	1	2	2	4	1	1	3	1	2	2	2	4	2	2	2	1	2	4	3	2	1	2	2	1	1	93	
15	2	4	1	3	1	1	3	2	1	1	2	1	4	2	1	2	1	2	1	2	2	1	1	3	1	1	3	2	1	1	2	1	4	2	1	2	1	2	1	2	71	
16	3	3	2	1	1	3	2	1	1	1	2	1	3	2	1	1	1	1	2	1	3	3	2	1	1	3	2	1	1	1	2	1	3	2	1	1	1	1	2	1	66	
17	4	4	3	3	2	1	2	1	1	1	1	2	3	1	1	1	1	1	2	2	4	4	3	3	2	1	2	1	1	1	1	2	3	1	1	1	1	1	2	2	74	
18	5	3	5	2	2	2	4	2	2	2	3	2	4	3	2	1	2	2	4	1	5	3	5	2	2	2	4	2	2	2	3	1	4	3	2	1	1	1	1	1	100	
19	5	4	3	2	2	2	1	1	1	2	3	2	3	2	1	1	1	1	1	2	5	4	3	2	2	2	1	1	1	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1	2	75	
20	4	3	4	1	1	2	3	1	2	1	3	1	3	3	1	1	2	2	1	1	4	3	4	1	1	2	3	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	74
VAR	1.36	0.89	1.82	0.56	0.25	0.54	0.89	0.25	0.20	0.26	0.69	0.25	0.66	0.83	0.24	0.24	0.20	0.26	1.12	0.26	1.82	1.04	1.84	0.56	0.25	0.54	0.89	0.25	0.20	0.26	0.73	0.26	1.19	0.87	0.24	0.24	0.17	0.25	0.83	0.26	136.66	

suma de var/item	12.69
k	45
alfa	0.928

Anexo 3. Consentimiento informado

FICHA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PARTICIPANTE

Yo, como madre, en pleno uso de mis facultades, libre y voluntariamente, **EXPONGO:**

Que he sido debidamente **INFORMADO/A** por los responsables de realizar la presente investigación científica, quedando entendido la importancia de mi participación en una encuesta para contribuir al mencionado trabajo de investigación.

Que he recibido explicaciones, tanto verbales como escritas, sobre la naturaleza y propósitos de la investigación y también hemos tenido ocasión de aclarar las dudas que nos han surgido.

MANIFIESTO:

Que habiendo comprendido y estando satisfecho/a de todas las explicaciones y aclaraciones recibidas sobre el mencionado trabajo de investigación, **OTORGO MI CONSENTIMIENTO** para participar de la encuesta. Entiendo que este consentimiento puede ser revocado en cualquier momento antes de la realización del procedimiento.

Y, para que así conste, firmo el presente documento.

Firma del encuestado

Firma del encuestador

Fecha: _____

Anexo 4. Fotos.

