

Satisfacción del Parto Humanizado en usuarias atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia de un hospital de alta complejidad, durante el IV trimestre del año 2021.

Caicedo Yury Y, Castro Ángela M, Jiménez María A, Ramírez Gilma F, Vallejo Lina M.

EAN, Programa de Auditoria de la Calidad en Salud con Énfasis en Epidemiología

Dr. Díaz Fabián

Septiembre, 2020

Resumen

Actualmente las instituciones de salud buscan garantizar la atención humanizada de los usuarios en el marco de las políticas nacionales, especialmente en la atención del parto, ya que este, se constituye como uno de los acontecimientos más importantes en la vida de la mujer, razón por la cual surge la necesidad de identificar la satisfacción de las mujeres maternas tras experimentar este proceso.

Objetivo: Identificar la Satisfacción del Parto Humanizado de usuarias atendidas en el servicio de ginecología y obstetricia de un hospital de alta complejidad, en el IV trimestre del 2021, a través de encuestas estructuradas.

Diseño y método: Estudio cuantitativo descriptivo de corte transversal en el servicio de ginecología y obstetricia de un hospital de alta complejidad, durante el IV trimestre del 2021. Se aplicará la validación del cuestionario Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale (MCSRS) a 234 maternas en puerperio mediato de parto vaginal de bajo riesgo. Los datos se recogerán a través de una encuesta estructurada que incluirá el cuestionario MCSRS, las variables obstétricas y demográficas, para el análisis de las variables se aplicará estadística descriptiva con agrupación de variables de tipo cuantitativo discreto y cualitativo ordinal y nominal.

Resultados: Se espera obtener un nivel de satisfacción del parto humanizado correspondiente a “satisfactorio”.

Conclusiones: Es importante aplicar escalas para medir la satisfacción, que ayuden a la institución de salud a obtener datos precisos para identificar las falencias en la implementación de las estrategias de humanización en la atención del parto.

Palabras clave: Satisfacción, Parto Humanizado, Violencia Obstétrica.

Introducción

El proceso del parto se constituye como uno de los acontecimientos más importantes en la vida de la mujer, por tal motivo es un fenómeno al que se le atribuye especial interés en el ámbito del sistema de salud y por ende, debería ser una experiencia satisfactoria que marque de manera positiva su etapa de maternidad; sin embargo, como producto de la medicalización e institucionalización en la atención del parto, se ha evidenciado la vulneración de los derechos de la mujer materna, ocasionando impactos negativos frente a la vivencia de este proceso.

En respuesta a esto, varios autores se han pronunciado con el fin de promover el humanismo en la atención del parto, tal es el caso de los obstetras franceses Leboyer y Odent M y en América Latina, el profesor Galba de Araújo, en Fortaleza y del Dr. Paciornick en Curitiba (Borges Damas et al., 2018), por su parte la OMS (Organización Mundial de la Salud) en el 2014 expide “Declaración de la prevención y erradicación de la falta de respeto, maltrato durante la atención del parto en centros de salud”.

Dentro de este marco, Colombia, ha trabajado en políticas públicas que fomentan la atención de salud con calidad, se encuentra la Ruta Materno Perinatal, reglamentada en la Resolución 3280 de 2018, la estrategia IAMI (Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia) y además el proyecto de ley de Parto Humanizado 063 de 2017 que busca garantizar los derechos de la mujer, en trabajo de parto, parto y posparto; que están dirigidas a las instituciones de salud para lograr la humanización en la atención de la mujer materna y por ende, conseguir la satisfacción en todos los procesos derivados de su condición; por lo que es importante medir y conocer la opinión desde la perspectiva de las usuarias del sistema de salud para valorar si las estrategias públicas e institucionales están siendo efectivas y de no ser así, determinar qué aspectos pueden ser mejorados.

Se disponen de diversos cuestionarios diseñados para medir la satisfacción de las mujeres con el parto; para efectos de esta investigación, se utilizó la validación de la MCSRS (Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale) , desarrollada en Estados Unidos, que consta de 34 ítems que bajo una estructura multifactorial abarcan diversos componentes implicados en el parto y el nacimiento (Mas-Pons et al., 2012)

Por medio de un estudio cuantitativo descriptivo de corte transversal, con un muestreo probabilístico aleatorio simple, utilizando una población universo de 597 correspondientes a madres que tuvieron partos por vía vaginal, con una heterogeneidad del 50%, un margen de error del 5% y un nivel de confianza del 95%; quedando constituida por 234 mujeres en puerperio mediano tras el parto por vía vaginal atendido en un hospital de alta complejidad, durante el IV trimestre del año 2021; esperando obtener un nivel de satisfacción del parto humanizado correspondiente a “satisfactorio”, obteniendo datos precisos que ayuden a la institución a identificar las falencias en la implementación de las estrategias de humanización en la atención del parto.

Planteamiento del problema

Antecedentes del problema:

Desde la década de los años 70 del siglo XX, *Leboyer*, obstetra francés, considerado el precursor de la humanización del parto, llamaba la atención a la sociedad respecto a la forma en que los seres humanos eran traídos al mundo. Por su parte, *Odent M*, en el año 2000, comenzó a intencional la elección de la propia mujer de las posiciones para el parto. Con los autores mencionados, los términos violencia en el parto y humanización se reconocen en la literatura internacional. En Brasil, los primeros en trabajar en pro de la humanización del parto y el

nacimiento fueron el profesor *Galba de Araújo*, en Fortaleza y del *Dr. Paciornick* en Curitiba. (Borges Damas et al., 2018)

En el año 2014, la OMS, declaró que “todas las mujeres tienen derecho a recibir el más alto nivel de cuidados en salud, que incluye el derecho a una atención digna y respetuosa en el embarazo, en el parto, el derecho a no sufrir violencia ni discriminación”, de acuerdo a esto la OMS crea la “Declaración de la prevención y erradicación de la falta de respeto, maltrato durante la atención del parto en centros de salud”(Organización Mundial de la Salud, 2014).

En América Latina, son muy pocos los países que han establecido regulaciones que pretendan enfrentar directamente el fenómeno de la violencia obstétrica: Venezuela, México y Argentina, que lo han hecho, han alcanzado un escaso impacto. Chile, por su parte, carece de una tal regulación y existen importantes indicios de un elevado grado de prevalencia del problema. (Díaz García & Fernández M., 2018).

Según el DANE (Departamento Administrativo Nacional de Estadística), para el año 2019 se registraron 638.516 nacimientos a nivel nacional, 33.978 nacimientos en el departamento del Cauca, y 16.989 en el municipio de Popayán. (Dane et al., 2020). Por otra parte, estudios realizados, evidencian que la desigualdad en la vivencia de la AHP (Atención Humanizada del Parto) según edad, riesgo y nivel socioeconómico demuestra inequidad en la atención de salud a mujeres en condiciones de pobreza y marginación. Se requiere el compromiso de los profesionales de la salud y las instituciones para construir escenarios equitativos de AHP. Por esta razón se busca implementar el proyecto de Ley 063 de 2017 que tiene por objetivo garantizar los derechos de madres: a vivir el trabajo de parto, parto y posparto con libertad de decisión, consciencia y respeto, así como los derechos de los recién nacidos.(Cámara de Representantes - Congreso de la República de Colombia, 2017).

Por otra parte, el MAITE (Modelo de Acción Integral Territorial) es un conjunto de acciones y herramientas que, por medio de acuerdos interinstitucionales y comunitarios, orienta de forma articulada la gestión de los integrantes del sistema de salud en el territorio para responder a las prioridades de salud de la población y contribuir al mejoramiento de la salud, la satisfacción de las expectativas de los ciudadanos y la sostenibilidad del sistema, bajo el liderazgo del departamento o distrito. (Ministerio de Salud y Protección Social. Por la cual se modifica la Política de Atención Integral en Salud - PAIS y se adopta el Modelo de Acción Integral Territorial - MAITE, 2019).

Descripción del problema:

El parto se constituye como uno de los eventos más importantes en la vida de una mujer y por tal motivo debe ser una experiencia satisfactoria que marque de manera positiva su nueva etapa de maternidad, sin embargo, a lo largo del tiempo se ha evidenciado la brecha que existe entre la humanización y el proceso de atención del parto, generando múltiples inconformidades por parte de las usuarias frente a este proceso; estudios afirman que la violencia obstétrica se ejerce frecuentemente en las instituciones, no obstante, existe un trasfondo que contribuye a que la violencia obstétrica se materialice y corresponde a las dificultades reales para que las mujeres denuncien, además, entre las pacientes no hay conciencia de sus derechos durante la atención del embarazo, parto, postparto o post-aborto; también, la difusión de esta problemática no se hace de manera sostenida y una situación alarmante es que la violencia obstétrica está tan naturalizada entre las mujeres que la viven, que resulta difícil conceptualizarla como tal. Todas estas situaciones han llevado a la necesidad urgente del reconocimiento de los derechos de la mujer materna y lograr la no vulneración de los mismos. (Borges Damas et al., 2018)

La OMS enfatiza en la importancia de mejorar las experiencias de las mujeres durante la gestación y el parto, mediante una atención digna y respetuosa y el derecho a no sufrir violencia o discriminación, lo cual, entre otras consecuencias, afecta la confianza de las mujeres en las instituciones y las desmotiva frente a la atención en salud, esto ha impulsado a gobiernos con la creación de políticas y al sector investigativo a estudiar este fenómeno y sus implicaciones. (Organización Mundial de la Salud, 2014).

Nuestro país cuenta con políticas de calidad de los servicios de salud como la Resolución 2626 de 2019 que contribuyen al desarrollo de la humanización en la atención, sin embargo no existe una legislación que prevenga y sancione este tipo de violencia, es válido reconocer los esfuerzos de algunas instituciones de salud para tratar de eliminar este fenómeno; a través de la instauración de políticas internas y propender por lograr una atención con calidad; determinar la satisfacción y conocer cuál es la percepción de la mujer, tras la vivencia del parto en una institución que ha implementado una política para la atención de este proceso, sin duda alguna contribuirá a continuar con el desafío de lograr la humanización en la atención, aportando al campo científico para argumentar y apoyar la necesidad de establecer políticas públicas en nuestro país que sean garantes de los derechos de la mujer durante el parto. (Ministerio de Salud y Protección Social. Por la cual se modifica la Política de Atención Integral en Salud - PAIS y se adopta el Modelo de Acción Integral Territorial - MAITE, 2019).

Pregunta de investigación

¿Cuál es la satisfacción del Parto Humanizado de usuarias atendidas en el servicio de ginecología y obstetricia de un hospital de alta complejidad, durante el IV trimestre del año 2021?

Objetivo general

Identificar la satisfacción del parto humanizado de usuarias atendidas en el servicio de ginecología y obstetricia de un hospital de alta complejidad, en el IV trimestre del año 2021, a través de encuestas estructuradas.

Objetivos específicos

- Diseñar la encuesta que permita medir la satisfacción de las usuarias con respecto a la atención del parto humanizado.
- Aplicar la encuesta que mide la satisfacción a las usuarias en la atención del parto humanizado.
- Analizar los resultados de la encuesta de satisfacción en la atención del parto humanizado durante el IV trimestre del año 2021.

Justificación

La importancia de esta investigación se basa en que la mujer cuenta con derechos en la atención del parto para que sea humanizado, disminuyendo la brecha entre el equipo de salud y la familia, permitiendo identificar la experiencia de la madre, tras el proceso de dar a luz. La Resolución 3280 del 2018 del Ministerio de Salud y Protección Social señala la Ruta Integral de Atención Materno Perinatal, para garantizar la integralidad de la atención en salud de las gestantes, además el proyecto de Ley de Parto Humanizado 063 de 2017 busca garantizar los derechos de la mujer, en trabajo de parto, parto y posparto.

Según el DANE, en el año 2018 se registraron 649.115 nacimientos; de acuerdo a la clasificación por tipo de parto, 354.133 fueron partos espontáneos, 288.000 partos por cesárea, 6.779 partos instrumentados y 203 ignorados, así mismo, según el sitio de parto, 638.375 fueron partos instituciones de salud, 8.912 partos domiciliarios y 1.828 otros sitios. A nivel del departamento del Cauca el total de nacimientos fueron 15.143, 1.255, correspondientes a partos espontáneos, 4.857 partos por cesárea, 25 instrumentados y 6 partos ignorados. Los partos institucionales fueron 13.874, domiciliarios 1.222, otros sitios 47. (DANE, 2019)

La misma entidad, también registra que, en el primer trimestre de 2020, los nacimientos en Colombia disminuyeron 2,6% frente al mismo periodo de 2019, mientras que las defunciones no fetales aumentaron 3,8%; además, en el primer trimestre de 2020, se presentaron 145.619 nacimientos, la mayor proporción de nacimientos en ese periodo se registró en madres entre 20 y 24 años (29,1%). (DANE, 2019).

Un estudio realizado en el año 2016 en la ciudad de Popayán, evidencia un 69% de alguna forma de violencia obstétrica. La violencia institucional se registró en la mayoría de los relatos y estuvo asociada a políticas institucionales que no satisfacen las expectativas de las gestantes en el proceso de parto e inconformidad con la atención en salud recibida durante el trabajo de parto; la violencia psicológica, fue percibida como falta de información y de autonomía en la toma de decisiones en el proceso de atención, malos tratos e impedimento a las gestantes para expresar sus sentimientos y emociones (Jojoa-Tobar et al., 2019)

Marco teórico

Se hace referencia sobre los conceptos relacionados con el tema a estudiar para tener un panorama más amplio de las diferentes posturas o definiciones dadas sobre el tema dentro del área de la salud, especialmente en la atención del servicio de ginecología y obstetricia.

En el presente proyecto de investigación existen conceptos que son la base para este proceso investigativo, como son: aspectos históricos y concepciones del parto humanizado, violencia obstétrica y satisfacción en la atención del parto de esta forma se puede observar la evolución e importancia de la satisfacción del parto humanizado a través de la historia y la implementación de políticas de humanización. Los conceptos que se encuentran inmersos en el área de ginecología y obstetricia como en cualquier otra, son muchos, pero debe hacerse una definición clara entre la satisfacción que presenta las madres y las políticas de parto humanizado.

Aspectos históricos y concepciones del parto humanizado

El parto es un evento cuya concepción y forma de afrontarlo ha cambiado a través del tiempo. Según la historia, en épocas remotas se asume que el parto ocurría en forma solitaria, siendo la mujer materna la única responsable de este proceso; al igual que empieza surgir el arte de partear, que fue una actividad transmitida de generación en generación y que probablemente las primeras en ejercerlo fueron mujeres que ya habían tenido la experiencia de parir. Las grandes culturas antiguas: Egipto, Mesopotamia, India, Grecia y Roma, a través de sus compendios, códigos, tratados y estudios, nos muestran como era el tratamiento que se le daba a la mujer en trabajo de parto, ilustrándonos sobre prácticas específicas que se tenían para la época, como la adopción de postura vertical, el tratamiento de la placenta y cesáreas primitivas, entre otras. (Sedano L et al., 2014)

En cuanto a la edad media, con la influencia de la religiosidad, astrología y curandería se presenta un retroceso en torno a los avances adquiridos para el tratamiento del parto, situación que cambia al instaurarse el renacimiento donde se estudian los viejos manuscritos ante la necesidad de difusión de las experiencias anteriores; vale la pena mencionar al médico germano Eucharius Röslin, quien apoyado en los escritos de Sorano y Mustio del siglo II y VI

respectivamente, escribe su libro “El jardín Rosa” sobre el arte de atender el parto, Luisa de Bourgeois en 1609, quien aconseja la inducción del parto prematuro ante la estrechez pelviana; Jacob Rueff en Zurich alrededor de 1554, con el desarrollo del fórceps obstétrico y Francois Mauriceau (1637-1709) con el método de extracción de la cabeza cuando el feto esté en posición podálica y su descripción detallada del cuadro de eclampsia y fiebre purpural. (Sedano L et al., 2014).

En la edad de la ilustración, siglos XVII y XVIII, época en la que se enfatizó en el poder de la razón, se observó una notable preocupación por los trabajos obstétricos científicos; estudiosos como Hendrik van Deventer (1651-1727) quien escribió sobre las “deformidades de la pelvis y el parto estacionado”; Hendrik Van Roonhuyze (1622-1672) en Ámsterdam destacó al aconsejar la cesárea en los casos de desproporción feto pélvica o Juan Jorge Roederer con su libro “Elementos del Arte Obstétrico”, el cual destaca como el primer tratado de obstetricia científico de origen alemán, quienes entre otros contribuyeron al avance de este arte. (Sedano L et al., 2014).

Sin embargo, es en el siglo XIX, donde se observa una progresión acelerada en los aspectos científicos en el quehacer de esta práctica, para este periodo, se encuentran hitos en la obstetricia como el descubrimiento fortuito de la auscultación fetal por el médico J.Alexandre Lejumeau y la introducción de la anestesia durante el parto, entre otros avances significativos. (Sedano L et al., 2014).

Lo anterior, nos muestra como el avance científico en la práctica de la atención del parto, se ha limitado a lograr su institucionalización y medicalización, esto supuso una experiencia cargada del uso de tecnología, aislamiento y despersonalización que no atendía las necesidades individuales, lo que derivó en la patologización de un proceso natural. (González Taveras, 2015). La experiencia del parto “pasó a ser entonces un hecho de salud pública en el marco de la

institución hospitalaria. El acceso a la atención sanitaria, antes que un derecho, tuvo la impostura de una obligación” (Belli, 2013).

Las relaciones asimétricas entre las maternas y el personal de salud, son el común denominador y el “sometimiento” al saber médico y a las normas del sistema de salud, las cuales desdibujan la autonomía de la mujer para decidir sobre como asumir el proceso de trabajo de parto y el parto. (Jojoa-Tobar et al., 2019). En este sentido, comenzaron a surgir corrientes que buscaban dar solución a los problemas de las mujeres en trabajo de parto (Borges Damas et al., 2018). Que dieron origen a la estructuración del concepto de parto humanizado.

Parto Humanizado

Cuando hablamos de parto humanizado; “En el año 2000, la declaración de la Conferencia Internacional sobre la Humanización del Parto celebrada en Fortaleza, Ceará, Brasil, se enunció que el concepto de humanización designa un proceso de comunicación y apoyo mutuo entre las personas, encauzado hacia la auto-transformación y hacia el entendimiento del espíritu esencial de la vida. La humanización busca, de igual modo, el desarrollo de un sentido de compasión y en unión con el Universo, el Espíritu y la Naturaleza; con otras personas de la familia, la comunidad, el país y la sociedad global y con personas que llegarán en el futuro, así como con quienes nos han antecedido. (Vela Coral, 2015)

Garzón en 1998 afirma que la humanización comprende los aspectos culturales, históricos y espirituales del hombre, para lo cual los profesionales de la salud deben establecer relaciones terapéuticas adecuadas, (Borges Damas et al., 2018) que hagan que las madres puedan tomar decisiones con base a sus creencias culturales y espirituales a la hora del trabajo del parto como un derecho que deben tener y ejercer si así lo desea. Cuando hablamos de parto humanizado debemos tener en cuenta las diferentes corrientes del humanismo dado que, “comprende ideas

que fundamenten el respeto a la dignidad humana, expresan la preocupación por el bien de los hombres, por su desarrollo integral, multidimensional, por crear condiciones de vida de calidad, favorables para su crecimiento y realización. (Leal Quevedo & Mendoza Vega, 1997)

Los humanistas de todas las corrientes filosóficas proclaman la dignidad del hombre, su libertad, y la igualdad de derechos; se hacen énfasis en la necesidad del amor y la fraternidad. Para gozar el derecho al bienestar, la paz y el progreso; se solicita el respeto mutuo para la convivencia. (Leal Quevedo & Mendoza Vega, 1997).

Es a raíz de la Conferencia Internacional sobre la Humanización del Parto que fue organizada por integrantes del movimiento brasileño para la humanización, apoyada por el proyecto Luz, promovida por la Agencia de Cooperación Internacional de Japón y celebrada en el 2000 en Brasil, que nace el concepto de “humanización”, el cual se define como “un proceso de comunicación y cuidado entre las personas que lleva a la auto transformación y la comprensión del espíritu fundamental de la vida y a un sentido de compasión y unidad con el universo, el espíritu y la naturaleza, los miembros de la familia, la comunidad, el país y la sociedad global y también con otras personas en el futuro, así como con las generaciones pasadas”. A partir de ese momento, diferentes autores comienzan a hacerse eco en sus artículos con dicho concepto. (Macías et al., 2018)

Tenemos diferentes perspectivas del parto humanizado, por ejemplo, para Cuba el parto humanizado, es la atención integral que se le brinda a la mujer y la familia durante el proceso de parto, con el objetivo de percibir a la mujer como sujeto de cuidado, permitiéndole su participación activa, la satisfacción de necesidades y libertad de decisión mediante la combinación científico-humanista del equipo de salud en su atención para la percepción del parto como un acontecimiento natural y fisiológico, acorde a los preceptos del sistema de salud cubano. (Borges Damas et al., 2018).

También se denomina parto respetado o parto humanizado a un modo de atender el proceso de parto en el cual se privilegia la voluntad de la mujer que va a dar a luz y se respetan sus tiempos fisiológicos personales. El objetivo es que el momento del parto sea un espacio familiar donde la mujer y su producto de la concepción sean los protagonistas, donde el nacimiento se desarrolle de la manera más natural posible. (Borges Damas et al., 2018).

Por su parte, en Argentina, el término "parto respetado" o "parto humanizado" hace referencia a una modalidad de atención del parto caracterizada por el respeto a los derechos de los padres y los niños y niñas en el momento del nacimiento, es decir, en consonancia con las necesidades y deseos de la familia. (Borges Damas et al., 2018).

Cuando se habla de parto humanizado, se habla de generar un espacio familiar donde la madre y su producto de la concepción sean los protagonistas y donde el nacimiento se desarrolle de la manera más natural posible. Es un concepto que requiere para su entendimiento de un cambio en la actitud y paradigmas de quien asiste a las mujeres que están pariendo. (Borges Damas et al., 2018). He ahí la importancia de que las instituciones realicen un adecuado acompañamiento a las gestantes de manera individual, respetando sus derechos y sin generalizar las necesidades de cada una de ellas en el momento de dar a luz, esto empodera a las mujeres y los diferentes usos de prácticas de maternidad basada en la evidencia, como una estrategia de humanización del parto. (Trevizan et al., 2003).

Cuando se habla de humanización lleva inmerso un atributo de que los seres humanos son únicos e irrepetibles, por lo tanto, se deben tener en cuenta las particularidades para la atención. Desde esta perspectiva, todo personal de la salud debe abordar a las personas, con un concepto holístico, como seres integrales y una visión humanista. La humanización también comprende los aspectos históricos, culturales y espirituales de los seres humanos, por lo que el personal de la

salud debe determinar conexiones terapéuticas adecuadas. (Jiménez-Hernández & Peña-Jaramillo, 2018).

La OMS en el 2018 nos dice que el Parto Humanizado implica que el nacimiento de un bebé debe ser una experiencia segura y positiva para toda la familia. El parto debe ser tratado como un proceso natural, con la madre en el centro de la toma de decisiones y sólo se debe intervenir cuando el equipo de salud así lo disponga por situaciones que así lo requieran. Otras opiniones sobre el tema, determinan que el parto humanizado, es el procedimiento en donde se priorizan las necesidades de la paciente y se reconoce a los padres como los protagonistas del proceso para que el personal de salud realice las mínimas intervenciones; así mismo, se involucra a la pareja y a la familia en el nacimiento del bebé en la Unidad de Cuidado Obstétrico donde la paciente es atendida con el principio trabajo de parto, parto y recuperación (TPR), es decir, que ese espacio está acondicionado para la madre y su hijo. (Macías et al., 2018).

También se define el parto humanizado, como el proceso de atención de parto en el que se busca respetar las opiniones y necesidades emocionales de la mujer y su familia como protagonistas del parto, además de adoptar medidas que sean beneficiosas, evitando prácticas intervencionistas innecesarias con la finalidad de crear un momento especial y en condiciones de dignidad humana.(Macías et al., 2018).

La idea de humanización en el parto se basa en el respeto a los derechos humanos, los derechos reproductivos y sexuales de las mujeres, sus parejas y, en general, de sus familias; su objetivo es cambiar la idea de que el embarazo y el parto son patologías que necesitan de intervención médica y trata de recuperar la naturaleza del proceso procreativo como un hecho trascendental, íntimo, personal y memorable. (Macías et al., 2018)

Violencia obstétrica

El maltrato o la violencia obstétrica se ha definido como “La apropiación del cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres por parte del personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizado, en abuso de la medicalización y la patologización de los procesos naturales, que lleva a la pérdida de la autonomía y de la capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y su sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres” (Cáceres Manrique & Nieves Cuervo, 2017).

Los derechos de las mujeres se ven vulnerados por las conductas de quienes las atienden, tanto por la revisión repetitiva de sus órganos genitales sin su consentimiento, como por la exhibición a la que se ven obligadas en las salas de partos. Algunos estudios dan cuenta de que la violencia verbal, el regaño y la ejecución de procedimientos sin consentimiento informado, es mayor en adolescentes que en embarazadas adultas porque es visto como un problema de salud pública con consecuencias evitables que interfieren los ámbitos social, económico, cultural y político. También son más propensas a recibir maltrato quienes han hecho uso de medicinas tradicionales, las multíparas o las que han tenido un parto anterior en casa. (Cáceres Manrique & Nieves Cuervo, 2017).

La falta de atención humanizada del parto conlleva el denominado maltrato o violencia obstétrica, que produce en las gestantes temor a ser ignoradas, descuidadas o a ser forzadas a hacer cosas sin su consentimiento, lo cual hace que se pierda la continuidad en la atención, con las consabidas consecuencias para madre e hijo. Como circunstancias agravantes, en algunas instituciones el maltrato se ve como algo normal, hay profesionales que lo han aprendido durante su entrenamiento, otros tienen sobrecarga de trabajo, limitados recursos, pobre motivación o cultura machista y de violencia de género. (Cáceres Manrique & Nieves Cuervo, 2017).

Muchas mujeres en todo el mundo sufren un trato irrespetuoso, ofensivo o negligente durante el parto en centros de salud. Esta es una violación de la confianza entre las mujeres y los

profesionales de la salud que las atienden, y también puede ser un importante factor de desmotivación para las mujeres que buscan asistencia materna y utilizan estos servicios. Es más probable que las mujeres adolescentes, las solteras, las de nivel socioeconómico bajo, las que pertenecen a una minoría étnica, los inmigrantes y las que padecen VIH, entre otras, sufran maltrato. (Organización Mundial de la Salud, 2014)

Todas las mujeres tienen derecho a recibir el más alto nivel de cuidados en salud, que incluye el derecho a una atención digna y respetuosa en el embarazo y en el parto, y el derecho a no sufrir violencia ni discriminación, descritos en las normas y los principios internacionales de derechos humanos. En la actualidad, no hay consenso internacional sobre cómo definir y medir, científicamente, el maltrato ni la falta de respeto. Por consiguiente, se desconocen su prevalencia e impacto en la salud, el bienestar y elecciones de las mujeres. (Organización Mundial de la Salud, 2014)

En cinco países, Argentina, Chile, Colombia, México y Venezuela, se recolectó datos en el periodo de enero de 2010 a marzo de 2017, con el objetivo de identificar las posiciones discursivas de diferentes actores sobre la violencia obstétrica y su relación con el campo social del embarazo, parto y cuidados del puerperio; se presentó un estudio cualitativo, de carácter exploratorio, en el que los resultados reconocen posiciones que podrían ser calificadas como antagónicas entre actores: una define la violencia obstétrica, sus explicaciones y soluciones de una forma que caracterizamos como “tradicional”, ya que apela a la continuidad de las reglas del campo, y otra “abierta”, que plantea una transformación importante del mismo. Una visión tradicional no significa que no se busquen cambios, sino que la violencia obstétrica constituye un problema de incumplimiento de las reglas del campo social, por lo cual su forma de solución se enmarca en su ajuste. La posición abierta, en cambio, considera que es el campo en sí mismo el

que genera la violencia obstétrica y, por tanto, requiere nuevas reglas, nuevos actores, nuevos espacios y otras relaciones de poder. (Perdomo Rubio et al., 2019)

En los marcos normativos de Argentina, Venezuela y México, o en los proyectos de Ley de Colombia y Chile. Esta posición tuvo resistencia por parte del gremio médico, que de manera general rechazaba la injerencia externa al campo, así como por organizaciones sociales y académicas en Chile y México, quienes previeron efectos no deseados, como prácticas de medicina defensiva que podían desencadenar otro tipo de violencia obstétrica. Las estrategias de humanización en esta posición discursiva seguían la lógica de la estandarización para la satisfacción de los clientes. Sin embargo, hay estudios que concluyen que esta posición lleva a callejones sin salida. (Perdomo Rubio et al., 2019)

En el año 2016, el 33.3% de las mujeres mexicanas entre 15 y 49 años experimentó violencia obstétrica en su último parto, por ejemplo, son frecuentes las revisiones médicas inadecuadas, los comentarios machistas durante el parto e incluso las prácticas obsoletas y reconocidas como una plena violación a los derechos humanos y por lo tanto, prohibidas por organismos internacionales, como es el caso de las cesáreas innecesarias, la maniobra de Kristeller o la esterilización sin consentimiento informado. Las mujeres indígenas y de contextos rurales, por sus características socioculturales, son más vulnerables a este tipo de violencia. (Aranda Téllez & Yam Chalé, 2020)

Un estudio realizado con parteras tradicionales, tuvo como objetivo comprender los significados construidos en torno al parto tradicional, las mujeres embarazadas y su relación con los servicios obstétricos institucionales, la cual integra los relatos de las mujeres embarazadas que acuden a servicios médicos, quienes informan que viven agresiones verbales y prácticas que violan sus derechos humanos, independientemente de que estos actos de violencia ocurran o no, la partera tradicional es un actor clave que puede favorecer la reconstrucción de significados en

torno a los servicios médicos; esto, por su puesto, requiere también el cuidado en el servicio y en los procedimientos que se realizan en los hospitales de comunidades rurales. (Aranda Téllez & Yam Chalé, 2020)

La falta de respeto y el abuso de las mujeres durante el parto en el sistema de salud nigeriano no se han documentado exhaustivamente, lo que llevó a realizar una síntesis cualitativa utilizando el marco analítico del paisaje Bowser y Hill sobre la falta de respeto y el abuso de las mujeres durante el parto. Como resultados: se incluyeron catorce estudios, de estos, once fueron estudios transversales, uno fue un estudio cualitativo y dos utilizaron un enfoque de método mixto. El tipo de abuso más frecuentemente reportado era la atención no digna en forma de actitud negativa, pobre y antipática de los proveedores y la menos frecuente era el abuso físico y la detención en los centros. Estos comportamientos fueron influenciados por la baja condición socioeconómica, la falta de educación y empoderamiento de las mujeres, la mala capacitación y supervisión de los proveedores, la debilidad de los sistemas de salud, la falta de responsabilidad y los mecanismos de reparación legal. (Ishola et al., 2017)

En general, el comportamiento irrespetuoso y abusivo, socavó la utilización de los centros de salud para el parto y creó una distancia psicológica entre las mujeres y los proveedores de salud. Esta revisión también ha demostrado que se necesitan investigaciones más sólidas para explorar la falta de respeto y el abuso de las mujeres durante el parto en Nigeria y proponer intervenciones convincentes. (Ishola et al., 2017)

En otro país como Tanzania, la falta de respeto y el abuso durante el parto se producen en un contexto social y político empobrecido, en el que las necesidades más amplias de las mujeres durante el embarazo y el nacimiento han sido sistemáticamente ignorado o devaluado. Se realizó un estudio desde septiembre de 2015 hasta febrero- 2017 en dos centros de salud y un distrito hospital en la Zona del Lago en Tanzania. Se basó en entrevistas y observaciones de 14

interacciones de las mujeres rurales con la salud, desde su primera visita prenatal hasta después del nacimiento. Las narrativas se basaron en la observación de 25 visitas prenatales, 3 nacimientos y 92 entrevistas en profundidad con las mismas mujeres. En conclusión, todas las mujeres estuvieron expuestas a atención no asistencial durante el embarazo y el nacimiento, incluyendo maltrato psicológico, abuso físico, abandono y violaciones de la privacidad. (Solnes Miltenburg et al., 2018).

La desigualdad sistémica de género hace que las mujeres sean excesivamente vulnerables a los abusos. Las instituciones sanitarias reflejan y refuerzan los procesos sociales dominantes y la normalización de la atención no favorable es sintomática de una cultura institucional de atención que se ha convertido en deshumanizado, sin embargo, los proveedores de salud también son víctimas de violencia estructural, aunque al mismo tiempo pueden ser autores de abusos. (Solnes Miltenburg et al., 2018)

Satisfacción en la atención en salud

La satisfacción de los usuarios con respecto a la atención en salud es un indicador de calidad, que permite evaluar e identificar errores en la atención y así mismo es una forma de que los usuarios participen al expresar y valorar los servicios de salud. En cuanto a la atención del parto, son muchos los factores que se tienen en cuenta para evaluar la prestación del servicio, ya que existen varios elementos importantes durante ese momento, como, por ejemplo, las expectativas personales de las gestantes, el apoyo y la calidad de la relación con los profesionales de salud y la participación de la mujer en la toma de decisiones. Para evaluar dichos factores se dispone de escalas ya diseñadas que miden la satisfacción de las mujeres con la atención del parto, una de ellas es la escala MCSRS, desarrollada en Estados Unidos, que consta de 34 ítems

que bajo una estructura multifactorial abarcan diversos componentes implicados en el parto y el nacimiento. (Biurrun Garrido, 2017a).

Existen otras escalas para la medición de la satisfacción de las usuarias durante la atención del parto, siendo la escala Mackey una de las más utilizadas y que a pesar de haber sido desarrollada en Estados Unidos, varios países la han adaptado y la han traducido según su idioma para poder aplicarla. Por otra parte, la escala de medición, denominada COMFORTS, para evaluar la satisfacción de la madre en relación con el parto; fue aplicada en un estudio cuantitativo, en México, para evaluar la satisfacción de la atención del parto y puerperio recibida en una institución pública de seguridad social, valora bajo cuatro indicadores; cuidados en el parto, en el puerperio, cuidados al recién nacido y el entorno. Los indicadores para medir la satisfacción materna recibieron puntuaciones altas, lo que quiere decir que las usuarias se encontraron satisfechas con la atención recibida. (Serrano Cardona & Muñoz Mata, 2013).

Asimismo, otro estudio realizado en México, en un hospital de alta especialidad, utilizó esta misma escala de medición COMFORTS (Care in Obstetrics: Measure For Testing Satisfaction Scale), que fue adaptada al español y que consta de una escala tipo Likert que mide el grado de satisfacción en la calidad de la atención que las mujeres reciben durante el parto y el puerperio, además de un instrumento que registra: la edad, el estado civil, el último grado de estudio, los días de estancias hospitalarias, el servicio o área del hospital donde recibió la atención posterior al parto y el diagnóstico médico posterior al alumbramiento. Los resultados obtenidos muestran un alto nivel de satisfacción en la calidad de la atención. (Carrillo et al., 2016).

Por otra parte, se realizó en Brasil un estudio para determinar el nivel de satisfacción de las usuarias durante el parto, utilizando una escala de 1 a 10, (Garcia Cicuto et al., 2012); basado

en el instrumento cuestionario de experiencia y satisfacción con el parto (QESP). (Costa et al., 2004).

Los resultados arrojaron que independientemente del tipo de parto, las mujeres de este estudio mostraron el mismo nivel de satisfacción, sintiéndose activas durante este proceso. No obstante también existen estudios cualitativos en relación a la satisfacción de las usuarias durante la atención del parto, que muestran de manera más detallada las opiniones y experiencia de ellas en el parto, como lo es el estudio de De Souza y Dos Santos, en Brasil, en el cual se realizó entrevista semiestructurada a las participantes, con preguntas que incluyeron experiencias de atención prenatal, atención al parto y posparto, calidad de la asistencia, información y procedimientos recibidos, contacto con profesionales de la salud y experiencia general del parto; al finalizar el estudio, se concluyó que Las mujeres mostraron satisfacción con la atención durante el parto, pero con diferencias entre las mujeres atendidas en el centro de parto normal y en los hospitales. Las mujeres atendidas en los centros de maternidad relataron mejor atención, mayor satisfacción y mejor calidad de atención en comparación con las mujeres que dieron a luz en hospitales. (Mendes de Souza Teixeira & Dos Santos, 2018).

De la misma manera, existen estudios que combinan metodologías cuantitativas y cualitativas para determinar el nivel de satisfacción de las usuarias durante el parto, como es el caso del estudio de Uribe, que, a través de entrevistas individuales, se recogió la percepción subjetiva del bienestar materno, sus indicadores y sus distintas dimensiones; y a través de la escala de Bienestar BMSP (Materno en Situación de Parto), se exploró el nivel de bienestar materno en mujeres puérperas que tuvieron su parto en un hospital público del área sur oriente de Santiago de Chile. Los Resultados del estudio mostraron que la mayor parte de las mujeres participantes, reportaron un nivel de bienestar adecuado u óptimo, referido al "buen trato", teniendo en cuenta que los niveles de resultados de la escala son: óptimo, adecuado y malestar, y

definieron el concepto subjetivo de bienestar en la parte cualitativa del estudio. (Uribe T et al., 2008).

Entre otros instrumentos para medir la satisfacción se encuentra el cuestionario de experiencia de parto, CEQ-E (Childbirth Experience Questionnaire) aplicado en España, que contempla 4 dominios: capacidad propia, apoyo profesional, seguridad percibida y modelo de participación, en la cual el nivel de satisfacción global de la gestante tras el parto es alto. Sin embargo, hay aspectos como el miedo y el cansancio en el parto que influyen negativamente en la satisfacción. (González-de la Torre et al., 2020)

En un estudio realizado en el servicio de obstetricia del hospital Nacional Hipolito en Perú se realizó una encuesta para determinar el nivel de satisfacción del parto humanizado mediante un instrumento de 33 preguntas que miden 5 aspectos del parto humanizado, trato del profesional, acompañamiento durante el parto, libre elección de la posición del parto, manejo del dolor y la atención del recién nacido, en donde se reporta insatisfactorio el acompañamiento del parto, el manejo del dolor, la libre posición del parto. (Abarca Delgado & Vizcarra Meza, 2018).

Lo anteriormente expuesto se debe considerar necesarios en las encuestas para determinar el nivel de satisfacción del parto y así mismo se incluyan en los procesos de humanización de las instituciones de salud, incluyendo aspectos culturales que también hacen parte de la humanización. Es importante además de tener en cuenta los diferentes instrumentos para aplicar las encuestas, los aspectos que deben incluirse al momento de conocer la experiencia de las mujeres, con el fin de tener un concepto claro de lo que significa satisfacción del parto humanizado para ellas. (Biurrun Garrido, 2017b).

Evidentemente es importante no solo la implementación de políticas y leyes de parto humanizado sino también conocer si las usuarias están o no satisfechas con la atención del parto, saber cómo consideran que debe ser la atención para que sea humanizada, profundizar en su

punto de vista y necesidades, todo esto con el fin de identificar y analizar qué aspectos se deben tener en cuenta para lograr la completa satisfacción de las gestantes y mejorar la atención siendo esta de calidad e integralidad.

Marco institucional:

El estudio se realizará en un hospital de alta complejidad, ubicado en el Departamento del Cauca, Ciudad de Popayán.

Es una organización gubernamental, la cual funciona en instalaciones construidas desde los años 1950 y que en términos generales se resume así: Ley 27 de 1947, se determina la construcción de obras para atender pacientes de tuberculosis.

En 1989 mediante Resolución 3371 del 29 de diciembre, se expiden los estatutos y su conversión en Hospital General.

Por ordenanza 001 de 1995 y en cumplimiento de la Ley 100 de 1993 se crea como un Establecimiento Público del orden descentralizado, dotado de personería jurídica, autonomía administrativa y patrimonio independiente para prestar servicios de salud en el segundo nivel de atención.

Entre los años 2008 y 2010 se diseña y construye un nuevo bloque con el fin de prestar servicios de salud a la población infantil. Al año 2013, el hospital de alta complejidad, ha logrado avances importantes en la prestación de servicios, en cuanto a cobertura y calidad en la atención, sigue proyectándose estratégicamente en la prestación de servicios materno-infantiles.

Pertenece al sector de la economía acorde a la CIIU (Clasificación Industrial Internacional Uniforme): Actividades de atención de la salud humanizada y de asistencia social. Sección 86 actividades de atención de la salud humana. Con un nicho de mercado de salud y bienestar dirigido a la salud infantil, salud de la mujer, salud del anciano.

El Hospital funciona bajo un esquema de procesos orientados al logro de resultados, metas y objetivos institucionales: Procesos de direccionamiento estratégico: cadena de valor, atención de urgencias, atención de quirófano, atención hospitalaria, servicio apoyo diagnóstico y complementarios terapéuticos, usuario y su familia satisfecho; procesos de apoyo: gestión de sistemas de información y comunicaciones, gestión de recursos físicos y ambientales, gestión de recursos humanos, gestión contable y financiera, gestión jurídica.

La estructura organizacional del hospital de alta complejidad se detalla en el siguiente organigrama:



Misión: Prestamos servicios integrales centrados en el usuario y en el marco del mejoramiento continuo.

Visión: Seguiremos camino a la excelencia, ofreciendo servicios integrales y garantizando la sostenibilidad financiera de la institución.

Principio de diligencia: Cumpló con los deberes, funciones y responsabilidades asignadas a mi cargo de la mejor manera posible, con atención, prontitud, destreza y eficiencia, para así optimizar el uso de los recursos del Estado.

Principio de innovación: Impulsamos un nuevo modelo de atención de servicios, mejorando continuamente nuestros procesos.

Principio de compromiso: Soy consciente de la importancia de mi rol como servidor público y estoy en disposición permanente para comprender y resolver las necesidades de las personas con las que me relaciono en mis labores cotidianas, buscando siempre mejorar su bienestar.

Principio de justicia: Actúo con imparcialidad garantizando los derechos de las personas, con equidad, igualdad y sin discriminación.

Principio de respeto: Reconozco, valoro y trato de manera digna a todas las personas, con sus virtudes y defectos, sin importar su labor, su procedencia, títulos o cualquier otra condición.

Principio de honestidad: Actúo siempre con fundamento en la verdad, cumpliendo mis deberes con transparencia y rectitud, y siempre favoreciendo el interés general.

Este hospital de alta complejidad, es la única institución acreditada en salud en el departamento del Cauca, además cuenta con la certificación en salud en política IAMII

Es la institución de referencia en la atención de partos en la región, por lo que atiende gran demanda de usuarias en trabajo de parto, brindando servicios de salud integral bajo los postulados de la política PAIS (Política de Atención Integral en Salud), el MIAS (Modelo Integral de Atención en Salud) y la Ruta de Atención Materno Perinatal, fomentando en los usuarios cultura de la salud promoviendo una maternidad segura y fortaleciendo la atención humanizada de los servicios prestado; también se ha caracterizado por la mejora constante en la

prestación de servicios de salud fortaleciendo y manteniendo la estrategia IAMI. (Hospital Susana López de Valencia, 2018)

En esta estrategia se tienen las siguientes líneas de acción.

- Voluntad política institucional
- Armonización conceptual y prácticas del personal de salud en torno a salud y

nutrición materna

- Empoderamiento de las mujeres y sus familias para el cuidado
- Las mejores condiciones para el nacimiento
- Ayuda efectiva para el cuidado de la puérpera
- Favorecer el alojamiento y el acompañamiento
- La institución de salud como un entorno protector y un espacio amigable.

Además, incluye las barreras y defensas de seguridad para garantizar:

- Adherirse a guías y protocolos institucionales.
- Educar a la gestante sobre signos que alarmen sobre la existencia de

complicaciones.

- Brindar una atención oportuna y pertinente acorde a lo establecido en el protocolo de código rojo.

- Garantizar vigilancia estricta de la gestante o de la mujer en el posparto inmediato, por equipo asistencial para detectar tempranamente posibles complicaciones

- Atender oportunamente a la gestante independientemente de las dificultades administrativas.

- No realizar maniobra de Kristeller por el riesgo que esta conlleva.
- Asegurar la atención del parto y puerperio por personal calificado.

- Realizar el consentimiento informado, ya que al ser un procedimiento médico no está exento de riesgos.

- Adherirse a la estrategia IAMI implementada por la institución. (Villa, 2019).

Diseño metodológico:

Tipo de estudio: La presente investigación es un estudio cuantitativo descriptivo de corte transversal, que busca medir la satisfacción de las mujeres con la experiencia del parto y el nacimiento de un hijo.

Con base a esto podemos notar que, a través del tiempo, el ser humano ha estado en la búsqueda constante de nuevos conocimientos. Siendo la investigación cuantitativa una de las vías para obtenerlo, apaleando su soporte en la indagación a través de elementos cognitivos y en datos numéricos extraídos de la realidad, procesados estadísticamente para probar teorías. (Del Canto & Silva Silva, 2013).

Con frecuencia, la meta del investigador consiste en describir fenómenos, situaciones, contextos y eventos; esto es, detallar cómo son y cómo se manifiestan. Los estudios descriptivos buscan específica las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis, es decir, únicamente pretenden medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o las variables a las que se refieren; su objetivo no es indicar cómo se relacionan éstas. (Hernandez Sampieri et al., 2010).

El diseño de corte transversal se clasifica como un estudio observacional de base individual que suele tener un doble propósito: descriptivo y analítico, también es conocido como estudio de prevalencia o encuesta transversal; su objetivo primordial es identificar la frecuencia

de una condición o enfermedad en la población estudiada y es uno de los diseños básicos en epidemiología al igual que el diseño de casos y controles y el de cohortes. (Rodríguez & Mendivelso, 2018).

Definición de variables: Tabla 1

VARIABLE	Tipo de variable	DEFINICION CONTEXTUAL	INDICADOR	ESCALA	FUENTE
Número de partos	Cuantitativa Discreta	Contabilización de los embarazos previos al actual que constituyen el antecedente de paridad	Número de gesta registrada en la historia clínica perinatal.	Número de gesta	Formulario de recolección de datos Historias clínicas
Tipo de parto Vaginal	Cualitativa Nominal	Expulsión de uno o más fetos desde el interior de la cavidad uterina al exterior por el canal vaginal.	Clasificación de tipo de parto vaginal registrado en la historia clínica perinatal	*Parto vaginal normal *Parto vaginal instrumentado	Formulario de recolección de datos Historias clínicas
Inducción	Cualitativa Nominal	Procedimiento dirigido a desencadenar contracciones uterinas para conseguir un parto por vía vaginal.	Registro en historia clínica de aplicación de medicamentos para inducción del parto	*Si *No	Formulario de recolección de datos Historias clínicas
Episiotomía	Cualitativa Nominal	Incisión practicada en la comisura posterior o lateral de la vulva	Descripción en notas de evolución sobre la ejecución de episiotomía en el parto.	*Si *No	Formulario de recolección de datos Historias clínicas
Analgesia	Cualitativa Nominal	Estado de ausencia de percepción del dolor sin	Registro en historia clínica de aplicación de	*Si *No	Formulario de recolección de

		afectar la conciencia de la mujer en trabajo de parto mediante la utilización de medicamentos.	analgesia durante el trabajo de parto y parto.		datos Historias clínicas
Edad	Cuantitativa Discreta	Tiempo transcurrido desde la fecha de nacimiento del sujeto hasta la fecha de evaluación	Edad en años	Edad en años	Formulario de recolección de datos Historias clínicas
Nivel de estudios	Cualitativo Ordinal	Grado académico alcanzado y especificado en un documento legal	Nivel de escolaridad alcanzado	*Analfabeta *Primaria *Secundaria *Técnico *Pregrado *Posgrado	Formulario de recolección de datos Historias clínicas
Etnia	Cualitativo Ordinal	Identificación sociológica referente a una comunidad específica	Auto-identificación acorde a los pueblos y nacionalidades	*Mestizo *Afrocolombiano *Indígena *Rom *Gitano *Palenquero *Otro.	Formulario de recolección de datos Historias clínicas

País de nacimiento	Cualitativo Ordinal	País de residencia habitual de la madre en el momento del nacimiento de la persona.	País de residencia registrado en la historia clínica perinatal.	País de nacimiento	Formulario de recolección de datos Historias clínicas
Situación laboral de la mujer	Cualitativo Ordinal	Actividad que realiza actualmente la mujer en puerperio, donde recibe algún tipo de respaldo o remuneración	Actividad laboral registrada en la historia clínica	*Empleado *Desempleado	Formulario de recolección de datos Historias clínicas
Estado civil	Cualitativo Ordinal	Situación legal entre dos personas en referencia a su compromiso interpersonal de convivencia	Estado civil registrado en la historia clínica o cedula de ciudadanía	*Soltera *Casada *Unión libre *Divorciada *Viuda	Formulario de recolección de datos Historias clínicas
Situación laboral de la pareja	Cualitativo Ordinal	Actividad que realiza actualmente la pareja de la mujer en puerperio, donde recibe algún tipo de respaldo o remuneración	Actividad laboral registrada en la historia clínica	*Empleado *Desempleado	Formulario de recolección de datos Historias clínicas
Satisfacción	Cualitativo nominal	Se refiere al bienestar percibido por la mujer	Puntaje obtenido en el cuestionario de Mackey 0 a 50: Insatisfecho	*Insatisfecho *Satisfecho	Formulario de recolección de datos.

		durante el embarazo y labor de parto	51 a 87.5: Satisfecho 88 a 150: Bastante satisfecho Mayor a 150 Muy satisfecho	*Bastante *satisfecho *Muy satisfecho	Aplicación de la encuesta Mackey
--	--	---	--	---	--

(Sinaga et al., 2019).

Análisis de variables:

Se realizará el análisis de las variables descritas en la tabla 1 describiéndose los datos obtenidos, por cada variable de estudio, aplicando estadística descriptiva, con agrupación de variables de tipo cuantitativo discreto y cualitativo ordinal y nominal.

Para las variables cuantitativas discretas: Número de partos, edad. Se aplicarán las siguientes medidas:

- Tendencia central: media, moda, mediana
- Dispersión: desviación estándar, rango

Para las variables cualitativas nominales: Satisfacción, analgesia, episiotomía, inducción, tipo de parto vaginal. Se analizarán con

- Frecuencia relativa y absoluta
- Porcentajes

Para las variables cuantitativas ordinales: Situación laboral de la pareja, estado civil, situación laboral de la mujer, país de nacimiento, etnia, nivel de estudios. Se analizarán

- Frecuencia relativa y absoluta
- Porcentajes

Dependiendo del resultado se tomará como variables independientes y las variables dependientes o por separado, en la cual se aplicarán los siguientes test estadísticos:

- Chi Cuadrado de Pearson, se tomará el valor de $p < 0.05$, para determinar significancia estadística en cada una de las relaciones bivariadas, o dado el caso se trata de un estudio prospectivo, donde se calcule el Riesgo Relativo, como el tipo de parto, episiotomía,

satisfacción, tomando el valor de $p < 0.05$ para determinar significancia estadística, y expresión de intervalos de confianza a 95% con un margen de error del 5%.

Se realiza análisis de datos y conclusiones con base a la interpretación de los resultados que se obtienen de la estadística descriptiva.

Definición operacional:

Se utilizará la traducción y adaptación cultural de la escala MCSRS que fue validada con la técnica test-retest, validez de contenido y validez de concepto, realizada en Ecuador en el estudio “Comparación de los resultados obstétricos primarios y secundarios en mujeres de 17 a 35 años que recibieron educación prenatal versus aquellas con cuidado prenatal estándar en el centro de salud de Conocoto en el periodo de enero a julio 2019”.

El cuestionario MCSRS fue desarrollado originalmente en lengua inglesa y mide la satisfacción de las mujeres con la experiencia del parto y el nacimiento de un hijo a través de la aplicación del cuestionario a madres en puerperio mediano atendidas por parto vaginal con previa firma del consentimiento informado. (Mas-Pons et al., 2012).

La escala consta de 37 ítems agrupados en seis subescalas que hacen referencia a: obstetra (9 ítems), acompañamiento del equipo de salud en la atención del parto (12 ítems), Dilatación (4 ítems), Expulsivo (4 ítems), Recién nacido (4 ítems) y acompañamiento y confort (4 ítems). Cada pregunta se evalúa en una escala de puntuación de uno (1) a cinco (5), en donde uno (1) es muy insatisfecha y cinco (5) muy satisfecha. La puntuación final de la escala se obtiene sumando los valores asignados a cada ítem, de manera que cuando más alta es la puntuación mayor es la satisfacción. Del mismo modo, pueden obtenerse puntuaciones parciales para cada subescala. **Ver Anexo 1**

La información recolectada mediante el formulario, se ingresará en una base de datos en Microsoft 2010 en donde se operacionalizará cada una de las preguntas agrupadas en subescalas con las cuales se recolecto la información, con la finalidad de permitir extrapolación al software estadístico IBM SPSS Statistics 25.0 para su análisis estadístico y generación de gráficos.

Población y muestra:

La población para este estudio fueron mujeres gestantes, cuyo parto fue atendido en un hospital de alta complejidad, durante el IV trimestre del año 2021.

De acuerdo con los datos institucionales durante el último trimestre del año 2019 se atendieron un total 1089 partos, de estos, 597 fueron partos por vía vaginal distribuidos de la siguiente forma: en el mes de octubre se documentaron 390 nacidos vivos, de los cuales 290 fueron partos vía vaginal; en noviembre se presentaron 339 nacidos vivos, de los cuales 158 partos fueron por vía vaginal; en diciembre se presentaron 360 nacidos vivos, con un reporte de parto vía vaginal de 149.

La muestra se conformó por un muestreo probabilístico aleatorio simple, utilizando una población universo de 597 correspondientes a madres que tuvieron partos por vía vaginal, con una heterogeneidad del 50%, un margen de error del 5% y un nivel de confianza del 95%; quedando constituida por 234 mujeres en puerperio mediato tras el parto por vía vaginal.

Criterios de inclusión:

- Paciente mayor de 18 años.
- Paciente en puerperio mediato de parto vaginal.
- Paciente de bajo riesgo en el momento del parto.
- Paciente que acepte su participación en el estudio.

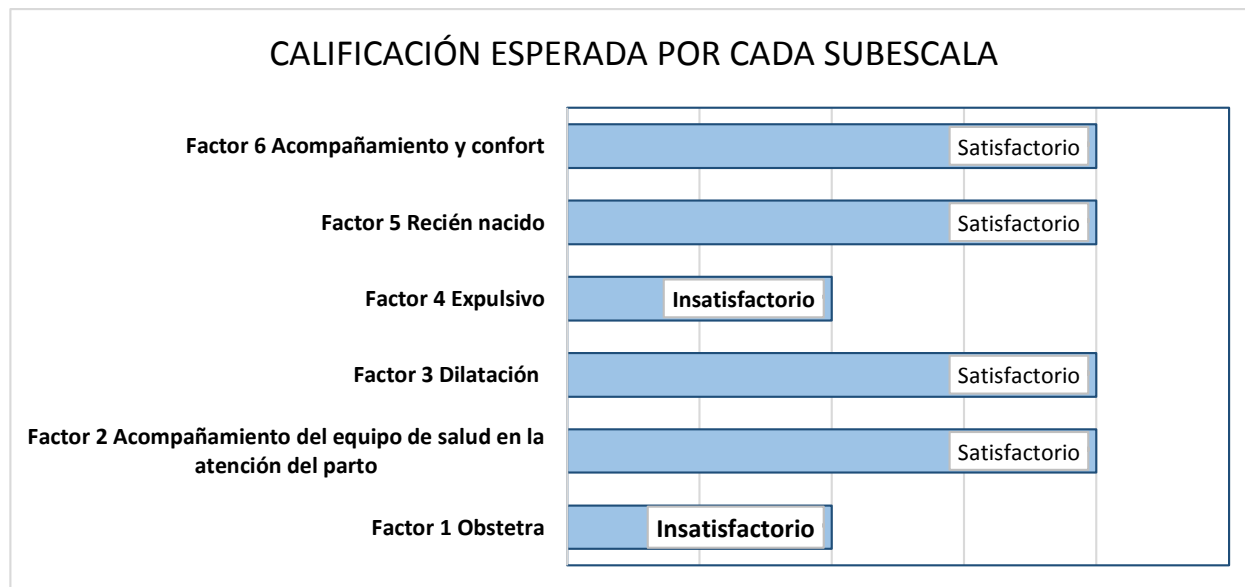
Criterios de exclusión:

- Gestantes con embarazos múltiples
- Gestantes con partos por cesárea
- Paciente con alteración en el estado de conciencia
- Paciente que no acepte participar en el estudio

Resultados esperados

Con la aplicación de la escala MCSRS, se espera que el nivel de satisfacción del parto humanizado en gestantes de bajo riesgo en puerperio inmediato de parto por vía vaginal, corresponda a “satisfactorio”. A continuación, se especifican los resultados esperados por cada subescala:

Gráfico 1



Nota: La gráfica muestra resultados esperados sobre la Satisfacción del Parto

Humanizado por cada subescala de la escala MCSRS

Tabla 2 Calificación esperada por cada subescala

SUBESCALA/FACTOR	ASPECTOS QUE EVALUA EL FACTOR	CALIFICACION ESPERADA	SUPUESTOS DE LA CALIFICACION ESPERADA
Factor 1 Obstetra	Se refiere a la atención específica del ginecólogo en cuanto a su actitud, interés, trato personal, información que da a la gestante, sus conocimientos, capacidades y competencia, el tiempo de permanencia del profesional durante la fase de dilatación, a la ayuda y el apoyo que la gestante recibe del ginecólogo referente a la respiración y uso de métodos para alivio de dolor.	Insatisfactorio	El tiempo de atención por parte del ginecólogo es limitado, la actitud no es la esperada, además, en muchos casos, profesional que atiende el parto es el médico general.
Factor 2 Acompañamiento del equipo de salud en la atención del parto	Se refiere al equipo de salud durante la atención del parto en cuanto al interés, trato, sensibilidad, actitud, la información y explicaciones; el conocimiento, capacidad y competencia, la ayuda y el apoyo con las respiraciones-métodos para aliviar el dolor, cuidados físicos, la atención de forma global, el tiempo que el equipo de salud pasó con la paciente y en general la satisfacción con la experiencia del nacimiento de su hijo.	Satisfacción	En general los profesionales que se encuentran en el área de ginecología y obstetricia prestan el servicio integral durante su atención, brindando adecuada información, dando la motivación del proceso de su parto, con mayor énfasis en apoyo para el dolor, respiración, posición, tiempo, nacimiento de su hijo.
Factor 3 Dilatación	Se refiere al control que la gestante tuvo sobre sus actos durante la dilatación (capacidad de relajarse, aguantar el dolor, poder moverse etc), su capacidad para sobrellevar las	Satisfacción	Las gestantes pueden desarrollar la capacidad de sentirse mejor y más relajada con el apoyo del personal de salud como soporte para

	contracciones, la experiencia global de la dilatación y su capacidad para afrontar sus emociones durante la dilatación (ansiedad, miedos, inseguridad etc)		poder expresar sus emociones y todo lo que conlleva el proceso del trabajo del parto.
Factor 4 Expulsivo	Ser refiere a su experiencia global del expulsivo, el control que tuvo sobre sus actos durante el expulsivo (capacidad de relajarse, aguantar el dolor cambiar de postura), capacidad de participación en la toma de decisiones durante el expulsivo, la capacidad para afrontar sus emociones durante el expulsivo (ansiedad, miedo, inseguridad)	Insatisfacción	Las mujeres al momento del expulsivo, no logran estar seguras de sí mismas, al no enfrentar sus emociones, por miedo, ansiedad, dolor, además algunos profesionales no permiten la participación de la mujer en la toma de decisiones durante su parto.
Factor 5 Recién nacido	Se refiere al tiempo transcurrido hasta que la paciente cogió en brazos por primera vez a su bebé y lo alimentó, el estado de salud del recién nacido y el grado de participación en la toma de decisiones.	Satisfactorio	Se espera que el tiempo desde que nace el bebé hasta que la madre lo toma en sus brazos y lo alimenta por primera vez sea el apropiado y la gestante exprese sus necesidades.
Factor 6 Acompañamiento y confort	Se refiere a la ayuda y el apoyo de su pareja o acompañante durante la dilatación y la expulsión, el grado de confort de la paciente durante la dilatación y expulsivo (ambiente íntimo, libertad de movimientos, almohadas etc)	Satisfactorio	Se espera que las gestantes se sientan seguras, cómodas con el acompañamiento de su pareja durante el proceso de dilatación y expulsivo, ya que sus acompañantes fueron orientados por parte del equipo de salud sobre como apoyarlas en dichos procesos.

Discusión:

Una de las limitaciones presentadas, es que en la actualidad la escala MCSRS, no se encuentra implementada en Colombia, por lo que se realizó una adaptación cultural de la escala utilizada en el estudio “Comparación de los resultados obstétricos primarios y secundarios en mujeres de 18 a 35 años que recibieron educación prenatal versus aquellas con cuidado prenatal estándar, en el Centro de Salud de Conocoto en el periodo Enero a Julio 2019” realizado en Ecuador, para evitar sesgos que se podrían presentar por la inadecuada interpretación de las gestantes durante la aplicación.

Es conveniente considerar este trabajo como una herramienta enriquecedora en la práctica clínica, para mejorar la satisfacción en la atención del parto y las necesidades maternas durante este proceso, promoviendo la calidad en la atención en los servicios de ginecología y obstetricia, fomentando las relaciones empáticas con los pacientes, para conocer sus demandas y expectativas con el fin de poder cumplirlas.

Aunque se espera que el resultado global tras la aplicación de la escala sea satisfacción, con el fin de garantizar la experiencia y satisfacción de la puérpera, se debe trabajar en los aspectos que se evalúan en las subescalas: obstetra y expulsivo, debido a que la hipótesis de los resultados, hace referencia a una inadecuada relación ginecólogo paciente, además en la fase de expulsivo las pacientes no logran estar seguras de sí mismas, al no enfrentar sus emociones, por miedo, ansiedad, dolor, algunos profesionales no permiten la participación de la mujer en la toma de decisiones durante su trabajo de parto.

La satisfacción de las mujeres con la atención del parto, es un indicador de calidad asistencial y su medición a través de escalas constantemente, permite a la institución mantener y

reforzar las acciones que son favorables e identificar aquellas en las que la satisfacción de la materna es menor para poder trabajar en planes de mejora que permitan alcanzar la satisfacción global de las maternas.

Conclusiones:

- El parto es un proceso natural de la mujer que a través del tiempo se ha visto afectado por la institucionalización y medicalización, promoviendo la violencia obstétrica, debido a esto, las instituciones gubernamentales en Latino América han venido trabajando en avances importantes para la implementación de políticas públicas que promuevan el Parto Humanizado con el fin de mejorar la atención de este proceso, buscando la satisfacción de las usuarias.
- La investigación de estudios cuantitativos descriptivos de cohorte transversal, nos permite conocer a través de la entrevista, elementos cognitivos, datos numéricos, características y perfiles, igualmente la importancia de la investigación cuantitativa se soporta en la indagación con elementos cognitivos y datos numéricos que son extraídos de la realidad, los cuales se procesan en forma estadística y ayudan a probar una teoría, además el diseño de cohorte transversal es de gran importancia para realizar pronósticos e identificar la frecuencia de una condición o enfermedad.
- Se espera que el nivel de satisfacción del parto humanizado corresponda a “satisfactorio”, con la aplicación de la escala MCSRS, evidenciando el impacto de las políticas de calidad y humanización implementadas en la institución.
- La presente investigación sugiere que la atención del parto humanizado requiere que se implemente políticas, protocolos y guías, complementando con la medición de la

satisfacción por medio de escalas, con la intención de mejorar los procesos institucionales para construir a escenarios equitativos de atención del parto humanizado.

- Mediante el análisis realizado a los resultados esperados se busca que, con base en ellos, la institución prestadora de servicios de salud mejore la atención del parto humanizado, generando un impacto en la salud de la mujer gestante y en su perspectiva hacia la calidad de atención en salud.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Bibliografía

- Abarca Delgado, E. A., & Vizcarra Meza, M. (2018). nivel de satisfacción en parto humanizado según la percepción de usuarias atendidas en el servicio de centro obstétrico del hospital nacional hipólito unanue. enero – febrero del 2018”. *Universidad Nacional Federico Villarreal Facultad de Medicina “Hipólito Unanue” Escuela Profesional de Obstetricia Oficina de Grados y Títulos, January*, 1–35.
- Aranda Téllez, C. A., & Yam Chalé, H. A. (2020). Violencia obstétrica desde la perspectiva de las parteras tradicionales. *Salud Publica de Mexico*, 62(3), 232.
<https://doi.org/10.21149/11164>
- Belli, L. F. (2013). *La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos*. 1(7), 25–34.
- Biurrun Garrido, A. (2017a). La humanización de la asistencia al parto: Valoración de la satisfacción, autonomía y del autocontrol. *TDX (Tesis Doctorals En Xarxa)*, 02(12), 246.
- Biurrun Garrido, A. (2017b). La humanización de la asistencia al parto: Valoración de la satisfacción, autonomía y del autocontrol. *TDX (Tesis Doctorals En Xarxa)*, 02(12), 246.
<https://www.tesisenred.net/handle/10803/457137>
- Borges Damas, L., Sánchez Machado, R., Domínguez Hernández, R., & Sixto Pérez, A. (2018). El parto humanizado como necesidad para la atención integral a la mujer. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 44(3), 1–13.
- Cáceres Manrique, F. de M., & Nieves Cuervo, G. M. (2017). Atención humanizada del parto. Diferencial según condición clínica y social de la materna. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 68(2), 128–134. <https://doi.org/10.18597/rcog.3022>
- Cámara de representantes - Congreso de la República de Colombia. (2017). *Proyecto de Ley 063 de 2017 por medio de la cual se establecen los derechos de la mujer en trabajo de parto, parto y postparto y se dictan otras disposiciones o ley de parto humanizado*. 063, 1–10.
- Carrillo, R. G., Magaña Castillo, M., Rivas Acuña, V., Sánchez Lagunes, L. L., Cruz León, A., & Morales Ramón, F. (2016). Satisfacción con la calidad de la atención en mujeres en periodo posparto de un hospital de tercer nivel Satisfaction. *Revista CONAMED*, 21, 15–20.
- Costa, R., Figueiredo, B., Pacheco, A., Marquez, A., & Pais, A. (2004). *O parto é um acontecimento único na vida da mulher . A forma como é vivenciado , determina o bem-estar psicológico e a relação da puérpera com os seus significativos , especialmente com o bebé . Ao longo da gravidez a mãe vai estar cada vez mais focada no*. 5(1), 159–187.
- Dane, E., Vivo, N., & Civil, R. (2020). *Nacimientos 2019 preliminar (/index.php/estadisticas-por-tema/salud/nacimientos-y-defunciones/nacimientos/nacimientos-2019)*. 1–7.
- Del Canto, E., & Silva Silva, A. (2013). Metodología Cuantitativa: Abordaje Desde La Complementariedad En Ciencias Sociales. *Revista de Ciencias Sociales*, 0(141).
<https://doi.org/10.15517/rcs.v0i141.12479>
- Díaz García, L. I., & Fernández M., Y. (2018). Situación legislativa de la Violencia obstétrica en América latina: el caso de Venezuela, Argentina, México y Chile. *Revista de Derecho (Valparaíso)*, 51(ahead), 0–0. <https://doi.org/10.4067/s0718-68512018005000301>
- Garcia Cicuto, A., Rodrigues Leite Belisário, C., & Tavares Barco, B. (2012). Puerperal women’s satisfaction with their delivery. *Investigación y Educación En Enfermería*.
- González-de la Torre, H., Miñarro-Jiménez, S., Palma-Arjona, I., Jeppesen-Gutierrez, J., Berenguer-Pérez, M., & Verdú-Soriano, J. (2020). Satisfacción percibida por las mujeres durante el parto en el Hospital Universitario Materno-Infantil de Canarias a través del

- Childbirth Experience Questionnaire (CEQ-E). *Enfermería Clínica*.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.05.022>
- González Taveras, A. (2015). El parto Humanizado como respuesta a la violencia obstétrica. *Revista de Estudios Críticos de Derecho*, 11, 77–93. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/>
- Hernandez Sampieri, R., Fernandez Collado, C., & Baptista Lucio, M. del P. (2010). Definición del alcance de la investigación a realizar: exploratoria, descriptiva, correlacional o explicativa. In *Metodología de la investigación* (pp. 76–88).
- Hospital Susana López de Valencia. (2018). *Informe de ejecución del Plan de Acción 2018 y Plan de desarrollo 2017-2026 Caminamos juntos hacia la excelencia en un territorio de paz*.
- Ishola, F., Owolabi, O., & Filippi, V. (2017). Disrespect and abuse of women during childbirth in Nigeria: A systematic review. *PLoS ONE*, 12(3), 1–17.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0174084>
- Jiménez-Hernández, G. E., & Peña-Jaramillo, Y. M. (2018). caceres. *Revista de La Universidad Industrial de Santander. Salud*, 50(4), 320–327. <https://doi.org/10.18273/revsal.v50n4-2018005>
- Jojoa-Tobar, E., Cuchumbe-Sánchez, Y. D., Ledesma-Rengifo, J. B., Muñoz-Mosquera, M. C., Paja Campo, A. M., & Pablo, S.-B. J. (2019). Violencia obstétrica: haciendo visible lo invisible. *Revista de La Universidad Industrial de Santander. Salud*, 51(2), 136–147.
<https://doi.org/10.18273/revsal.v51n2-2019006>
- Leal Quevedo, F. J., & Mendoza Vega, J. (1997). *Plata rueda, Hacia una medicina más humana*.
- Macías, M. G., Haro-Alvarado, J. I., Piloso-Gómez, F. E., Galarza-Soledispa, G. L., & Triviño-Vera VI, B. N. (2018). Importancia y beneficios del parto humanizado Importance and benefits of humanized delivery Importância e benefícios do parto humanizado. *Dominio de Las Ciencias*, 4(3), 392–415.
<http://dx.doi.org/10.23857/dom.cien.pocaipURL:http://dominiodelasciencias.com/ojs/index.php/es/index>
- Mas-Pons, R., Barona-Vilar, C., Carreguí-Vilar, S., Ibáñez-Gil, N., Margaix-Fontestad, L., & Escribà-Agüir, V. (2012). Satisfacción de las mujeres con la experiencia del parto: Validación de la Mackey Satisfaction Childbirth Rating Scale. *Gaceta Sanitaria*, 26(3), 236–242. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2011.09.019>
- Mendes de Souza Teixeira, M., & Dos Santos, S. L. S. (2018). Da expectativa à experiência: Humanização do parto no sistema único de saúde. *Interface: Communication, Health, Education*, 22(65), 399–410. <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0926>
- Ministerio de Salud y Protección Social. Por la cual se modifica la Política de Atención Integral en Salud - PAIS y se adopta el Modelo de Acción Integral Territorial - MAITE. (2019). *Resolución No. 2626 de 2019* (pp. 1–17).
[https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolución No. 2626 de 2019.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolución%20No.%202626%20de%202019.pdf)
- Organización Mundial de la Salud. (2014). Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud. In *organizacion mundial de la salud*. <https://doi.org/10.1016/j.echo.2005.01.032>
- Perdomo Rubio, A., Martínez Silva, P. A., Lafaurie Villamil, M. M., Cañón Crespo, A. F., & Rubio León, D. C. (2019). Discursos sobre la violencia obstétrica en la prensa de países latinoamericanos: cambios y continuidades en el campo de la atención. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 37(2), 125–135. <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.v37n2a14>
- Rodríguez, M., & Mendivelso, F. (2018). Diseño de investigación de Corte Transversal. *Revista*

- Médica Sanitas*, 21(3), 141–146. <https://doi.org/10.26852/01234250.20>
- Sedano L, M., Sedano M, C., & Sedano M, R. (2014). Reseña histórica e hitos de la obstetricia. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 25(6), 866–873. [https://doi.org/10.1016/s0716-8640\(14\)70632-7](https://doi.org/10.1016/s0716-8640(14)70632-7)
- Serrano Cardona, L., & Muñoz Mata, E. (2013). Parainfo Digital. *Early Human Development*, 83(1), 1–11. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2006.05.022>
- Sinaga, A. M., Nie, C., Leung, H., Lou, Y., Ghanbari, A., Li, X., Zhang, L. L., Hao, D., Zhang, L. L., Singh, Y., Kaur, A., Suri, B., Singhal, S., Wang, X. Z., He, Y. C. Y. P., Fraser, G., Zeller, A., Spieker, H., Gotlieb, A., ... Woo, M. (2019). Comparación de los resultados obstétricos primarios y secundarios en mujeres de 18 a 35 años que recibieron educación prenatal versus aquellas con cuidado prenatal estándar, en el Centro de Salud de Conocoto en el periodo Enero a Julio 2019. *IEEE Transactions on Software Engineering*, 24(4), 233–244. <https://doi.org/10.1145/1390630.1390641>
- Solnes Miltenburg, A., van Pelt, S., Meguid, T., & Sundby, J. (2018). Disrespect and abuse in maternity care: individual consequences of structural violence. *Reproductive Health Matters*, 26(53), 88–106. <https://doi.org/10.1080/09688080.2018.1502023>
- Trevizan, M. A., Costa Mendes, I. A., Lourenço, M. R., & Antonietto da Costa Melo, M. R. (2003). A busca da competência do cuidado segundo Boff: uma nova perspectiva de conduta ética da enfermeira gerente. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 11(5), 652–657. <https://doi.org/10.1590/s0104-11692003000500013>
- Uribe T, C., Contreras M, A., Villarroel D, L., PhD, Rivera M, S., Bravo V, P., & Cornejo A, M. (2008). Bienestar materno durante el proceso de parto: Desarrollo y aplicación de una escala de Medición. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 73(1), 4–10. <https://doi.org/10.4067/s0717-75262008000100002>
- Vela Coral, G. del P. (2015). Percepción de la paciente sobre la atención del parto humanizado en el Servicio de Centro Obstétrico del Instituto Nacional Materno Perinatal durante el periodo marzo-abril de 2015. *Universidad Nacional Mayor de San Marcos*, 1–47.
- Villa, E. (2019). *Cartilla de acreditación Hospital Susana López de Valencia ES.E.*

Anexo 1. Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale (MCSRS)

Factor 1. Obstetra	Puntuación				
	1	2	3	4	5
La actitud del/de la ginecólogo/a en el parto (p. ej. respeto, amabilidad, escucha, etc.)					
El interés y el trato personal que le prestó el/la ginecólogo/a en el parto					
La información y explicaciones que le proporcionó el/la ginecólogo/a en el parto					
La sensibilidad del/de la ginecólogo/a ante sus necesidades durante el parto					
Los conocimientos, capacidad y competencia profesional del/de la ginecólogo/a durante el parto					
La ayuda y el apoyo que recibió del/de la ginecólogo/a con las respiraciones y la relajación en el parto					
Los cuidados físicos que recibió del/de la ginecólogo/a durante el parto (p.ej: movilidad, monitorización, tactos vaginales)					
El tiempo que el/la ginecólogo/a pasó con usted durante la dilatación					
La ayuda y el apoyo del/de la ginecólogo/a en el uso de distintos métodos para aliviar el dolor (p. ej: masajes, inyección)					
Factor 2. Acompañamiento del equipo de salud en la atención del parto	Puntuación				
	1	2	3	4	5
El interés y el trato personal que le prestó el equipo de salud durante la atención del parto					
La sensibilidad del equipo de salud ante sus necesidades durante el parto					
La actitud del equipo de salud en el parto (p. ej. respeto, amabilidad, escucha, etc.)					
La información y explicaciones que le proporcionó el equipo de salud en el parto					
Los conocimientos, capacidad y competencia profesional del equipo de salud durante el parto					
La ayuda y el apoyo que recibió del equipo de salud con las respiraciones y la relajación en el parto					
Los cuidados físicos que recibió del equipo de salud durante el parto (p.ej: movilidad, monitorización, tactos vaginales)					
De forma global, la atención que usted recibió durante el parto					
La ayuda y el apoyo del equipo de salud en el uso de distintos métodos para aliviar el dolor (p. ej: masajes, inyección)					
El tiempo que el equipo de salud pasó con usted durante la dilatación					
De forma global, ¿cómo se siente de satisfecha con la experiencia del nacimiento de su bebé?					
Su grado de participación en la toma de decisiones durante la dilatación					
Factor 3. Dilatación	Puntuación				
	1	2	3	4	5
El control que tuvo sobre sus actos durante la dilatación (p. ej. capacidad de relajarse, aguantar el dolor, poder moverse, etc)					
Su capacidad para sobrellevar las contracciones durante la dilatación					
Su experiencia global de la dilatación					
La capacidad para afrontar sus emociones durante la dilatación (p. ej. ansiedad, miedos, inseguridad, etc)					
Factor 4. Expulsivo	Puntuación				
	1	2	3	4	5
Su experiencia global del expulsivo					
El control que tuvo sobre sus actos durante el expulsivo (p. ej. capacidad de relajarse, aguantar el dolor, cambiar de postura)					
Su grado de participación en la toma de decisiones durante el expulsivo					
La capacidad para afrontar sus emociones durante el expulsivo (p. ej. ansiedad, miedos, inseguridad, etc)					
Factor 5. Recién nacido	Puntuación				
	1	2	3	4	5
El tiempo transcurrido hasta que usted cogió en brazos por primera vez a su bebé					
El estado de salud de su bebé al nacer					
Su grado de participación en la toma de decisiones durante el expulsivo					
El tiempo transcurrido hasta que usted alimentó por primera vez a su bebé					
Factor 6. Acompañamiento y confort	Puntuación				
	1	2	3	4	5
La ayuda y el apoyo de su pareja o acompañante durante la dilatación					
La ayuda y el apoyo de su pareja o acompañante durante la expulsión					
Su grado de confort durante la dilatación (p. ej. ambiente íntimo, libertad de movimientos, almohadas, etc)					
Su grado de confort durante el expulsivo (p. ej. ambiente íntimo, postura cómoda, etc)					