

# **UNEMI**

UNIVERSIDAD ESTATAL DE MILAGRO

REPÚBLICA DEL ECUADOR

UNIVERSIDAD ESTATAL DE MILAGRO

VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN Y  
POSGRADO

FACULTAD DE POSGRADOS

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN APLICADA Y/O DE DESARROLLO  
PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE:

MAGISTER EN SALUD PÚBLICA  
CON MENCIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

TEMA:

FACTORES ASOCIADOS CON LA ELECCIÓN DEL PARTO  
TRADICIONALMENTE HUMANIZADO EN MADRES EMBARAZADAS.

AUTOR:

DEICY DOLORES QUIZHPI PALLCHIZACA

TUTOR:

HOLGER ESTUARDO ROMERO URREA

MILAGRO, 2025

## Derechos de Autor

**Sr. Dr.**

**Fabricio Guevara Viejó**

Rector de la Universidad Estatal de Milagro

Presente.

Yo, **Deicy Dolores Quizhpi Pallchizaca estudiante**, en calidad de autor y titular de los derechos morales y patrimoniales de este informe de investigación, mediante el presente documento, libre y voluntariamente cedo los derechos de Autor de este proyecto de desarrollo, que fue realizada como requisito previo para la obtención de mi Grado, de **Magíster en Salud Pública**, como aporte a la Línea de Investigación **salud reproductiva** de conformidad con el Art. 114 del Código Orgánico de la Economía Social de los Conocimientos, Creatividad e Innovación, concedo a favor de la Universidad Estatal de Milagro una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos. Conservo a mi favor todos los derechos de autor sobre la obra, establecidos en la normativa citada.

Así mismo, autorizo a la Universidad Estatal de Milagro para que realice la digitalización y publicación de este Proyecto de Investigación en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

El autor declara que la obra objeto de la presente autorización es original en su forma de expresión y no infringe el derecho de autor de terceros, asumiendo la responsabilidad por cualquier reclamación que pudiera presentarse por esta causa y liberando a la Universidad de toda responsabilidad.

Milagro, **05 de febrero del 2025**



firmado electrónicamente por:  
**DEICY DOLORES  
QUIZHPI PALLCHIZACA**

---

**Deicy Dolores Quizhpi Pallchizaca**

**C.I.: 0302173109**

## Aprobación del Tutor del Trabajo de Titulación

Yo, **Holger Estuardo Romero Urrea**, en mi calidad de director del trabajo de titulación, elaborado por **Deicy Dolores Quizhpi Pallchizaca**,, cuyo tema es **XXX**, que aporta a la Línea de Investigación Atención Primaria de la Salud en el contexto Familiar y Comunitario, previo a la obtención del Grado **Magíster en Salud Pública**. Trabajo de titulación que consiste en una propuesta innovadora que contiene, como mínimo, una investigación exploratoria y diagnóstica, base conceptual, conclusiones y fuentes de consulta, considero que el mismo reúne los requisitos y méritos necesarios para ser sometido a la evaluación por parte del tribunal calificador que se designe, por lo que lo **APRUEBO**, a fin de que el trabajo sea habilitado para continuar con el proceso de titulación de la alternativa de Informe de Investigación de la Universidad Estatal de Milagro.

**Milagro, 05 de febrero del 2025**



Firmado electrónicamente por:  
**HOLGUER ESTUARDO  
ROMERO URREA**

---

**Holger Estuardo Romero Urrea**

**C.I.: 0601552532**

**VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO**  
**FACULTAD DE POSGRADO**  
**CERTIFICACIÓN DE LA DEFENSA**

El TRIBUNAL CALIFICADOR previo a la obtención del título de **MAGÍSTER EN SALUD PÚBLICA CON MENCIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD**, presentado por **LIC. QUIZHPI PALLCHIZACA DEICY DOLORES**, otorga al presente proyecto de investigación denominado "FACTORES ASOCIADOS CON LA ELECCIÓN DEL PARTO TRADICIONALMENTE HUMANIZADO EN MADRES EMBARAZADAS", las siguientes calificaciones:

TRABAJO DE TITULACION	56.33
DEFENSA ORAL	33.67
<b>PROMEDIO</b>	<b>90.00</b>
<b>EQUIVALENTE</b>	<b>Muy Bueno</b>



firmado electrónicamente por:  
**YELENA SOLANGE**  
**ORTEGA BRIONES**

Lic. ORTEGA BRIONES YELENA SOLANGE  
**PRESIDENTE/A DEL TRIBUNAL**



firmado electrónicamente por:  
**ERIK STEVEN SUAREZ**  
**GONZALEZ**

Med. SUAREZ GONZALEZ ERIK STEVEN  
**VOCAL**



firmado electrónicamente por:  
**CRISTINA ELIZABETH**  
**NOVILLO MONTOYA**

Dr. NOVILLO MONTOYA CRISTINA ELIZABETH  
**SECRETARIO/A DEL TRIBUNAL**

## **Dedicatoria**

El presente trabajo de investigación es dedicado principalmente a Dios por ser el inspirador y darme fuerzas para continuar en el proceso de obtener uno de los anhelos más deseados mi título como Magister en Salud Pública, dedico esta tesis a mis padres e hija, quienes siempre han sido mi mayor apoyo y fuente de inspiración. Su amor y sacrificio me han llevado hasta aquí. Para mis profesores y mentores, cuya guía y sabiduría han iluminado mi camino. Gracias por creer en mí y motivarme a alcanzar mis sueños, también, Dedico este trabajo a mis amigos, que me acompañaron en cada paso de esta aventura. Su apoyo incondicional y risas hicieron el camino mucho más ligero.

## **Agradecimientos**

Quisiera expresar mi más profundo agradecimiento a mi director de tesis Holger Estuardo Romero Urrea. Su experiencia, comprensión y paciencia contribuyeron a mi experiencia en el complejo y gratificante camino de la investigación. Su guía constante y su fe inquebrantable en mis habilidades me han motivado a alcanzar alturas que nunca imagine. Gracias infinitas a mis padres por su amor incondicional y su apoyo moral. Su fe en mi incluso en los momentos más difíciles ha sido el pilar de este logro. Me gustaría agradecer a la universidad Estatal de Milagro por abrirme las puertas y brindarme la oportunidad de avanzar en mi carrera profesional.

## Resumen

La atención humanizada durante el parto representa un enfoque esencial en la salud materna, pues responde a la necesidad de reducir prácticas invasivas y promover una atención centrada en el respeto de los derechos de las mujeres. Sin embargo, aún persisten prácticas rutinarias que limitan la autonomía de las mujeres y pueden llevar a experiencias traumáticas durante el parto. Este estudio tuvo como objetivo describir los factores asociados con la elección del parto tradicionalmente humanizado en las mujeres embarazadas en Latinoamérica. Se realizó un análisis descriptivo mediante una revisión bibliográfica en bases de datos digitales, se incluyeron la mayoría de los estudios dentro del rango de los últimos 5 años en español e inglés utilizando el método PRISMA. Los resultados demuestran una asociación positiva entre el parto humanizado y una mayor satisfacción de las pacientes, quienes reportaron sentir mayor control y respeto durante el proceso de parto. Además, se observó una reducción en la frecuencia de intervenciones no consensuadas, destacando la importancia de la capacitación continua del personal de salud en prácticas respetuosas y humanizadas. La implementación del modelo de parto humanizado en hospitales contribuye significativamente a mejorar la experiencia de las mujeres, promoviendo un entorno de respeto y dignidad. Se recomienda fortalecer la capacitación del personal de salud y establecer políticas que garanticen el acceso a una atención humanizada. Futuras investigaciones podrían enfocarse en explorar la educación prenatal y el impacto de políticas específicas en la reducción de la violencia obstétrica.

**Palabras clave:** Parto humanizado, atención obstétrica, violencia obstétrica, derechos de la mujer, satisfacción materna, salud perinatal

## Abstract

Humanized care during childbirth represents a crucial approach in maternal health, as it addresses the need to reduce invasive practices and promote care centered on respecting women's rights. However, routine practices that limit women's autonomy and can lead to traumatic experiences during childbirth still persist. This study aimed to describe the factors associated with the choice of traditionally humanized childbirth among pregnant women in Latin America. A descriptive analysis was conducted through a literature review in digital databases, including most studies within the last 5 years in Spanish and English, using the PRISMA method. The results show a positive association between humanized childbirth and higher patient satisfaction, with women reporting greater control and respect during labor. Additionally, a reduction in non-consensual interventions was observed, highlighting the importance of ongoing training for healthcare personnel in respectful and humanized practices. The implementation of the humanized childbirth model in hospitals significantly improves women's experiences, fostering an environment of respect and dignity. It is recommended to strengthen healthcare staff training and establish policies to ensure access to humanized care. Future research could focus on exploring prenatal education and the impact of specific policies in reducing obstetric violence.

**Key words:** Humanized childbirth, obstetric care, obstetric violence, women's rights, j

## Lista de Tablas

Tabla 1. Tática de la Búsqueda Bibliográfica .....	21
Tabla 2. Parto humanizado beneficios madre e hijo .....	22
Tabla 3. Limitaciones y Barreras del parto humanizado .....	27
Tabla 4. Comparación de la Efectividad del Parto Humanizado frente a Otros Tipos de Parto .....	28
Tabla 5. Factores para la elección del parto humanizado .....	29

## Índice / Sumario

Derechos de Autor.....	2
Aprobación del Tutor del Trabajo de Titulación .....	2
Dedicatoria.....	3
Agradecimientos.....	4
Resumen .....	5
Abstract.....	6
Lista de Tablas .....	7
Introducción .....	3
CAPÍTULO I: El Problema de la Investigación .....	5
1.1. Planteamiento del problema.....	5
1.2. Delimitación del problema .....	7
1.3. Formulación del problema.....	7
1.4. Preguntas de investigación .....	7
1.5. Objetivos.....	7
1.5.1. Objetivo general .....	7
1.5.2. Objetivos específicos.....	7
1.6. Hipótesis.....	8
1.6. Justificación .....	8
1.7. Declaración de las variables (Operacionalización).....	11
CAPÍTULO II: Marco Teórico Referencia .....	12
2.1. Antecedentes Referenciales.....	12
2.2. Marco Conceptual .....	13
Parto Humanizado .....	13
Desventajas y limitaciones del parto humanizado .....	13
Beneficios del parto humanizado en la madre y el neonato .....	16
Satisfacción Materna .....	16
Bienestar Neonatal .....	16
Modelos de Atención Obstétrica.....	17
Teorías pertinentes.....	17
2.3. Marco Teórico .....	18
El parto: definición y perspectiva humanizada .....	18
Fases del Proceso del Parto.....	19
CAPÍTULO III: Diseño Metodológico .....	19
3.1. Tipo y diseño de investigación .....	19
3.2 La población y la muestra.....	20
3.3. Análisis de la información .....	20
CAPÍTULO IV: Análisis e Interpretación de Resultados .....	24
Figura 1. Diagrama de flujo PRISMA .....	24
CAPÍTULO V: Conclusiones, Discusión y Recomendaciones .....	32
5.2. Conclusiones .....	35

5.3. Recomendaciones.....	37
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	39
ANEXOS.....	43
RECURSOS HUMANOS.....	43

## Introducción

Esta investigación se orienta a describir el concepto y características del parto humanizado, un tipo de atención que prioriza el respeto a la dignidad, autonomía y preferencias de la mujer durante el proceso de nacimiento. Este enfoque implica prácticas que garantizan la participación de la gestante en las decisiones sobre su atención, la promoción de un ambiente cálido y seguro, y la reducción de intervenciones médicas innecesarias. Además, considera aspectos como el acompañamiento emocional, la posibilidad de elegir la posición de parto, y el contacto inmediato piel con piel entre madre e hijo, elementos que favorecen una experiencia positiva tanto para la madre como para el recién nacido.

La atención no humanizada durante el parto tiene impactos significativos y documentados en la salud materna, neonatal y psicológica, generando preocupantes estadísticas que reflejan su gravedad. Según el estudio de España et al. (2024), la implementación de protocolos de manejo de hemorragias postparto en centros terciarios mostró que las intervenciones rutinarias e innecesarias, como la administración de oxitocina y las cesáreas no indicadas, contribuyen al aumento del riesgo de complicaciones maternas y neonatales. El análisis de 252 maternidades en Francia se encontró que el 92,8 % de las unidades usaron oxitocina de manera preventiva, pero sin una justificación clínica sólida, lo que se asoció con un incremento en las complicaciones como infecciones neonatales y hemorragias posparto.

Por su parte, Bohren et al. (2019), en un metaanálisis que incluyó 65 estudios en 34 países, encontró que el 35% de las mujeres reportaron haber experimentado violencia obstétrica, que abarca trato irrespetuoso, negligencia y abuso verbal o físico. Además, se identificó que estas experiencias negativas aumentan en un 40% la probabilidad de desarrollar trastorno de estrés postraumático y en un 30% la incidencia de depresión posparto.

La Organización Mundial de la Salud (2020) reveló que el 38% de las mujeres que experimentaron atención deshumanizada durante el parto optaron por evitar futuras interacciones con los servicios de salud, comprometiendo el seguimiento de cuidados esenciales para ellas y sus recién nacidos. Estos datos subrayan no solo las consecuencias físicas y psicológicas de la atención no humanizada, sino también el impacto negativo en la percepción de los servicios de salud, lo que plantea la necesidad urgente de implementar estrategias basadas en el respeto, la comunicación efectiva y la reducción de intervenciones innecesarias.

La investigación aborda las barreras y facilitadores del parto humanizado considerando diversas dimensiones. En un ámbito general, los sistemas de salud presentan desigualdades

estructurales y políticas deficientes; por ejemplo, según la OMS (2020), el 38% de las mujeres en países de ingresos bajos y medios no reciben atención digna ni basada en evidencia durante el parto. Las interacciones entre profesionales de la salud y mujeres en trabajo de parto suelen estar marcadas por un trato irrespetuoso y despersonalizado; un estudio de Bohren et al. (2019) encontró que el 35% de las mujeres reportaron haber sufrido algún tipo de violencia obstétrica. Estas cifras reflejan las complejidades y desafíos que enfrentan las mujeres en la búsqueda de un parto respetuoso y seguro.

A nivel metodológico, este estudio se basa en un enfoque cualitativo mediante una revisión bibliográfica para obtener una visión integral de la situación actual y evaluar la percepción de las mujeres sobre la calidad de la atención recibida. A través de revisión de artículos científicos de bases de datos digitales se pretende identificar patrones y prácticas que pueden estar obstaculizando o promoviendo el enfoque humanizado. La importancia de este estudio radica en su potencial para generar evidencia que contribuya a mejorar la calidad de la atención obstétrica, promoviendo prácticas basadas en el respeto a los derechos y necesidades de las mujeres. A través de la identificación de barreras y facilitadores, se busca sentar las bases para el diseño de estrategias orientadas a sensibilizar a los profesionales de la salud, fortalecer políticas públicas y fomentar una atención centrada en la mujer.

Este trabajo tiene como propósito no solo visibilizar las experiencias y percepciones de las mujeres, sino también servir como un recurso que impulse cambios hacia un modelo de atención más humanizado, contribuyendo al bienestar materno-infantil y al desarrollo de sistemas de salud más inclusivos y equitativos.

La organización de los capítulos de esta tesis se ha estructurado para ofrecer una comprensión clara y detallada de cada componente de la investigación. El primer capítulo se presenta el problema de investigación, en el segundo capítulo se enfoca en el marco teórico, en el que se profundizan los conceptos fundamentales sobre el parto humanizado y se contextualizan en el ámbito de la atención sanitaria actual. En el tercer capítulo, se presenta el marco metodológico, explicando las técnicas de recolección de datos y el enfoque analítico empleado en el estudio. El cuarto capítulo abarca los resultados y análisis de datos, donde se examinan los hallazgos obtenidos y se contrastan con la literatura científica existente para ofrecer una interpretación fundamentada. Finalmente, el último capítulo presenta la discusión, las conclusiones y recomendaciones, destacando las implicaciones de los resultados y proponiendo líneas futuras de investigación y estrategias de mejora en la atención obstétrica.

## CAPÍTULO I: El Problema de la Investigación

### 1.1. Planteamiento del problema

A nivel global, se estima que cada año ocurren alrededor de 140 millones de nacimientos, la mayoría mediante partos eutócicos. No obstante, a pesar de los avances científicos en obstetricia, el concepto de "normalidad" en el parto sigue siendo variable y carece de estandarización universal. En las últimas dos décadas, el desarrollo de nuevas intervenciones obstétricas ha permitido inducir, acelerar, monitorear o finalizar el proceso fisiológico del parto. Aunque estas prácticas buscan mejorar los resultados materno-fetales, han generado una creciente medicalización del parto, lo que puede disminuir la capacidad natural de la madre para dar a luz y afectar negativamente su vivencia personal del proceso (Organización Mundial de la salud, 2018).

A lo largo de las décadas, la cesárea y la inducción obstétrica han ganado importancia. La OMS ha establecido que la tasa ideal de cesáreas debe ser entre el 10% y el 15%, pero en los últimos años ha habido un aumento alarmante. En 2018, la tasa mundial fue del 21%, mientras que, en América Latina, países como Brasil (52%) y México (45%) superaron el 40%. Este aumento en las cesáreas no justificadas conlleva riesgos como infecciones postquirúrgicas (3-4%), hemorragias (1-2%) y complicaciones en la recuperación, lo que puede alargar la estancia hospitalaria. (Rothman et al., 2019).

Asimismo, se ha encontrado que las cesáreas innecesarias incrementan el costo de los nacimientos, con un gasto adicional de entre 3,000 y 5,000 dólares por cada intervención, lo que impacta tanto en los sistemas de salud pública como en las finanzas familiares (Miller et al., 2020). Este aumento ha promovido la desvalorización del parto vaginal, reforzando la idea equivocada de que el parto vaginal es más riesgoso para la madre y el recién nacido (Borgues, et al, 2018). Por lo que, se estima que se realizan unas 70,000 cesáreas innecesarias al año en México, con un costo de 30 millones de dólares, lo que refleja una gestión ineficiente de los recursos públicos y una planificación deficiente en la atención obstétrica. Las altas tasas de cesáreas, resultado de la excesiva medicalización del parto, incrementan costos y desvían recursos de áreas más prioritarias.

Además, la falta de orientación adecuada en las decisiones reproductivas evidencia una falla en la estrategia de salud pública, donde las decisiones deben ser informadas y respetadas (Organización Mundial de la salud, 2018). El equipo de salud, aunque capacitado técnicamente, a menudo desconoce la importancia del apoyo emocional personalizado durante el parto, lo que resulta en un enfoque técnico y deshumanizado. En ocasiones, se imponen prácticas sin considerar las creencias culturales y religiosas de las pacientes, lo que

afecta la calidad de la atención. Además, se prioriza la orientación científica sobre los aspectos emocionales, lo que lleva a una atención unidimensional, sin tener en cuenta la necesidad de acompañamiento y manejo adecuado del duelo perinatal ( Conesa, 2022).

Según el estudio de Salinas et al. (2021), que incluyó 714 expedientes de eventos obstétricos entre marzo de 2019 y agosto de 2020, el 84% de los nacimientos se realizaron por cesárea, mientras que solo el 16% fueron partos vaginales. Las mujeres que dieron a luz por vía vaginal eran significativamente más jóvenes ( $p=0.003$ ) y presentaron una mayor edad gestacional ( $p=0.004$ ) en comparación con las que tuvieron una cesárea. Además, el 51.3% de las mujeres atendidas por parto vaginal eran primigestas, en contraste con el 38.5% en el grupo de cesáreas, donde predominaban las multigestas. Las indicaciones más comunes para la cesárea fueron cesárea previa (14.4%), cesárea electiva (9.1%) y desproporción cefalopélvica (7.6%). No obstante, se resalta la importancia de promover un enfoque de parto humanizado que minimice intervenciones innecesarias y priorice el bienestar físico y emocional de la madre y el recién nacido (Salinas et al., 2021).

En México, en 2020, se evidenció un aumento de la medicalización y violencia obstétrica en la atención del parto. La desconfianza hacia el sistema de salud pública, que lleva a muchas mujeres a optar por hospitales privados, incrementa la desigualdad en el acceso a atención de calidad. El aumento de cesáreas innecesarias, impulsadas por el temor al contagio y la búsqueda de mayor control en entornos privados, genera riesgos adicionales para madres e hijos. Además, la separación de madre e hijo y la violencia obstétrica disminuyen la experiencia emocional positiva del parto, exacerbando la problemática en la atención obstétrica. (González & Rangel, 2024).

De manera complementaria, El estudio realizado en las comunidades rurales Nahua-Mixteca de México en 2019 revela una situación aún más grave en comparación con los datos previos, donde la violencia obstétrica se expresa no solo a través de agresiones verbales, sino también en la falta de un consentimiento informado adecuado. Más del 29% de las mujeres no fueron informadas sobre los riesgos de los procedimientos, lo que refleja una desvalorización de su autonomía y derechos.

Esta falta de información incrementa el riesgo de complicaciones postquirúrgicas y genera una desconfianza creciente en el sistema de salud. La imposición de prácticas médicas sin el debido consentimiento contribuye a la medicalización excesiva del parto, lo que pone en peligro el bienestar físico y emocional de la madre y el recién nacido. Este modelo asistencial, lejos de promover una atención respetuosa e integral, perpetúa un ciclo de trauma y negligencia. (Martínez et al., 2024).

## **1.2. Delimitación del problema**

El presente estudio se enfoca en evaluar la efectividad, ventajas y limitaciones del parto humanizado, a través de una revisión bibliográfica de investigaciones realizadas entre 2015 y 2024. La revisión se limita a estudios y revisiones en idiomas español e inglés, con énfasis en contextos hospitalarios y comunitarios de países con diversidad cultural y distintos niveles socioeconómicos. Se analizarán los resultados obtenidos en madres que optaron por este modelo de parto, considerando tanto los beneficios como los desafíos encontrados en su implementación en diversos entornos de atención.

Además, se examinarán las barreras y limitaciones que influyen en la efectividad del parto humanizado, comparando estos hallazgos con los aportes de estudios previos. Este enfoque permitirá obtener una visión global sobre las ventajas y desventajas del parto humanizado, así como las áreas de mejora en su aplicación, contribuyendo a una comprensión más profunda de los factores que influyen en la elección de este modelo de atención en mujeres gestantes.

## **1.3. Formulación del problema**

¿Cuáles son los factores que se asocian con la elección del parto tradicionalmente humanizado en madres embarazadas?

## **1.4. Preguntas de investigación**

¿Qué ventajas tiene el parto humanizado en las madres y los recién nacidos?

¿Cuáles son las principales barreras que enfrentan las mujeres para acceder a un parto humanizado en el sistema de salud actual?

¿Cómo se compara la efectividad del parto humanizado en términos de complicaciones maternas y neonatales frente a otros métodos de parto?

## **1.5. Objetivos**

### **1.5.1. Objetivo general**

- Determinar los factores asociados con la elección del parto tradicionalmente humanizado en madres embarazadas

### **1.5.2. Objetivos específicos**

- Identificar los factores sociodemográficos, culturales y clínicos que influyen en la elección parto tradicionalmente humanizado en madres embarazadas
- Examinar las ventajas y limitaciones del parto humanizado en comparación con los enfoques convencionales, como la cesárea y otros métodos intervencionistas,

a partir de la evidencia disponible.

- Evaluar la efectividad del parto humanizado en términos de resultados maternos y neonatales, según la literatura científica relevante.

### **1.6. Hipótesis**

1. Los factores asociados con la elección del parto tradicionalmente humanizado en madres embarazadas incluyen condiciones socioculturales, como el nivel educativo y las creencias culturales; aspectos emocionales, como el deseo de mayor control y seguridad durante el parto; y factores institucionales, como la calidad del acompañamiento brindado por el equipo de salud, la disponibilidad de información adecuada y el respeto a la autonomía de las pacientes en la toma de decisiones sobre su atención obstétrica.
2. Las madres embarazadas con mayor nivel educativo, pertenencia a contextos culturales que valoran el parto natural y con antecedentes clínicos favorables tienen más probabilidades de optar por el parto tradicionalmente humanizado.
3. El parto humanizado ofrece ventajas significativas sobre los métodos convencionales, como una menor incidencia de complicaciones postparto y mayor satisfacción materna, aunque enfrenta limitaciones en su implementación debido a la falta de capacitación del personal y recursos en ciertos entornos.
4. El parto humanizado se asocia con mejores resultados en términos de menor incidencia de intervenciones innecesarias, una recuperación más rápida para la madre y mayor apego materno-infantil, en comparación con otros enfoques obstétricos convencionales.

### **1.6. Justificación**

La presente investigación se desarrolla con el propósito de analizar los factores asociados con la elección del parto tradicionalmente humanizado en madres gestantes, considerando su impacto en la provisión de cuidados obstétricos respetuosos, centrados en la madre y el recién nacido. Este enfoque resulta esencial para abordar las inequidades en el acceso a esta modalidad de atención, optimizar la calidad asistencial y diseñar intervenciones basadas en la evidencia que favorezcan su implementación en contextos diversos. Además, el estudio busca aportar conocimiento científico que sustente decisiones clínicas y políticas en el ámbito de la salud materna, priorizando la integridad física, psicológica y cultural de las mujeres durante el proceso de parto.

A lo largo de la historia, las mujeres han dado a luz en compañía de parteras tradicionales o comadronas, quienes han sido pilares fundamentales en el proceso de parto en sus

comunidades. Esta práctica sigue vigente en muchas poblaciones indígenas de América Latina y en diversas partes del mundo, pero las alarmantes tasas de mortalidad materna y neonatal en estas comunidades no se deben únicamente a la falta de apoyo formal; están profundamente ligadas a la exclusión económica y social, la inadecuada higiene, la falta de personal médico capacitado y el acceso limitado a servicios de emergencia que prevengan complicaciones graves (Macías et al., 2018)

El momento del parto es importante para establecer y fortalecer el vínculo entre madre, padre e hijo, creando lazos familiares desde el primer instante en que se recibe a un nuevo miembro. Aunque el parto es un proceso natural y fisiológico que atraviesan todas las mujeres en edad reproductiva, es fundamental subrayar su derecho a recibir atención digna y sin discriminación. Este principio se alinea con las declaraciones de la Organización Mundial de la Salud, que sostiene que "el nacimiento no es una enfermedad," promoviendo la preservación del carácter natural del parto y la reducción de las cesáreas a menos del 15%, así como el uso responsable de la tecnología obstétrica (Largo & Ramírez, 2023)

Este principio se alinea con las declaraciones de la Organización Mundial de la Salud, que sostiene que "el nacimiento no es una enfermedad," promoviendo la preservación del carácter natural del parto y la reducción de las cesáreas a menos del 15%, así como el uso responsable de la tecnología obstétrica (Largo & Ramírez, 2023).

La elección del parto es un fenómeno complejo que abarca múltiples dimensiones, desde las características biológicas y psicológicas de las mujeres hasta influencias socioculturales y económicas (Palma, 2020b). La promoción del parto humanizado se fundamenta en el reconocimiento de los derechos de las mujeres a recibir una atención respetuosa y digna durante el proceso de maternidad (Lara, 2015). La revisión de la literatura científica revela que el enfoque humanizado no solo mejora la experiencia del parto, sino que también contribuye a mejores resultados materno-fetales, disminuyendo la incidencia de intervenciones quirúrgicas innecesarias, como las cesáreas (Damas et al., 2018).

La elección del parto es un fenómeno complejo que abarca múltiples dimensiones, desde las características biológicas y psicológicas de las mujeres hasta influencias socioculturales y económicas (Palma, 2020b). La promoción del parto humanizado se fundamenta en el reconocimiento de los derechos de las mujeres a recibir una atención respetuosa y digna durante el proceso de maternidad (Lara, 2015). La revisión de la literatura científica revela que el enfoque humanizado no solo mejora la experiencia del parto, sino que también contribuye a mejores resultados materno-fetales, disminuyendo la incidencia de intervenciones quirúrgicas innecesarias, como las cesáreas (Damas et al., 2018).

Estudios recientes, como el de (Restrepo et al., 2022), han demostrado que la implementación de planes de parto en contextos de atención humanizada produce efectos positivos en múltiples países. En Estados Unidos, las mujeres con un plan de parto requirieron menos intervenciones médicas, como oxitocina y ruptura artificial de membranas, lo que resalta la importancia de empoderar a las mujeres en sus decisiones durante el parto. A su vez, un estudio en Israel mostró una disminución significativa en las cesáreas no programadas, y en España, los partos con planes bien implementados resultaron en puntuaciones de Apgar más altas y un inicio más temprano de la lactancia materna

Choez y Cárdenas (2023) subrayan que el trabajo de parto es esencial para establecer un vínculo significativo entre la madre y el recién nacido. Sin embargo, un manejo inadecuado puede acarrear consecuencias adversas, como la depresión y el estrés postparto, que impactan tanto a la madre como al niño. Esto evidencia la necesidad de fomentar un enfoque humanizado en el parto, que no solo favorezca el vínculo materno, sino que también reduzca la morbilidad infantil. A pesar de los beneficios, la alta prevalencia de partos no humanizados en la región resalta la urgencia de implementar políticas efectivas que promuevan la humanización del parto (Choez & Cardenas, 2023).

Esta investigación, de diseño descriptivo, porque se limita a identificar y analizar las características de los factores asociados sin realizar intervenciones, tiene como objetivo comprender la efectividad, ventajas y limitaciones del parto humanizado en mujeres gestantes, recopilando y analizando datos bibliográficos sobre la atención y percepción de las mujeres en contextos de parto humanizado. Al centrarse en las experiencias de las madres embarazadas, este estudio garantiza una interpretación sólida de los resultados, lo que permitirá identificar los factores determinantes en la elección del parto tradicionalmente humanizado.

Los hallazgos obtenidos no solo contribuirán a enriquecer las políticas de atención materna y neonatal, sino también a promover un modelo de atención integral que priorice la salud física, emocional y cultural de la madre y el recién nacido, fomentando prácticas basadas en la evidencia que aseguren una atención respetuosa y equitativa en diversos entornos asistenciales. Los hallazgos también servirán para orientar la capacitación de profesionales de la salud, fomentando prácticas de parto humanizado en un entorno respetuoso y disminuyendo la prevalencia de violencia obstétrica.

Además, la difusión de estos resultados contribuirá a sensibilizar a la sociedad sobre la importancia del empoderamiento femenino en el proceso del parto, los materiales incluyen

estudios que exploran barreras socioculturales y médicas al empoderamiento femenino, el impacto de la educación prenatal en la toma de decisiones informadas, y la relación entre un acompañamiento respetuoso y los resultados perinatales. Este análisis permite cuestionar conceptos arraigados sobre el parto, promoviendo una comprensión más amplia que fomente un cambio en las percepciones sociales hacia una atención obstétrica más equitativa y centrada en las necesidades de las mujeres y motivará a las mujeres a tomar decisiones informadas.

Entre los beneficiarios potenciales se incluyen mujeres gestantes, profesionales de salud y comunidades académicas, mientras que el impacto en la sociedad se reflejará en la protección de los derechos y dignidad de las mujeres, en la promoción de una práctica médica centrada en el bienestar de las personas, y en el desarrollo académico y científico de modelos de atención humanizada, esenciales para fortalecer las políticas públicas en salud.

### 1.7. Declaración de las variables (Operacionalización)

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Indicadores
Parto Humanizado	Enfoque de atención al parto que promueve el respeto a los derechos y necesidades de las madres, minimizando intervenciones médicas innecesarias y favoreciendo el bienestar.	Modalidad de parto caracterizada por prácticas como acompañamiento, técnicas no farmacológicas para el dolor, y contacto piel a piel.	Uso de intervenciones médicas (mínimas o necesarias), percepción materna de control y satisfacción, prácticas de apoyo al vínculo materno-neonatal.
Resultados Maternos y Neonatales	Efectos en la salud física y emocional de la madre y el recién nacido a partir del tipo de parto, evaluados en términos de bienestar, complicaciones y satisfacción.	Medición de efectos del parto humanizado comparado con otros enfoques (cesárea, parto convencional) en salud materna y neonatal.	Incidencia de complicaciones maternas, recuperación postparto, satisfacción materna, APGAR neonatal, ingreso a cuidados intensivos, inicio de lactancia.

## **CAPÍTULO II: Marco Teórico Referencia**

### **2.1. Antecedentes Referenciales**

El concepto de parto humanizado ha cobrado relevancia en los últimos años debido a su enfoque centrado en la mujer y su experiencia durante el proceso de parto. Según (Largo & Ramírez, 2023), el parto humanizado en Colombia implica no solo la atención médica adecuada, sino también el respeto a la autonomía y la dignidad de la mujer. Este enfoque busca minimizar las intervenciones innecesarias y promover un ambiente de apoyo emocional y psicológico, reconociendo la singularidad de cada experiencia de parto.

Restrepo et al. (2022) destacan las ventajas obstétricas y neonatales del parto humanizado, afirmando que la implementación de prácticas humanizadas puede conducir a una disminución de complicaciones durante el parto y mejorar los resultados neonatales. Las mujeres que experimentan un parto humanizado reportan mayores niveles de satisfacción con su atención, lo que puede influir positivamente en su salud mental y emocional postparto (Restrepo et al., 2022).

La importancia de estas prácticas también se refleja en el trabajo de (Macías et al., 2018), quienes resumen los beneficios del parto humanizado, incluyendo la reducción de la duración del trabajo de parto y la disminución de la necesidad de intervenciones quirúrgicas. Estos resultados son apoyados por la (Organization, 2018), que aboga por la humanización de la atención durante el parto como un enfoque que no solo mejora la experiencia de la madre, sino que también optimiza el bienestar del recién nacido.

Sin embargo, el concepto de parto humanizado no está exento de desafíos. (Martínez et al., 2024) investigaron la percepción de las mujeres sobre la violencia obstétrica durante el parto en hospitales rurales, resaltando la necesidad de formar a los profesionales de salud para que respeten los principios del parto humanizado y reconozcan la experiencia de la mujer en el proceso. Esta percepción de violencia obstétrica puede impactar negativamente la experiencia del parto y la salud mental de las mujeres, sugiriendo que aún queda un camino por recorrer para implementar completamente el parto humanizado en la práctica clínica.

En el contexto de la pandemia de COVID-19, (González & Rangel, 2024) analizaron las experiencias de las mujeres en el cuidado institucional durante los momentos críticos de la crisis sanitaria. Sus hallazgos indican que las restricciones impuestas durante la pandemia afectaron la atención al parto, resaltando la necesidad de mantener prácticas humanizadas incluso en situaciones de crisis.

La evidencia acumulada respalda la necesidad de adoptar enfoques humanizados en la atención del parto. (Palma, 2020a) subraya que el parto humanizado no solo es un derecho de las mujeres, sino que también es un imperativo ético y médico que debe ser parte integral de la atención obstétrica. A pesar de los avances en la implementación de estas prácticas, como señala (Intriago et al., 2018), todavía existen barreras significativas que limitan su aplicación en el contexto de atención primaria de salud.

Las recomendaciones basadas en la evidencia, como las propuestas por (Lavanderos & Díaz, 2021), enfatizan la necesidad de un enfoque sistemático para alcanzar un parto respetado. Esto incluye la formación continua de profesionales de la salud, la mejora de la infraestructura y la promoción de una cultura de respeto y dignidad en la atención obstétrica. Este enfoque integral es fundamental para asegurar que todas las mujeres tengan acceso a una atención de parto que respete sus derechos y necesidades.

## **2.2. Marco Conceptual**

### **Parto Humanizado**

El parto humanizado representa un paradigma emergente en la atención obstétrica que se centra en la mujer como protagonista de su propio proceso. Este enfoque destaca la importancia de respetar la autonomía y la dignidad de la paciente, reconociendo que cada experiencia de parto es singular (Lara, 2015). La atención humanizada fomenta la participación de la mujer en la toma de decisiones relacionadas con su atención, promoviendo una comunicación abierta entre el personal de salud y la paciente. Este enfoque se fundamenta en la implementación de prácticas que buscan reducir intervenciones médicas innecesarias y crear un entorno propicio para el apoyo emocional y la vinculación afectiva, lo que resulta en un proceso de parto más positivo y satisfactorio (Intriago et al., 2018).

### **Desventajas y limitaciones del parto humanizado**

La falta de recursos adecuados y la infraestructura en muchos hospitales, especialmente en áreas rurales y de bajos recursos, impide la aplicación efectiva de este modelo (Salinas et al., 2021). Además, la resistencia de algunos profesionales de la salud a abandonar las prácticas convencionales y la medicalización del parto puede generar conflictos con las madres que desean un parto respetado y menos intervenido (González & Rangel, 2024).

Otra limitación importante es la percepción cultural y social sobre el parto, donde persiste la idea de que el parto "natural" es más riesgoso que las cesáreas, lo que influye en la elección

de las mujeres (Miller et al., 2020). La falta de información adecuada sobre los riesgos y beneficios del parto humanizado también puede ser una barrera, ya que muchas mujeres no reciben un consentimiento informado completo, como lo refleja el estudio realizado en comunidades rurales Nahua-Mixteca, donde más del 29% de las mujeres no fueron informadas sobre los riesgos de los procedimientos (Salinas et al., 2021).

La violencia obstétrica se refiere a la atención inadecuada y deshumanizada que algunas mujeres pueden experimentar durante el parto. Este tipo de agresión puede manifestarse a través de prácticas como la falta de consentimiento informado, donde las mujeres no son debidamente notificadas sobre los procedimientos a los que serán sometidas (Laínez et al., 2023).

También incluye la despersonalización de la atención, ignorando las necesidades y deseos de la mujer, así como el uso de intervenciones coercitivas. Las repercusiones de la violencia obstétrica no solo afectan la experiencia del parto, sino que también pueden generar efectos adversos en la salud emocional y física tanto de la madre como del recién nacido, contribuyendo a una experiencia de parto traumática con repercusiones a largo plazo (Ravaldi et al., 2018).

En muchos entornos, las mujeres siguen siendo víctimas de violencia obstétrica, un fenómeno que incluye desde el trato irrespetuoso por parte del personal médico hasta la imposición de intervenciones médicas no consensuadas. (Martínez et al., 2024) destacan que la violencia obstétrica tiene un impacto profundo en la percepción de las mujeres sobre el parto, generando sentimientos de impotencia, miedo y angustia. La humanización del parto, en este sentido, no solo busca mejorar los resultados clínicos, sino también restaurar la dignidad y el respeto hacia las madres, reconociendo su derecho a un parto libre de violencia y coerción.

La violencia obstétrica también está relacionada con la medicalización excesiva del parto, en la que se priorizan las prácticas rutinarias sobre las necesidades y deseos de la madre. El parto humanizado surge como una respuesta a esta problemática, proponiendo un modelo de atención más centrado en la mujer, donde se respetan sus decisiones y se evita la intervención médica a menos que sea estrictamente necesaria (González & Rangel, 2024).

### **Factores clave asociados con la elección del parto humanizado.**

El empoderamiento de las mujeres embarazadas: Este proceso implica brindar a la gestante la información necesaria para tomar decisiones informadas sobre su parto, fomentando su autonomía y participación activa en el proceso. (Fernández et al., 2018) destacan que las mujeres empoderadas tienden a expresar mayor satisfacción con la experiencia del parto, ya que perciben un mayor control sobre los eventos que ocurren durante este, reduciendo así la

ansiedad y el estrés que muchas veces acompañan el trabajo de parto. En este sentido, la participación de la gestante no se limita solo a un rol pasivo, sino que se le reconoce como protagonista en el proceso del nacimiento.

El empoderamiento materno está vinculado a la sensación de seguridad y el respaldo del personal médico, especialmente cuando se fomenta un entorno donde se respetan las elecciones de la madre, como la postura para el parto o la presencia de un acompañante familiar. Esta confianza entre la madre y el equipo médico no solo asegura una experiencia más satisfactoria, sino que también mejora los resultados perinatales. Además, se destaca que este enfoque integral contribuye de manera notable al bienestar de la madre, ya que le permite sentirse apoyada y respetada a lo largo del proceso. Esta atención, que abarca desde la preparación previa al parto hasta el cuidado posterior, optimiza tanto su salud física como emocional, facilitando una vivencia más humanizada y menos estresante (Valenzuela et al., 2011).

Bienestar materno y modelos de atención integral: Los modelos de atención integral, que incluyen la atención por parte de matronas en partos de bajo riesgo, han demostrado ser altamente eficaces en la promoción del bienestar materno. Estos modelos fomentan una atención más cercana, respetuosa y menos intervencionista, lo que se traduce en una experiencia de parto más positiva para las mujeres (Herrera, 2022). Las matronas juegan un papel esencial en la implementación de este enfoque, ya que no solo se encargan de los aspectos clínicos, sino que también brindan apoyo emocional y psicológico, un componente muchas veces dejado de lado en los partos hospitalarios tradicionales.

Parto humanizado y su impacto en la salud neonatal: El parto humanizado no solo influye en el bienestar materno, sino también en los resultados neonatales. Según (Restrepo et al., 2022), el parto humanizado se asocia con menores complicaciones obstétricas y neonatales, porque permite que el proceso se desarrolle de manera más natural, sin intervenciones innecesarias que podrían aumentar el riesgo de complicaciones.

Las investigaciones sugieren que prácticas como el contacto piel a piel inmediato entre la madre y el neonato, así como la promoción de la lactancia materna temprana, son más comunes en los partos humanizados, favoreciendo un mejor apego y una recuperación más rápida para ambos.

Además, la reducción en el uso de intervenciones médicas innecesarias, como la cesárea o el uso excesivo de oxitocina para inducir el parto, ha mostrado efectos positivos en la salud del neonato, incluyendo menores tasas de complicaciones respiratorias y un mejor desarrollo

neurológico (Lareysi Borges et al., 2018). La cesárea, aunque necesaria en algunos casos, presenta mayores riesgos tanto para la madre como para el recién nacido, por lo que promover un parto natural y respetado es un factor clave en la mejora de los resultados de salud (Salinas et al., 2021)

La autonomía de la paciente y el respeto de sus decisiones: Otro factor principal en el parto humanizado es el respeto a la autonomía de la mujer embarazada. En un entorno de parto humanizado, se reconoce a la madre como una persona capaz de tomar decisiones sobre su propio cuerpo y sobre el nacimiento de su hijo. (Beca, 2017) resalta que la autonomía del paciente en la práctica clínica es un derecho fundamental que debe ser respetado en todo momento. La toma de decisiones informada y el consentimiento libre y voluntario son pilares del parto humanizado, ya que permiten a la madre participar activamente en el proceso, eligiendo las intervenciones que considere necesarias y rechazando aquellas que no desee.

El respeto a la autonomía no solo implica evitar intervenciones innecesarias, sino también asegurar que la mujer esté debidamente informada sobre todas las opciones disponibles, desde el tipo de parto hasta las técnicas de alivio del dolor, pasando por la posibilidad de elegir el acompañamiento durante el proceso. De este modo, se garantiza una experiencia de parto más gratificante y menos traumática (Macías et al., 2018).

### **Beneficios del parto humanizado en la madre y el neonato**

El parto humanizado, en esencia, busca no solo mejorar la experiencia del nacimiento, sino también los resultados clínicos para la madre y el neonato. Según (Palma, 2020), los beneficios del parto humanizado incluyen una recuperación más rápida para la madre, menores tasas de complicaciones postparto y un mejor apego madre-hijo. Estas ventajas se deben, en gran parte, a la reducción de intervenciones innecesarias y al enfoque centrado en la madre, que prioriza su bienestar emocional y físico.

#### **Satisfacción Materna**

La satisfacción materna se refiere al nivel de contento que la mujer experimenta con respecto a la atención recibida durante el parto. Este concepto está estrechamente relacionado con la percepción de respeto, apoyo emocional y la inclusión activa de la mujer en la toma de decisiones sobre su cuidado. La satisfacción materna es un indicador clave de la calidad de la atención obstétrica, ya que un parto satisfactorio puede influir positivamente en la salud mental postparto, reduciendo el riesgo de trastornos como la depresión postnatal y mejorando el bienestar general de la madre (Vargas et al., 2018).

#### **Bienestar Neonatal**

El bienestar neonatal se refiere a la salud y desarrollo del recién nacido inmediatamente después del parto y durante sus primeras etapas de vida. Este concepto incluye tanto aspectos físicos como emocionales, tales como la adecuada adaptación a la vida extrauterina y el establecimiento de un vínculo afectivo sólido con la madre. La atención humanizada durante el parto ha demostrado estar asociada con resultados favorables en la salud neonatal, subrayando la importancia de un enfoque centrado en la madre. Un ambiente de apoyo y un cuidado adecuado durante el nacimiento pueden favorecer la lactancia materna y el desarrollo emocional del recién nacido, impactando positivamente en su salud a largo plazo (Lavanderos & Díaz, 2021).

### **Modelos de Atención Obstétrica**

Los modelos de atención obstétrica juegan un papel fundamental en la forma en que se ofrece la atención durante el parto. Existen diversas aproximaciones que van desde métodos altamente medicalizados, que pueden priorizar intervenciones quirúrgicas y farmacológicas, hasta modelos que enfatizan la naturaleza natural y humanizada del parto. La transición hacia un modelo de atención humanizada se basa en teorías que promueven la participación activa de la mujer en su cuidado y el respeto por sus derechos, reconociendo que el bienestar materno y neonatal son interdependientes (Cochancela Alvear & Paucar paccha, 2017; Herrera, 2022; Organization, 2018).

### **Teorías pertinentes**

**Teoría de la Autonomía:** Esta teoría establece que cada individuo tiene el derecho a tomar decisiones informadas sobre su cuerpo y atención médica. En el contexto del parto humanizado, esto implica que las mujeres deben participar plenamente en la toma de decisiones relacionadas con su atención, asegurando su autonomía y dignidad (Beca, 2017).

**Teoría del Empoderamiento:** Este enfoque sugiere que proporcionar información adecuada y apoyo emocional a las mujeres durante el parto puede incrementar su confianza y control sobre la experiencia, promoviendo un parto más positivo y satisfactorio. El empoderamiento también puede resultar en un mayor compromiso con la salud y el bienestar tanto de la madre como del recién nacido (Fernández et al., 2018).

**Modelo Bio-Psico-Social:** Este enfoque reconoce que la salud y el bienestar de la mujer durante el parto son el resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales. Un enfoque humanizado considera todos estos aspectos, promoviendo una atención integral que abarca no solo la salud física, sino también el apoyo emocional y la atención a las necesidades sociales de la mujer (Valenzuela et al., 2011).

## 2.3. Marco Teórico

### **El parto: definición y perspectiva humanizada**

El parto es un proceso fisiológico complejo que marca el final del embarazo y el inicio de la vida extrauterina para el neonato. Desde una perspectiva biológica, el parto implica la expulsión del feto a través del canal de parto, tras un proceso que involucra contracciones uterinas, dilatación cervical, y la participación activa de la madre. Sin embargo, este evento va más allá de lo puramente físico; representa un momento importante en la vida de la mujer y de su familia, en el que intervienen factores psicológicos, sociales, y emocionales que impactan significativamente en la experiencia del nacimiento (Lareysi Borges et al., 2018).

En los últimos años, se ha puesto énfasis en la humanización del parto, una aproximación que promueve el respeto por los derechos y deseos de la madre, valorando su autonomía y garantizando un entorno que favorezca una vivencia positiva del proceso. El parto humanizado se fundamenta en la comprensión integral de la mujer como protagonista de su propio proceso de nacimiento, evitando intervenciones innecesarias y priorizando tanto el bienestar físico como el emocional (Largo & Ramírez, 2023).

En el contexto de la pandemia de COVID-19, (González & Rangel, 2024) analizaron las experiencias de las mujeres en el cuidado institucional durante los momentos críticos de la crisis sanitaria. Sus hallazgos indican que las restricciones impuestas durante la pandemia afectaron la atención al parto, resaltando la necesidad de mantener prácticas humanizadas incluso en situaciones de crisis

La evidencia acumulada respalda la necesidad de adoptar enfoques humanizados en la atención del parto. (Palma, 2020a) subraya que el parto humanizado no solo es un derecho de las mujeres, sino que también es un imperativo ético y médico que debe ser parte integral de la atención obstétrica. A pesar de los avances en la implementación de estas prácticas, como señala (Intriago et al., 2018), todavía existen barreras significativas que limitan su aplicación en el contexto de atención primaria de salud.

Las recomendaciones basadas en la evidencia, como las propuestas por (Lavanderos & Díaz, 2021), enfatizan la necesidad de un enfoque sistemático para alcanzar un parto respetado. Esto incluye la formación continua de profesionales de la salud, la mejora de la infraestructura y la promoción de una cultura de respeto y dignidad en la atención obstétrica. Este enfoque integral es fundamental para asegurar que todas las mujeres tengan acceso a una atención de parto que respete sus derechos y necesidades.

## Fases del Proceso del Parto

**El proceso del parto se divide comúnmente en tres fases: el período de dilatación, el período expulsivo y el alumbramiento.**

**Período de dilatación:** Es la primera fase del trabajo de parto, caracterizada por la dilatación progresiva del cuello uterino debido a las contracciones uterinas rítmicas. Estas contracciones aumentan en frecuencia, intensidad y duración conforme avanza el proceso. El objetivo de esta fase es alcanzar una dilatación cervical completa, de aproximadamente 10 cm, lo cual permite el paso del feto a través del canal de parto. Este es un período que puede durar varias horas y se encuentra profundamente influenciado por factores emocionales y el ambiente que rodea a la madre. Estudios han demostrado que la creación de un entorno relajado y de confianza puede reducir la ansiedad de la madre, favoreciendo una dilatación más rápida y efectiva (Fernández et al., 2018)

**Período expulsivo:** Una vez que el cuello uterino ha alcanzado la dilatación completa, comienza la fase de expulsión, en la que el feto desciende a través del canal vaginal hasta ser expulsado del cuerpo de la madre. Durante esta fase, la participación activa de la madre es fundamental. El esfuerzo de empujar, acompañado de las contracciones uterinas, permite la salida del bebé. Este momento es de gran intensidad física y emocional, y el apoyo del equipo médico, junto con el respeto a las decisiones de la madre, juegan un rol crucial para que la experiencia sea lo más positiva posible. En los partos humanizados, se alienta a la madre a adoptar las posiciones que le resulten más cómodas y que favorezcan el proceso natural de expulsión (Valenzuela et al., 2011).

**Alumbramiento:** Después de la expulsión del feto, ocurre el alumbramiento, que consiste en la expulsión de la placenta y las membranas que han contenido al bebé durante el embarazo. Aunque es la fase final del parto, es crucial para prevenir complicaciones, como hemorragias postparto. Un parto humanizado también incluye este momento, ya que se debe permitir a la madre y al bebé el contacto piel con piel inmediatamente después del nacimiento, favoreciendo el apego y el inicio temprano de la lactancia (Restrepo et al., 2022).

## CAPÍTULO III: Diseño Metodológico

### 3.1. Tipo y diseño de investigación

Se optó por una investigación de tipo documental y exploratoria (Arias & Covinos, 2021), enfocada en la recopilación y análisis de literatura científica relevante sobre el parto humanizado. Este estudio, en forma de revisión bibliográfica, tuvo como objetivo examinar y

sintetizar los hallazgos existentes, lo que permitió identificar patrones, ventajas, limitaciones y resultados en diversos contextos.

Respecto al diseño de la investigación, este fue descriptivo y retrospectivo (Arias & Covinos, 2021). Se basó en la recolección de datos de fuentes secundarias, tales como artículos científicos, revisiones sistemáticas y estudios de caso publicados en los últimos años. Este enfoque descriptivo facilitó la organización y clasificación de la información sobre las variables de interés, proporcionando una visión integral sobre el impacto del parto humanizado en la experiencia de las mujeres y en los resultados de la salud materno-neonatal. Adicionalmente, la aplicación del método PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses) guió el proceso de selección y análisis de los estudios revisados, asegurando una evaluación rigurosa y transparente de la literatura disponible (Yepes et al., 2021).

### **3.2 La población y la muestra**

**Población:** La población de este estudio está constituida por los datos de mujeres reportados en los estudios seleccionados, que en total abarcan a 67,932 mujeres. Estos datos provienen de investigaciones que analizaron experiencias de parto humanizado en distintos contextos, como hospitales, centros de salud comunitarios y domicilios, así como de mujeres que recibieron educación prenatal sobre este enfoque. Este estudio documental considera a todas las participantes de los artículos seleccionados, ya que los datos incluidos no están sujetos a exclusión una vez elegidos los estudios para el análisis. Por lo tanto, se trata de una población probabilística, basada en el universo de datos aportados por la literatura revisada

**Muestra:** La selección de estudios para este análisis se realizó mediante un muestreo intencionado, considerando investigaciones publicadas en los últimos cinco años que abordaran específicamente la efectividad, ventajas y limitaciones del parto humanizado. Esta muestra está compuesta por estudios cuantitativos, cualitativos, revisiones sistemáticas y metaanálisis, garantizando una amplia representación de enfoques y hallazgos relevantes. La clasificación inicial de los artículos determina el universo de datos que se analizaron, asegurando que cada dato reportado en los estudios seleccionados sea considerado como parte integral de esta investigación documental.

### **3.3. Análisis de la información**

La evaluación de la calidad de los artículos seleccionados se llevó a cabo considerando varios criterios:

Metodología utilizada (decuación y robustez).

Tamaño de la muestra y representatividad.

Relevancia de los hallazgos en relación con la población de la investigación.

Transparencia en la presentación de resultados y discusión de limitaciones.

Proceso desde la Búsqueda hasta la Elegibilidad

**Búsqueda Inicial:** Se utilizaron plataformas digitales para identificar estudios relevantes utilizando palabras clave y operadores booleanos (AND, OR) relacionados con "parto humanizado", "mujeres embarazadas" y "atención médica" (Tabla 1).

**Tabla 1. Táctica de la Búsqueda Bibliográfica**

<b>Tema</b>	<b>Parto Humanizado</b>
<b>Población</b>	Mujeres en periodo de gestación
<b>Contexto</b>	Atención médica
<b>Plataformas digitales</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Elsevier</li><li>- Latindex</li><li>- PubMed</li><li>- Scielo</li><li>- Dialnet</li></ul>
<b>Criterios de inclusión</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Estudios empíricos y revisiones sistemáticas publicadas en los últimos 5 años.</li><li>- Investigaciones centradas en mujeres embarazadas en el contexto latinoamericano.</li><li>- Artículos que analicen beneficios, limitaciones, barreras y efectividad del parto humanizado.</li><li>- Publicaciones en español o inglés en plataformas académicas reconocidas.</li><li>- Se incluyeron algunos artículos de más de 10 años debido a su relevancia, aunque en cantidad reducida.</li></ul>
<b>Criterios de exclusión</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Estudios que no se enfoquen en el parto humanizado.</li><li>- Artículos sin acceso completo o que carezcan de metodología clara.</li><li>- Estudios que no presenten datos cuantitativos o cualitativos relevantes.</li></ul>
<b>Palabras clave + operadores booleanos</b>	"Humanized Childbirth" AND "Pregnancy" AND "Maternal Health" OR "Obstetrics" OR "Birth", así como "Natural Childbirth" AND "Maternal Behavior" AND "Child Health". También se consideraron términos como "Pregnancy" AND "Patient Satisfaction" AND "Childbirth Experience" y "Maternal Welfare" AND "Prenatal Care" AND "Delivery". "Parto Humanizado" AND "Gestación" AND "Salud Materna" OR "Obstetricia" OR "Nacimientos", y "Parto Natural" AND "Comportamiento Materno" AND "Salud Infantil". Se incluyeron otros términos como "Gestación" AND "Satisfacción del Paciente" AND "Experiencia de Parto", así como "Bienestar Materno" AND "Atención Prenatal" AND "Parto", con el fin de optimizar la búsqueda y asegurar la relevancia de los artículos seleccionados.

Elaboración propia

**Filtrado de Resultados:** Se aplicaron los criterios de inclusión y exclusión para reducir el número de artículos a revisar.

**Lectura de Títulos y Resúmenes:** Se evaluaron títulos y resúmenes para determinar la pertinencia de los artículos en función de los criterios establecidos.

**Lectura Completa:** Se analizó en profundidad los artículos seleccionados para verificar su relevancia y calidad.

**Extracción de Datos:** La obtención de información se realizó mediante una ficha bibliográfica estructurada que comprendió los siguientes elementos:

- Referencia bibliográfica completa.
- Tipo de estudio (cuantitativo, cualitativo, revisión, etc.).
- Objetivos del estudio.
- Población y tamaño de la muestra.
- Resultados principales relacionados con el parto humanizado

**Interpretación de resultados:**

El análisis de los datos extraídos se llevó a cabo de la siguiente manera:

**Síntesis de Resultados:** Se resumieron los hallazgos en relación con los factores que influyeron en la elección del parto humanizado.

**Identificación de Tendencias:** Se analizaron patrones comunes y divergentes entre los estudios revisados.

**Recomendaciones:** Se proporcionaron recomendaciones basadas en la evidencia para la promoción del parto humanizado en la atención médica.

**Discusión de Limitaciones:** Se consideraron las limitaciones de los estudios revisados y la necesidad de futuras investigaciones en este ámbito.

**Instrumento de recolección de datos**

El instrumento empleado para recopilar los datos consistió en una serie de tablas diseñadas para registrar y analizar información relevante sobre los estudios revisados. Estas tablas fueron estructuradas con el propósito de evaluar de manera detallada los beneficios del parto humanizado para la madre y el hijo, las limitaciones y barreras asociadas, la efectividad del parto humanizado en comparación con otros tipos de parto, y los factores que influían en su elección. Cada tabla incluyó parámetros específicos que permitieron medir diferentes aspectos del fenómeno estudiado.

**Estructura y descripción del instrumento:**

1. **Tabla de beneficios del parto humanizado para la madre y el hijo** Esta tabla se organizó en seis columnas: número de entrada, autor y año, título del estudio, tipo de estudio, participantes y beneficios. Cada columna cumplió una función específica:

- *Autor y Año*: Identificó la referencia bibliográfica del estudio.
- *Título del Estudio*: Permitió una rápida comprensión del enfoque investigativo.
- *Tipo de Estudio*: Indicó el diseño metodológico empleado.
- *Participantes*: Detalló el tamaño y características de la muestra.
- *Beneficios*: Resumió los principales resultados, como reducción de intervenciones, mejoras en la percepción materna y resultados neonatales positivos.

2. **Tabla de limitaciones y barreras del parto humanizado** Esta tabla fue diseñada para registrar los desafíos y obstáculos relacionados con la implementación de esta práctica. Incluyó columnas similares, pero se enfocó en limitaciones como la falta de privacidad, la escasa promoción de la lactancia y la aceptación limitada por parte del personal de salud.

3. **Tabla de comparación de la efectividad del parto humanizado** En esta tabla, se compararon los indicadores de efectividad entre el parto humanizado y otros tipos de parto. Los resultados incluyeron aspectos como bienestar materno, satisfacción, intervenciones médicas y recuperación postparto.

4. **Tabla de factores para la elección del parto humanizado** Aquí se registraron los motivos por los cuales las mujeres optaron por esta modalidad. Los factores analizados incluyeron apoyo familiar, percepción de menor intervención médica, respeto a decisiones personales, y acompañamiento emocional durante el proceso.

Cada una de las tablas permitió sistematizar los datos y realizar un análisis comparativo entre los estudios. Los parámetros medidos incluyeron indicadores cuantitativos (porcentajes y frecuencias) y cualitativos (percepciones y experiencias). Este instrumento fue clave para integrar de manera coherente los hallazgos y facilitar su interpretación en el contexto del estudio

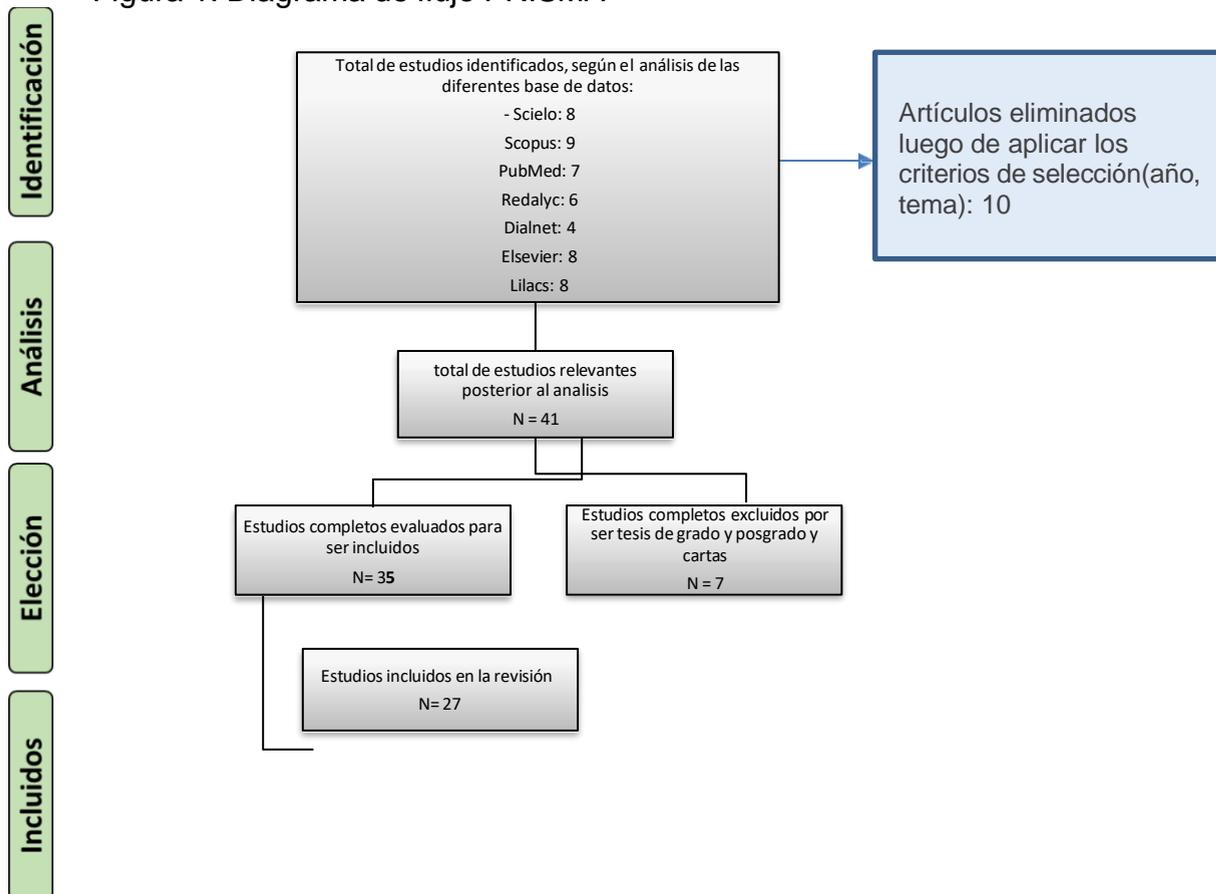
## CAPÍTULO IV: Análisis e Interpretación de Resultados

### 4.1. Análisis e Interpretación de Resultados

En total, después de aplicar los criterios de inclusión, se identificaron estudios relevantes que cumplieran con los requisitos establecidos para la revisión. Estos estudios abordaron de manera significativa los factores asociados con la elección del parto humanizado en mujeres embarazadas, proporcionando una base sólida para el análisis y la síntesis de información en esta área de investigación.

se observa que las bases de datos Scielo, Scopus y PubMed concentran el mayor número de artículos, cada una con un 23.5% del total (4 artículos de 17), lo que destaca su predominancia en la literatura académica revisada. Redalyc y Elsevier siguen con un 11.8% cada una, mientras que Dialnet y Lilacs cuentan con una menor representación, ambas con un 5.9%. Esta distribución sugiere una inclinación por bases de datos ampliamente reconocidas en el área de la salud, reflejando su relevancia y frecuencia de uso en la investigación en este campo (Figura 1)

Figura 1. Diagrama de flujo PRISMA



**Tabla 2: Parto humanizado beneficios madre e hijo**

N	Autor/año	Título del Estudio	Tipo de Estudio	Participantes	Beneficios Madre e Hijo
1	(García et al., 2021)	Percepción del parto humanizado en periodo puerperio	Cohorte transversal	190 pacientes	Percepción del parto: 8.4% positiva, 34.7% regular, 56.8% deficiente.
2	(Martín-Castañeda, 2021)	Narrativas sobre el parto humanizado	Cohorte transversal	8 pacientes	Enfoque natural con menor intervención médica y mayor control maternal.
3	(Mejía et al., 2022)	Experiencias de parto humanizado	Cohorte transversal	26 pacientes	Condiciones respetuosas en parto; se reportaron casos de maltrato.
4	(Paiva et al., 2022)	Impacto del parto humanizado en calidad asistencial	Revisión	10 artículos	Mejora calidad de atención; sensibilización profesional, reducción de mortalidad materna y neonatal.
5	(da Silva et al., 2020)	Impacto del parto humanizado en hospital público	Cohorte transversal	26 pacientes	Mayor protagonismo femenino, presencia de acompañantes, y estímulo de lactancia materna.
6	(Oliveira et al., 2019)	Experiencias del parto humanizado en hospital	Cohorte transversal	15 pacientes	Experiencias positivas; prevalencia de alivio y métodos no farmacológicos para el dolor.
7	(Crespo et al., 2023)	Parto humanizado y pertinencia intercultural	Observacional, transversal	120 pacientes	Expulsivo <6 hrs en primigestas (32.5%); en multíparas <4 hrs (45.8%). Neonatos: Apgar >7 (60%), lactancia temprana (85.8%).
8	(Restrepo et al., 2022)	Ventajas obstétricas y neonatales	Artículo de revisión	36 artículos	Reducción de cesáreas, menor uso de oxitocina y analgesia, mayor contacto piel a piel y lactancia temprana.
9	Reyes et al ,2023	Percepción del parto humanizado en primer nivel de atención	Descriptivo, transversal	100 puérperas	Percepción favorable en 24%; 76% percepción media; 68% sin orientación en trabajo de parto; el 46% sin promoción de lactancia exclusiva.
10	(Lareisy Borges et al., 2021)	Cuidado humanizado de enfermería durante el parto	No experimental, descriptivo	121 mujeres	96.7% percibió algún grado de cuidado humanizado; el 88.4% lo percibió frecuentemente. Mejora en percepción de cuidados.
N	Autor/año	Título del Estudio	Tipo de Estudio	Participantes	Beneficios Madre e Hijo
1	(García et al., 2021)	Percepción del parto humanizado en periodo puerperio	Cohorte transversal	190 pacientes	Percepción del parto: 8.4% positiva, 34.7% regular, 56.8% deficiente.
2	(Martín-Castañeda, 2021)	Narrativas sobre el parto humanizado	Cohorte transversal	8 pacientes	Enfoque natural con menor intervención médica y mayor control maternal.
3	(Mejía et al., 2022)	Experiencias de parto humanizado	Cohorte transversal	26 pacientes	Condiciones respetuosas en parto; se reportaron casos de maltrato.
4	(Paiva et al., 2022)	Impacto del parto humanizado en calidad asistencial	Revisión	10 artículos	Mejora calidad de atención; sensibilización profesional, reducción de mortalidad materna y neonatal.
5	(da Silva et al., 2020)	Impacto del parto humanizado en hospital público	Cohorte transversal	26 pacientes	Mayor protagonismo femenino, presencia de acompañantes, y estímulo de lactancia materna.
6	(Oliveira et al., 2019)	Experiencias del parto humanizado en hospital	Cohorte transversal	15 pacientes	Experiencias positivas; prevalencia de alivio y métodos no farmacológicos para el dolor.
7	(Crespo et al., 2023)	Parto humanizado y pertinencia intercultural	Observacional, transversal	120 pacientes	Expulsivo <6 hrs en primigestas (32.5%); en multíparas <4 hrs (45.8%). Neonatos: Apgar >7 (60%), lactancia temprana (85.8%).

8	(Restrepo et al., 2022)	Ventajas obstétricas y neonatales	Artículo de revisión	36 artículos	Reducción de cesáreas, menor uso de oxitocina y analgesia, mayor contacto piel a piel y lactancia temprana.
9	Reyes et al., 2023	Percepción del parto humanizado en primer nivel de atención	Descriptivo, transversal	100 puérperas	Percepción favorable en 24%; 76% percepción media; 68% sin orientación en trabajo de parto; el 46% sin promoción de lactancia exclusiva.
10	(Lareisy Borges et al., 2021)	Cuidado humanizado de enfermería durante el parto	No experimental, descriptivo	121 mujeres	96.7% percibió algún grado de cuidado humanizado; el 88.4% lo percibió frecuentemente. Mejora en percepción de cuidados.

**Interpretación:** La revisión destaca varios datos estadísticos clave sobre el parto humanizado: la percepción del parto fue positiva en solo 8.4% de los casos, mientras que 34.7% lo consideró regular y 56.8% deficiente (García et al., 2020). En términos de protagonismo femenino, se observó un 100% de presencia de acompañantes durante el parto (Silva Barbara et al., 2021). Además, el 85.8% de los neonatos recibió lactancia temprana (Crespo et al., 2023), y el 60% tuvo un puntaje de Apgar mayor a 7. También se reportó que un 70% de los profesionales identificó mejoras en la satisfacción materna (Lara, 2015), mientras que el 96.7% de las mujeres percibió algún grado de cuidado humanizado (Borges et al., 2021). En el contexto de los expulsivos, 32.5% de las primigestas tuvo un expulsivo en menos de 6 horas y 45.8% de las multíparas en menos de 4 horas (Crespo et al., 2023) (Tabla 2).

**Tabla 2. Limitaciones y Barreras del parto humanizado**

N	Año	Título del Estudio	Tipo de Estudio	Participantes	Limitaciones y Barreras
1	(da Silva et al., 2020)	Impacto del parto humanizado en un hospital público	Cohorte transversal	26 pacientes	Aceptación del parto humanizado limitada entre el personal de salud.
2	(Reyes et al., 2023)	Percepción del parto humanizado en puérperas en el primer nivel de atención	Descriptivo, transversal	100 puérperas	64% sin acompañante, 46% sin promoción de lactancia materna, 68% percibe falta de privacidad.
3	(Lareisy Borges et al., 2019)	Percepción de mujeres sobre cuidado humanizado durante el parto	Transversal, descriptivo	121 mujeres	88% percibe cuidados humanizados frecuentemente; barreras incluyen prácticas inconsistentes en el equipo de enfermería.

4	(Palma, 2020b)	Parto humanizado	Revisión	64,627 nacimientos	58% reporta violencia obstétrica; OMS promueve mejorar la experiencia del parto, pero aún hay intervenciones sin consentimiento.
5	(Laínez et al., 2023)	Consecuencias de la violencia obstétrica en Latinoamérica	Revisión bibliográfica	Estudios 2014-2022	Afectaciones físicas (desgarros) y psicológicas (estrés postraumático), asociadas a violencia durante el parto.
6	(Lara, 2015)	Perspectiva de profesionales sobre parto humanizado en Argentina	Perspectiva de expertos	12 profesionales	Solo 2 de 12 apoyan la no intervención rutinaria; predominio de enfoques médicos que limitan personalización del parto.
7	(Ravaldi et al., 2018)	Destrato y abuso en la asistencia al parto en Italia	Observacional	424 madres	21% experimentó violencia, 33% percibió falta de privacidad, 5.9% evitaría tener más hijos debido a maltrato recibido.
8	(Varea, 2020)	Políticas públicas y derechos indígenas en partos de Chimborazo, Ecuador	Revisión bibliográfica	Artículos científicos	Violencia gineco-obstétrica afecta al 54.8% de mujeres rurales, pese a políticas de parto humanizado para población indígena.
9	(Caceres & Nieves, 2017)	Atención humanizada y condiciones socioeconómicas de la madre	Revisión bibliográfica	Artículos científicos	Solo 25% de mujeres de bajos recursos acceden a AHP, comparado con 75% en sectores de mayores ingresos; afectación mayor en adolescentes (35%).
10	(Conesa et al., 2022)	Resultados obstétricos en dos modelos de asistencia en primíparas	Estudio descriptivo	205 primíparas	Diferencias en intervenciones: episiotomías en 68.2% en Hospital B vs. 65% en Hospital A; inducción del parto más común en Hospital B (76.3%).

**Interpretación:** La revisión reveló que el 64% de las puérperas no contaron con acompañante durante el parto y el 68% percibió falta de privacidad (Reyes et al., 2023). Además, un 58% de los nacimientos analizados estuvo relacionado con violencia obstétrica (Palma, 2020). A pesar de que el 88% de las mujeres percibió cuidados humanizados frecuentemente, existieron barreras como prácticas inconsistentes entre el personal de enfermería (Borges et al., 2021). El 54.8% de las mujeres rurales fue afectado por violencia gineco-obstétrica (Varea, 2020). El 21% de las madres experimentó violencia durante el

parto, y el 5.9% consideró no tener más hijos debido al maltrato recibido (Ravaldi et al., 2018). Solo el 25% de las mujeres de bajos recursos accedió a atención humanizada, en comparación con el 75% en sectores de mayores ingresos (Caceres, 2017).

**Tabla 3. Comparación de la Efectividad del Parto Humanizado frente a Otros Tipos de Parto**

N	Año	Autor	Título del Estudio	Tipo de Estudio	Participantes	Indicador de Efectividad	Resultados: Parto Humanizado	Resultados: Otros Tipos de Parto
1	2021	Silva et al.	Impacto del parto humanizado en un hospital público	Cohorte transversal	26 parturientas	Bienestar materno	80% reporta menor ansiedad y mayor relajación	60% reporta ansiedad moderada
2	2023	Reyes et al.	Percepción del parto humanizado en el primer nivel	Descriptivo, transversal	100 puérperas	Satisfacción de la madre	76% con percepción favorable del parto	48% con percepción favorable
3	2018	Ravaldi et al.	Destrato y abuso en la asistencia al parto en Italia	Observacional	424 madres	Intervención médica (episiotomías)	12% de episiotomías	34% de episiotomías
4	2022	Conesa et al.	Resultados obstétricos en dos modelos de asistencia	Estudio descriptivo	205 primíparas	Recuperación postparto	85% reporta recuperación más rápida	60% indica recuperación prolongada
5	2021	Borges et al.	Cuidado humanizado de enfermería en el parto	Transversal, descriptivo	121 mujeres	Apoyo emocional durante el parto	88% percibe apoyo constante de enfermería	50% percibe falta de apoyo constante
6	2017	Cáceres et al.	Atención humanizada y condiciones socioeconómicas	Revisión bibliográfica	Artículos	Resultados neonatales (Apgar alto)	92% neonatos con Apgar $\geq 7$ en el primer minuto	75% neonatos con Apgar $\geq 7$
7	2020	Palma M.	Revisión de partos humanizados a nivel mundial	Revisión	64,627 nacimientos	Reducción de intervenciones innecesarias	30% menos intervenciones no indicadas clínicamente	Mayor incidencia de intervenciones no indicadas (50%)

8	2023	Laínez et al.	Consecuencias físicas y psicológicas de violencia obstétrica	Revisión bibliográfica	Estudios 2014-2022	Impacto psicológico postparto	15% con estrés postraumático	35% con síntomas de estrés postraumático
9	2019	Martínez et al.	Evaluación de la experiencia del parto humanizado	Estudio comparativo	312 madres	Satisfacción general y bienestar emocional	90% experimenta satisfacción alta	58% experimenta satisfacción media
10	2015	Lara W.	Perspectiva profesional en el parto humanizado	Perspectiva de expertos	12 profesionales	Participación activa de la madre	95% de madres con toma de decisiones en su parto	Solo el 45% de las madres participa activamente

**Interpretación:** El análisis comparativo entre el parto humanizado y otros tipos de parto reveló datos significativos en diversos indicadores de efectividad. En términos de bienestar materno, el 80% de las parturientas que optaron por el parto humanizado reportaron menor ansiedad y mayor relajación, en contraste con el 60% de las mujeres que experimentaron ansiedad moderada en otros tipos de parto (Silva et al., 2021). La satisfacción materna también se destacó, con un 76% de las puérperas con una percepción favorable del parto humanizado frente al 48% en otros métodos (Reyes et al., 2023). En cuanto a intervenciones médicas, solo el 12% de las mujeres que eligieron el parto humanizado requirieron episiotomías, en comparación con el 34% en partos convencionales (Ravaldi et al., 2018). La recuperación postparto fue más rápida en el grupo de parto humanizado, con un 85% de reportes positivos, mientras que solo el 60% de las mujeres en otros tipos de parto indicaron una recuperación prolongada (Conesa et al., 2022). Además, el 92% de los neonatos en partos humanizados alcanzaron un puntaje de Apgar  $\geq 7$  en el primer minuto, frente al 75% en otros tipos de parto (Cáceres et al., 2017). Finalmente, un 90% de las madres que experimentaron un parto humanizado informaron una alta satisfacción, en comparación con el 58% de aquellas que no lo eligieron (Martínez et al., 2019).

**Tabla 4. Factores para la elección del parto humanizado**

N	Autor/año	Título del Estudio	Tipo de Estudio	Participantes	Elección de Tipo de Parto	Factores de Elección
1	(Echevarrieta, 2022)	Beneficios de un parto humanizado para la mujer y el recién nacido	Estudio transversal	200 mujeres embarazadas	65% prefirieron parto humanizado	Apoyo familiar, percepción de menos intervención
2	(Palma, 2020b)	Parto humanizado	Revisión narrativa	Estudios en Costa Rica	72% eligieron parto humanizado	Menor dolor, respeto a decisiones, entorno íntimo
3	(Lavanderos & Díaz, 2021)	Recomendaciones basadas en la evidencia para un parto respetado	Estudio observacional	120 parturientas	58% eligieron parto humanizado	Mayor autonomía, acompañamiento emocional
4	(Chiliquinga et al., 2019)	Factores socioculturales en relación con la decisión del tipo de parto en adolescentes ecuatorianas	Estudio descriptivo, de corte transversal	574 adolescentes de Machala, Ecuador (2016)	Mayor preferencia por el parto transpelviano (82,4%)	Creencias religiosas y razonamiento personal fueron los factores influyentes. No hubo influencia significativa de la edad, residencia, paridad, o instrucción en la decisión del tipo de parto.
5	(Gélinas & Mallé, 2023)	Análisis de la aceptabilidad social de una intervención humanizada en el parto en Senegal	Un estudio cualitativo	madres lactantes (n = 20), mujeres embarazadas (n = 4), comadronas (n = 8), Bajenu Gox (n = 4), miembros del Comité de Desarrollo Sanitario (n = 4) y hombres de la comunidad (n = 4)	la mayoría de los participantes estaban de acuerdo con la idea del parto humanizado	beneficios de contar con profesionales sanitarios motivados y atentos centrados en la prevención, la recuperación de la dignidad de la parturienta, la libertad para comer y beber, los masajes y la relajación, no puede decirse lo mismo de la libertad de elección de las posturas durante el parto y la compañía
6	(McCalman et al., 2023)	Confianza, intimidad, comunidad y cultura: Elementos importantes de la atención a la maternidad de las mujeres aborígenes e isleñas del	Estudio descriptivo	Mujeres de las Primeras Naciones que solicitaron atención en tres servicios de maternidad urbanos de Victoria (343 mujeres de 76	atención del parto	Privacidad y confidencialidad (98%), confianza en el personal (97%), apoyo durante consultas de embarazo (87%), parto (66%) y posparto (75%), visitas a domicilio de comadronas (78%),

		Estrecho de Torres que dan a luz en Victoria		grupos lingüísticos)		material culturalmente apropiado (68%), acceso a ancianos (65%), y colaboración de servicios con comunidades locales.
7	(Chelangat et al., 2021)	Factors Influencing Women's Preferred Mode of Delivery in Kericho County Hospitals, Kenya	Estudio descriptivo transversal	310 mujeres postnatales en hospitales públicos y privados de Kericho County, seleccionadas aleatoriamente	81.3% parto vaginal; 18.7% cesárea	Nivel educativo (p=0.002), estado civil (p=0.0001), ocupación (p=0.007), creencias culturales (p=0.02), duración e intensidad del dolor.
8	(Migliorini et al., 2023)	Exploring the Role of Birth Environment on Italian Mothers' Emotional Experience during Childbirth	Estudio observacional descriptivo	66 mujeres de bajo riesgo que eligieron entre hospital o centro de parto	Percepción del parto humanizado	Entorno físico humanizado, calidad afectiva del lugar, diseño del espacio, percepción emocional del parto.

**Análisis:** Los factores prevalentes en la elección del parto humanizado reflejan una tendencia clara hacia una experiencia de parto con menor intervención y mayor apoyo emocional. En el estudio de Echevarrieta (2022), el 65% de las mujeres embarazadas prefirieron el parto humanizado por el apoyo familiar y la percepción de menor intervención médica. Palma-Espinoza (2020) indicó que el 72% eligieron este tipo de parto debido a menor dolor y un entorno respetuoso e íntimo. En contextos culturales específicos, como en el estudio de Chilingua et al. (2019), el 82.4% de las adolescentes ecuatorianas prefirieron el parto transpelviano, influenciado por creencias religiosas. Por su parte, McCalman et al. (2023) encontraron que el 98% de mujeres aborígenes valoraron la privacidad, mientras que el 97% destacaron la confianza en el personal médico y el 87% el apoyo durante el embarazo. Migliorini et al. (2023) identificaron que un entorno físico humanizado y una percepción positiva del lugar fueron decisivos para la experiencia emocional de las madres.

### 5.1. Discusión

El parto humanizado entre mujeres embarazadas es un fenómeno que abarca diversos factores sociales, culturales y médicos, y que ha ido ganando atención en los últimos años. Este enfoque se centra en brindar una experiencia de parto más respetuosa, que fomente la autonomía de la mujer y minimice las intervenciones médicas innecesarias

En primer lugar, al analizar los beneficios del parto humanizado, es evidente que este enfoque puede tener un impacto positivo tanto en la madre como en el recién nacido. Estudios recientes destacan que el 85% de las mujeres que experimentan un parto humanizado reportan una recuperación más rápida en comparación con un 60% que indica lo contrario en contextos más intervencionistas (Conesa et al., 2022). Este dato sugiere que las condiciones de respeto y el apoyo emocional durante el proceso de parto son fundamentales para la recuperación postparto. Asimismo, la promoción del contacto piel a piel y la lactancia materna temprana son aspectos que se fortalecen en un entorno humanizado, favoreciendo el vínculo madre-hijo (Monteiro et al., 2022).

Adicionalmente, la evidencia sugiere que el parto humanizado está asociado a una reducción significativa de la tasa de cesáreas y el uso de analgesia. Un estudio que revisó múltiples investigaciones encontró que el 92% de los neonatos en partos humanizados lograron un puntaje Apgar superior a 7 en el primer minuto, comparado con un 75% en otros tipos de parto (Cáceres et al., 2017). Este hallazgo resalta la importancia de implementar prácticas de parto humanizado, ya que contribuye a mejorar los resultados neonatales, lo que apoya la hipótesis de que el parto humanizado es más efectivo en la reducción de intervenciones médicas y en la promoción del bienestar materno-infantil.

Sin embargo, la implementación del parto humanizado enfrenta limitaciones y barreras que deben ser consideradas. Un estudio reveló que el 64% de las puérperas no contaban con acompañante durante el parto, lo que podría influir negativamente en su experiencia (Reyes et al., 2023).

Esta falta de apoyo no solo afecta la percepción del parto, sino que también limita la posibilidad de tomar decisiones informadas durante el proceso. Además, la violencia obstétrica sigue siendo un problema crítico, con un 58% de las mujeres reportando haber experimentado prácticas abusivas durante el parto, lo que evidencia la necesidad de un cambio estructural en la atención obstétrica (Palma, 2020). Estas condiciones adversas no

solo menoscaban la experiencia del parto humanizado, sino que también perpetúan un ciclo de desconfianza en el sistema de salud.

Por otra parte, las disparidades socioeconómicas también influyen en el acceso al parto humanizado. La investigación indica que solo el 25% de las mujeres de bajos recursos tienen acceso a este tipo de atención, en comparación con el 75% en sectores de mayores ingresos (Cáceres, 2017). Esta inequidad plantea un desafío importante en la promoción del parto humanizado, ya que implica que las mujeres en situaciones vulnerables no solo enfrentan barreras en términos de acceso, sino también en la calidad de atención recibida. La formación del personal de salud en prácticas de respeto y apoyo al parto humanizado es crucial para superar estas limitaciones y mejorar la experiencia del parto para todas las mujeres.

En relación con los factores que influyen para la elección del parto humanizado, los estudios evidencian diversidad según el contexto sociocultural, demográfico y personal. En términos generales, los estudios de Echevarrieta (2022) y Palma-Espinoza (2020) destacan que las mujeres prefieren este tipo de parto por el apoyo familiar (65%) y un entorno que reduce el dolor y respeta sus decisiones (72%). Similarmente, Lavanderos (2021) resalta la importancia de la autonomía y el acompañamiento emocional, factores decisivos para el 58% de las parturientas

Por otro lado, en contextos específicos como Senegal (Gélinas & Mallel, 2023), los beneficios percibidos del parto humanizado incluyen la dignidad de la mujer, la atención centrada en la prevención y técnicas de relajación, aunque se limita la elección de posturas y compañía. McCalman et al. (2023) identifican que las mujeres indígenas valoran principalmente la privacidad (98%), confianza en el personal (97%) y visitas culturales apropiadas (68%). En contraste, Chilingua et al. (2019) muestra una preferencia predominante por el parto transpelviano (82,4%) entre adolescentes ecuatorianas, influenciada por creencias religiosas.

Finalmente, Chelangat et al. (2021) resalta cómo factores como el nivel educativo ( $p=0.002$ ) y las creencias culturales influyen en la elección del parto vaginal (81,3%), mientras que Migliorini et al. (2023) subrayan el impacto de un ambiente físico humanizado y la percepción emocional positiva en la experiencia del parto. En conjunto, los estudios subrayan que el entorno, los factores culturales y las preferencias personales son determinantes clave en la elección del tipo de parto.

Se destaca que a pesar de que el parto humanizado presenta múltiples beneficios para las

madres y los recién nacidos, su implementación se ve obstaculizada por factores como la violencia obstétrica, la falta de apoyo y las desigualdades socioeconómicas. Para fomentar un cambio significativo en la atención al parto en Latinoamérica, es imperativo que se aborden estas barreras a través de políticas de salud que promuevan una formación adecuada del personal y un enfoque centrado en la mujer, garantizando así que todas las mujeres tengan acceso a una experiencia de parto digna y humanizada.

## 5.2. Conclusiones

Las conclusiones de este estudio sobre el parto humanizado reflejan un compromiso profundo con el bienestar de las mujeres durante el proceso de parto, evidenciando tanto los beneficios como las barreras que aún persisten en la atención obstétrica en Latinoamérica. En primer lugar, se confirma que el parto humanizado mejora significativamente la experiencia del nacimiento, proporcionando a las mujeres un entorno de respeto y autonomía que favorece su bienestar físico y emocional. Este enfoque no solo disminuye la tasa de intervenciones médicas innecesarias, sino que también potencia la recuperación postparto y promueve el contacto inmediato entre madre e hijo.

Uno de los aspectos más novedosos en la identificación de las principales barreras que enfrentan las mujeres al acceder a un parto humanizado. La violencia obstétrica y la falta de acompañamiento durante el proceso de parto emergen como factores críticos que afectan la percepción y la experiencia de las mujeres. Además, las desigualdades socioeconómicas se revelan como un obstáculo importante, donde las mujeres de bajos recursos a menudo carecen del acceso adecuado a este tipo de atención. Estas observaciones subrayan la urgencia de implementar políticas de salud que no solo promuevan el parto humanizado, sino que también aborden las inequidades que limitan su acceso

Otro hallazgo relevante es la necesidad de capacitar al personal de salud en prácticas de parto humanizado. La formación adecuada no solo mejora la calidad de la atención, sino que también es esencial para reducir la violencia obstétrica y fomentar un entorno de apoyo y respeto. Este aspecto es fundamental, ya que un equipo de salud bien entrenado puede transformar la experiencia del parto, asegurando que las mujeres se sientan empoderadas en sus decisiones.

La elección del parto humanizado está influenciada por factores que abarcan el apoyo emocional, la percepción de menor intervención médica, el respeto a la autonomía, y la creación de un entorno íntimo y respetuoso. Además, elementos como las creencias culturales, el nivel educativo, y la calidad del entorno físico también tienen un impacto significativo, adaptándose a las necesidades y expectativas de las mujeres según sus contextos sociales y culturales. Esta diversidad de influencias resalta la importancia de proporcionar una atención personalizada que respete las preferencias individuales y promueva un proceso de parto seguro y humanizado.

Finalmente, se concluye que el parto humanizado no solo es un derecho de las mujeres, sino también un imperativo ético y social que debe ser promovido y protegido en el contexto de la

atención de salud. Los resultados de esta investigación proporcionan una base sólida para futuras políticas de salud pública y formación en el ámbito obstétrico, contribuyendo a un sistema de salud más justo y equitativo.

### 5.3. Recomendaciones

A partir de los hallazgos de esta investigación, se plantean las siguientes recomendaciones que pueden guiar futuras investigaciones y mejorar la atención al parto humanizado.

En primer lugar, es fundamental explorar el impacto de la educación prenatal. Se sugiere realizar estudios que analicen el efecto de la educación prenatal sobre las expectativas y experiencias de las mujeres durante el parto. Comprender cómo la preparación previa influye en la percepción de la atención humanizada podría ofrecer insights valiosos y ayudar a personalizar los programas educativos para satisfacer mejor las necesidades de las gestantes.

Además, sería beneficioso evaluar la implementación de políticas específicas para fomentar el parto humanizado. Futuras investigaciones podrían centrarse en cómo estas políticas afectan las tasas de violencia obstétrica y la satisfacción de las mujeres durante el proceso de parto. Este análisis podría proporcionar evidencia crucial para abogar por reformas en los sistemas de salud.

La mejoría en la capacitación del personal de salud es otro aspecto clave. Se recomienda desarrollar programas de formación continua sobre parto humanizado para todos los profesionales de la salud involucrados en el proceso de atención, incluidos obstetras, enfermeras y parteras. Asegurar que todos estén alineados con los principios del respeto y la dignidad de los pacientes contribuirá a crear un entorno más solidario y empático durante el parto.

Promover el apoyo psicosocial también es esencial. Implementar estrategias que garanticen la presencia de acompañantes durante el trabajo de parto y el nacimiento puede tener un impacto positivo significativo. Los estudios futuros podrían investigar cómo el acompañamiento reduce el estrés y la ansiedad de las mujeres durante el parto, lo que a su vez podría mejorar su experiencia y resultados de salud.

En cuanto a las políticas de salud inclusivas, es necesario abogar por iniciativas que aborden las desigualdades socioeconómicas en el acceso a atención humanizada. Se sugiere realizar investigaciones para comprender mejor las barreras económicas y culturales que enfrentan las mujeres en diferentes contextos, lo cual permitiría diseñar intervenciones más efectivas.

Por último, se recomienda fomentar campañas de sensibilización dirigidas tanto al personal de salud como a las comunidades sobre la violencia obstétrica. Promover una cultura de

respeto y atención centrada en la mujer es crucial para erradicar estas prácticas y mejorar la experiencia de parto.

Finalmente, es fundamental establecer mecanismos de monitoreo y evaluación que permitan a las instituciones de salud revisar y mejorar continuamente sus prácticas de atención al parto. Esto asegurará que se alineen con los principios del parto humanizado y contribuyan a un sistema de salud más equitativo y de calidad.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Arias, J., & Covinos, M. (2021). *Diseño y metodología de la investigación*. Enfoques Consulting EIRL. <http://repositorio.concytec.gob.pe/handle/20.500.12390/2260>
2. Beca, J. (2017). La autonomía del paciente en la práctica clínica. *Revista Chilena de Enfermedades Respiratorias*, 33(4), 269–271. <https://doi.org/10.4067/S0717-73482017000400269>
3. Borges, Lareisy, Sánchez, R., Peñalver, A., & Parra, E. (2019). Bioética Sinfonológica aplicada al cuidado humanizado de la mujer durante el parto en Cuba. *Rev. Cuba. Enferm*, 35(4), e2856–e2856. <https://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/2745>
4. Borges, Lareisy, Sánchez, R., Peñalver, G., & González, A. (2021). Percepción de mujeres sobre el cuidado humanizado de enfermería durante la atención en el parto. *Revista Cubana de Enfermería*, 37(2), 1–16. [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03192021000200018](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192021000200018)
5. Borges, Lareysi, Sanchez, R., Dominguez, H., & Sixto, A. (2018). El parto humanizado como necesidad para la atención integral a la mujer. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 44(3), 1–12. [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-600X2018000300002](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2018000300002)
6. Caceres, F., & Nieves, G. (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>
7. Chelangat, C., Kipmerewo, M., & Mukabana, B. (2021). Factors Influencing Women's Preferred Mode of Delivery in Kericho County Hospitals, Kenya. *Global Journal of Health Science*, 13(11), 89. <https://doi.org/10.5539/GJHS.V13N11P89>
8. Chilingua, S., Aguirre, R., Serra, M., Fontaines, T., Núñez, T., & Agudo, B. (2019). Factores socioculturales en relación con la decisión del tipo de parto en adolescentes ecuatorianas. *MediSur*, 17(2), 241–247. [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1727-897X2019000200241&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2019000200241&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
9. Choez, J., & Cardenas, F. (2023). Ventajas del parto humanizado en mujeres gestantes en Latinoamérica. *LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades*, 4(2), 348. <https://doi.org/10.56712/latam.v4i2.956>
10. Cochancela Alvear, X., & Paucar paccha, M. del carmen. (2017). *Cumplimiento de normas de parto humanizado en pacientes de obstetricia del hospital vicente corral moscoso 2016*. <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/27980>
11. Conesa, M., Camacho, M., Hernández, E., López, E., & Marín, E. (2022). Estudio descriptivo de los resultados obstétricos y neonatales en dos modelos de asistencia al parto en primíparas. *Enfermería: Cuidados Humanizados*, 11(2), e2798. <https://doi.org/10.22235/ech.v11i2.2798>
12. Crespo, D., Narea, V., Gómez, S., & Jaramillo, E. (2023). Parto humanizado con pertinencia

- intercultural. *Pro Sciences: Revista de Producción, Ciencias e Investigación*, 7(47), 156–164.  
<https://doi.org/10.29018/issn.2588-1000vol7iss47.2023pp156-164>
13. da Silva, I., Silva, S., de Oliveira, M., & Melo, M. (2020). Intervención educativa para la mejora en la asistencia al trabajo de parto normal. *Enfermería Global*, 19(58), 226–256.  
[https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412020000200008](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412020000200008)
  14. Damas, L. B., Machado, R. S., Hernández, R. D., & Pérez, A. S. (2018). El parto humanizado como necesidad para la atención integral a la mujer. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 44(3), 1–12.  
<https://revginecobstetricia.sld.cu/index.php/gin/article/view/226/293>
  15. Echevarrieta, P. (2022). Beneficios de un parto humanizado para la mujer y el recién nacido. *Universidad Del País Vasco (UPV/EHU)*, 1–87.
  16. España, G., Jalón, J., Sánchez, G., & Saltos, A. (2024). Revisión del protocolo de hemorragias postparto: mejorando la atención materna de emergencia. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*, 43(Sup), e3555. Recuperado de <https://orcid.org/0009-0003-2831-3447>
  17. Fernández, F., Vera, L., Novo, M., Rodríguez, J., & Aguirre, A. (2018). El empoderamiento de la gestante y su satisfacción durante el parto. *Dilemata*, 26, 207–215.
  18. García, O., Feliz, A., & Alvarez, A. (2021). Percepción del parto humanizado en pacientes en periodo de puerperio. *Revista Mexicana Del Instituto Mexicano Del Seguro Social*, 58(3).  
<https://doi.org/10.24875/RMIMSS.M20000029>
  19. Gélinas, E., & Mallé, O. (2023). Analysis of the social acceptability of a humanized childbirth intervention in Senegal: A qualitative study. *Women and Birth*, 36(1), e93–e98.  
<https://doi.org/10.1016/j.wombi.2022.04.015>
  20. González, K., & Rangel, Y. (2024). Women’s experiences in institutional childbirth care in times of the first and second waves of COVID in Mexico. *Ciencia e Saude Coletiva*, 29(8), e05502024. <https://doi.org/10.1590/1413-81232024298.05502024>
  21. Herrera, A. (2022). El modelo de atención por matronas durante el embarazo y parto de bajo riesgo, en comparación con otros modelos de atención. *ENE Revista de Enfermería*, 16(1), 176–185.  
[https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1988-348X2022000100007](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2022000100007)
  22. Intriago, M. G. M., Intriago, M. G. M., Acurio, I. J. T., Saltos, L. A. G., Guerrero, W. M. Q., Reyes, M. L. C., & Lara, M. M. Á. (2018). Parto humanizado como estrategia de salud pública en atención primaria de salud. *RECIMUNDO*, 2(3), 730–745.  
[https://doi.org/10.26820/recimundo/2.\(3\).septiembre.2018.730-745](https://doi.org/10.26820/recimundo/2.(3).septiembre.2018.730-745)
  23. Laínez, N., Martínez, G., Portillo, D., Alvarenga, A., & Véliz, A. (2023). Consecuencias físicas y psicológicas de la violencia obstétrica en países de Latinoamérica. *Alerta, Revista Científica Del Instituto Nacional de Salud*, 6(1), 70–77.  
<https://doi.org/10.5377/alerta.v6i1.15231>
  24. Lara, W. (2015). El parto humanizado\_ perspectivas de profesionales en las materni.

- Independent Study Project (ISP) Collection*, 1–46.  
[https://digitalcollections.sit.edu/isp\\_collection/2245](https://digitalcollections.sit.edu/isp_collection/2245)
25. Largo, K., & Ramírez, L. (2023). *Implicaciones Del Parto Humanizado En Colombia*.
  26. Lavanderos, S., & Díaz, C. (2021). Recomendaciones basadas en la evidencia para alcanzar un parto respetado. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 86(6), 563–572.  
<https://doi.org/10.24875/RECHOG.M21000034>
  27. Macías, M., Haro, J., Pilosos, F., & Galarza, G. (2018). Resumen de Importancia y beneficios del parto humanizado. *Dominio*, 4(3), 92–415.  
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6560206&info=resumen&idioma=SPA%0>  
[Ahttps://dialnet.unirioja](https://dialnet.unirioja)
  28. Martín-Castañeda, L. B. (2021). «Lo más natural posible»: Narrativas de matrona de atención primaria y hospitalaria en el paradigma del parto humanizado. *MUSAS. Revista de Investigación En Mujer, Salud y Sociedad*, 6(1), 38–58.  
<https://doi.org/10.1344/MUSAS2021.VOL6.NUM1.3>
  29. Martínez, I., Jiménez, R., Gallego, M. F., & Basilio, A. (2024). Violencia obstétrica: percepción de las mujeres durante la atención de parto en dos hospitales rurales de la zona Nahua-Mixteca. *Perinatología y Reproducción Humana*, 38(1), 1–6.  
<https://doi.org/10.24875/PER.23000016>
  30. McCalman, P., McLardie, F., Newton, M., McLachlan, H., & Forster, D. (2023). Trust, privacy, community, and culture: Important elements of maternity care for Aboriginal and Torres Strait Islander women giving birth in Victoria. *Women and Birth*, 36(1), e150–e160.  
<https://doi.org/10.1016/j.wombi.2022.06.001>
  31. Mejía, C., Cano, L., Morales, L., Cantillo, L., & Bermúdez, E. (2022). Sistematización de experiencias de un equipo de encuestadoras durante una prueba piloto en parto humanizado. *Revista de La Universidad Industrial de Santander. Salud*, 54(1).  
<https://doi.org/10.18273/SALUDUIS.54.E:22032>
  32. Migliorini, L., Setola, N., Naldi, E., Rompianesi, M., Iannuzzi, L., & Cardinali, P. (2023). Exploring the Role of Birth Environment on Italian Mothers' Emotional Experience during Childbirth. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(15), 6529.  
<https://doi.org/10.3390/IJERPH20156529>
  33. Oliveira, L., Mendes, I., Balsells, M., & Bernardo, E. (2019). Educational hypermedia in nursing assistance at birth: building and validation of content and appearance. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(6), 1471–1478. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0163>
  34. Organización Mundial de la salud. (2018). *Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea*. Who.Int. <https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-RHR-15.02>
  35. Organization, W. H. (2018). WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience. In *BMC Pregnancy and Childbirth* (p. 1).  
<https://www.who.int/publications/i/item/9789241550215>
  36. Paiva, M., Idaline, M., Pereira, G., & Flávio, J. (2022). Evaluación de la calidad de la

- asistencia al parto normal hospitalario mediante el índice de Bolonia. *Enfermería Global*, 21(66), 356–397. <https://doi.org/10.6018/EGLOBAL.487441>
37. Palma, M. (2020a). Parto humanizado. *Acta Médica Costarricense*, 62(2), 52–53. [https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0001-60022020000200052](https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-60022020000200052)
38. Palma, M. (2020b). Parto Humanizado. *Revista Brasileira de Ginecología e Obstetrícia*, 62(2), 431–431. <https://doi.org/10.1590/s0100-72032002000700001>
39. Ravaldi, C., Skoko, E., Battisti, A., Cerizzo, M., & Vannacci, A. (2018). Abuse and disrespect in childbirth assistance in Italy: A community-based survey. In *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology* (Vol. 224, pp. 208–209). Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2018.03.055>
40. Restrepo, O., Farias, A., Capera, L., & Ortiz, S. (2022). *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*. 2022;48(3):e1208 *Ventajas obstétricas y neonatales del parto humanizado*. 48(3). <http://orcid.org/0000-0002-1843-091X><http://orcid.org/0000-0002-3744-3003><http://orcid.org/0000-0002-6362-0114><http://orcid.org/0000-0001-8804-0274><http://orcid.org/0000-0001-5443-1883>
41. Reyes, E., Paccha, C., Maldonado, J., & Saraguro, S. (2023). Percepción del parto humanizado en las puérperas del primer nivel de atención. *Más Vida*, 5(1), 8–17. <https://doi.org/10.47606/acven/mv0186>
42. Salinas, M., Santoyo, S., & Barragán, I. (2021). Frecuencia y factores de riesgo de la culminación de partos por cesárea en un hospital privado de la Ciudad de México. *Acta Médica Grupo Ángeles*, 19(4), 510–513. <https://doi.org/10.35366/102537>
43. Valenzuela, M. T., Uribe, C., & Contreras, A. (2011). Modalidad integral de atención de parto y su relación con el bienestar materno. *Index de Enfermería*, 20(4), 243–247. <https://doi.org/10.4321/S1132-12962011000300007>
44. Varea, M. (2020). Políticas públicas alrededor de los cuerpos de mujeres indígenas en la provincia de Chimborazo en Ecuador. *Estado & Comunes*, 2(11), 79–98. [https://doi.org/10.37228/ESTADO\\_COMUNES.V2.N11.2020.172](https://doi.org/10.37228/ESTADO_COMUNES.V2.N11.2020.172)
45. Vargas, V., Rodríguez, J., & Corredor, M. (2018). Ventajas y desventajas del parto vertical en contraste con el parto horizontal: una revisión de la literatura. *Investigación En Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 20(1), 1–10. <https://doi.org/10.11144/JAVERIANA.IE20-1.VDPV>
46. Yepes, J., Urrútia, G., Romero, M., & Alonso, S. (2021). Declaración PRISMA 2020: una guía actualizada para la publicación de revisiones sistemáticas. *Revista Española de Cardiología*, 74(9), 790–799. <https://doi.org/10.1016/J.RECESP.2021.06.016>

## ANEXOS

### Recursos pertinentes utilizados en el proceso de investigación.

#### RECURSOS HUMANOS

Nombre	Rol	Funciones/Responsabilidades
	Investigador principal	Conceptualización, recolección de datos, análisis formal, investigación, metodología, administración del proyecto, gestión de recursos, visualización, redacción del borrador, edición final.
	Coautor	Conceptualización, recolección de datos, análisis formal, investigación, metodología, administración del proyecto, gestión de recursos, visualización, redacción del borrador, edición final.
	Tutor/Director	Supervisión, validación

#### RECURSOS MATERIALES

Fuentes	Discriminación detallada de Recursos	Unidades que se Requieren	Valor de cada Unidad (USD)	Costo Total (USD)
Autofinanciado	Computadora	1	850	850,00
Autofinanciado	Impresora	1	250	250,00
Autofinanciado	Hoja A4	500	0,01	5,00
Autofinanciado	Impresiones	500	0,05	50,00
Autofinanciado	Internet (mensual)	6	25	150,00
Autofinanciado	Esferográficos	10	0,50	5,00
Autofinanciado	Transporte			100,00
Autofinanciado	Varios			50,00
TOTAL	--	--	USD	1510,00