



**UNIVERSIDAD ESTATAL PENÍNSULA DE SANTA ELENA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA**

**PARTO HUMANIZADO ASOCIADO A LAS CREENCIAS CULTURALES EN
EMBARAZADAS. CENTRO DE SALUD VENUS DE VALDIVIA 2018**

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO
DE LICENCIADAS EN ENFERMERÍA.**

AUTOR(ES)

**CLAVIJO LIMONES EVELYN BRIGETTE
TIGRERO PANIMBOZA DORIS NATALI**

TUTORA

Lic. GARCIA RUÍZ AIDA, MSc.

PERÍODO ACADÉMICO

2018

CERTIFICACIÓN GRAMATICAL Y ORTOGRÁFICA

Mgs. Patricia Jackeline Tenezaca Panchana, Catedrática de Lengua y Literatura, con domicilio ubicado en Salinas; por medio del presente tengo a bien **CERTIFICAR**: Que he revisado el Trabajo de Investigación elaborado por la Srta. **Evelyn Brigitte Clavijo Limones**, con C.I. # 2400145468 y Srta. **Doris Natali Tigrero Panimboza**, con C.I. # 0927088880; previo a la Obtención del Título de Licenciadas en Enfermería; cuyo tema es: **"PARTO HUMANIZADO ASOCIADO A LAS CREENCIAS CULTURALES EN EMBARAZADAS. CENTRO DE SALUD VENUS DE VALDIVIA 2018"**.

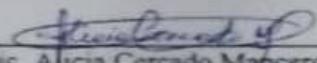
La tesis revisada ha sido escrita de acuerdo a las normas gramaticales y de sintaxis vigentes de la Lengua Española.


Mgs. Patricia J. Tenezaca Panchana
C.I. N° 0912958303
Registro N° 1006-04-528569
Cel N° 0987668831

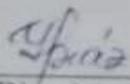
TRIBUNAL DE GRADO



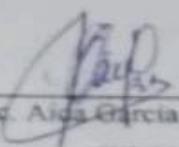
Econ. Carlos Sáenz Ozaetta, MSc.
**DECANO DE LA FACULTAD
DE CIENCIAS SOCIALES Y DE LA SALUD**



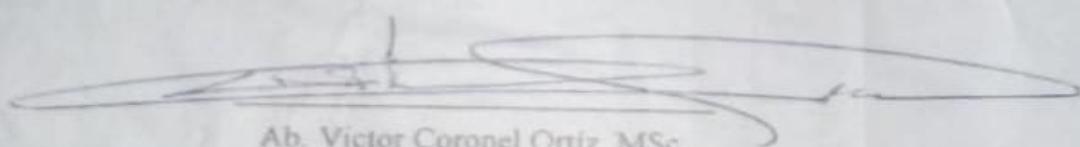
Lic. Alicia Cercado Mancero, MSc.
**DIRECTORA DE LA CARRERA
DE ENFERMERÍA**



Lic. Yanetsy Díaz Amador, MSc.
PROFESORA DE ÁREA



Lic. Aida García Ruiz, MSc.
TUTORA



Ab. Victor Coronel Ortiz, MSc.
SECRETARIO GENERAL

La Libertad, septiembre 2018

APROBACIÓN DE TUTOR

En mi calidad de Tutor/a del trabajo de investigación: Parto humanizado asociado a las creencias culturales en embarazadas. Centro de Salud Venus de Valdivia 2018, elaborado por las señoritas CLAVIJO LIMONES EVELYN BRIGETTE y TIGRERO PANIMBOZA DORIS NATALI estudiantes de la CARRERA DE ENFERMERÍA. FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DE LA SALUD. UNIVERSIDAD ESTATAL PENÍNSULA DE SANTA ELENA, previo a la obtención del Título de LICENCIADAS EN ENFERMERÍA, me permito declarar que luego de haber orientado, estudiado y revisado, APRUEBO en todas sus partes.

Atentamente.



Lic. García Ruiz Aida, MSc.

TUTORA

AGRADECIMIENTO

En la vida se nos presentan muchos obstáculos, pero con esfuerzo y dedicación se logra llegar a la meta. Agradecemos primeramente a nuestro Padre Celestial, DIOS, por habernos dado fortaleza durante el trayecto de nuestra carrera; a nuestros PADRES Y ESPOSOS, por ser los pilares fundamentales en nuestras vidas por tener la paciencia y comprensión hacia nosotras; a nuestros HIJOS que fueron nuestras inspiraciones para culminar con éxito esta etapa importante; a nuestros HERMANOS Y FAMILIARES, quienes con sus consejos nos alentaron a no rendirnos tan fácilmente.

A nuestros docentes que fueron quienes nos brindaron conocimientos en el transcurso de nuestra formación académica para esta hermosa profesión.

A todos ustedes GRACIAS.

Clavijo Limones Evelyn
Tigrero Panimboza Doris

DECLARACIÓN

El contenido del presente trabajo de graduación es de mi responsabilidad, el patrimonio intelectual del mismo pertenece a la universidad estatal Península de Santa Elena.



Clavijo Limones Evelyn Brigette

CI: 2400145468



Tigrero Panimboza Doris Natali

CI: 0927088880

ÍNDICE GENERAL

CERTIFICACIÓN GRAMATICAL Y ORTOGRÁFICA.....	ii
TRIBUNAL DE GRADO	¡Error! Marcador no definido.
APROBACIÓN DE TUTOR	¡Error! Marcador no definido.
AGRADECIMIENTO	v
DECLARACIÓN	¡Error! Marcador no definido.
ÍNDICE GENERAL.....	vii
INTRODUCCIÓN.....	1
1.Planteamiento del Problema.....	3
1.1.Descripción del Problema.....	3
1.2.Enunciado del Problema.....	5
1.3.Justificación.....	6
1.4.Objetivos.....	7
1.4.1.Objetivo General	7
1.4.2.Objetivos Específicos	7
1.5.Viabilidad y factibilidad	7
CAPÍTULO II.....	8
2.Marco Teórico	8
2.1.Marco Institucional.....	8
2.1.1.Marco legal.....	9
2.1.2.Organigrama	12
2.2.Marco Contextual	13
2.2.1.Antecedentes Investigativos	13
2.2.1.1.Fundamentación Científica.....	16
2.2.2.Fundamentación de Enfermería.....	36

2.2.3. Definición de términos utilizados en el desarrollo de la investigación	38
2.3. Hipótesis, Variables y Operacionalización.....	39
2.3.1. Hipótesis	39
2.3.2. Asociación empírica de variables.....	40
2.3.3. Operacionalización de variables.....	41
CAPÍTULO III	42
3. Diseño metodológico.....	42
3.1. Tipo de estudio	42
3.2. Universo y muestra.....	42
3.3. Técnicas e instrumento	42
3.4. Procesamiento de Información	43
CAPÍTULO IV	44
4.1. Análisis e interpretación de resultados	44
4.2. Conclusión.....	47
4.3. Recomendaciones	48
Bibliografía.....	49
Apéndices y Anexos	
Glosario	

INTRODUCCIÓN

Es parto humanizado o respetado es una forma de atender el proceso de parto en el cual se privilegia la voluntad de la mujer que va a dar a luz y se respetan sus tiempos fisiológicos personales, es decir, no se realizan intervenciones que varias veces suelen ser traumáticas para la embarazada, además varias mujeres optan por el parto litotómico, porque no conocen otro tipo o forma de dar a luz.

A través de los resultados obtenidos en la atención al parto, los conocimientos y los avances en las tecnología, se ha creó por el Ministerio de Salud Pública (MSP) guías y protocolos, para atender a la gestante durante el embarazo, trabajo de parto y el parto, además de crear condiciones necesarias en las instituciones de salud, así como la preparación del personal que ofrecen la atención a las gestantes para garantizar la atención al parto humanizado (AHP).

Sin embargo, se ha encontrado que para algunas embarazadas, la atención va más allá de ser humanizada y, en cambio, muchas experimentan maltratos, que puede ser causa de sentimientos de pérdida de la autonomía, soledad, incomprensión y percepción de peligro durante su trabajo de parto o al momento de este.

El parto humanizado se comenzó a realizar en hospitales a principios del siglo XX, esto se hizo con el fin de disminuir la mortalidad materno-fetal. La OMS (Organización Mundial de la Salud), desde 1985, manifiesta que cada mujer tiene la opción de elegir libremente qué posición quiera adoptar durante su parto. Es decir, que ellas deben elegir cómo, cuándo y dónde, sobre todo quien las acompañe durante su parto.

En este trabajo investigativo, se realizó la obtención de información indispensable con las pacientes obstétricas del Centro de Salud Venus de Valdivia, específicamente con embarazadas, cuyo universo fue de 97 mujeres en proceso de gestación, en lo que corresponde de este año, es decir, a partir del mes de enero a junio del 2018, con muestra de 40 gestantes pertenecientes al Centro de Salud.

Se procedió a la aplicación de encuestas para obtener resultado del tema planteado y se llegó a la conclusión que las embarazadas del Centro de Salud, en el 60 % saben acerca

del parto humanizado y el 40 % desconoce del tema es por eso que el presente estudio propone como objetivo general determinar los beneficios del parto humanizado y creencias culturales en embarazadas del Centro de Salud Venus de Valdivia 2018, obtener información acerca del conocimiento que tienen las embarazadas, sobre parto humanizado e identificar las diferentes costumbres y creencias culturales

CAPÍTULO I

1. Planteamiento del Problema

1.1 Descripción del Problema

(Según la OMS) se estima que en el mundo ocurren 140 millones de partos cada año, afortunadamente la mayoría de ellos ocurre sin ninguna complicación, tanto para las madres como para sus bebés. Sin embargo, en los últimos 20 años según datos estadísticos, se menciona aumento de intervenciones quirúrgicas, mismas que anteriormente sólo se realizaban para evitar o tratar complicaciones, así como el uso de oxitocina, cuya acción es acelerar el trabajo de parto, o el número de cesáreas, las que continúan subiendo en número día a día, a nivel mundial existen 830 mujeres que mueren por complicaciones durante el embarazo, trabajo de parto y parto.

La práctica de la episiotomía, que se realiza casi en el 100% de los partos de las primigestas, tanto en hospitales públicos como en clínicas privadas, por lo general es innecesaria. Quienes la practican ignoran por completo la evidencia científica de la OMS. Según una reciente publicación del Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP), la episiotomía se usa en 96% de los partos primerizos en Ecuador; 95% en Chile y Uruguay; 94% en República Dominicana, Perú y Brasil; 92% en Honduras; 91% en Paraguay; 90% en Bolivia; 86% en Nicaragua y Colombia; 85% en Argentina; 81% en Panamá; 72% en Belice, 69% en México y 41% en Bahamas. (LUTZ, 2007).

El parto humanizado se basa en procedimientos obstétricos que procuran evitar las rutinas asistenciales sistematizadas. Y en la posición específica de la mujer para parir, cada una asume libremente aquella que le resulte más eficaz, cómoda o placentera durante todo el trabajo de parto y el período expulsivo. Indudablemente las preferencias espontáneamente referidas por la mujer, serán a favor de las posiciones verticales, acuclilladas, semisentadas

o sentadas, de rodillas o de pie sostenidas por su pareja; con un fuerte rechazo a acostarse. (LAIS, 2006)

Recientemente la Organización Mundial de la Salud (OMS) se ha pronunciado nuevamente en relación a que la tasa de cesáreas debe estar entre un 10 o 15%. Se estima que las cesáreas afectan a gran cantidad de gestantes de bajo riesgo obstétrico, cuyo objetivo es experimentar un parto natural en el que los cuidados recibidos estén basados en la humanización, con el fin de hacer más personal el momento del nacimiento. De acuerdo con un estudio de la OMS (2005) la tasa de cesáreas en todo Chile alcanzó un promedio de 40 % durante el período 2000-2005, el nivel más alto del mundo. En Brasil, la tasa nacional llegó a más de 36 % durante el mismo período.

En Cuba, México, Uruguay y Argentina, el promedio fue de más de 23 por ciento. Según un creciente número de médicos y especialistas en salud pública, la elevada tasa de cesáreas en América Latina es una aberración causada por factores financieros, educativos y políticos que crean incentivos para la realización de operaciones innecesarias. Más aún, estos críticos señalan que estas intervenciones quirúrgicas no sólo drenan recursos necesarios para atender otros problemas de salud más urgentes, sino que exponen a las madres y a sus hijos a riesgos innecesarios.

En el año 2014, el número total de nacimientos registrados en Cataluña fue de 69.861, de los cuales un 28,8% fueron partos por cesárea, indicando elevación de la tasa de cesáreas practicadas en el año 2013, que se encontraba en un 27.4%. Concretamente, en el HUAV, los datos publicados por el instituto nacional de estadística de Cataluña, estiman una prevalencia de un 24.9%. Si comparamos los datos estadísticos publicados del año 2013 de los centros que se encuentran dentro de Sistema Nacional de Salud con los centros de carácter privado, podemos observar una gran diferencia en cuanto a la práctica de cesáreas, siendo extremadamente elevada en estos últimos, 37,5%, y algo más baja en los primeros, 23,1%. (LAIS, 2006).

Por tal razón se realizará el estudio a las embarazadas del Centro de Salud Venus de Valdivia para concientizarlas sobre los beneficios del parto humanizado y creencias culturales y de esta forma cumplir con la estrategia ESAMYN, implementada por el ministerio de salud pública para garantizar el bienestar de las usuarias embarazadas y el recién nacido pertenecientes a este centro de salud. Cabe recalcar que como futuras profesionales de salud debemos enfatizar en el cumplimiento de la misma garantizando la autonomía de cada paciente teniendo en cuenta sus culturas.

1.2 Enunciado del Problema

¿Cuáles son los beneficios del parto humanizado y cómo influyen las creencias culturales en las embarazadas que son atendidas en el Centro de Salud Venus de Valdivia?

Objeto de estudio: Parto humanizado y creencias culturales.

Campo de acción: Embarazadas.

1.3 Justificación

En los últimos años se habla mucho acerca del parto que la mujer tiene derecho a elegir, cómo, dónde y cuándo quieren parir, si desean acompañante o no, porque en ciertas ocasiones se realizan intervenciones que no suelen ser necesarias. Las mujeres que paren en lugares apropiados para tener un parto humanizado, tienen mejor conocimiento en la calidad y confianza en el servicio realizado, además de los beneficios y las diferentes creencias culturales que cada embarazada tiene, es por eso que se aplicó la encuesta para la obtención de la información que tienen las gestantes acerca del tema.

Así mismo, obtener información acerca del conocimiento que tienen las embarazadas, sobre los beneficios del parto humanizado e identificar las diferentes costumbres y creencias ancestrales. Cabe recalcar que cuando una mujer está en proceso de gestación tienen múltiples creencias populares en el cual sobre todo las gestantes primerizas, sienten temor a que suceda, algún acontecimiento tanto para ella como para el bebé, durante el proceso de gestación y el parto.

Aun sobre todo que se debe tomar en cuenta no solo la comodidad del personal, que está realizando el procedimiento, sino más bien el de la embarazada, ya que el parto no debe ser impuesto por los profesionales, que ejerzan esa práctica y mucho menos traumático para ellas, sino tener una sensación hermosa, cómoda, cumpliendo con la normativa de Establecimientos de Salud Amigos de la Madre y el Niño (ESAMyN), en el cual las mujeres embarazadas tienen el derecho a elegir cómo debe ser su parto y además de tener acompañamiento del familiar, con el que se sienta más segura y apoyada.

Es por eso que las embarazadas del Centro de Salud Venus de Valdivia, deben conocer la existencia de la Normativa de Establecimientos de Salud Amigos de la Madre y el Niño (ESAMyN) para que se concienticen, sobre los beneficios que aporta el parto humanizado, no solo para las pacientes sino también para los profesionales de salud, fundamentalmente para el personal de enfermería que tenemos la responsabilidad de velar por el bienestar de los pacientes, respetando su autonomía.

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo General

Determinar los beneficios del parto humanizado y creencias culturales en embarazadas del Centro de Salud Venus de Valdivia 2018

1.4.2 Objetivos Específicos

- Identificar el nivel de conocimiento de las embarazadas sobre los beneficios del parto humanizado.
- Identificar las diferentes creencias culturales de las embarazadas en el Centro de Salud Venus de Valdivia.
- Concientizar a las embarazadas sobre los beneficios del parto humanizado.

1.5 Viabilidad y factibilidad

VIABILIDAD: El estudio de investigación es viable, porque cuenta con los permisos correspondientes, para el acceso a la realización de diferentes actividades a desarrollar en las embarazadas objeto de estudio.

FACTIBILIDAD: Para su aplicación se contará con los recursos suficientes tanto económicos, técnicos y operativos, para la obtención de los datos necesarios para la realización de las actividades correspondientes, cumplir con los objetivos de la investigación.

CAPÍTULO II

2. Marco Teórico

2.1 Marco Institucional

El Centro de Salud Venus de Valdivia, se encuentra ubicado en La Libertad, situado en Av. Puerto Lucia y calle 8ava Frente al C.C. El Paseo Shopping. El 29 de agosto del 2011 se suscribe la escritura de compra y venta, donde el Ministerio de Salud Pública adquiere la ex Clínica Alcívar de la provincia de Santa Elena a la compañía PRIMENOVA S.A., se creó el primer Centro de Salud Tipo C de la Provincia y del País, dando beneficios a 35.973 habitantes del sector. Las actividades en esta Unidad de Salud se iniciaron el 01 de noviembre del 2012.

El Centro de Salud cuenta con la siguiente cartera de servicios:

- ✓ Medicina Familiar y/o General
- ✓ Odontología General
- ✓ Enfermería
- ✓ Obstetricia
- ✓ Psicología
- ✓ Emergencias
- ✓ Servicios de rehabilitación complementarias

Servicios de Promoción de la salud: Información, educación y consejería a todos los ciclos de vida, a través de acciones de promoción como: Ferias de la salud, conformación de clubes de diabéticos, hipertensos, embarazadas.

Servicios de prevención de problemas y enfermedades: Atención integral al individuo, familia y comunidad.

- ✓ Primer Nivel: Medicina Familiar y/o General, Odontología General, Obstetricia, Enfermería, Psicología, Emergencias, Servicio de Rehabilitación.
- ✓ Segundo Nivel: Clínica, Cirugía, Gineco – Obstetricia, Pediatría, Psicología, Emergencia, Imagenología: Rx, ecografía, Laboratorio clínico, Servicio de Rehabilitación.

Actualmente en el área de obstetricia, en lo que corresponde a partir de enero a junio 2018 se presta servicios a un total de 97 embarazadas, tanto multíparas como primigestas.

2.1.1 Marco legal

Considerando como sustento legal, importante en el tema investigativo tenemos:

Constitución de la República del Ecuador 2008

Art. 25.- Las personas tienen derecho a gozar de los beneficios y aplicaciones del progreso científico y de los saberes ancestrales.

Art. 57.- Se reconoce y garantizará a las comunas, comunidades, pueblos y nacionalidades Indígenas, de conformidad con la Constitución y con los pactos, convenios, declaraciones y demás instrumentos internacionales de derechos humanos, los siguientes derechos colectivos:

1. Mantener, desarrollar y fortalecer libremente su identidad, sentido de pertenencia, tradiciones ancestrales y formas de organización social.
2. No ser objeto de racismo y de ninguna forma de discriminación fundada en su origen, identidad étnica o cultural.

Art. 360.- El sistema garantizará, a través de las instituciones que lo conforman, la promoción de la salud, prevención y atención integral, familiar y comunitaria, con base en la atención primaria de salud; articulará los diferentes niveles de atención; y promoverá la complementariedad con las medicinas ancestrales y alternativas.

Art. 362.- La atención de salud como servicio público se prestará a través de las entidades estatales, privadas, autónomas, comunitarias y aquellas que ejerzan las medicinas ancestrales alternativas y complementarias. Los servicios de salud serán seguros, de calidad y calidez, y garantizarán el consentimiento informado, el acceso a la información y la confidencialidad de la información de los pacientes.

Art. 363.- El Estado será responsable de:

1. Formular políticas públicas que garanticen la promoción, prevención, curación, rehabilitación y atención integral en salud y fomentar prácticas saludables en los ámbitos familiar, laboral y comunitario.

4. Garantizar las prácticas de salud ancestral y alternativa mediante el reconocimiento, respeto y promoción del uso de sus conocimientos, medicinas e instrumentos.

6. Asegurar acciones y servicios de salud sexual y de salud reproductiva, y garantizar la salud integral y la vida de las mujeres, en especial durante el embarazo, parto y postparto. (Constitución 2008, 2011)

Plan Nacional de Desarrollo 2017-2021-Toda una Vida

Objetivo 1: Garantizar una vida digna con iguales oportunidades para todas las personas. En la provisión de servicio de salud, es de vital importancia adoptar un enfoque de equidad territorial y pertinencia cultural a través de un ordenamiento del territorio que asegure a todas las mismas condiciones de acceso, sin discriminación ni distinción de ninguna clase. El derecho a la salud debe orientarse de manera especial hacia grupos de atención prioritaria y vulnerable, con énfasis en la primera infancia y con enfoque en la familia como grupo fundamental de la sociedad, en su diversidad y sin ningún tipo de discriminación.

Se incluye el derecho a la salud sexual y reproductiva, que permite el ejercicio de la libertad individual, basada en la toma de decisiones responsables, libres de violencia o discriminación, y el respeto al cuerpo, a la salud sexual y reproductiva individual (Consejo Económico Social de Naciones Unidas, 2016). Cabe resaltar que una educación sexual, reproductiva y de planificación familiar libre de prejuicios, permitiría la consecución del derecho a la libertad individual y garantizará la salud sexual y reproductiva.

Objetivo 2: Afirmar la interculturalidad y plurinacionalidad, revalorizando las identidades diversas

La Constitución (CE) manifiesta de manera expresa que: “las personas tienen derecho a construir y mantener su propia identidad cultural, a decidir sobre su pertenencia a una o varias comunidades culturales y a expresar dichas elecciones; a la libertad estética; a conocer la memoria histórica de sus culturas y a acceder a su patrimonio cultural; a difundir sus propias expresiones culturales y tener acceso a expresiones culturales diversas” (CE, 2008, art. 21).

Políticas

2.2 Garantizar la interculturalidad y la plurinacionalidad en la gestión pública, para facilitar el goce efectivo de los derechos colectivos de los pueblos y nacionalidades.

2.3 Promover el rescate, reconocimiento y protección del patrimonio cultural tangible e intangible, saberes ancestrales, cosmovisiones y dinámicas culturales.

Plan Nacional del Buen Vivir

Objetivo 3: Mejorar la calidad de vida de la población

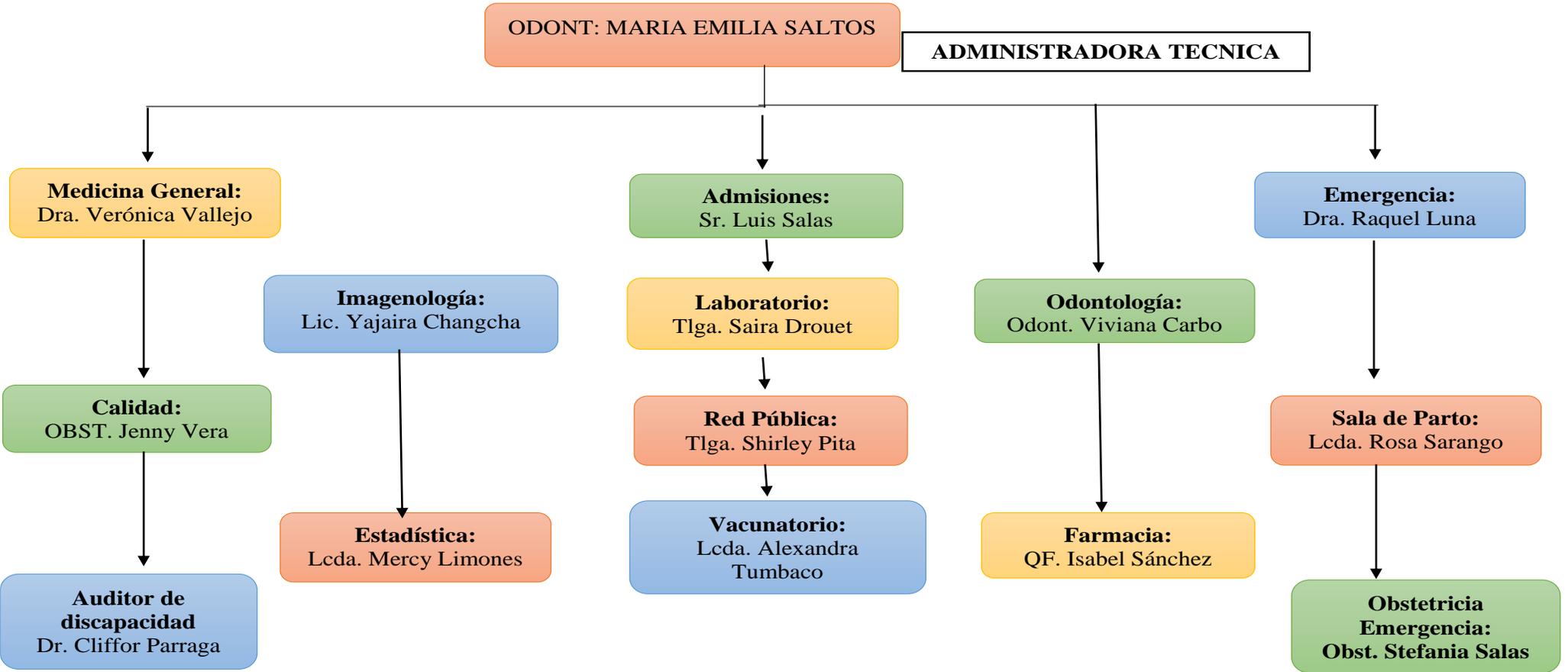
Mejorar la calidad de vida de la población es un reto amplio que demanda la consolidación de los logros alcanzados en los últimos seis años y medio, mediante el fortalecimiento de políticas intersectoriales y la consolidación del Sistema Nacional de Inclusión y Equidad Social.

Políticas y lineamientos estratégicos

3.2. Ampliar los servicios de prevención y promoción de la salud para mejorar las condiciones y los hábitos de vida de las personas (Plan Nacional del Buen Vivir 2013-2017, 2013)

2.1.2 Organigrama

Organigrama Estructural del Centro de Salud Tipo C Venus de Valdivia



Fuente: Centro de Salud Venus de Valdivia **Elaborado por:** Clavijo Limones Evelyn Brigitte- Tigrero Panimboza Doris

2.2 Marco Contextual

2.2.1 Antecedentes Investigativos

El parto humanizado respeta los derechos tanto de las embarazadas, como los de sus bebés. Según Flores Mercado y Olivares Martos (Perú) en el año 2011 mediante la investigación llegaron a la conclusión que el acompañamiento del trabajo de parto realizado por personas capacitadas tiene un inicio espontáneo del trabajo de parto, un menor uso de oxitócicos, menor uso de analgésicos, una menor duración del trabajo de parto, menor uso de episiotomía y una menor ocurrencia de desgarros en comparación a aquellas sin acompañante y acompañante informado.

Estos autores manifiestan que las embarazadas le resulta un trabajo de parto factible si presenta acompañamiento, durante el proceso de parto y previene intervenciones debido a la seguridad que sienten las gestantes en labor de parto. Además, que mediante capacitaciones ellas ya tienen conocimientos acerca del parto humanizado.

Según Araoz Santa Cruz R. (Bolivia) en el año 2007 realizó un estudio titulado “Parto Natural Humanizado” donde encontró que el contacto físico como frotarle la espalda a la madre, sostenerle las manos, explicarle que sucede durante el parto y brindarle una constante presencia amistosa, ha demostrado que este apoyo reconfortante constante de un proveedor de salud reduce significativamente la ansiedad y el sentimiento de haber tenido un parto complicado.

Es importante lo que manifiestan estos autores acerca del parto humanizado, ya que, mediante el contacto físico del acompañante, las gestantes se sienten seguras y hacen que este momento sea placentero, además de reducir complicaciones que se pueden presentar durante el proceso del parto.

Según Verónica Villa y Gloria Vinuesa. (Quito) 2012, en su trabajo de investigación manifiestan ,que la atención humanizada del parto y nacimiento, tiene como principio una visión donde la mujer es la protagonista de su labor de parto y parto; lo que implica de hecho,

el respeto a sus tradiciones, lenguaje y otros factores de su cultura; la etnicidad y la cultura juegan un papel fundamental tanto en la manera en la que una mujer percibe, expresa y experimenta el dolor en el parto, como en la forma de relacionarse con su cuerpo y sexualidad.

Para tener una atención humanizada es importante el respeto de conocer y comprender la cultura y cosmovisión de la población que acude a los servicios médicos, en este caso las embarazadas, pues la atención intercultural implica el reconocimiento y respeto de las diferencias.

En la Normativa Sanitaria para la Certificación como Amigos de la Madre y del Niño a los establecimientos de salud del Sistema Nacional de Salud que atiendan partos y se extiende la cobertura de esta estrategia, aplicándose a hospitales y centros de salud de la Red Pública y Complementaria (privada, Fuerzas Armadas y Policía). Esta Estrategia llamada ESAMyN (Establecimientos de Salud Amigos de la Madre y del Niño). Consta de tres componentes en los cuales hacen mención a:

GENERAL:

1. Capacitar y dar a conocer el contenido de esta normativa en el establecimiento de salud.

PRENATAL:

2. Cumplir con las sesiones de Educación prenatal a las embarazadas.
3. Captar y controlar a las madres embarazadas y asegurar el tratamiento a mujeres en riesgo.
4. Garantizar la prueba de VIH y sífilis, así como su tratamiento.
5. Articularse con agentes de la medicina ancestral para el cuidado antes, durante y después del parto. (MSP, 2017)

PARTO Y POSPARTO:

6. Permitir el acompañamiento por una persona de elección de la madre.
7. Garantizar un ambiente acogedor y el respeto por prácticas ancestrales.
8. Asistir a la madre para que se movilice y asuma la posición a su elección.
9. Proporcionar métodos no farmacológicos para el alivio del dolor.
10. Evitar procedimientos invasivos y cesáreas innecesarias.
11. Garantizar la aplicación de prácticas integrales a la atención del parto: pinzamiento oportuno, apego inmediato y lactancia en la primera hora.
12. Realizar los procedimientos médicos al RN frente a la madre.
13. Identificar posibles riesgos y manejar complicaciones que amenazan la vida de madre y bebé.
14. Permitir el contacto con bebés que requieran internación e informar sobre su evolución.
15. Al alta: asesorar y garantizar métodos de planificación familiar, informar sobre signos de alarma y conceder la cita del primer control para madre y bebé.

Para las mujeres embarazadas del Centro de Salud Venus de Valdivia el tema sobre el parto humanizado y sus beneficios debe ser muy importantes en la cual comprende un compromiso fuerte para la seguridad de la mujer, feto y luego el recién nacido.

Las madres de las mujeres embarazadas también juegan un rol importante en esta etapa, deben estar pendientes para identificar cualquier riesgo de complicación. En la península de Santa Elena, existen las parteras como un grupo identificable, sino que idealmente todos, hombres y mujeres, deberían tener conocimiento cómo manejar el embarazo, parto y post parto según el rol que le corresponde.

Además de las diferentes culturas y tradiciones, se ha adoptado algunas prácticas del parto humanizado, como el uso de música y pelotas de relajación como opciones. El parto tradicional humanizado aumenta el control de la mujer sobre su cuerpo y respeta las formas

individuales de cada mujer embarazada, sea mestiza o indígena. El principio del parto tradicional no litotómico es un trato respetuoso que combina los principios del parto humanizado dentro de un contexto local de interculturalidad.

2.2.1.1 Fundamentación Científica

Parto humanizado

El parto humanizado o parto respetado es un modo de atender el proceso de parto en el cual se privilegia la voluntad de la mujer que va a dar a luz respetando su autonomía sin necesidad de realizar intervenciones que muchas veces suelen ser traumáticas para la embarazada, muchas mujeres optan por el parto litotómico, porque no conocen otro tipo o forma de dar a luz. Incluye todo el proceso desde el embarazo hasta el puerperio tardío (no solo el parto), y además da un peso muy importante al impacto que tiene esta atención en la/el recién nacido/a y su desarrollo futuro respetando su autonomía la fisiología del parto y los aspectos socioculturales de la gestante.

Factores culturales que intervienen en el parto humanizado

En el momento de elegir la posición del parto, en muchas ocasiones se ha encontrado que existen diversos factores que intervienen en la posición del parto, uno de esos factores son las culturales de las embarazadas, ya que en algunos países con diversas culturas restringen algunas posiciones en el momento del parto, por ejemplo, en Asia, África o América, se opta por la posición en cuclillas, y otros países utilizan la posición común que es la posición horizontal.

Plan de parto

Un plan de parto y nacimiento es un documento escrito, que la mujer embarazada utiliza para manifestar sus deseos y expectativas en relación al desarrollo de estos acontecimientos. El mismo debe servir de orientación al equipo de profesionales responsables de su atención durante la estancia en el hospital. Si bien puede elaborarse en

cualquier momento de la gestación, es aconsejable hacerlo entre las semanas 28 y 32. (Consejería de Salud, 2009)

Espacio físico y confort:

La oferta en cuanto a tipos de salas de parto, equipamiento no convencional, confortabilidad, habitaciones individuales, etc., no son homogéneas en todos los hospitales. Si tiene oportunidad de visitar el centro donde acudirá para su parto infórmese al respecto y piense si tiene alguna preferencia o quiere hacer alguna indicación.

Intimidad

Para la protección del derecho a la intimidad, sólo estarán presentes en el parto las personas necesarias, que se presentarán e identificarán para su conocimiento. Hay hospitales que tienen profesionales en formación con capacidad asistencial que actuarán siempre bajo la supervisión necesaria, con su conocimiento y autorización. En caso de presencia o participación de otras personas se solicitará su consentimiento con antelación.

Información y toma de decisiones

De acuerdo a sus derechos recibirá información sobre la evolución del parto y participará en las decisiones sobre el mismo, tras ser informada de las diferentes alternativas. En los casos previstos por la ley el consentimiento informado se otorgará por escrito.

En caso de discapacidad se facilitará:

La presencia de intérprete de lenguaje de signos (discapacidad auditiva).

El acceso a información en formato braille (discapacidad visual)

Personal asistencial

En la medida de lo posible será atendida por el mismo personal durante todo el proceso. No obstante, esto se verá condicionado por la disponibilidad en cada momento.

Enema antes del parto

La administración de enemas se realiza para facilitar la evacuación de heces. En general, no son necesarios antes del parto. En caso de estar indicado, se informará porqué y se solicitará su consentimiento.

Rasurado antes del parto

El rasurado del vello genital no es necesario antes del parto. En caso de episiotomía o desgarro puede estar indicado, en ese momento, su realización en la zona del periné, para facilitar la sutura.

Líquidos durante la dilatación

En general, no hay razones que impidan beber agua o zumos durante la dilatación. Si no es posible por alguna circunstancia será informada del motivo. Puede, por tanto, si lo desea, pedir alguna bebida al personal sanitario que actuará según el caso.

Monitorización fetal

Durante el parto se debe controlar el estado del bebé. Esto se hace de forma tradicional escuchando los latidos del corazón. Actualmente se dispone de aparatos que permiten realizar esta vigilancia de forma más precisa y continua en caso necesario. En un parto normal no será necesario estar conectada permanentemente a un monitor, lo que permitirá mayor libertad de movimiento. En caso emplear anestesia epidural será necesario un control más continuado.

Administración de medicamentos para acelerar el parto

No es aconsejable la administración rutinaria de medicamentos (oxitocina) para acelerar el parto salvo que exista una indicación médica para ello. En caso necesario se le informará del motivo y se solicitará su consentimiento.

Canalización de vía venosa

La canalización de una vía venosa no es imprescindible en los cuidados de un parto normal. No obstante, se puede poner sin estar conectada a un sistema de goteo, lo que permite

la movilidad y facilita la administración de medicamentos si fuera necesario. Es la práctica más utilizada. En cualquier caso, si no desea que se le coloque, puede hacerlo constar.

Tactos vaginales

En todos los casos se deben realizar los tactos vaginales mínimos necesarios para evaluar la evolución del parto por el personal responsable del mismo. En caso de que otro profesional, por razones de consulta o formación, los realice, se le informará y solicitará su autorización con anterioridad.

Sondaje vesical

No es preciso realizar sondaje vesical durante un parto normal. En caso de ser necesario, le informarán de las causas, así como del procedimiento y solicitarán su consentimiento.

Rotura de la bolsa

En general la bolsa que envuelve al bebé se rompe espontáneamente y no es necesario hacerlo antes del parto. Pero existen situaciones clínicas en que está indicado. Si es así, le informarán de los motivos y se solicitará su consentimiento.

Episiotomía

La episiotomía es un corte que se realiza en el periné para facilitar la salida del bebé en algunas situaciones. Actualmente no se considera adecuado realizarla de forma rutinaria ya que puede tener complicaciones y efectos negativos. Si fuera necesaria le informarán y solicitarán su consentimiento.

Pujos

El esfuerzo de empujar durante la expulsión del bebé se llama pujo. En un parto normal se debe realizar cuando la mujer siente la necesidad de hacerlo y la dilatación es completa. Empujar en otros momentos y/o de forma continuada no es necesario ni beneficioso, salvo en situaciones como la anestesia epidural que produce una disminución de la sensibilidad y del deseo de pujo.

Corte del cordón umbilical

El cordón umbilical se corta cuando ya ha dejado de latir, salvo que exista alguna circunstancia justificada que haga necesario realizarlo antes. Si va a donar de sangre del cordón, se seguirá el protocolo establecido para ello, del que se le habrá informado durante su embarazo antes de autorizar la donación. Opciones: Corte del cordón por la pareja. Si usted lo desea, su pareja o acompañante pueden cortar el cordón. Siempre por indicación del personal sanitario y si las circunstancias lo permiten

Tratamiento y manejo del dolor

El manejo del dolor durante el parto y las posibilidades de tratamiento son muy diversas. Durante su estancia se cuidarán aspectos como la intimidad, ambiente tranquilo, movilidad, relajación y otros que contribuyen a una disminución de la percepción del dolor. Pida información al personal que sigue su embarazo e infórmese de las alternativas disponibles en su hospital antes de tomar decisiones.

Otras condiciones sobre el desarrollo del parto

Hay diversas posturas para el parto (acostada, de pie, en cuclillas, etc.) y varios posibles lugares en los que llevarlo a cabo (mesa de paritorio, cama, silla de parto vertical, etc.). En la actualidad no está demostrado cual es la postura o el lugar más adecuado para facilitar el parto. La elección depende de cada mujer y de sus necesidades o deseos en cada fase del mismo. Aunque ello puede verse condicionado por la evolución normal o no del parto y por los medios disponibles en cada hospital.

Movilidad durante el parto

La restricción de la libertad de movimientos durante el parto no es una práctica aconsejada, por lo que es recomendable que cada mujer elija lo que precise en cada momento. En caso necesario el personal sanitario le indicará lo más conveniente

Uso de material de apoyo para el parto

Dependiendo de la disponibilidad de cada centro usted podrá usar, de la forma en que le indique el/la profesional que le atienda, elementos tales como pelotas, espejos, cuerdas, cojines, etc.

Uso de bañera / ducha durante la dilatación

La inmersión en agua durante la dilatación reduce la percepción del dolor y disminuye la necesidad de medicamentos analgésicos en las mujeres que desean realizarla. En caso de disponibilidad en su centro, puede solicitar el uso de bañera o ducha durante el parto en la forma que le indique el personal que le atiende y siempre que la evolución del parto lo permita.

Participación activa de la pareja

Si lo desea, y la evolución del parto así lo permite, su pareja podrá participar en todo el proceso de acuerdo a las indicaciones del personal que le atiende.

Recién nacido

Contacto inmediato piel con piel tras el nacimiento

El contacto piel con piel inmediato tras el parto es una práctica beneficiosa tanto para el recién nacido como para la madre. En general se debe colocar al bebé en contacto directo con su madre, al menos las dos primeras horas de vida o durante el tiempo que ella desee. En caso de no ser posible se le explicará el motivo.

Inicio inmediato de la lactancia

En caso de haber optado por dar lactancia materna a su bebé, el inicio inmediato tras el parto es la mejor opción. Así se realizará si es su deseo y siempre que la situación tanto de la madre como del recién nacido lo permitan.

Atención inicial del recién nacido

Las actuaciones no urgentes (peso, talla y otros cuidados o tratamientos) en el recién nacido se pueden aplazar para permitir el mantenimiento del contacto madre/hijo - hija.

Aspiración de secreciones tras el nacimiento

La aspiración de secreciones de forma rutinaria tras el nacimiento en el recién nacido sano no es una práctica aconsejable. En caso de ser necesaria se le informará sobre las circunstancias que la motivaron.

Sondajes

La realización de sondajes tras el nacimiento de un bebé sin problemas no es una práctica aconsejada. En caso de ser necesario se le informará sobre las circunstancias que lo motivaron.

Administración de medicamentos preventivos y vacunación tras el nacimiento

Tras el nacimiento, las autoridades sanitarias y organizaciones científicas recomiendan la administración a todos los recién nacidos de:

Colirio o pomada antibiótica oftálmica, en una sola dosis, ya que previene infecciones oculares severas. No obstante, es aconsejable retrasar su aplicación en las primeras dos horas de vida para facilitar el contacto visual del bebé con su madre. Vacuna de Hepatitis B (1ª dosis). Se administra vía intramuscular. Puede hacerse tras permitir el establecimiento del vínculo madre – recién nacido y el inicio de la lactancia. Para su realización no es conveniente la separación.

Vitamina K para la prevención de hemorragias. El método de administración más frecuente y aconsejada es la vía intramuscular. Al igual que la vacunación puede demorarse y hacerse manteniendo el contacto piel con piel. (Consejería de Salud, 2009)

Diferentes posiciones del parto humanizado:

Cuando la mujer opta en la diferente posición sea:

- ✓ Vertical el útero se desplaza hacia delante y se aleja de la columna vertebral y los vasos pélvicos de la madre.
- ✓ Horizontal (curva en forma de S) se simplifica en forma de C en la posición vertical permitiendo que la parte superior del tronco materno ejerza presión sobre el fondo uterino.
- ✓ Supina o de pie, se reduce la curvatura lumbar, con lo que el feto tiene una vía más directa a través del canal del parto.
- ✓ Erguida o inclinada, el peso descansa en las tuberosidades isquiáticas.
- ✓ De litotomía modificada, el peso descansa sobre el sacro y el cóccix y restringe el movimiento posterior del sacro.

- ✓ Posición cuadrupedia, favorece a algunas mujeres que experimentan el dolor en la parte baja de la espalda.

Ventaja del parto natural o vertical

Tiene muchas ventajas, ya que el cuerpo de la madre trabaja solo, sin ayuda de maniobras realizadas en el abdomen de la madre en el momento de la expulsión lo que se realiza continuamente en el parto horizontal, lo que puede producir traumatismos al bebé.

Posiciones del parto humanizado:

Posición supina, litotomía, posición ginecológica.

La posición de litotomía, se denomina comúnmente posición ginecológica o posición supina. La mujer embarazada se coloca en una cama o camilla, tumbada sobre su espalda, en una postura horizontal. Sus piernas se colocan en flexión y abiertas en abducción, apoyadas sobre las perneras de la cama o camilla. No fue una posición de las más utilizadas en la antigüedad, sin embargo, se ha introducido a nuestros días. La mayoría de mujeres dan a luz en esta posición, a pesar de que no tiene evidencia científica. (Esbrí, Las diferentes posturas en el parto., 2013)

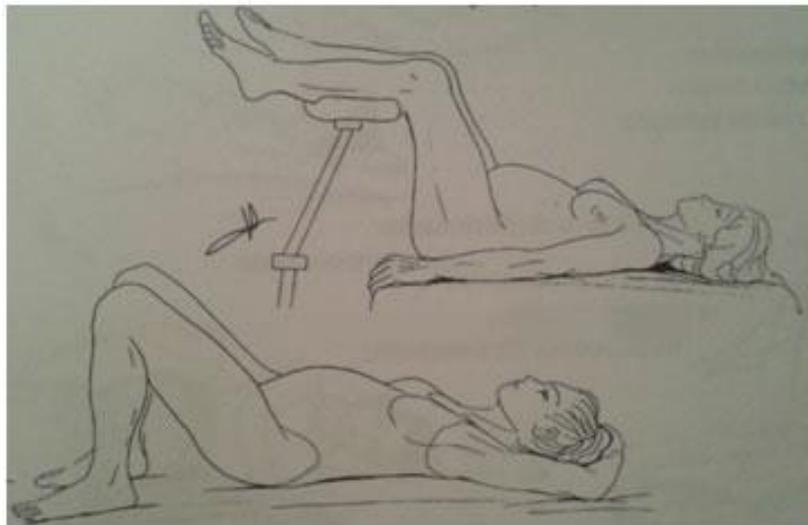


Figura: 1 Posición supina, litotomía, posición ginecológica
Fuente: (Esbrí, Las diferentes posturas en el parto., 2013)

Beneficios de posición supina, litotomía, posición ginecológica.

- ✓ La posición de las piernas en máxima flexión favorece el aumento del diámetro pelviano, y de esta manera, facilita la salida del feto al exterior.
- ✓ Disminuye la cantidad de sangre que se pierde durante el parto, y en el postparto.
- ✓ Es posición cómoda para los profesionales del equipo obstétrico, ya que tienen buen acceso al periné de la madre y monitorizan mejor al feto, de manera que controlan mejor el buen desarrollo del parto.
- ✓ Como la madre se coloca de forma horizontal, son beneficiosas para descansar.
- ✓ Son bien aceptadas porque la madre puede ver su periné y al bebé, lo que resulta beneficioso y positivo para su participación activa en el proceso del parto.
- ✓ Sin diferencias significativas.

Desventajas Posición supina, litotomía, posición ginecológica.

- ✓ Se encuentra un aumento de tasa de episiotomías y demás ayudas instrumentales.
- ✓ Se enlentece el parto ya que la posición no facilita el encajamiento del feto, se restringe el movimiento, y la madre está muy cansada y con mucho dolor.
- ✓ Afecta negativamente al estado anímico de la madre por el dolor, el cansancio, y porque resulta incómoda, ya que no se puede mover fácilmente y no puede participar activamente en el parto.
- ✓ Las contracciones maternas en esta posición son menos intensas, y menos efectivas
- ✓ Produce más dolor, ya que, como el feto no se encaja fácilmente, se produce una tensión en los ligamentos sacro ilíacos, por lo que la madre necesitará más analgesia.
- ✓ Afecta a la lactancia.
- ✓ La posición hace que se compriman la arteria aorta y vena cava por el peso del útero y del feto, provocando:
 - ✓ En el feto: una insuficiencia útero-placentaria, falta de oxigenación fetal, déficit nutricional y disminución del pH de la arteria umbilical.
 - ✓ En la madre, causa una disminución del retorno venoso de la sangre que lleva dirección hacia el corazón, lo cual, le causa edemas en los miembros inferiores.

Posición de Cuclillas

En esta posición la mujer se agacha hacia el suelo manteniendo la columna vertical y solo apoya los pies en el suelo, no hay ningún apoyo en la pelvis. Las piernas están flexionadas y en abducción. La mujer parturienta puede mantener por sí misma la posición, o bien puede haber una persona que la sujete para ayudar en el parto, ya que resulta una posición muy difícil de mantener, por el equilibrio o bien por la flexión máxima de rodillas (que interfiere en la circulación sanguínea) Si la madre se nota cansada, sería beneficioso cambiar a otra posición, o adoptar variaciones, que la madre se apoye delante, o detrás, elevar talones, etc.



Figura: 2 Posición de cuclillas
Fuente: (Domingo, 2011)

Beneficios de Posición de Cuclillas

- ✓ El componente de abducción de cadera, actúa aumentando la dimensión de la pelvis.
- ✓ Esta posición tiene una estimación de un 42% de perinés intactos, un 7% menos de fórceps y una reducción del tiempo del parto, un promedio de 15 minutos.
- ✓ El expulsivo resulta más fácil, por lo que estará indicada en partos con complicaciones.
- ✓ Para partos sin complicaciones, resulta muy beneficiosa ya que es necesaria menos oxitócina y menos instrumental para el expulsivo

Desventajas de Posición de Cucullas

El profesional que asista al parto, debe ser conocedor de la técnica que requiere esta posición porque si no podría resultar peligroso para la evolución del parto.

Posición de pie

En esta posición la madre se coloca de pie con las piernas ligeramente separadas y en flexión de rodillas. La madre puede realizar las variaciones que necesite para su comodidad; rotaciones de MI, inclinaciones del tronco hacia delante o hacia atrás, etc.



Figura: 3 Posición de pie
Fuente: (Domingo, 2011)

Beneficios de Posición de pie

- ✓ Como no hay apoyo hay completo movimiento y libertad pelviana de manera que supone una de las posturas que más facilita la colocación del feto.

Desventajas de Posición de pie

- ✓ Supone una posición difícil para la madre, y no resulta cómoda para mantenerla durante el parto completo.

Posición Decúbito Lateral Izquierdo, posición de Sims

La posición de decúbito lateral (DL), también denominada posición de Sims o posición “a la inglesa”, se adopta colocando a la madre sobre un lado, de manera que solo contacte con la camilla o la cama, un solo hemicuerpo. Se va a hacer una distinción entre DL derecho y el DL izquierdo, ya que la evidencia muestra efectos diferentes.

Por tanto, en el decúbito lateral izquierdo (DLI), la parturienta se colocará apoyando su lado izquierdo, y la pierna que queda superior (pierna derecha) reposará, en posición de abducción, sobre una pernera.



Figura: 4 Posición decúbito lateral izquierdo
Fuente: (Domingo, 2011)

Beneficios de posición Decúbito Lateral Izquierdo, posición “a la inglesa”, posición de Sims

- ✓ Fácil de adoptar.
- ✓ A la madre le resulta una posición cómoda.
- ✓ Muy cómoda para los profesionales obstétricos ya que tienen un buen y directo acceso al periné materno
- ✓ Una posición ideal para realizar otras técnicas como por ejemplo el masaje
- ✓ Más tasas de perinés intactos que en la posición supina.
- ✓ La compresión de la vena cava y aorta no se produce en esta posición.
- ✓ Contracciones son más intensas, más eficaces, por tanto, serán necesarios menos pujos que en posición supina.

- ✓ El dolor percibido es menos intenso, y, por tanto, existe menos necesidad de analgesia.
- ✓ El feto se encajará con más rapidez.

Desventajas de posición Decúbito Lateral Izquierdo, posición “a la inglesa”, posición de Sims

- ✓ Existe una reducción del número de episiotomías disminuye la estimulación o asistencia del parto en esta posición.

Decúbito lateral derecho

Se ha encontrado en la evidencia una distinción entre el DL derecho e izquierdo. Algunos autores que se van a nombrar a continuación, manifiestan que los beneficios y desventajas entre una posición y otra son distintos. Por ello, se va a mostrar seguidamente, los motivos de esta diferenciación.

La postura de decúbito lateral derecho (DLD) en sí, es la misma, aunque el apoyo se realiza en el lado contrario que en la anterior.



Figura: 5 Posición decúbito lateral derecho
Fuente: (Esbrí, Las diferentes posturas en el parto., 2013)

Desventajas de posición Decúbito lateral derecho

- ✓ La posición hace que se compriman la arteria aorta y vena cava por el peso del útero y del feto, de la misma manera que ocurre en la posición supina, provocando:
- ✓ En el feto: una insuficiencia útero-placentaria falta de oxigenación fetal, déficit nutricional y descenderá el pH de la arteria umbilical.
- ✓ En la madre, causa una disminución del retorno venoso de la sangre que lleva dirección hacia el corazón, lo cual, le causa edemas en los miembros inferiores.

Vertical

Existen distintas posiciones en las que el cuerpo de la madre se encuentra en la posición a favor de la gravedad, es decir, vertical, y se engloban en el conjunto de “posiciones verticales” para enumerar los beneficios comunes. Tras esta descripción, se detallarán dentro de los subtipos, los ítems propios de cada posición en concreto.

Beneficios de posición Vertical

- ✓ Disminuye el trauma perineal. Incluso se ha incluido la práctica de esta posición durante el parto para disminuir el daño en el SP.
- ✓ La compresión aorta y cava es mucho menor, por lo que el feto tiene menos alteraciones de la frecuencia cardíaca verticales y un mejor resultado ácido-base.
- ✓ Existe menor porcentaje de puntuaciones de Apgar inferiores a tras el parto.
- ✓ La intervención es más segura.
- ✓ Menor porcentaje de asistencia al parto y de la utilización de instrumental.
- ✓ Reducción de la episiotomía.
- ✓ Menor uso de oxitocina.
- ✓ Hay menos porcentajes de cesárea si se compara con la posición reclinada.
- ✓ Aumento de oxigenación en el feto.
- ✓ Al realizarse en dirección de la gravedad, a la madre le resulta más sencillo llevar a cabo las contracciones y resultan más eficaces, por lo que se reduce la frecuencia de las contracciones en un porcentaje alto de mujeres.

- ✓ El dolor percibido disminuye durante el parto por lo que, la madre, necesita menos analgesia.
- ✓ Las madres están satisfechas con la posición porque les resulta muy cómoda y no tenían tanto dolor.
- ✓ Disminución de las infecciones.

Desventajas de posición Vertical

- ✓ Si el profesional que asiste el parto no tiene conocimientos sobre la postura puede llevar acarrear complicaciones.
- ✓ Mayores pérdidas de sangre que en la posición supina por un aumento de presión en las venas de la zona del periné.
- ✓ Necesaria la ayuda de una persona, para sujetar a la madre, sobretodo en posiciones en cuclillas o de pie.
- ✓ Se incrementan los desgarros en los genitales femeninos existe más riesgo de desgarros más importantes (2° grado) y, en cuanto a desgarros de gravedad (3° grado y 4° grado), algunos autores interpretan que hay más riesgo de desgarros de 3° grado.

Sentada: en sillas de parto

En esta posición la madre está sentada en una silla de partos, colocada sentada sobre la superficie de la silla, con las piernas abiertas. El apoyo es únicamente en los muslos, aunque se puede apoyar sobre alguna superficie colocada detrás, a modo de respaldo, o bien, reclinada sobre una persona que haga de ayudante en el parto.



Figura:6 Posición sentada
Fuente: (Domingo, 2011)

Beneficios de posición Sentada: en sillas de parto, “birthing chairs”

- ✓ Las dimensiones de la pelvis, llegando a dilatarse el espacio pélvico hasta un 28%.
- ✓ Con el uso de pelotas de parto se han encontrado mejoras para disminuir el dolor y las episiotomías.
- ✓ El equipo obstétrico tiene muy buen acceso al periné.

Desventajas de posición Sentada: en sillas de parto, “birthing chairs”

- ✓ Si colocamos alguna superficie dura bajo la pelvis de la madre, la pelvis ya no estará libre y no se podrá abrir libremente para albergar al feto en su paso al exterior.
- ✓ No es una posición que resulte cómoda a las madres, porque la deben mantener de forma activa y les produce más cansancio.

Cuadrupedia:

La mujer que adopta esta posición en su parto, se encuentra sobre una cama o camilla apoyando rodillas y manos, a lo ancho de las caderas y separadas ligeramente. Los codos pueden estar extendidos o se pueden apoyar.



Figura: 7 Posición cuadrupedia
Fuente: (Domingo, 2011)

Beneficios de posición Cuadrupedia

- ✓ Disminución del traumatismo que sufre el SP porque la gravedad aleja el peso del feto del y disminuye la presión en el SP.
- ✓ En el caso de presentaciones fetales posterior, (es decir, el feto mira hacia la parte posterior de la madre, hacia la espalda) adoptando una postura en cuadrupedia mantenida unos 10min, hacen que esa posición fetal anormal desaparezca.
- ✓ Favorece el descenso fetal.
- ✓ Las mujeres presentan menos dolor lumbar y también en el postparto en los tres primeros días.
- ✓ Las madres describieron como la posición más cómoda para el parto y la percepción fue de un expulsivo más corto (a pesar de que no hubo diferencias reales).

Desventajas de posición de Cuadrupedia “hands and knees”, “all-fours”

- ✓ El profesional que asista el parto debe tener experiencia en este tipo de parto, por la dificultad de la posición y porque es difícil oír el latido cardíaco fetal.

Posición Sostenida de una Sábana.

El favorecido es el feto, quien ayudado por la fuerza de la gravedad avanza por el canal de parto suave y calmadamente. (Ministerio de Salud Publica de Guatemala, 2011)

Clasificación del parto

Parto espontáneo. - Es aquel de comienzo espontáneo, El niño o niña nace espontáneamente en posición cefálica entre las semanas 37 a 40. Parto inducido: parto mediante el inicio artificial de las contracciones uterinas para producir borramiento y dilatación cervical mediante el uso externo de medicamentos (MSP, 2017)

- ✓ Parto inmaduro: se presenta entre las 20 a las 28 semanas de gestación.
- ✓ Parto pre término o prematuro.- se presenta entre las 28 y las 36 semanas.
- ✓ Parto pos término.- es el que se presenta entre las 37 y 42 semanas.

En mujeres primigestas, el embarazo y el nacimiento del niño/a pueden generar muchos temores, dudas e inseguridades, condiciones que el personal de salud debe de

abordar, con el fin de procurar el bienestar de la madre, su pareja y recién nacido. Para garantizar las oportunidades de una atención integral a favor de las madres, sus hijos y la comunidad, con calidad, calidez y adecuación cultural, se plantea esta norma técnica como una herramienta de Educación Prenatal, para contribuir a la disminución de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal.

Componente prenatal

En mujeres primigestas, el embarazo y el nacimiento del niño/a pueden generar muchos temores, dudas e inseguridades, condiciones que el personal de salud debe de abordar, con el fin de procurar el bienestar de la madre, su pareja y recién nacido, Para garantizar las oportunidades de una atención integral a favor de las madres, sus hijos y la comunidad, con calidad, calidez y adecuación cultural, se plantea esta norma técnica como una herramienta de Educación Prenatal, para contribuir a la disminución de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal.

Apego:

Es la relación y vínculo afectivo estrecho que desarrolla el niño o niña con sus padres, lo cual influirá en su seguridad emocional, necesarios para un buen desarrollo de su personalidad.

Aromaterapia:

Es un método alternativo mediante el uso de fragancias a través de aceites esenciales aromáticos (aceites extraídos de hojas, flores, troncos y raíces), con la finalidad de promover la salud y el bienestar del cuerpo, la mente y las emociones. El uso de estas esencias mediante diversos sistemas de aplicación puede restablecer el equilibrio y la armonía en la gestante, estado que beneficia al bebe.

Masoterapia:

Es un método alternativo mediante el uso de manipulaciones de los tejidos blandos del cuerpo ejercida especialmente con las manos, como modo más eficaz, cuya finalidad es lograr principalmente el alivio de molestias, relajación, mejorar la circulación y oxigenación,

además de favorecer un descanso adecuado, el estado emocional y la disminución de la fatiga tanto física como emocional en la gestante o puérpera.

Musicoterapia:

Es un método alternativo mediante el uso de estructuras musicales, tonos, sonidos, melodías y otros, con la finalidad de lograr motivación, relajación, meditación y estimulación durante la sesión de psicoprofilaxis obstétrica, logrando así un mejor estado psicofísico. Optimizando el estado emocional. Cognitivo y espiritual en la gestante o puérpera y su pareja.

Parto normal en libre posición: se refiere a la posición que elige la mujer al momento del expulsivo siendo estas: de rodillas, cuclillas, sentada, de pie, acostada de lado la posición de litotomía podría ser considerada de libre elección solo y cuando esta postura sea solicitada de forma explícita por la paciente. Si el personal de salud no ofrece otras alternativas más que la camilla obstétrica, la posición litotomía no debe ser considerada “libre posición”.

Técnicas de relajación: Son las diferentes modalidades de lograr un estado de reposo tanto físico como mental en la madre, con la finalidad de hacerle ahorrar energía, lograr alivio de tensiones o molestias y mejorar su capacidad de concentración. Las técnicas de relajación pueden ser de manera profunda o progresiva (técnica de Jacobson y Shultz), utilizadas como técnicas básicas en sofrología, para un mejor autocontrol de las molestias.

Posición inicial

Acostada de decúbito lateral izquierdo, apoyando la cabeza y el brazo derecho sobre la almohada, brazo izquierdo, hacia delante como abrazando la almohada, o hacia abajo detrás de la espalda. Muslo y pierna izquierda extendidas, rodilla derecha semiflexionada apoyada sobre una almohada.

Frecuencia: 1 a 3 veces al día

Tiempo: 5 a 20 minutos por vez

Se sugiere no poner cojín o almohada debajo del vientre, esto lo eleva, genera incomodidad y estira la piel.

Técnica de Jacobson

Posición inicial: acostado decúbito dorsal, brazos en dirección al cuerpo, pies ligeramente separados.

Frecuencia: 3 a 5 veces al día

Movimientos: 8

En esta técnica se debe contraer y relajar de manera individual, lenta y progresiva cada zona del cuerpo en el siguiente orden:

Pies, muslos y piernas, glúteos, hombros, brazos y antebrazos, manos, nuca y cara :3 a 5 veces al día

Técnicas de respiración: Son las diferentes modalidades de efectuar la oxigenación celular en la madre y el bebé, dependiendo del momento y la necesidad de la gestante o parturienta, con lo cual logrará también mayor comodidad, tranquilidad, facilitando la relajación y control de las molestias propias de cada fase de la gestación o trabajo de parto.

Técnicas complementarias no farmacológicas para aliviar el dolor de parto:

- ✓ El alivio del dolor durante el parto contribuye a aumentar el bienestar físico y emocional de la gestante y debe de ocupar un lugar prioritario en los cuidados.
- ✓ Debe proporcionarse información a las mujeres en la gestación y el parto sobre los métodos farmacológicos y no farmacológicos disponibles.

Las técnicas complementarias no farmacológicas de alivio del dolor en el parto que se utilizan son:

- ✓ Deambulación y cambios de posición durante la dilatación y el expulsivo.
- ✓ Apoyo continuo de la gestante.
- ✓ Uso del agua como analgésico.

2.2.2. Fundamentación de Enfermería

Madeleine Leininger. -Teoría de la Diversidad y la Universalidad”

“Leininger define a la persona como: “ser humano, que cuida, ser cultural, familia, grupo, comunidad, institución social, cultura y subcultura”. Por otro lado, se refiere al “bienestar-salud” desde un punto de vista holístico”. (Lic. Olivia Aguilar Guzmán, 2006)

Madeleine Leininger su teoría se basa en la enfermera transcultural, la cual desempeña el papel de brindar bienestar a las personas que pertenecen a diferentes culturas o tiene diferentes creencias, en la cual la enfermera se encarga de cuidar al enfermo y a su familia.

“La enfermería transcultural va más allá de los conocimientos y hace uso del saber de los cuidados enfermeros culturales para practicar cuidados culturalmente congruentes y responsables Leininger declara que con el tiempo habrá un nuevo tipo de práctica enfermera que reflejará los distintos tipos de enfermería, los cuales se definirán y basarán en la cultura y serán específicos para guiar los cuidados enfermeros dirigidos a individuos, familias, grupos e instituciones”. (Lic. Olivia Aguilar Guzmán, 2006)

La enfermera transcultural es realizar cuidados enfermeros culturales, que la teórica Leininger menciona que con el tiempo habrá nuevas prácticas enfermeras basados en la cultura, que se encargaran en el cuidado del individuo, familias y grupos, en la cual esta teoría ayudara al personal de salud a entender o comprender a cada una de las personas con diferentes cultural y creencias.

Virginia Henderson – Modelo de Cuidado

“Este Modelo de Virginia Henderson se encuentra entre aquellos modelos que parten de la teoría de las necesidades humanas para la vida y la salud, como núcleo central, para la actuación enfermera. De acuerdo con este modelo toda persona, es un ser integral con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales, que deben interactuar entre ellos y tener el máximo desarrollo de su potencial. El objetivo de la aplicación de este modelo es ayudar a las mujeres embarazadas a que, comprendan la importancia de las 14 necesidades para poder llevar una salud óptima”. (Hernández Martín, 2015)

Virginia Henderson considera que el papel fundamental de Enfermería, es ayudar al individuo, sano o enfermo, a conservar o recuperar su salud (o bien asistirlo en los últimos momentos de su vida), para que las mujeres embarazadas realicen esto debe tener la fuerza, voluntad o los conocimientos necesarios, de este modo evitara complicaciones a futuro, es decir diversas patologías que puedan provocar durante el embarazo.

Se observa una similitud entre las necesidades y la escala de necesidades de Maslow, las 7 necesidades primeras están relacionadas con la Fisiología, de la 8ª a la 9ª relacionadas con la seguridad, la 10ª relacionada con la propia estima, la 11ª relacionada con la pertenencia y desde la 12ª a la 14ª relacionadas con la auto actualización.

Las necesidades humanas básicas según Henderson, son:

1. Respirar con normalidad.
2. Comer y beber adecuadamente.
3. Eliminar los desechos del organismo.
4. Movimiento y mantenimiento de una postura adecuada.
5. Descansar y dormir.
6. Seleccionar vestimenta adecuada.
7. Mantener la temperatura corporal.
8. Mantener la higiene corporal.
9. Evitar los peligros del entorno.
10. Comunicarse con otros, expresar emociones, necesidades, miedos u opiniones.
11. Ejercer culto a Dios, acorde con la religión.
12. Trabajar de forma que permita sentirse realizado.
13. Participar en diversas formas de entretenimiento.
14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad.

Dorothea Orem – Déficit del Autocuidado

“Orem define el concepto de autocuidado como “la conducta aprendida por el individuo dirigida hacia sí mismo y el entorno para regular los factores que afecta su desarrollo en beneficio de la vida, salud y bienestar”. (Vega Angarita & Gonzales Escobar , 2001)

Esta teoría de Dorothea Orem ayuda a que las mujeres embarazadas se preocupen por propia salud y obtenga información sobre el autocuidado y así poder sobrellevar cualquier patología que pueden desarrollarse en el transcurso de su embarazo, ya que no tiene una alimentación adecuada por lo tanto esto ocasionaría tener problemas nutricionales, además esta teórica procura que las gestantes alcance un alto bienestar general.

“El individuo por lo general tiene habilidades intelectuales de práctica que desarrollan a través de la vida para satisfacer sus necesidades de salud. A partir de esta teoría se articulan tres conceptos: el agente del autocuidado, el agente de autocuidado al dependiente, el agente de autocuidado terapéutico; refiriéndose a esta investigación y a este modelo hacemos énfasis al agente del autocuidado que es donde las embarazadas pueda cumplir con la responsabilidad de conocer y satisfacer las necesidades de su propio autocuidado”. (Raile Alligood & Marriner Tomey, 2002)

Según Cavanagh 1993, cuando las personas están incapacitadas para proveerse a ellas mismas la cantidad y calidad de autocuidado necesario para regular su propio funcionamiento y desarrollo frente a problemas de salud que plantea las intervenciones de Enfermería.

2.2.3. Definición de términos utilizados en el desarrollo de la investigación

- **Beneficios.-** Bien que se hace a una persona o a una cosa.
- **Cultura.** - Se define como un conjunto de conocimientos, creencias, hábitos, costumbre y habilidades que cada una de las personas las adquieren en el transcurso de su vida para ser parte de una sociedad.

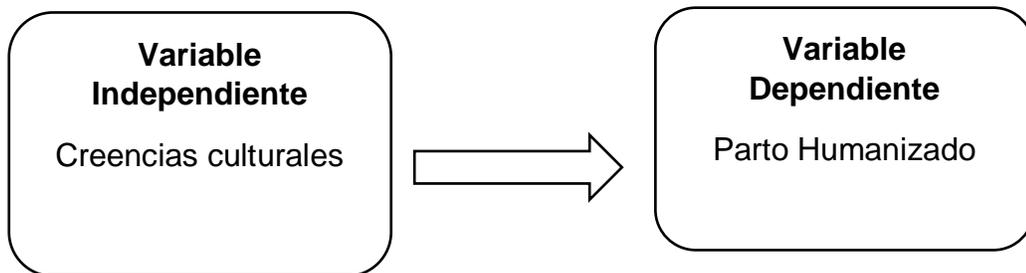
- **Creencias.** -Es un paradigma que en si se basa en la fe, que tiene cada persona sobre algo, pero que no tiene fundamento que sea verdad.
- **Embarazo.** - Es la implantación de cigoto en el útero de la mujer, hasta el período del parto.
- **Parto.** - Se define como un proceso en el que la mujer embarazada expulsa el feto y la placenta al final de la etapa gestacional.
- **Humanizado.** –Hacer a alguien o algo más humano y agradable.
- **Parto humanizado.** -Se denomina parto humanizado a un modo de atender el proceso de parto, en el cual se privilegia la voluntad de la mujer que va a dar a luz, donde elegirán la posición que deseen, siendo adecuadas para ellas y el feto, respetando sus tiempos fisiológicos personales.
- **Posición.** - Manera de estar colocado alguien o algo en el espacio, que se determina en relación con la orientación respecto a algo o con sus partes anteriores, posteriores y laterales.

2.3. Hipótesis, Variables y Operacionalización

2.3.1. Hipótesis

¿Los beneficios del parto humanizado contribuirán a disminuir las intervenciones innecesarias disminuyendo las complicaciones en el parto?

2.3.2. Asociación empírica de variables



Elaborado por: Clavijo Limones Evelyn Brigitte- Tigrero Panimboza Doris Natali

Las variables a estudiar en esta investigación son:

VARIABLE INDEPENDIENTE: Creencias Culturales.

Crear en un verdadero conocimiento con respecto al parto, no solo de las costumbres de su familia, sino también en experiencias adquiridas, además de ser miembro y formar parte de la sociedad, en lo que respecta, las creencias, las costumbres y todo lo que corresponde a su cultura.

VARIABLE DEPENDIENTE: Parto Humanizado

Es una modalidad en el momento de la atención del parto en que se respetan los derechos de la embarazada de como traer su hijo al mundo, respetando sus creencias, culturas, valores, sentimientos y autonomía en el momento de parir.

2.3.3. Operacionalización de variables

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA
Dependiente: Parto humanizado	Lugar donde desea tener el parto	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Domicilio ▪ Hospital ▪ Centro de salud ▪ Clínica 	Si No

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA
Independiente: Creencias culturales	Costumbres	<ul style="list-style-type: none"> • Rituales usados durante el parto • Posición del parto • Acompañamiento de familiares 	Si No

Elaborado por: Clavijo Limones Evelyn Brigitte- Tigrero Panimboza Doris Natali

CAPÍTULO III

3. Diseño metodológico

3.1. Tipo de estudio

Este trabajo de investigación es de tipo descriptiva, transversal y cuantitativa.

Descriptiva.

Porque se recolecto información, pero sin ser manipulada, también se relacionan las variables dependientes e independientes y se las mide cada una de ellas, para así realizar lo que se investiga, además saber cuántas mujeres tenían conocimientos sobre el parto humanizado.

Transversal.

Porque se realizó en una población determinada y en un tiempo específico en relación con el Parto Humanizado Asociados a Creencias Culturales en embarazadas del Centro de Salud Venus de Valdivia.

Cuantitativa.

Porque se usó magnitudes numéricas que son obtenidas mediante herramientas del campo de la estadística.

3.2. Universo y muestra

Está conformada por un universo de 97 embarazadas pertenecientes al Centro de Salud Venus de Valdivia; y la muestra con 40 embarazadas que asistieron a consultas.

3.3. Técnicas e instrumento

El instrumento utilizado fue la encuesta que se le realizó a 40 embarazadas atendidos en el Centro de Salud Venus de Valdivia, la que estaba elaborada con preguntas abiertas y cerradas fáciles de contestar, con el fin de tener información sobre el Parto Humanizado Asociados a Creencias Culturales.

3.4. Procesamiento de Información

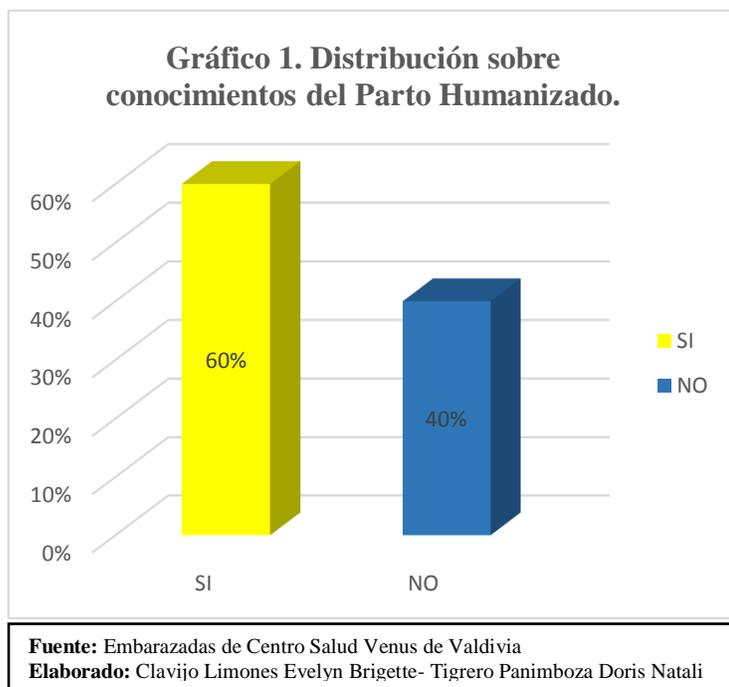
Las variables se recogieron a través de encuestas las mismas que fueron procesadas electrónicamente en el programa de Excel, representándole en tablas y gráficos para su mejor comprensión.

CAPÍTULO IV

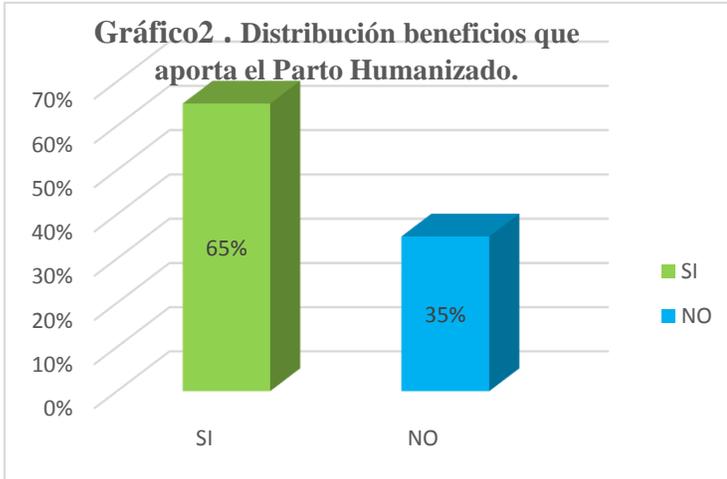
4.1. Análisis e interpretación de resultados

Mediante la encuesta se recopiló la información necesaria para realizar la tabulación de resultados y colocarlos en gráficos estadísticos para tener una buena interpretación, sobre los Beneficios del Parto Humanizado Asociados a Creencias Culturales en Embarazadas. Centro de Salud Venus de Valdivia 2018 obteniéndose como resultados las siguientes interpretaciones:

En el primer objetivo sobre el nivel de conocimientos de las embarazadas sobre los beneficios del parto humanizado lo podemos interpretar en el siguiente Gráfico estadístico.

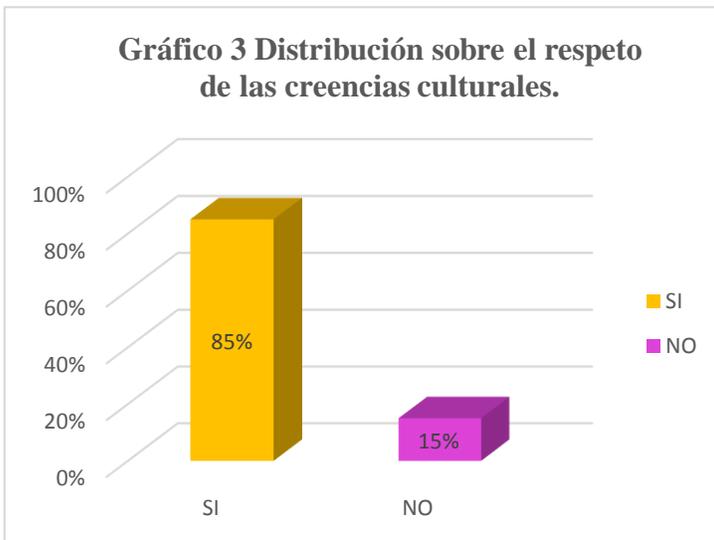


Análisis: Se observó en el Gráfico número 1, que el 60% de las embarazadas respondieron que, sí tienen conocimiento sobre el parto humanizado, mientras que el 40% respondieron que no tenían ningún conocimiento relacionado sobre el parto humanizado.



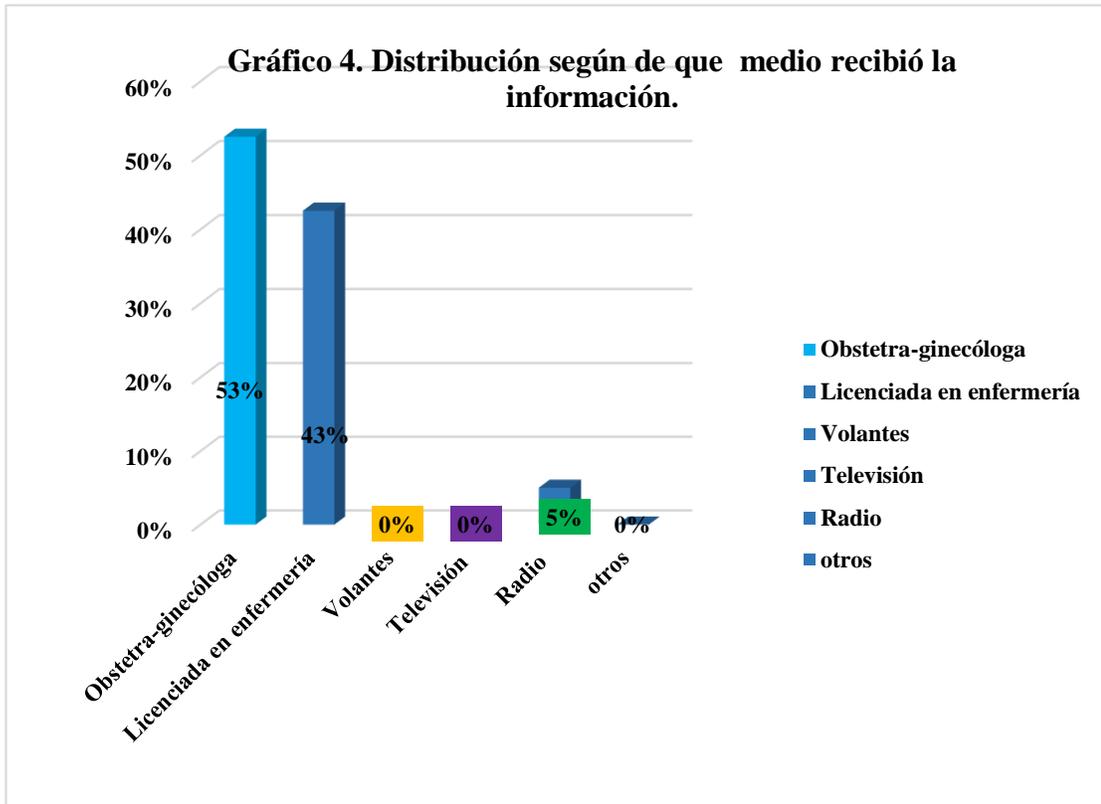
Análisis: En el gráfico número 2, se obtuvo que el 65% respondieron que sí sabían de los beneficios que aporta al realizar el Parto Humanizado; mientras que el 35% de las embarazadas respondieron que no sabían.

Fuente: Embarazadas de Centro Salud Venus de Valdivia
Elaborado: Clavijo Limones Evelyn Brigette- Tigrero Panimboza Doris Natali



Análisis: En el gráfico número 4, se obtuvo que el 85% de los médicos y las enfermeras sí respetaron sus creencias culturales y tradiciones de las embarazadas en la atención durante el proceso de trabajo de parto, en el momento del parto, así como en el nacimiento, y el 15% manifestó que no.

Fuente: Embarazadas de Centro Salud Venus de Valdivia
Elaborado: Clavijo Limones Evelyn Brigette- Tigrero Panimboza Doris Natali



Fuente: Embarazadas de Centro Salud Venus de Valdivia

Elaborado: Clavijo Limones Evelyn Brigette- Tigrero Panimboza Doris Natali

Análisis:

Por medio de la Concientización a las embarazadas sobre los beneficios del parto humanizado del Centro de Salud Venus de Valdivia en el gráfico número 4, el 53% se evidenció que recibieron la información mediante la obstetra –ginecóloga mientras que el 43% la recibieron a través de las licenciadas de Enfermería.

4.2. Conclusión

Se llegó a la conclusión que:

- ✓ El mayor porcentaje de las embarazadas encuestadas refirieron haber tenido conocimiento sobre el parto humanizado representando el 60%.
- ✓ Relacionado con el parto humanizado las embarazadas a través de las encuestas sobre los beneficios que aporta el parto humanizado el 65%.
- ✓ Las embarazadas del Centro de Salud Venus de Valdivia manifestaron que durante el proceso de parto se respetaron las costumbres y creencias culturales en cuanto a vestimenta, alimentación y el acompañamiento, teniendo conocimiento sobre plan de parto, no cumpliéndose con la entrega de la placenta luego de la expulsión.
- ✓ Las embarazadas del centro de salud Venus de Valdivia recibieron educación prenatal con un mayor porcentaje por la obstetriz representando el 53%, con una menor participación por parte de licenciadas de enfermería.

4.3. Recomendaciones

- ✓ Continuar ofreciendo información sobre el parto humanizado logrando la participación del 100% de las embarazadas y que se extienda en todos los establecimientos de salud.

- ✓ El parto humanizado, es recomendable en las embarazadas y en el proceso del parto, brindándole seguridad, disminuyendo la ansiedad y el temor que le produce en estos momentos y así minimizar las intervenciones innecesarias.

- ✓ Se debe seguir respetando las creencias y culturas de las embarazadas y brindarles información sobre el parto humanizado.

- ✓ Crear un equipo multidisciplinario con la participación del personal de enfermería en la educación prenatal para obtener mejores resultados relacionados al parto humanizado mejorando el bienestar de las embarazadas y evitar intervenciones innecesarias.

Bibliografía

LIBROS

Juarez, D. G. (2006). *Salud e Interculturalidad en America Latina* . Quito-Ecuador: Abya-Yala.

Lic. Olivia Aguilar Guzmán, L. M. (2006). Madeleine Leininger: un análisis. *Revista Enfermería Universitaria ENEO-UNAM.*, 27.

Esbrí, E. P. (2013). Las diferentes posturas en el parto. *EFISIOTERAPIA*.

Consejería de Salud, A. (2009). PLAN DE PARTO Y NACIMIENTO. *Junta de Andalucía* .

Constance, P. (agosto de 2002). UNA EPIDEMIA DE CESAREAS. *Salud Colombia*, 1-2.

Aralucy Cruz-León, (. F.-V. (MAYO-AGOSTO de 2014). *Cultura y cuidado en la gestación: Una aproximación a la atención intercultural prenatal*. Obtenido de <http://salud.tabasco.gob.mx/content/revista>

Lutz, P. E. (2006 - 2007). PARTO HUMANIZADO-RELACAHUPAN - URUGUAY. *Recopilación de folletos y artículos sobre el tema*, 64.

SALAZAR, L. N. (2016). *EL PARTO NATURAL Y SUS BENEFICIOS*. MERIDA.

Blandine Calais-Germain, N. V. (2009). *PARIR EN MOVIMIENTOS* . LA LIEBRE .

Thorn, G. (2005). *Elige cómo deseas dar a luz*. ONIRO.

Smolen, M. (2006). *Todo Lo Que Una Mujer Debe Saber Sobre Su Embarazo*. Iberlibro.

West, Z. (2004). *El Embarazo Natural*. Norma S.A.

Lic. Sofía Pozo, D. G. (Agosto de 2008). Guía Técnica para la atención del parto culturalmente adecuado. *CONASA*, 35-36.

Marycruz, S. R. (2016). *Conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas a la*. LIMA-PERU.

Web

González Ochoa, F. N., & Sánchez Román, M. J. (Marzo de 2012). Obtenido de <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/5353/T-PUCE-5579.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Hernández Martín, C. (2015). *El modelo de Virginia Henderson en la practica de enfermeria* . Obtenido de El modelo de Virginia Henderson en la practica de enfermeria : <https://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/17711/1/TFG-H439.pdf>

(13 de 09 de 2017). Obtenido de <https://www.elpartoesnuestro.es/blog/2017/09/13/establecimientos-de-salud-amigos-de-la-madre-y-del-nino-ecuador>

Albán, C. A. (Marzo de 2006). Obtenido de <http://repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/579/1/80343.pdf>

Aralucy Cruz-León, (. F.-V. (MAYO-AGOSTO de 2014). *Cultura y cuidado en la gestación: Una aproximación a la atención intercultural prenatal*. Obtenido de <http://salud.tabasco.gob.mx/content/revista>

Clinica Universidad de Navarra. (2015). *Diccionario medico*. Obtenido de <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/homolateral>

CONSTITUCION DE LA REPUBLICA DEL ECUADOR 2008. (13 de julio de 2011). Obtenido de http://www.yachay.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2013/07/CONSTITUCION-2008-ANEXO-a_1_1.pdf

Domingo, V. B. (2011). Alternativas parto convencional. Posicion vertical fase dilatacion y expulsivo y parto bañera. *PortalesMedicos.com*, 2.

española, r. a. (2018). definicion de alternativas.

Julián Pérez Porto y María Merino. (2014). *Definicion de*. Obtenido de <https://definicion.de/homogeneo/>

LAIS, J. (Julio de 2006). *CAMINOS HACIA UNA MATERNIDAD*. Obtenido de <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/pela/pl-000267.pdf>

Lara Kaplan Westbrook. (Noviembre de 2015). *El parto humanizado: perspectivas de profesionales*. Obtenido de http://digitalcollections.sit.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=3272&context=isp_collection

Ministerio de Salud Publica de Guatemala. (23 de Enero de 2011). *MANUAL DE ADECUACION CULTURAL DEL PARTO*. Obtenido de https://www.paho.org/gut/index.php?option=com_docman&view=download&alias=569-2011-manual-de-adequacion-cultural-del-parto-natural-vertical&category_slug=sfc-salud-reproductiva-materna-y-neonatal-nacional&Itemid=255

MSP. (13 de septiembre de 2017). *ESAMYN*. Obtenido de <https://www.elpartoesnuestro.es/blog/2017/09/13/establecimientos-de-salud-amigos-de-la-madre-y-del-nino-ecuado>

Ortiz, H. C. (13 de MARZO de 2016). Obtenido de <http://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/10040/1/tesis%20heidy%20empastado.pdf>

Plan Nacional de Desarrollo 2017-2021. (22 de septiembre de 2017). Obtenido de http://www.planificacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2017/10/PNBV-26-OCT-FINAL_0K.compressed1.pdf

plan nacional del buen vivir 2013-2017. (2013). Obtenido de <http://www.buenvivir.gob.ec/>

Raile Alligood, M., & Marriner Tomey, A. (2002). *Modelos y Teoria de enfermeria*. Obtenido de *Modelos y Teoria de enfermeria* : <https://books.google.com.ec/books?id=FLEszO8XGTUC&printsec=frontcover&dq=teorias+de+enfermeria&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwip6LXnnL7SAhWEQyYKHTkyA0kQ6AEIHzAB#v=onepage&q&f=false>

Real Academia Española. (s.f.). *Enclave RAE*. Obtenido de <http://dle.rae.es/srv/search?m=30&w=alternativo>

Real Academia Española. (s.f.). *Enclave RAE*. Obtenido de <http://dle.rae.es/srv/search?m=30&w=antelaci%C3%B3n>

Real Academia Española. (s.f.). *Enclave RAE*. Obtenido de <http://dle.rae.es/srv/fetch?id=VoYtQP9>

Real Academia Española. (s.f.). *EnclaveRAE*. Obtenido de <http://dle.rae.es/srv/search?m=30&w=complementariedad>

Real Academia Española. (s.f.). *EnclaveRAE*. Obtenido de <http://dle.rae.es/srv/search?m=30&w=confortable>

Real Academia Española. (s.f.). *EnclaveRAE*. Obtenido de <http://dle.rae.es/srv/search?m=30&w=percepci%C3%B3n>

ROJAS, V. B. (junio de 2008). Obtenido de <http://repositorio.espe.edu.ec/bitstream/21000/856/1/T-ESPE-026701.pdf>

Vega Angarita, O., & Gonzales Escobar, D. (2001). *Teoría del déficit del autocuidado: Interpretación desde los elementos conceptuales*. Obtenido de Teoría del déficit del autocuidado: Interpretación desde los elementos conceptuales : <https://abelcgamboa.files.wordpress.com/2012/05/teorc3ada-del-autocuidado.pdf>

wikideporte enciclopedia. (junio de 2014). Obtenido de <http://wikideporte.com/wiki/Cuadrupedia>

Apéndices y Anexos

ANEXOS 1. PRESUPUESTO

Materiales utilizados	Cantidad	Valor unitario	Valor total
Internet en horas	120	0,60	72,00
Esferos	2	0,50	1,00
Lápices	2	0,15	0,30
Transporte	60	0,30	18,00
Copias	70	0,15	10,50
Empastado	3	15,00	45,00
Gramatologo	1	30,00	30,00
Impresiones	600	0,15	90,00
Anillado	3	1,50	4,50
Total			\$271,30

Elaborado: Clavijo Limones Evelyn Brigette- Tigrero Panimboza Doris Natali

ANEXO 2. CRONOGRAMA



UNIVERSIDAD ESTATAL PENÍNSULA DE SANTA ELENA
 FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DE LA SALUD
 ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD



CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA EJECUCIÓN DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN: PARTO HUMANIZADO ASOCIADO A LAS CREENCIAS CULTURALES EN EMBARAZADAS. CENTRO DE SALUD VENUS DE VALDIVIA 2018

SEMANAS	Horarios	JULIO				AGOSTO				SEPTIEMBRE			
		1ra sem 2-6	2da sem 9-13	3ra sem 16-20	4ta sem 23-27	1ra sem 6-10	2da sem 13-17	3ra sem 20-24	4ta sem 27-31	1ra sem 3-7	2da sem 10-14	3ra sem 17-21	4ta sem 24-28
Aprobación del tema de investigación													
Revisión del instrumento (encuesta)	14pm-16pm												
Recolección de datos	09am-10am												
Aplicación del consentimiento informado a las embarazadas.	09am-10 am												
Aplicación del instrumento (encuesta)	10am-11am												
Tabulación de resultados	09am-15pm												
Evaluación de los resultados esperados	10am-12pm												
Actividades educativas y de promoción a las embarazadas.	09am-12pm												

Elaborad poro: Clavijo Limones Evelyn Brigette- Tigrero Panimboza Doris Natali **Tutora:** Lcda. Aída García Ruíz, MSc

ANEXO 3. AUTORIZACIÓN DE LA INSTITUCIÓN



Oficio No. 232 - CE – 2018.

La Libertad, 03 de Julio del 2018.

Odontóloga
María Emilia Saltos Vivas
**DIRECTORA DEL CENTRO DE SALUD
TIPO “C” VENUS DE VALDIVIA**
Ciudad.

De mi consideración:

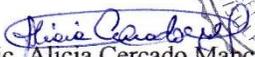
Estimada Directora, reciba un cordial saludo de quienes formamos parte de la Carrera de Enfermería de la Universidad Estatal Península de Santa Elena, concededores de su alto espíritu de colaboración en la formación de talento humano, solicito a Usted, la autorización para que las egresadas puedan realizar las actividades referentes a su trabajo de Titulación, siendo las siguientes:

- CLAVIJO LIMONES EVELYN BRIGETTE y TIGRERO PANIMBOZA DORIS NATALI, cuyo tema es: PARTO HUMANIZADO ASOCIADO A LAS CREENCIAS CULTURALES EN EMBARAZADAS. CENTRO DE SALUD VENUS DE VALDIVIA 2018.

La docente tutora y responsable del seguimiento es, Lic. Aida García Ruiz, M.Sc.

Segura de contar con una respuesta positiva, reitero mi agradecimiento

Cordialmente,


Lic. Alicia Cercado Mancero, M.Sc.
DIRECTORA CARRERA DE ENFERMERÍA

cc. archivo





**Coordinación Zonal 5 - Salud
Dirección Distrital 24D02 La Libertad – Salinas Salud**

Oficio Nro. MSP-CZS5-SE-24D02-2018-0479-O

Salinas, 23 de julio de 2018

Asunto: Autorización para realizar actividades referente a trabajo de titulación.

Directora Carrera de Enfermería - Upse
Alicia Gabriela Cercado Mancero
En su Despacho

De mi consideración:

Reciba saludos cordiales de parte de la Dirección Distrital 24D02 La Libertad - Salinas - Salud.

Por medio del presente y en atención a su documento de referencia No. 243-CE-2018, mediante el cual solicita autorización para que las estudiantes que terminaron su internado rotativo puedan realizar las actividades referente a trabajo de titulación.

Al respecto la unidad distrital de Provisión de Servicios de Salud, cumple en informar que se autoriza que las estudiantes que terminaron su internado rotativo de la carrera de enfermería de la UPSE puedan realizar las actividades referente a su trabajo de titulación siguiendo los lineamientos de confidencialidad en el manejo de la información.

Particular que comunico para los fines pertinentes.

Con sentimientos de distinguida consideración.

Atentamente,

Documento firmado electrónicamente

Dra. Katty de Lourdes Calva Sarango
DIRECTORA DISTRITAL 24D02 LA LIBERTAD - SALINAS - SALUD (E)

Referencias:
- MSP-CZS5-SE-24D02-PCSS-2018-0388-M

Anexos:
- 0573-e_upse_-_rehabilitación_2018-07-19.o.pdf

Copia:
Señor Magíster
Miguel Daniel San Martín Abarca
Director del Hospital Básico Rafael Serrano López

Av. Carlos Espinoza, Edificio CAC, Planta Baja, Ofic 8 y 9

ANEXO 4. VALIDACIÓN DE DATOS

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA



La Libertad, 20 de Agosto del 2018

AUTORIZACIÓN PARA LA APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO DE LA RECOLECCIÓN DE DATOS

Por medio del presente hago constar que se realizó la revisión del instrumento de recolección de datos diseñado por **CLAVIJO LIMONES EVELYN BRIGETTE** y **TIGRERO PANIMBOZA DORIS NATALI**, estudiantes de la Carrera de Enfermería de la Universidad Estatal Península de Santa Elena (UPSE), quienes están realizando el Trabajo de Investigación titulado:

“PARTO HUMANIZADO ASOCIADO A LAS CREENCIAS CULTURALES A EMBARAZADAS. CENTRO DE SALUD VENUS DE VALDIVIA 2018”

Considero que reúne los requisitos suficientes y necesarios para ser válido y confiable, por lo tanto apto para su aplicación.

Revisado Por:	Obstra. Isabel Jiménez Departamento Obstetricia Educación Prenatal		
Aprobado Por:	Dr. Alex Yagual Bedoya Administrador Técnico C.S. Venus de Valdivia		



La Libertad, 17 de Septiembre del 2018

CERTIFICADO

Que las estudiantes: **CLAVIJO LIMONES EVELYN BRIGETTE** con CI 2400145468 y **TIGRERO PANIMBOZA DORIS NATALI** con CI 0927088880, realizaron intervenciones de enfermería con esta Unidad de Salud, en el desarrollo de su trabajo de investigación de titulación denominado:

“PARTO HUMANIZADO ASOCIADO A LAS CREENCIAS CULTURALES A EMBARAZADAS. CENTRO DE SALUD VENUS DE VALDIVIA 2018”

Previo a la obtención del título de Tercer Nivel en Licenciatura de Enfermería; hecho acreedoras al aprecio y respeto de quienes colaboramos en dicho trabajo de investigación.

Extendiendo el presente CERTIFICADO, por estar lo expuesto ceñido a la verdad.

ATENTAMENTE:

Dr. Alex Yagual Bedoya
Administrador Técnico
Centro de Salud Tipo C
“Venus de Valdivia”



ANEXO 5. CONSENTIMIENTO INFORMADO



UNIVERSIDAD ESTATAL PENÍNSULA DE SANTA ELENA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DE LA SALUD
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LAS EMBARZADAS PARTICIPANTES EN LA INVESTIGACIÓN

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por CLAVIJO LIMONES EVELYN BRIGETTE Y TIGRERO PANIMBOZA DORIS NATALI estudiantes de la carrera de enfermería, de la Universidad Estatal Península de Santa Elena La meta de este estudio es PARTO HUMANIZADO ASOCIADO A LAS CREENCIAS CULTURALES EN EMBARAZADAS. CENTRO DE SALUD VENUS DE VALDIVIA 2018

Si ustedes acceden a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una entrevista (o completar una encuesta, o lo que fuera según el caso). Esto tomará aproximadamente 5 minutos de su tiempo.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario y a la entrevista serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

Clavijo-Limones Evelyn Brigette

Tigrero Panimboza Doris Natali

Encuestado

ANEXO. -6 ENCUESTA



UNIVERSIDAD ESTATAL PENÍNSULA DE
SANTA ELENA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DE
LA SALUD
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD



Mediante la presente encuesta a realizar a las embarazadas del Centro de Salud Venus de Valdivia se busca obtener información sobre Parto Humanizado asociado a las Creencias Culturales. La encuesta a realizar es anónima, agradecemos su colaboración.

Nº de encuesta: Fecha: .../...../..... Hora:.....

Características sociodemográficas

1. Edad:.....
2. Estado civil: () Casado/a () Conviviente () Soltero/a () Otro.....
3. Nivel de instrucción: () Ninguno () Primaria () Secundaria () Superior
4. Ocupación: () Ama de casa () Trabajadora dependiente () Trabajadora independiente () Otro:.....

Características Ginecobstétricos

5. Número de gestaciones:

Múltiparas -----

Primigestas-----

6. Número de partos normales:

7. Número de partos por cesárea:

No ha tenido partos: -----

8. En qué lugar usted tuvo sus partos:

a) Centro de salud Sí _____ No_____

- b) Hospital SI-----No-----
- c) Ninguno Sí _____ No_____
- d) Clínica Sí _____ No_____
- e) Casa Sí _____ No_____

Posición del parto:

9. ¿Sabe usted que es parto humanizado?

- a). Si
- b). No

10. –Por qué medio recibió la información sobre el parto humanizado?

- a) Obstetra-ginecólogo
- b) Licenciada en enfermería
- c) Volantes
- d) Televisión
- e) Radio
- f) Otros ¿cuál? _____

11.- ¿Sabe usted que beneficios le aporta al realizar el parto humanizado?

- a) Si
- b) No

12. ¿Cuáles de los beneficios usted conoce?

- a) _____.
- b) _____.
- c) _____.
- d) _____.

13.-En el momento de dar a luz, ¿En qué posición se encontraba?

- a) De rodillas
- b) Sentada o semisentada
- c) Cogida de la soga
- d) De manos y pies
- e) Acostada

14.- ¿Sintió dolor en el momento del parto?

- a) Si
- b) No

15.- ¿Por qué escogió esa posición?

- a) Por consejo médico
- b) Por costumbre
- c) Por comodidad
- d) Sentir menos dolor
- e) Por seguridad

16.- ¿Le pareció importante que en el centro de salud le hayan permitido escoger la posición para dar a luz?

- a) Mucho
- b) Poco
- c) Nada

Acompañamiento:

17.- Durante el trabajo de parto, ¿Estaba acompañada?

- a) Si
- b) No

18.- ¿Por quién estaba acompañada?

- a) Madre
- b) Esposo
- c) Hermana.
- d) Suegra
- e) Otros ¿quién? _____

19. Durante el trabajo de parto ¿a quién preferiría cómo acompañante?

- a) Partera
- b) Madre
- c) Esposo
- d) otros: _____

Manejo de la placenta:

20. -En su parto anterior ¿le entregaron la placenta?

- a) Si
- b) No

21.- ¿Le gustaría que en su próximo parto le entreguen la placenta?

- a) Si
- b) No

22.- ¿En su cultura, hay alguna recomendación especial para manejar la placenta después de la expulsión?

- a) Si
- b) No

Si su respuesta fue si, conteste lo siguiente:

¿Cuál? _____

Atención por el personal de salud:

23. - ¿Los médicos y las enfermeras, respetaron sus creencias o tradiciones con la nueva forma de atención durante los dolores de parto y al dar a luz?

a) Si

b) No

24. - ¿Conoce el plan de parto?

a) Si

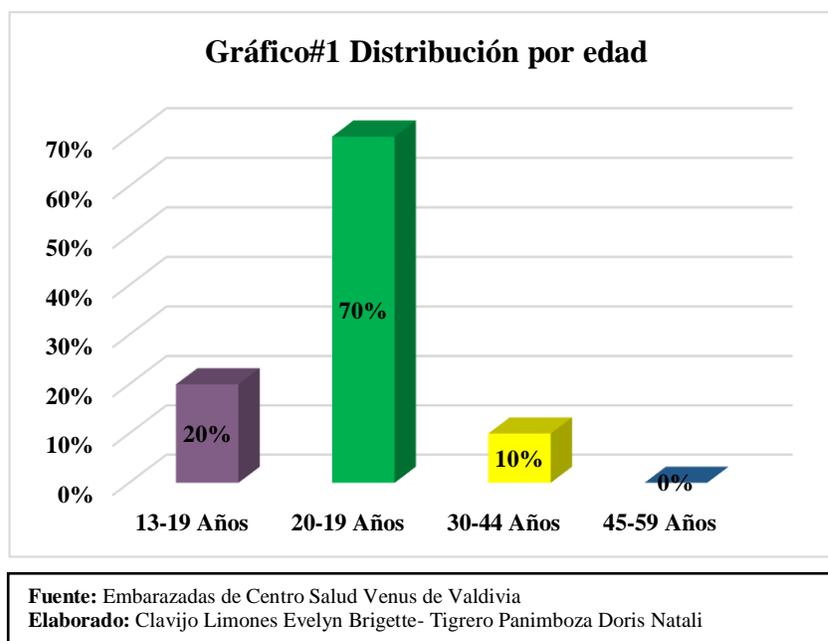
b) No

Elaborado: Clavijo Limones Evelyn Brigitte- Tigrero Panimboza Doris Natali
Tutora: Lcda. Aída García Ruíz, MSc

ANEXOS 7. TABLAS Y GRÁFICOS ESTADÍSTICOS

Tabla #1 Distribución por edad

Edad	Número	Porcentaje
13-19 años	8	20%
20-19 años	28	70%
30-44 años	4	10%
45-59 años	0	0%
Total	40	100

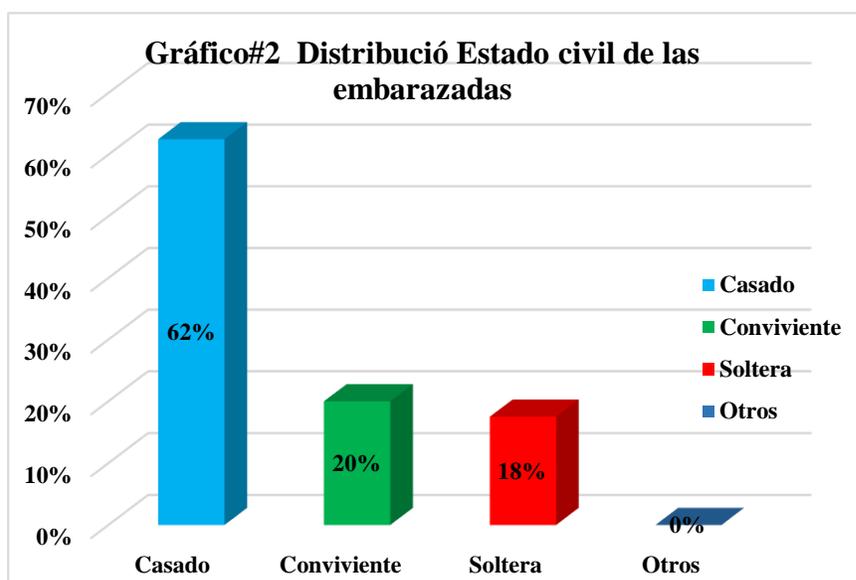


Análisis:

En el Gráfico número 1, las edades de las embarazadas que fueron encuestadas se obtuvo los resultados de 13-19 años se obtuvo el 20%, de 20-29 años el 70%, de 30-44 años el 10%.

Tabla#2 Distribución de estado civil de las embarazadas

Estado Civil	Número	Porcentaje
Casado	25	62%
Conviviente	8	20%
Soltera	7	18%
Otros	0	0%
Total	40	100



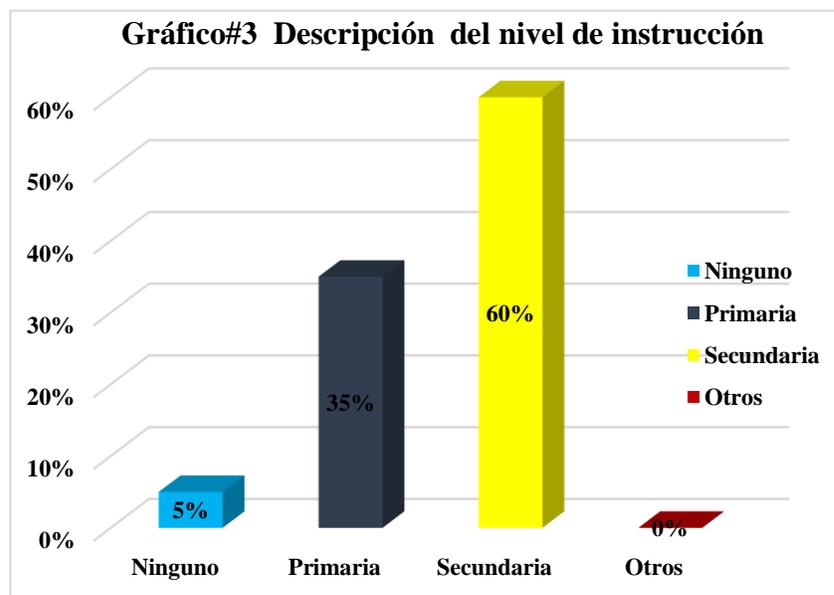
Fuente: Embarazadas de Centro Salud Venus de Valdivia
Elaborado: Clavijo Limones Evelyn Brigette- Tigrero Panimboza Doris Natali

Análisis:

En el Gráfico número 2, mediante la encuesta realizada se obtuvo que el 62% de las embarazadas son casadas, 20% conviviente y el 17,5% solteras.

Tabla #3 Distribución por nivel de instrucción

Nivel de Instrucción	Número	Porcentaje
Ninguno	2	5%
Primaria	14	35%
Secundaria	24	60%
Otros	0	0%
Total	40	100



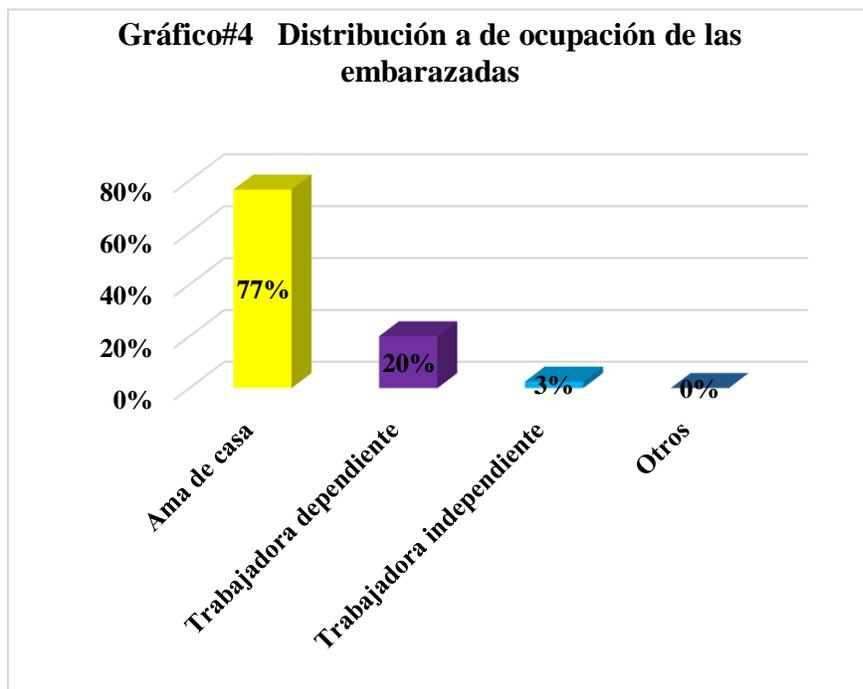
Fuente: Embarazadas de Centro Salud Venus de Valdivia
Elaborado: Clavijo Limones Evelyn Brigette- Tigrero Panimboza Doris Natali

Análisis:

En el Gráfico número 3, acerca del nivel de instrucción que tenían las embarazadas se obtuvo como resultado mediante la encuesta realizada que el 5% no tenían ningún nivel de instrucción, 35% primaria y el 60% secundaria.

Tabla #4 Distribución de ocupación de las embarazadas

Ocupación	Número	Porcentaje
Ama de casa	31	77%
Trabajadora dependiente	8	20%
Trabajadora independiente	1	3%
Otros	0	0%
Total	40	100



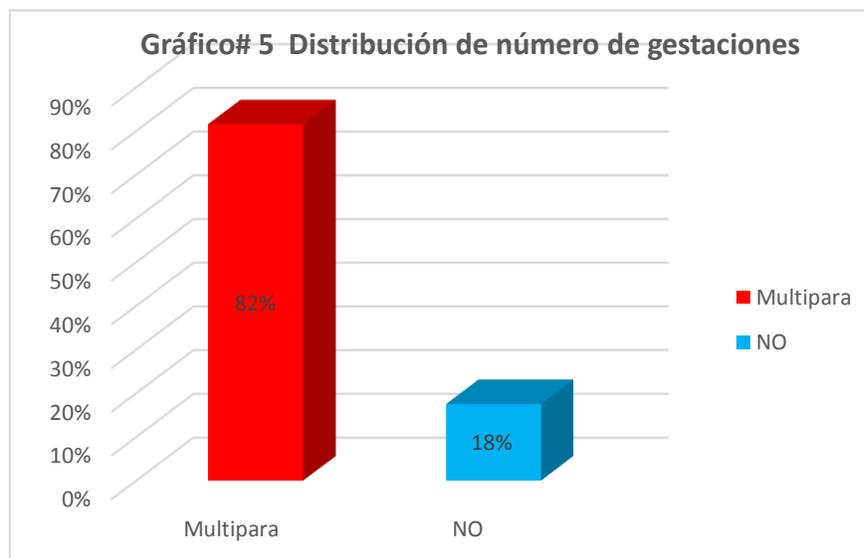
Fuente: Embarazadas de Centro Salud Venus de Valdivia
Elaborado: Clavijo Limones Evelyn Brigitte- Tigrero Panimboza Doris Natali

Análisis:

En el gráfico número 4, mediante la encuesta realizada se obtuvo que el 77% de la embarazadas eran amas de casa, 20% trabajadoras dependientes y el 3% trabajadoras independientes.

Tabla #5 Distribución de número de gestaciones

Gestantes	Número	Porcentaje
Múltipara	33	82%
Primigestas	7	18%
Total	40	100



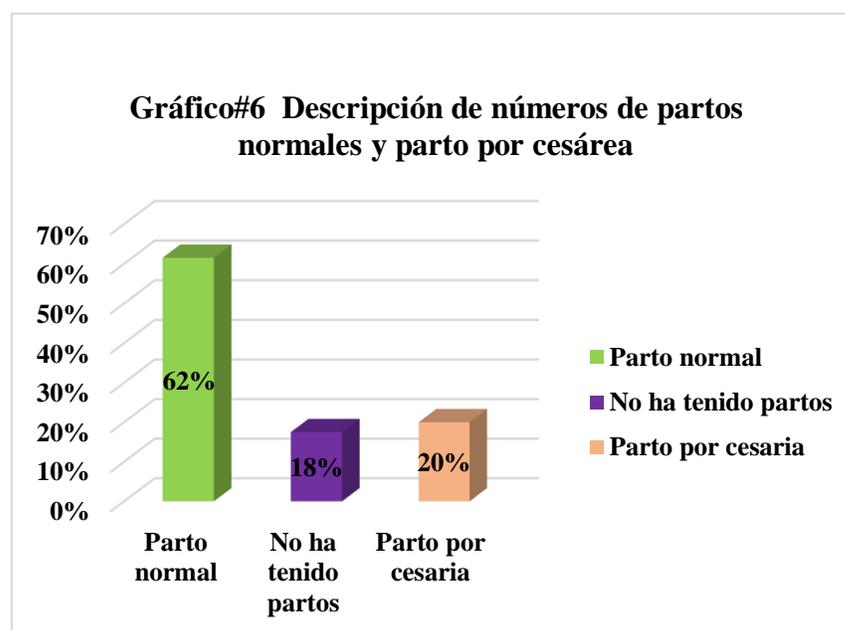
Fuente: Embarazadas de Centro Salud Venus de Valdivia
Elaborado: Clavijo Limones Evelyn Brigitte- Tigrero Panimboza Doris Natali

Análisis:

En el Gráfico número 5, con lo que respecta en número de gestaciones se obtuvo que el 82% de las embarazadas fueron múltiparas y el 18% fueron primigestas.

Tabla # 6 Descripción de números de partos normales y parto por cesárea

Partos	Número	Porcentaje
Parto normal	25	62%
No ha tenido partos	7	18%
Parto por cesaríá	8	20%
Total	40	100



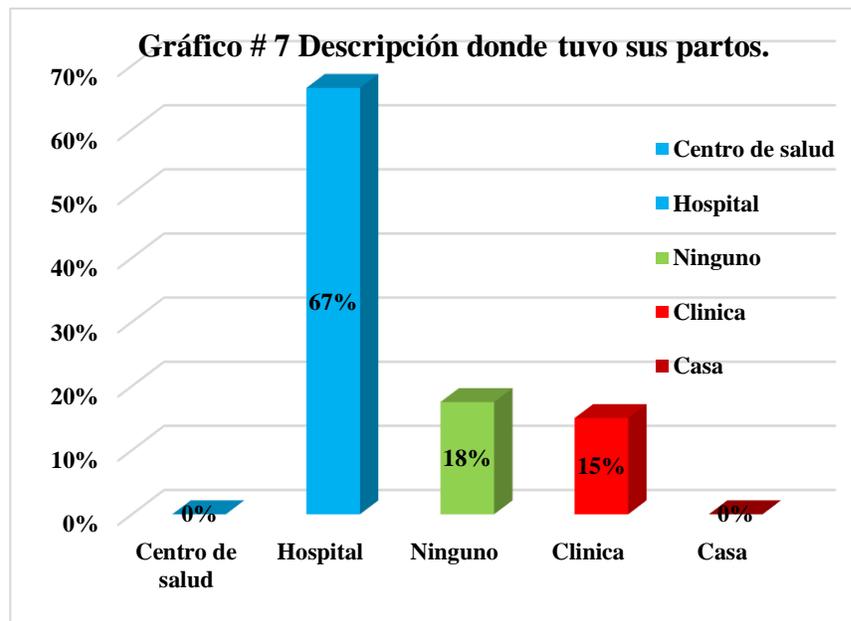
Fuente: Embarazadas de Centro Salud Venus de Valdivia
Elaborado: Clavijo Limones Evelyn Brigitte- Tigrero Panimboza Doris Natali

Análisis:

En el Gráfico número 6, se obtuvo mediante la encuesta realizada a embarazadas el 62% tuvieron sus partos normales, 18% no han tenido partos y el 20% han tenido partos por cesaríá.

Tabla #7 Descripción donde tuvo sus partos.

Lugar	Número	Porcentaje
Centro de Salud	0	0%
Hospital	27	67%
Ninguno	7	18%
Clínica	6	15%
Casa	0	0%
Total	40	100



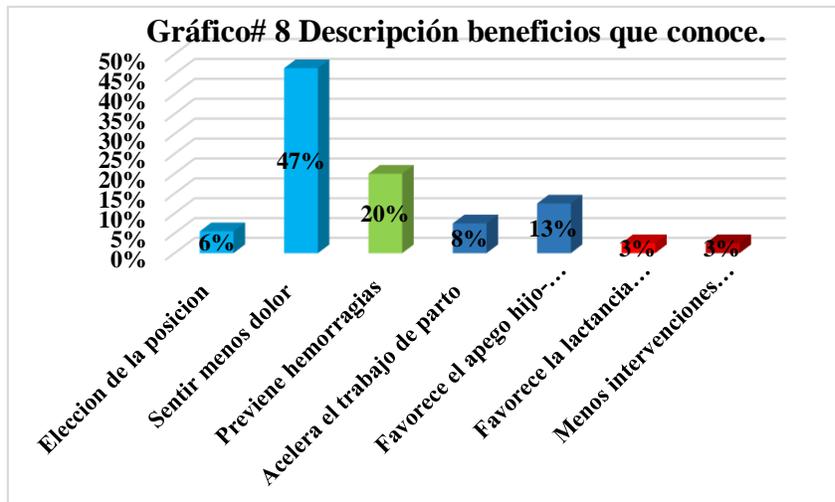
Fuente: Embarazadas de Centro Salud Venus de Valdivia
Elaborado: Clavijo Limones Evelyn Brigitte- Tigero Panimboza Doris Natali

Análisis:

En el Gráfico número 7, se obtuvo el 67% de las embarazadas tuvieron sus partos en Hospitales, 18% respondieron ninguno y el 15% tuvieron sus partos en Clínicas.

Tabla # 8 Descripción beneficios que conoce.

Beneficios	Número	Porcentaje
Elección de la posición	3	6%
Sentir menos dolor	19	47%
Previene hemorragias	8	20%
Acelera el trabajo de parto	3	8%
Favorece el apego hijo- madre	5	13%
Favorece la lactancia materna	1	3%
Menos intervenciones medicas	1	3%
Total	40	100



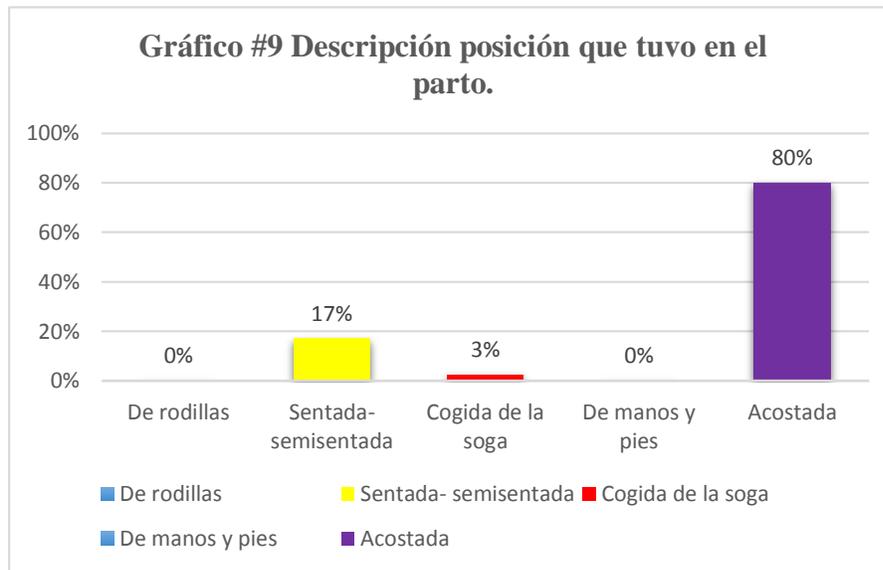
Fuente: Embarazadas de Centro Salud Venus de Valdivia
Elaborado: Clavijo Limones Evelyn Brigitte- Tigrero Panimboza Doris Natali

Análisis:

En el Gráfico número 8, se obtuvo mediante la encuesta realizadas a las embarazadas, el 6% respondieron que los beneficios que conocen son elección de la posición, 47% en la opción de sentir menos dolor, el 20% previene hemorragia, 7.5% acelera el trabajo de parto, 13% favorece el apego hijo –madre, 3% favorece la lactancia materna y el 3% menos intervenciones médica.

Tabla #9 Descripción posición que tuvo en el parto.

Posición	Número	Porcentaje
De rodillas	0	0%
Sentada-semisentadas	6	17%
Cogida de la sogá	1	3%
De manos y pies	0	0%
Acostada	33	80%
Total	40	100



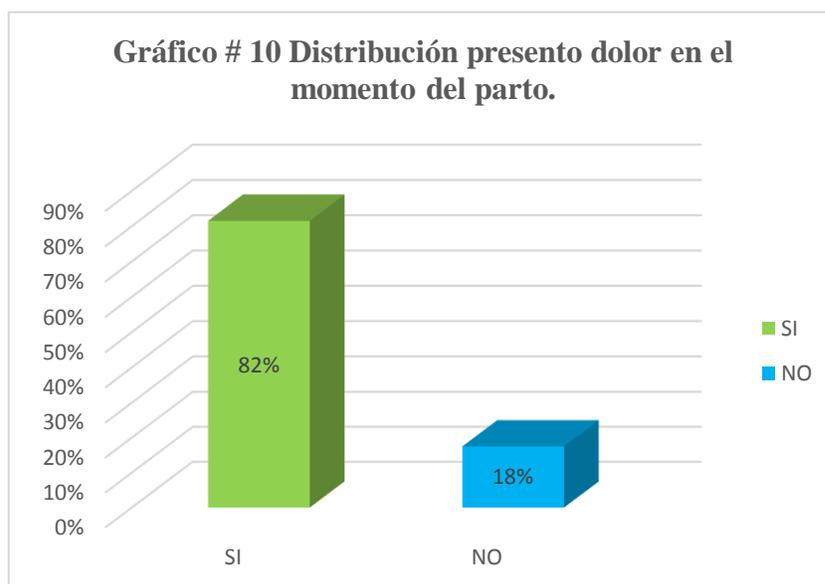
Fuente: Embarazadas de Centro Salud Venus de Valdivia
Elaborado: Clavijo Limones Evelyn Brigitte- Tigrero Panimboza Doris Natali

Análisis:

En el Gráfico número 14, se obtuvo que un 17% de las embarazadas dieron a luz sentada-semisentada, el 2,5% dieron a luz cogida en una sogá y un 80% de las embarazadas dieron a luz acostada.

Tabla #10 Distribución presento dolor en el momento del parto.

Sintió dolor	Número	Porcentaje
Si	33	82%
No	7	18%
Total	40	100



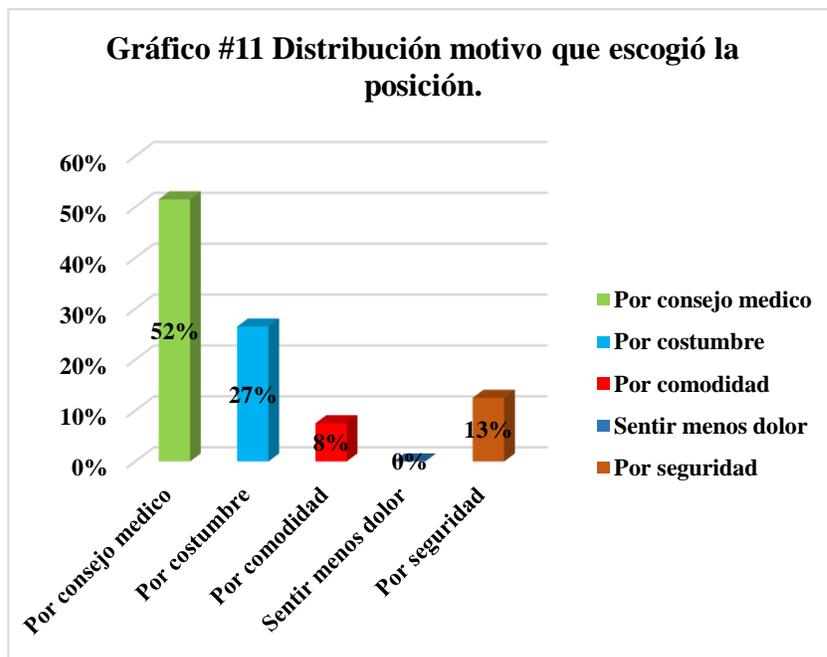
Fuente: Embarazadas de Centro Salud Venus de Valdivia
Elaborado: Clavijo Limones Evelyn Brigitte- Tigrero Panimboza Doris Natali

Análisis:

En el Gráfico número 10, las embarazadas del centro de salud Venus de Valdivia respondieron, el 82% que sí tenían dolores en el momento del parto, el 18% respondieron que no.

Tabla # 11 Distribución motivo que escogió la posición.

Escoger la posición	Número	Porcentaje
Por consejo médico	21	52%
Por costumbre	11	27%
Por comodidad	3	8%
Sentir menos dolor	0	0%
Por seguridad	5	13%
Total	40	100



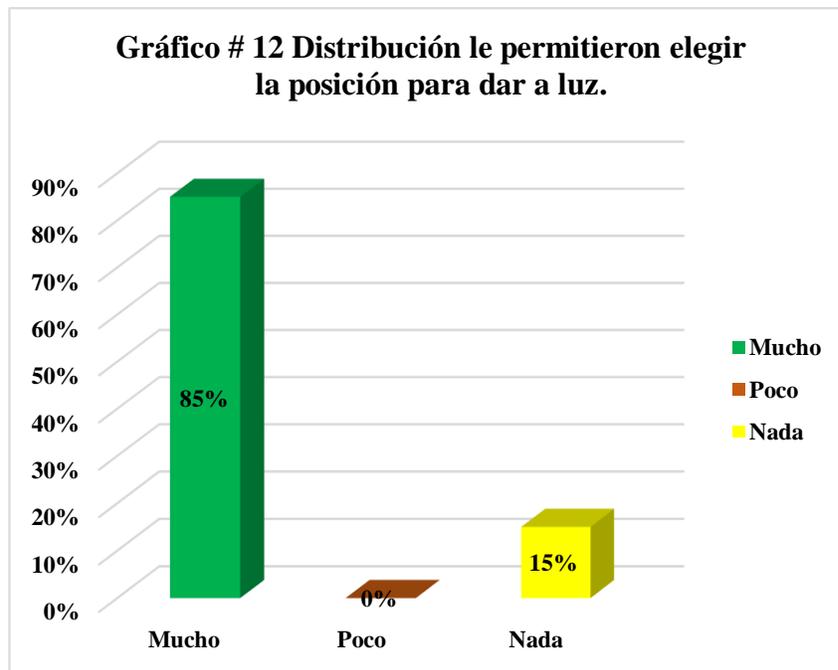
Fuente: Embarazadas de Centro Salud Venus de Valdivia
Elaborado: Clavijo Limones Evelyn Brigitte- Tigrero Panimboza Doris Natali

Análisis:

En el Gráfico número 11, se obtuvo la información que el 52% de las embarazadas escogieron esa posición por consejo médico, 27% por costumbre, 8% por comodidad y el 13% por seguridad.

Tabla # 12 Distribución le permitieron elegir la posición para dar a luz.

Escoger la posición	Número	Porcentaje
Mucho	35	85%
Poco	0	0%
Nada	5	15%
Total	40	100



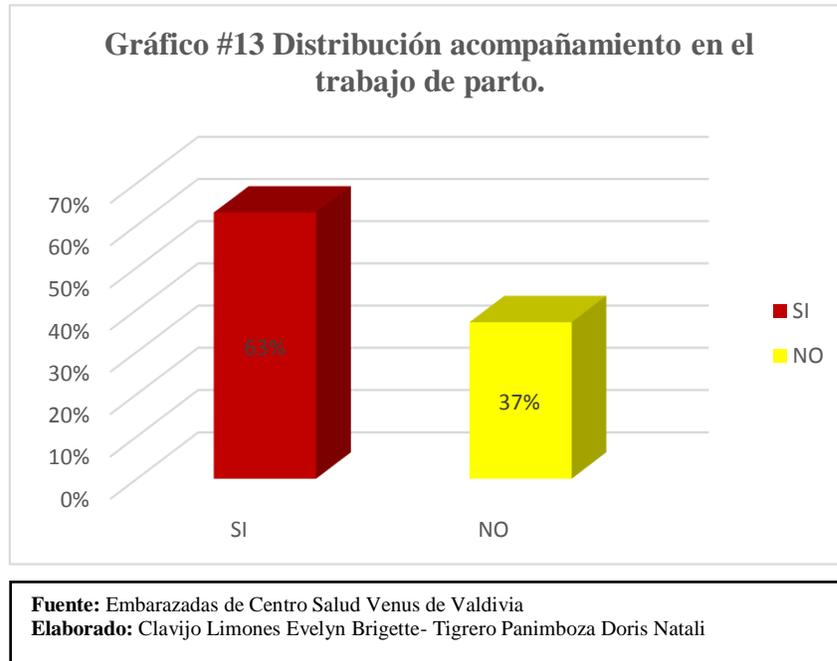
Fuente: Embarazadas de Centro Salud Venus de Valdivia
Elaborado: Clavijo Limones Evelyn Brigitte- Tigrero Panimboza Doris Natali

Análisis:

En el Gráfico número 12, las embarazadas mediante la pregunta, le pareció importante que el centro de salud le permita escoger la posición para dar a luz respondieron el 85% que es de mucha importancia el permitirles escoger la posición y el 15% respondieron nada.

Tabla #13 Distribución acompañamiento en el trabajo de parto.

Acompañamiento	Número	Porcentaje
Si	25	63%
No	15	37%
Total	40	100

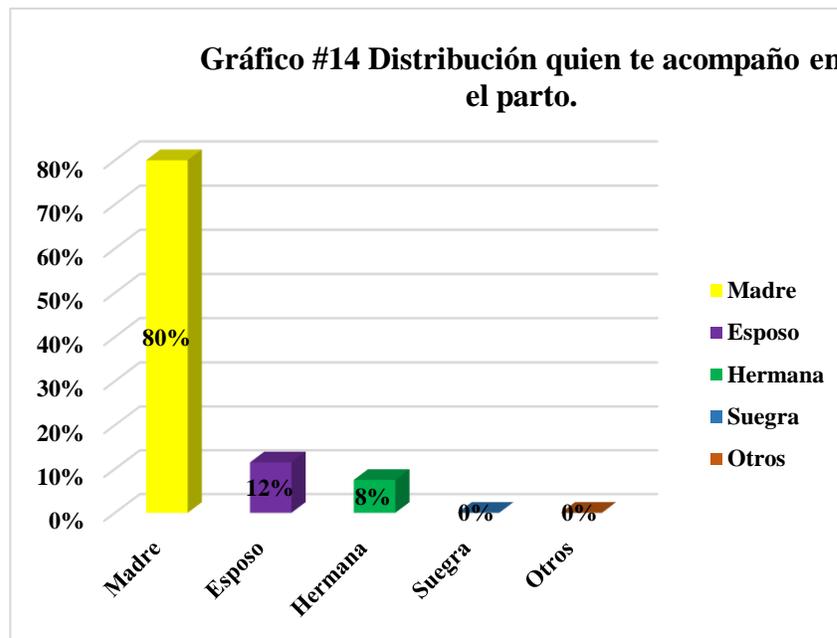


Análisis:

En el Gráfico número 13, relacionado con el acompañamiento del parto las gestantes del Centro de Salud Venus de Valdivia, el 63% refirieron haber estado acompañada mientras que el 37% no presentaron acompañamiento.

Tabla # 14 Distribución quien te acompaño en el parto.

Acompañamiento	Número	Porcentaje
Madre	32	80%
Esposo	5	12%
Hermana	3	8%
Suegra	0	0%
Otros	0	0%
Total	40	100



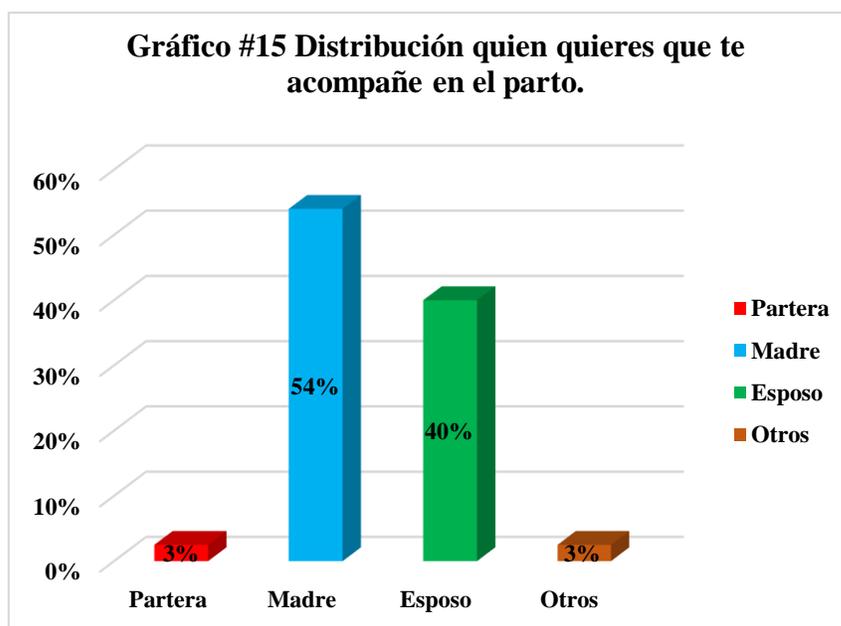
Fuente: Embarazadas de Centro Salud Venus de Valdivia
Elaborado: Clavijo Limones Evelyn Brigette- Tigrero Panimboza Doris Natali

Análisis:

En el gráfico 14, a través de la encuesta realizada, las embarazadas del Centro de Salud Venus de Valdivia, se evidenció que el 80% respondieron que estaban acompañadas de su madre y el 12% por sus esposos.

Tabla #15 Distribución quien quieres que te acompañe en el parto.

Acompañante	Número	Porcentaje
Partera	1	3%
Madre	22	54%
Esposo	16	40%
Otros	1	3%
Total	40	100



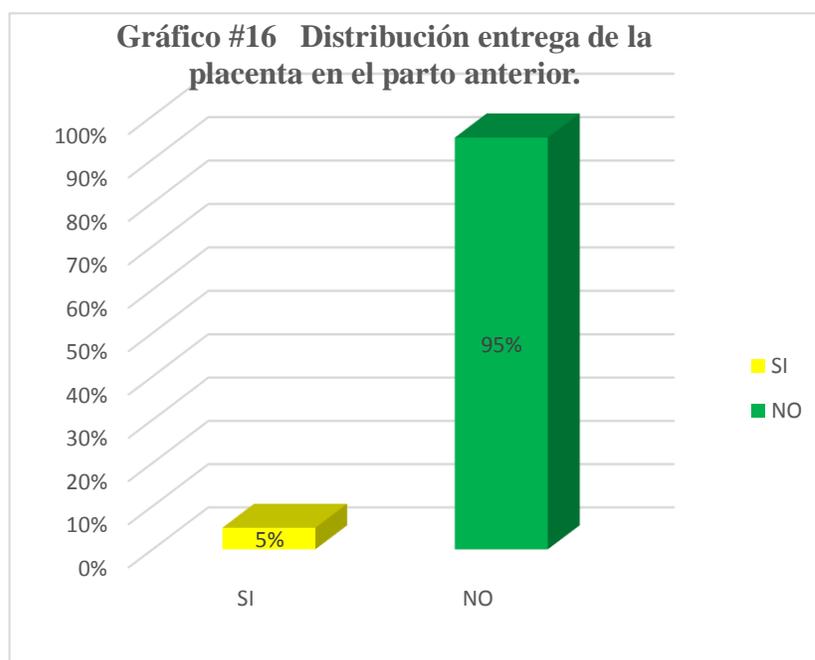
Fuente: Embarazadas de Centro Salud Venus de Valdivia
Elaborado: Clavijo Limones Evelyn Brigette- Tigrero Panimboza Doris Natali

Análisis:

En el gráfico 15, mediante la encuesta se preguntó a las gestantes, durante el trabajo de parto a quien preferiría como acompañante, en el cual resultó con altos porcentajes que el 54% optarían con la compañía por parte de sus madres y con el 40% con sus esposos.

Tabla #16 Distribución entrega de la placenta en el parto anterior.

Le entregaron la placenta	Número	Porcentaje
Si	2	5%
No	38	95%
Total	40	100



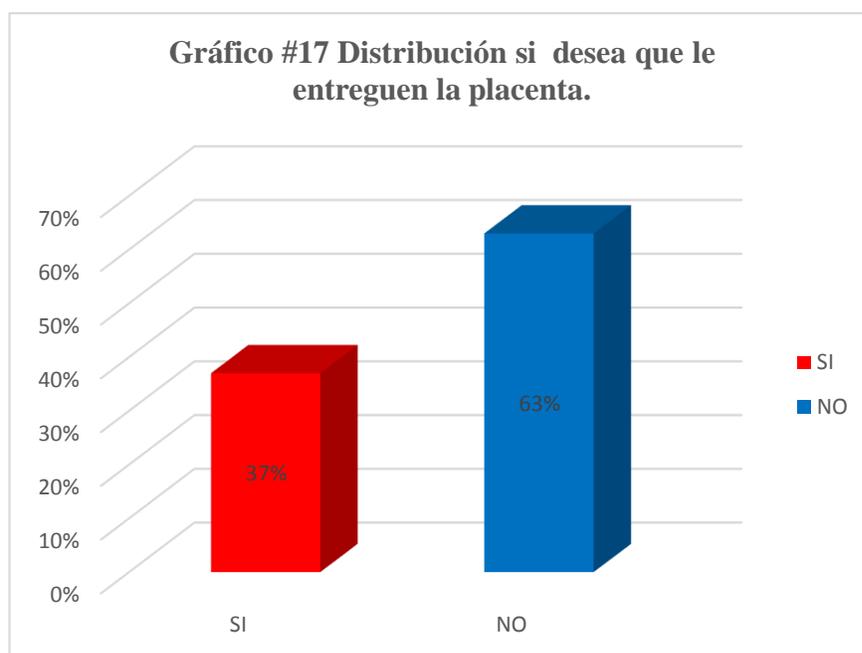
Fuente: Embarazadas de Centro Salud Venus de Valdivia
Elaborado: Clavijo Limones Evelyn Brigette- Tigrero Panimboza Doris Natali

Análisis:

En el Gráfico número 16, las embarazadas del Centro de Salud Venus de Valdivia con respecto a la pregunta, en su parto anterior le entregaron la placenta, el 5% de las embarazadas respondieron que sí, y el 95% que no.

Tabla #17 Distribución si desea que le entreguen la placenta.

Entrega de Placenta	Número	Porcentaje
Sí	15	37%
No	25	63%
Total	40	100



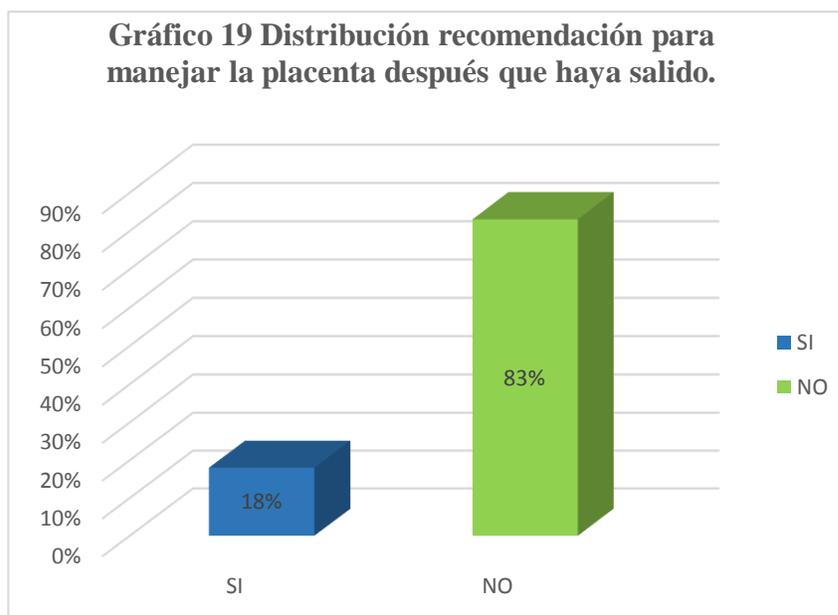
Fuente: Embarazadas de Centro Salud Venus de Valdivia
Elaborado: Clavijo Limones Evelyn Brigette- Tigrero Panimboza Doris Natali

Análisis:

En el gráfico 17, mediante la pregunta que se realizó a las gestantes de que, en su próximo parto le gustaría que se le entregue la placenta respondieron con el 37% que sí, mientras que el 63%, respondieron que no.

Tabla #18 Distribución recomendación para manejar la placenta después que haya salido.

Conocimiento	Número	Porcentaje
Sí	7	18%
No	33	83%
Total	40	100



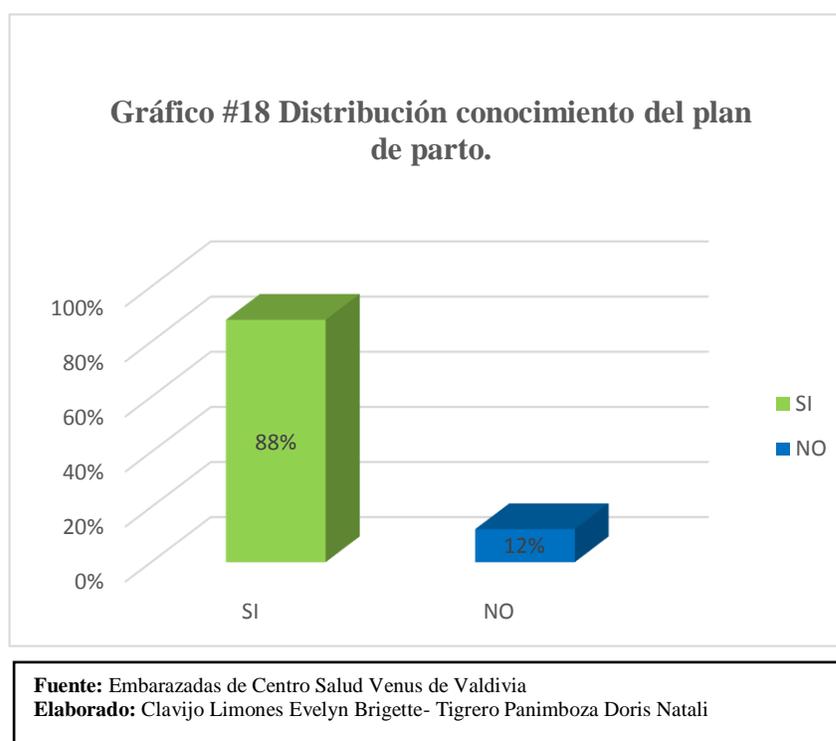
Fuente: Embarazadas de Centro Salud Venus de Valdivia
Elaborado: Clavijo Limones Evelyn Brigette- Tigrero Panimboza Doris Natali

Análisis:

En el gráfico número 3 se obtuvo que el 18% respondieron que si tenían recomendación y el 83% respondieron que no tenían ninguna recomendación sobre el manejo de la placenta.

Tabla #19 Distribución conocimiento del plan de parto.

Conocimiento	Número	Porcentaje
Sí	35	88%
No	5	12%
Total	40	100



Análisis:

En el Gráfico número 18, en base a la pregunta que, si conocían el plan de parto, las embarazadas del Centro de Salud Venus de Valdivia contestaron con el 88% en tener conocimiento del tema y con el 12% respondieron que no conocen.

ANEXOS 8. EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS

EVIDENCIA 1.-Recopilación de información en la sala de parto en el Centro de Salud Venus de Valdivia



EVIDENCIA 2. Explicación de la encuesta a las embarazadas del Centro de Salud Venus de Valdivia



EVIDENCIA 3. Aplicación de la encuesta a las embarazadas del Centro de Salud Venus de Valdivia.



EVIDENCIA 4. Agradecimiento a las embarazadas por colaborar con la encuesta.



Glosario:

- ✓ **Alternativas.-** Que se dice, hace o sucede con alternación. (Real Academia Española).
- ✓ **Antelación.** Anticipación con que, en orden al tiempo, sucede algo respecto a otra cosa. (Real Academia Española).
- ✓ **Complementariedad.** - Cualidad de complementario. (Real Academia Española)
- ✓ **Confortable.** - Que conforta, alienta o consuela. (Real Academia Española)
- ✓ **Cuadrúpeda.** - Es una posición anatómica la cual consiste en poner las palmas de las manos y las rodillas (flexionadas a 90°) apoyadas sobre el suelo. Es la que coloquialmente conocemos como posición "a cuatro patas". (wikideporte enciclopedia, 2014)
- ✓ **Homogéneas.** – Es aquello que pertenece o está relacionado a un mismo género (Pérez, 2014)
- ✓ **Homolateral.** – Que se encuentra situado u ocurre en el mismo lado. También se denomina ipsolateral. (Clínica Universidad de Navarra, 2015)
- ✓ **Percepción.** Sensación interior que resulta de una impresión material hecha en nuestros sentidos. (Real Academia Española)
- ✓ **Relación.** - Exposición que se hace de un hecho. (Real Academia Española)



La Libertad, 18 de Septiembre de 2018.

CERTIFICADO ANTIPLAGIO

001-TUTOR (AGR)-2018

En calidad de tutor del trabajo de titulación denominado **PARTO HUMANIZADO ASOCIADO A LAS CREENCIAS CULTURALES EN EMBARAZADAS. CENTRO DE SALUD VENUS DE VALDIVIA 2018**, elaborado por las estudiantes Srtas. Clavijo Limones Evelyn Brigette y Tigrero Panimboza Doris Natali, egresados(as) de la Carrera de Enfermería, de la Facultad de Ciencias Sociales y de la Salud de la Universidad Estatal Península de Santa Elena, previo a la obtención del título de Licenciada en Enfermería, me permito declarar que una vez analizado en el sistema antiplagio URKUND, luego de haber cumplido los requerimientos exigidos de valoración, el presente proyecto ejecutado, se encuentra con 1% de la valoración permitida, por consiguiente se procede a emitir el presente informe.

Adjunto reporte de similitud.

Atentamente,

García Ruiz Aida

Apellidos y Nombres

C.I.: 0959896655

DOCENTE TUTOR



Reporte urkund

The screenshot shows a web browser window with the following details:

- Documento: [PARTO HUMANIZADO.docx](#) (D41555772)
- Presentado: 2018-09-18 09:39 (-05:00)
- Presentado por: AIDA GARCIA RUIZ (aidagarcia@upse.edu.ec)
- Recibido: aidagarcia.upse@analysis.orkund.com

Below the details, a yellow highlight indicates: **1%** de estas 14 páginas, se componen de texto presente en 1 fuentes.

Fuente de similitud

The screenshot shows the 'Lista de fuentes' section with the following entries:

Categoría	Enlace/nombre de archivo
>	pasar por urkund capitulo 1 y 2 Doris y Evelyn.docx
	https://www.slideshare.net/PresidenciaRedMund/uruguay-1-parto-humanizado-derechos-hu...
Fuentes alternativas	
	https://www.efisioterapia.net/articulos/diferentes-posturas-parto
	http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/pela/pl-000267.pdf

At the bottom of the interface, there are buttons for: 0 Advertencias, Reiniciar, Exportar, and Compartir.