



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA

TEMA:

“SATISFACCIÓN DE USUARIAS EN RELACIÓN AL BIENESTAR MATERNO DURANTE EL PARTO, HOSPITAL SAN LUIS DE OTAVALO AÑO 2021”

Trabajo de Grado previo a la obtención del título de Licenciada en
Enfermería

AUTORA: Ipiales Saransig Alicia Lucero

DIRECTORA: Msc. Cabascango Cabascango Katty Elizabeth

Ibarra - Ecuador

2021

CONSTANCIA DE APROBACIÓN DEL DIRECTOR DE TESIS

En calidad de Directora de la tesis de grado titulada “**SATISFACCIÓN DE USUARIAS EN RELACIÓN AL BIENESTAR MATERNO DURANTE EL PARTO, HOSPITAL SAN LUIS DE OTAVALO AÑO 2021**” de autoría de IPIALES SARANSIG ALICIA LUCERO, para obtener el Título de Licenciada en Enfermería, doy fe que dicho reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometidos a presentación y evaluación por parte del jurado examinador que se designe.

En la ciudad de Ibarra, a los 12 días del mes de Agosto del 2021.

Lo certifico:



.....

MSc. Cabascango Cabascango Katty Elizabeth

C.C: 1001876802

DIRECTORA



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
BIBLIOTECA UNIVERSITARIA
AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN A FAVOR
DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

1. IDENTIFICACIÓN DE LA OBRA

En cumplimiento del Art. 144 de la Ley de Educación Superior, hago la entrega del presente trabajo a la Universidad Técnica del Norte para que sea publicado en el Repositorio Digital Institucional, para lo cual pongo a disposición la siguiente información:

| DATOS DE CONTACTO | | | |
|------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|------------|
| CÉDULA DE IDENTIDAD: | 100459966-6 | | |
| APELLIDOS Y NOMBRES: | Ipiales Saransig Alicia Lucero | | |
| DIRECCIÓN: | Otavalo-Peguche, Barrio Imbaquí calle Tahuantinsuyo y Kawsay esquina. | | |
| EMAIL: | luceritoipiales1998@hotmail.com | | |
| TELÉFONO FIJO: | (06) 2690 757 | TELÉFONO MÓVIL: | 0968359806 |
| DATOS DE LA OBRA | | | |
| TÍTULO: | “SATISFACCIÓN DE LAS USUARIAS EN RELACIÓN AL BIENESTAR MATERNO DURANTE EL PARTO, HOSPITAL SAN LUIS DE OTAVALO AÑO 2021.” | | |
| AUTOR (ES): | Ipiales Saransig Alicia Lucero | | |
| FECHA: | 2021-08-12 | | |
| SOLO PARA TRABAJOS DE GRADO | | | |
| PROGRAMA: | <input checked="" type="checkbox"/> PREGRADO <input type="checkbox"/> POSGRADO | | |
| TITULO POR EL QUE OPTA: | Licenciatura en Enfermería | | |
| ASESOR /DIRECTOR: | MSc. Cabascango Cabascango Katty Elizabeth | | |

2. CONSTANCIAS

La autora manifiesta que la obra objeto de la presente autorización es original y se la desarrolló, sin violar derechos de autor de terceros, por lo tanto, la obra es original y que es la titular de los derechos patrimoniales, por lo que asume la responsabilidad sobre el contenido de la misma y saldrá en defensa de la Universidad en caso de reclamación por parte de terceros.

En la ciudad de Ibarra, a los 12 días del mes de Agosto del 2021.

LA AUTORA

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Ipiales Saransig Alicia Lucero', enclosed within a hand-drawn oval shape. The signature is written in a cursive style.

Ipiales Saransig Alicia Lucero

C.C.: 100459966-6

REGISTRO BIBLIOGRÁFICO

Guía: FCCS-UTN

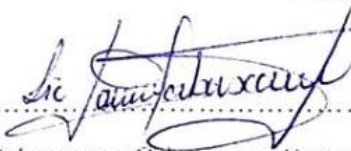
Fecha: Ibarra, 12 de Agosto del 2021

IPIALES SARANSIG ALICIA LUCERO, “SATISFACCIÓN DE LAS USUARIAS EN RELACIÓN AL BIENESTAR MATERNO DURANTE EL PARTO, HOSPITAL SAN LUIS DE OTAVALO AÑO 2021”/ TRABAJO DE GRADO. Licenciada en Enfermería. Universidad Técnica del Norte. Ibarra, 12 de Agosto del 2021

DIRECTORA: MSc. Cabascango Cabascango Katty Elizabeth

El principal objetivo de la presente investigación fue, Identificar la satisfacción de usuarias en relación al bienestar materno durante el parto, Hospital San Luis de Otavalo año 2021. Entre los objetivos específicos se encuentran: Describir el perfil sociodemográfico de la población en estudio. Analizar el nivel de satisfacción de las usuarias de atención materno durante el parto respecto a los servicios recibidos. Establecer el nivel de bienestar materno a partir de la escala BMSP2. Determinar la relación del nivel de satisfacción de las usuarias y el bienestar materno durante el parto. Proponer un banner con estrategias de bioseguridad para retomar el acompañamiento familiar durante el parto en tiempos de pandemia.

Fecha: Ibarra, 12 de Agosto del 2021.



.....

MSc. Cabascango Cabascango Katty Elizabeth

Directora



.....

IpiALES Saransig Alicia Lucero

Autora

AGRADECIMIENTO

Agradezco primeramente a mi padre celestial por brindarme su amor incondicional y ser mi luz durante mi caminar, por colmarme de ciencia y sabiduría para tomar buenas decisiones y ser una mejor persona sobre todo sensibilizando y llenando de amor a mi corazón para las personas que necesitan de mi ayuda y cuidado, además por brindarme las fuerzas necesarias para debatir diferentes situaciones que se presentaron durante mi diario vivir.

Gracias a mis padres por su apoyo constante, por sus consejos, por sus palabras de aliento en cada momento de alegría y tristeza, nunca dejaron de creer en mí, más bien me ayudaron a descubrir mi potencial y mis capacidades, siendo la base para formar mi corazón y carácter con sinceridad, paciencia y amor. A mis hermanos, abuelitos y tíos quienes han sido mi pilar fundamental y mi motivación más grande que me impulsaron a seguir adelante por cada muestra de amor sincero que me otorgaron. A mis compañeras/os y queridas amigas Mariuxi y Maricela por haber sido parte de mi vida y este largo caminar.

A mí querida Universidad Técnica del Norte y a cada uno de mis docentes de la Carrera de Enfermería que me han educado con un pensamiento crítico apoyado de valores y principios éticos. A mi Tutora de tesis, Msc. Katty Cabascango por brindarme su vasto conocimiento, sus consejos, apoyo y motivación constante, por enseñarme a amar esta hermosa profesión desde el primer día de clases para ser una excelente profesional.

Alicia Lucero Ipiales Saransig

DEDICATORIA

Quiero dedicar mi trabajo con mucho amor a mis padres: Salvador Ipiales y Claudia Saransig por el gran sacrificio que hicieron día a día por mí para que no me falte nada y así verme cumplir mis sueños, donde me enseñaron que la vida no es fácil sino que lleva tiempo y perseverancia para conseguir lo que se desea con el corazón, ahora gracias a Dios pude llegar a una de mis metas por el apoyo incondicional de mis padres siendo el punto para triunfar siempre por mí y para ustedes papá y mamá.

Alicia Lucero Ipiales Saransig

ÍNDICE GENERAL

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| CONSTANCIA DE APROBACIÓN DEL DIRECTOR DE TESIS | i |
| AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE | ii |
| REGISTRO BIBLIOGRÁFICO | iv |
| AGRADECIMIENTO | v |
| DEDICATORIA | vi |
| ÍNDICE GENERAL | vii |
| ÍNDICE DE ILUSTRACIONES | xi |
| ÍNDICE DE TABLAS | xi |
| RESUMEN | xii |
| SUMARY | xiii |
| TEMA | xiv |
| CAPÍTULO I | 1 |
| 1. El Problema de la Investigación | 1 |
| 1.1 Planteamiento de Problema | 1 |
| 1.2 Formulación del Problema | 5 |
| 1.3 Justificación | 6 |
| 1.4 Objetivos | 8 |
| 1.4.1 Objetivo General | 8 |
| 1.4.2 Objetivo Específico | 8 |
| 1.5 Preguntas de la investigación | 9 |
| CAPÍTULO II | 10 |
| 2. Marco Teórico | 10 |
| 2.1 Marco Referencial | 10 |
| 2.1.1 Prácticas humanizadas de enfermeras obstétricas: aportes en el bienestar materno, 2018 | 10 |
| 2.1.2 El parto humanizado como necesidad para la atención integral a la mujer, 2018. | 10 |

| | | |
|---------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 2.1.3 | Satisfacción de las mujeres con la atención al parto, 2018..... | 11 |
| 2.1.4 | Calidad asistencial en obstetricia: evaluación de indicadores de atención. | 12 |
| | amigable del parto vaginal en el hospital materno infantil, 2017. | 12 |
| 2.1.5 | Modelo de asistencia integral del parto (MASIP): Concepto de integralidad basado en la calidad y seguridad, 2018..... | 12 |
| 2.2 | Marco Contextual..... | 14 |
| 2.2.1 | Hospital San Luis de Otavalo | 14 |
| 2.2.2 | Servicio de centro obstétrico..... | 15 |
| 2.2.3 | Misión y Visión del Hospital San Luis de Otavalo. | 15 |
| 2.3 | Marco Conceptual..... | 16 |
| 2.3.1 | El Parto | 16 |
| 2.3.2 | Etapas del trabajo de parto..... | 16 |
| 2.3.3 | Importancia del Parto Humanizado | 17 |
| 2.3.4 | Puerperio Inmediato..... | 18 |
| 2.3.5 | Alojamiento conjunto | 18 |
| 2.3.6 | Establecimientos de salud amigos de la madre y del niño (ESAMyN) | 18 |
| 2.3.7 | Estrategias en la adecuación cultural del parto | 20 |
| 2.3.8 | Prácticas integrales del parto | 26 |
| 2.3.9 | Calidad Asistencial | 27 |
| 2.3.10 | Satisfacción..... | 28 |
| 2.3.11 | Bienestar Materno..... | 29 |
| 2.3.12 | Respeto del principio de autonomía del paciente | 29 |
| 2.3.13 | Escala del Bienestar Materno en Situación de Parto (BMSP2) | 30 |
| 2.3.14 | Teorías de enfermería | 31 |
| 2.4 | Marco Legal y Ético..... | 33 |
| 2.4.1 | Marco Legal | 33 |
| 2.4.2 | Marco Ético..... | 36 |
| CAPÍTULO III | | 38 |
| 3. | Metodología de la investigación..... | 38 |
| 3.1 | Diseño de la Investigación | 38 |

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 3.2 Tipo de investigación..... | 38 |
| 3.3 Localización y ubicación del estudio..... | 39 |
| 3.4 Población..... | 39 |
| 3.4.1 Universo..... | 39 |
| 3.4.2 Muestra | 40 |
| 3.4.3 Criterio de inclusión..... | 41 |
| 3.4.4 Criterio de exclusión..... | 41 |
| 3.5 Métodos de recolección de información | 41 |
| 3.5.1 Métodos | 41 |
| 3.5.2 Técnica..... | 42 |
| 3.5.3 Instrumento de recolección de datos..... | 42 |
| 3.6 Análisis de datos | 44 |
| CAPÍTULO IV | 46 |
| 4. Resultados de Investigación | 46 |
| CAPÍTULO V | 57 |
| 5. Conclusiones y Recomendaciones | 57 |
| 5.1. Conclusiones..... | 57 |
| 5.2 Recomendaciones | 59 |
| BIBLIOGRAFÍA..... | 60 |
| ANEXOS | 71 |
| Anexo 1. Oficio de permiso para la aplicación de la encuesta..... | 71 |
| Anexo 2. Consentimiento Informado | 72 |
| Anexo 3. Cuestionario: Escala del Bienestar Materno en Situación de Parto 2 (BMSP2)..... | 73 |
| Anexo 4. Operacionalización de Variables | 77 |
| Anexo 5. Galería Fotográfica | 87 |
| Anexo 6. Entrega del Banner propuesto al Hospital San Luis de Otavalo..... | 88 |

| | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Anexo 7. Banner idioma español-kichwa con estrategias de acompañamiento seguro durante el parto en tiempos de pandemia COVID-19..... | 89 |
| Anexo 8. Aprobación del Abstract | 90 |
| Anexo 9. Análisis del Urkund | 91 |

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

| | |
|----------------------------------------------------------|----|
| Ilustración 1. Hospital San Luis de Otavalo | 14 |
|----------------------------------------------------------|----|

ÍNDICE DE TABLAS

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Tabla 1. Posturas del parto y sus ventajas..... | 22 |
| Tabla 2. Ponderación del nivel de satisfacción por dimensiones..... | 44 |
| Tabla 3. Ponderación del nivel de bienestar materno por dimensiones | 45 |
| Tabla 4. Perfil Sociodemográfico..... | 46 |
| Tabla 5. Dimensión de cuidado relacional de calidad..... | 48 |
| Tabla 6. Dimensión del cuidado oportuno y respetuoso | 49 |
| Tabla 7. Dimensión del ambiente físico confortable | 50 |
| Tabla 8. Dimensión de autocuidado y confort | 51 |
| Tabla 9. Dimensión condiciones para el contacto madre-hijo | 52 |
| Tabla 10. Dimensión cuidado despersonalizado | 54 |
| Tabla 11. Dimensión: Acompañamiento familiar continua | 55 |
| Tabla 12. Relación del nivel de satisfacción y el bienestar materno durante el parto | 56 |

RESUMEN

SATISFACCIÓN DE USUARIAS EN RELACIÓN AL BIENESTAR MATERNO DURANTE EL PARTO, HOSPITAL SAN LUIS DE OTAVALO AÑO 2021

Autora: Alicia Lucero Ipiales Saransig

Correo:luceroipiales1998@hotmail.com

La satisfacción de las mujeres cubren necesidades y expectativas en la asistencia integral a través de la experiencia durante el parto y el nacimiento relacionándose con varios factores que influye en el bienestar materno y la percepción final del servicio sanitario recibido, siendo un indicador de calidad de los servicios y la atención captada por las usuarias. Objetivo: Identificar la satisfacción de usuarias en relación al bienestar materno durante el parto, Hospital San Luis de Otavalo. Estudio con enfoque cuantitativo, descriptivo, correlacional y transversal; la muestra conformada por 150 usuarias seleccionadas mediante muestreo probabilístico al azar; se aplicó el instrumento “Escala de Bienestar Materno en Situación de Parto” BMSP2, validado con un alfa de Cronbach 0,937. Resultados: Predominó la etnia indígena, estado civil casadas, la edad oscila entre 19 a 35 años de edad, nivel de instrucción secundaria, se dedican a los quehaceres domésticos y habitan en la zona rural. El nivel de satisfacción fue alto respecto a los servicios recibidos durante la atención materna, las dimensiones que calificaron fueron: Cuidado relacional de calidad (100%), Cuidado oportuno y respetuoso (88,7%), ambiente físico y confortable (94%). El nivel de bienestar materno óptimo fueron las dimensiones: Condiciones para el contacto madre-hijo (83,3%), Autocuidado y Confort (52,7%); sin embargo se evidenció el nivel de malestar en la dimensión participación familiar continua debido a la emergencia sanitaria del COVID-19. La relación del nivel de satisfacción y el nivel de bienestar materno es de 0.465 significando una correlación positiva moderada. Se concluye que el Hospital San Luis de Otavalo con certificación ESAMyN promociona y establece el parto humanizado que contribuye al mejoramiento de la calidad e integralidad de la atención, se recomienda fomentar el acompañamiento familiar con medidas de bioseguridad.

Palabras clave: Satisfacción, Bienestar materno, parto, atención materna.

SUMMARY

SATISFACTION OF USERS IN RELATION TO MATERNAL WELL-BEING DURING CHILDBIRTH, HOSPITAL SAN LUIS DE OTAVALO YEAR 2021.

Author: Alicia Lucero Ipiales Saransig

Email: lucertoipiales1998@hotmail.com

Women's satisfaction covers needs and expectations in the integral assistance through the experience during labor and birth and is related to several factors that influence maternal wellbeing and the final perception of the health service received, being an indicator of the quality of the services and attention received by the users. Objective: To identify the satisfaction of users in relation to maternal wellbeing during childbirth, Hospital San Luis de Otavalo. The study had a quantitative, descriptive, correlational and cross-sectional approach; the sample consisted of 150 users selected by random probability sampling; the instrument "Maternal Well-Being in Childbirth Scale" BMSP2 was applied, validated with a Cronbach's alpha 0.937. Results: The women were predominantly of indigenous ethnicity, married, between 19 and 35 years of age, with a high school education, dedicated to household chores and lived in rural areas. The level of satisfaction was high with respect to the services received during maternal care, the dimensions they rated were: quality relational care (100%), timely and respectful care (88.7%), physical and comfortable environment (94%). The optimal level of maternal well-being were the dimensions: Conditions for mother-child contact (83.3%), Self-care and Comfort (52.7%); however the level of discomfort was evidenced in the dimension continuous family participation due to the COVID-19 health emergency. The relationship between the level of satisfaction and the level of maternal well-being is 0.465, meaning a moderate positive correlation. It is concluded that the Hospital San Luis de Otavalo with ESAMyN certification promotes and establishes humanized childbirth that contributes to the improvement of the quality and integrity of care, it is recommended to promote family accompaniment with biosecurity measures.

Key words: Satisfaction, maternal welfare, childbirth, maternal care.

**TEMA: “SATISFACCIÓN DE USUARIAS EN RELACIÓN AL BIENESTAR
MATERNO DURANTE EL PARTO, HOSPITAL SAN LUIS DE OTAVALO
AÑO 2021”**

CAPÍTULO I

1. El Problema de la Investigación

1.1 Planteamiento de Problema

A finales del siglo XIX el avance de la ciencia, la tecnología y la elevada tasa de mortalidad materna como fetal fueron la causa y el inicio de la medicalización en el proceso de parto, convirtiéndolo el parto en un evento médico, enfocándose la atención en los aspectos tecnológicos e instrumentales por consiguiente aislando a la mujer de su entorno familiar y limitándola en la participación continua durante el trabajo de parto y el parto (1).

La falta de humanización, comunicación e interacciones entre el personal de salud y el paciente es perjudicial para las usuarias, generando ansiedad, el estrés producido por un entorno desconocido, sumado a una atención mecanizada y medicalizada aumentan el dolor, el miedo generando mayor cantidad de intervenciones relacionados a la atención del parto produciendo más efectos adversos en la madre y el niño (2).

Según la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud (OMS/OPS), el parto humanizado protege el vínculo entre la madre e hijo, especialmente para el desarrollo cerebral del recién nacido en los primeros segundos de vida (3). Mientras la United Nations International Children's Emergency Fund (UNICEF), hace referencia el respeto a los derechos de la madre, el recién nacido y el acompañante en el momento del nacimiento, para que el parto sea lo más natural posible a través de la toma de decisiones seguras e informadas (4).

Investigaciones realizadas por la OMS, en Ghana, Guinea, Myanmar y Nigeria, reveló que 838 (42) % de 2016 mujeres sufrieron discriminación, maltrato físico o verbal. El 14% sufrió maltratos físicos, en general bofetadas, golpes o puñetazos, mientras que

38% recibieron altos niveles de maltrato verbal como: gritos, regaños y burlas; 11 mujeres experimentaron estigmatización o discriminación respecto a su raza u origen étnico, se realizaron cesáreas sin el consentimiento de la mujer (13%), 190 episiotomías (75%) y exámenes vaginales el 59% incluido el abandono o la desatención por parte de trabajadores sanitarios (5).

Estudios realizados en Irán, el parto es uno de los eventos psicológicos más desafiantes en la vida de la madre ya que entre el 10% y el 34% de todas las mujeres se enfrentan a experiencias de parto traumáticas, donde una experiencia negativa en el parto se asocia con trastorno de estrés postraumático a partir de la interrupción de las relaciones interpersonales, el vínculo disfuncional entre la madre y el bebé generando una lactancia materna inadecuada, miedo al parto y mayor deseo de una cesárea electiva en embarazos futuros (6).

En España, el 70,3% de las participantes dijeron que los profesionales que entraron en la habitación de las usuarias no se presentaron, un 66% no pidieron permiso para tratarlas, por otro lado, al 55,7% no les permitió comer, beber, deambular y uso de ropa propia (53,2%) y al 74,7% no les permitieron elegir la postura en el expulsivo (7). Contrariamente en Huesca el 85% de mujeres se mostraron satisfechas con el parto de modelo humanizado que las del modelo biomédico (8).

Estudios realizados en Latinoamérica prevalece brusquedad del personal hacia las pacientes, como empujones de las piernas para facilitar el parto y abuso verbal originado por comentarios relacionados con la vida sexual de las mujeres, interpretándose el dolor del parto como un castigo por haber tenido placer en el proceso de la concepción, además se deroga lo que la mujer conoce de sí misma, se silencia, se juzga cuando no obedece las órdenes médicas y muestran el abandono durante el parto incurriéndose así en negligencia médica (9).

Mientras tanto en México prevalecen las expresiones de discriminación relacionadas con la pobreza, ignorancia e incomprensión de instrucciones, por tanto denunciaron abuso físico y psicológico durante la atención. El primero incluyó que las manipularan

bruscamente las piernas, que las atara a la cama y las sometiera a múltiples y descuidado exámenes pélvicos, el abuso psicológico incluyó reprimendas, insultos, comentarios irrespetuosos y negligencia al solicitar ayuda. El personal sanitario que ejerció el maltrato: enfermeras (40%), médicas (30%) y médicos (30%) (10).

Nicidia & Teixeira en su estudio en Brasil, mencionan que la hospitalización de la parturienta modifica su rutina de tareas básicas y sencillas como bañare y comer; el ambiente hospitalario con sus sonidos, olores, luces y personas, generan estrés y tensión que contribuyen al aumento del dolor del parto lo cual puede perjudicar la evolución de un parto normal, generando insatisfacción por parte de las mujeres y algunos profesionales por los resultados negativos que esto conlleva (11).

Un estudio panorámico en Chile, muestran la insatisfacción en la atención del parto por dotación insuficiente de recurso humano y la asistencia profesional poco empática y cuidadosa (12). Además las quejas suceden con más frecuencia en los servicios públicos, en mujeres jóvenes con menor nivel de educación la baja consideración de las preferencias de las mujeres y la falta de información a las usuarias generan miedo, temor en expresar alguna queja, dolor o preocupación por tanto piensan que serán mejor atendidas si “se comportan adecuadamente” (13).

Referente a Bolivia se evidenció que el 56%, quedaron insatisfechos con la atención durante el proceso del parto; y el 44% quedaron satisfechas durante la atención (14). Además en Colombia, la oportunidad de maltrato y la falta de humanización se presenta en partos de alto riesgo y en adolescentes, debido a la presión de responsabilidad en el personal de salud disminuyendo la participación de la madre en la toma de decisiones, dando paso a la ejecución de procedimientos sin proporcionar información adecuada (15).

El 69% de las usuarias reportaron durante el trabajo de parto: violencia psicológica que fue percibida como desinformación, falta de autonomía en la toma de decisiones, impedimento para expresar sus sentimientos y emociones, por tanto la mayoría de las mujeres desconocen sus derechos y/o naturalizan los actos de violencia obstétrica

(16). Las madres asignan significados a sus vivencias del proceso de parto no tanto como una experiencia humana trascendente, sino como una súper experiencia a la deshumanización del parto dentro del contexto biomédico (17).

En Ecuador, las mujeres en gestación presentan desconocimiento sobre el parto humanizado y los derechos de la mujer que se someten durante el proceso de parto ya que el conocimiento y la decisión de optar por este tipo de parto depende mucho de la comunicación constante del profesional de salud para generar un bienestar satisfactorio tanto a la madre como al hijo; razón por la cual el Ministerio de Salud Pública (MSP) ha incrementado la normativa: Establecimiento de Salud Amigos de la Madre y del Niño (ESAMyN) (18).

En los Hospitales de Guayaquil se evidenciaron que el 59.33% (89) de las usuarias recibieron comentarios inapropiados, 77.33% (116) fueron llamadas con sobrenombres y 36% (54) refirieron agresión verbal; al 72% (108) de las usuarias no se les permitió optar por una posición de preferencia, el 65.33% (98) no tuvo la oportunidad del apego precoz; en lo referente a procedimientos realizados para acelerar el parto fueron 100% de estos se realizaron sin consentimiento informado y 11.33% (17) se les realizó rotura artificial de membranas (19).

Por otra parte a nivel del MSP en Quito, al 73% de las usuarias le realizaron más tactos vaginales que lo recomendado y al 62% no les permitió el acompañamiento de algún familiar durante el parto (20). En cambio en el Hospital General Docente de Calderón, siete de diez pacientes manifestaron un desagrado en la atención a causa del uso de epítetos como: “mamita”, “corazoncito” y “mami” generando desconfianza además la información sobre el estado de salud, procedimientos y medicación proporcionada por el profesional es limitada por el uso de palabras técnicas (21).

Por el contrario en el Hospital San Luis de Otavalo el 82% del personal de salud creen que existen barreras culturales para que acudan al hospital las mujeres indígenas, el 59% de las usuarias manifestaron que la posición ginecológica era incómodo durante el parto (22). Por tanto la normativa ESAMYN fue certificada en el establecimiento

por sus prácticas interculturales y el parto vertical por la atención a un número alto de mujeres indígenas embarazadas de Imbabura, donde han logrado avances en la atención integral del parto y un importante esfuerzo para romper brechas entre las prácticas ancestrales de la comunidad indígena local Kichwa y la medicina tradicional, mediante el trabajo en conjunto con las parteras de la región (23) (24).

Por tal razón la investigación se enfoca en analizar la atención que recibe la madre para determinar la satisfacción durante el trabajo de parto, el parto y el alojamiento conjunto de acuerdo a la normativa del ESAMyN, principalmente durante esta pandemia por la existencia de algunos cambios en procedimientos que han sido modificados para cumplir con las medidas de bioseguridad, por ejemplo la ausencia del acompañamiento de la pareja o algún familiar.

1.2 Formulación del Problema

¿Cuál es la satisfacción de las usuarias en relación al bienestar materno durante el parto, Hospital San Luis de Otavalo año 2021?

1.3 Justificación

La asistencia integral durante la pandemia ha modificado procedimientos para cumplir con las medidas de bioseguridad por tanto, el parto debe ser humanística a partir de la comunicación afectuosa entre el personal de salud, la mujer y el familiar/pareja siendo el foco principal la relación y la conexión sensible y compasiva para la atención oportuna de las usuarias durante el trabajo de parto y parto para que las madres tengan una experiencia agradable a lo vivido en la sala de partos, a través del equilibrio generado entre las necesidades de la madre/hijo y el hospital, donde la madre es un todo, no solo una dimensión física sino un ser biopsicosocial que emite y experimenta varios sentimientos y emociones a partir de la conexión: mente-cuerpo.

El parto humanizado a través del ESAMyN fomenta la capacidad natural de dar a luz a partir de la confianza de sí mismo de la madre, el empoderamiento, la participación activa y la toma de decisiones buscando la mejor forma de que un ser humano llegue a este mundo a partir de una atención cálida con prontitud y exactitud, teniendo en cuenta los aspectos culturales, emocionales, psicológicos, psicoafectivos, sexuales, ambientales y personales.

El propósito de la investigación es identificar la satisfacción de usuarias en relación al bienestar materno durante el parto para brindar una excelente calidad asistencial por parte del profesional de salud para satisfacer las necesidades y expectativas de las madres durante el proceso de parto y mejorar el bienestar materno donde permita a la madre compartir la experiencia del parto vivido con su pareja y/o familiar ya que genera grandes beneficios a corto y largo plazo para la madre así como para el recién nacido desde el primer encuentro sensible, de reconocimiento a través del contacto precoz piel con piel representando el vínculo materno-infantil que repercute en el desarrollo psicológico, emocional y cognitivo del niño.

Los beneficiarios directos fueron las usuarias que recibieron la atención integral con calidad y calidez por parte de los profesionales a partir del trato digno, respetando cada uno de los espacios y derechos que corresponde a las madres y el recién nacido, además

el hospital fue beneficiario por la satisfacción de las usuarias vinculado al bienestar materno, por tanto goza de prestigio a nivel nacional e internacional por poseer el certificado del ESAMyN que es reflejado por la calidad de profesionales que posee la institución mientras que el beneficiario indirecto fue el autor, para conseguir la Licenciatura en Enfermería.

Esta investigación se sustentó en el Cuidado Humano de Jean Watson que enfoca los sentimientos, sensaciones corporales, creencias espirituales, expectativas, consideraciones ambientales (25). Mientras la Teoría de la Transculturalidad de Madeleine Leninger quien establece diálogo entre el profesional de enfermería y el paciente/familia para determinar los cuidados: culturales, humanizados, holísticos respetando las normas de la institución de salud, los deseos/costumbres y valores de la cultura o religión del paciente y familia (26). Además la Teoría de Adopción del Rol Maternal de Ramona Mercer, constituye a la madre en la interacción desde la concepción hasta el desarrollo del niño a partir del apego precoz en el momento del parto.

Además, con el propósito de mejorar la calidad de atención se propone un banner para fomentar/retomar el acompañamiento de la pareja o familia durante esta pandemia que permita a los profesionales de salud solventar las necesidades de la mujer favoreciendo la creación del vínculo parental a partir del bienestar físico y emocional de la usuaria durante el trabajo de parto, parto y el puerperio inmediato (alojamiento conjunto) para obtener una buena percepción en las usuarias.

Esta investigación fue viable por la apertura que ofrece el Hospital San Luis de Otavalo, el apoyo de los profesionales que laboran en el servicio de Ginecología facilitando el acercamiento con la población de estudio, fue factible por contar con los recursos económicos para realizar la investigación.

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo General

Identificar la satisfacción de usuarias en relación al bienestar materno durante el parto, Hospital San Luis de Otavalo año 2021.

1.4.2 Objetivo Específico

- Describir el perfil sociodemográfico de la población en estudio.
- Analizar el nivel de satisfacción de las usuarias de atención materno durante el parto respecto a los servicios recibidos.
- Establecer el nivel de bienestar materno a partir de la escala BMSP2.
- Determinar la relación del nivel de satisfacción de las usuarias y el bienestar materno durante el parto.
- Proponer un banner idioma español-kichwa con estrategias de bioseguridad para retomar el acompañamiento familiar durante el parto en tiempos de pandemia.

1.5 Preguntas de la investigación

- ¿Cuáles son las características sociodemográficas del grupo estudiado?
- ¿Cómo está la satisfacción de las usuarias de atención materno durante el parto respecto a los servicios recibidos?
- ¿Cuál es el nivel de bienestar materno a partir de la escala BMSP2?
- ¿Para qué establecer la relación entre la satisfacción de las usuarias y el bienestar materno durante el parto?
- ¿Cómo un banner informativo idioma español-kichwa con estrategias de bioseguridad retoma el acompañamiento familiar continuo durante el parto en tiempos de pandemia?

CAPÍTULO II

2. Marco Teórico

2.1 Marco Referencial

2.1.1 Prácticas humanizadas de enfermeras obstétricas: aportes en el bienestar materno, 2018.

El objetivo de este estudio es analizar la práctica de las enfermeras obstétricas que trabajan en una unidad prenatal, parto, posparto de un hospital universitario en Mato Grosso y el bienestar materno como respuesta a la atención brindada en la institución de salud. Estudio de enfoque cuantitativo, realizado en una unidad prenatal, parto y posparto; se recopilaron los datos a través de la Escala de Bienestar Materno en la Situación de Parto 2, se incluyeron 104 madres del período junio a septiembre del 2016, dichos datos se analizaron en Epi Info versión 7 (27).

Los resultados del estudio muestran que la práctica de las enfermeras obstétricas se basa en la humanización del parto, mientras las prácticas invasivas e innecesarias en el servicio que se encontró no influyó en el nivel de bienestar materno dando a conocer que para el 76% de las mujeres fue óptimo. Como conclusión, una escasa información y comunicación paciente-profesional genera que las mujeres sean poco críticas influyendo en la atención recibida (27).

2.1.2 El parto humanizado como necesidad para la atención integral a la mujer, 2018.

A inicios del siglo XX inició la importancia referente a la modalidad en que los seres humanos eran traídos al mundo por parte del profesional de salud, generando la propuesta por varios autores en el 2014, sobre la atención de salud con calidad para lograr la satisfacción de las mujeres y el familiar. La investigación tiene como objetivo: Reforzar el conocimiento teórico del equipo de salud sobre la humanización al parto, que transforme, en la práctica asistencial, la atención integral a la mujer, el método

empleado es una revisión bibliográfica sistemática en las bases de datos SciELO y Google Académico de mayo a julio del 2016 para desarrollar un análisis crítico reflexivo del contenido de documentos, dicha búsqueda fue realizada (28).

A partir de varios estudios pre-seleccionados se hizo lectura de los títulos, resúmenes y palabras clave, con el razonamiento deductivo se fue comprobando la pertinencia con el estudio. Como conclusión, se extrajo un análisis amplio de la historia de la humanización del parto permitiendo esto para el fortalecimiento de los aportes de personal de salud y el acercamiento a los orígenes de las corrientes humanistas hasta la importancia de este enfoque para la mujer durante el proceso de parto (28).

2.1.3 Satisfacción de las mujeres con la atención al parto, 2018.

Este estudio tiene como objetivo: Identificar la satisfacción global de las mujeres durante la atención al parto y analizar los factores que influyen en la misma. El método que se utilizó es la revisión de la literatura científica desde 2007 hasta la actualidad en bases de datos Pubmed, Scopus y Cuiden Plus. Los resultados que muestra el estudio respecto a la satisfacción global de acuerdo a la experiencia de parto estuvo entre el 24,4% y el 92,5%, considerando como factores influyentes para la satisfacción: el trato de los profesionales sanitarios, la información recibida durante el proceso y la elección del método no farmacológico para el alivio del dolor (1).

Como conclusión, la satisfacción global de las mujeres relacionada con la atención recibida durante el parto fue elevada; los factores que más influyeron en la satisfacción de las mujeres durante el parto son: apoyo de los profesionales sanitarios, acompañamiento de una persona de elección, recibir información detallada y comprensible durante el proceso, ayuda en la toma de decisiones, cumplimiento de sus expectativas respecto al parto y relacionado al alivio del dolor (1).

2.1.4 Calidad asistencial en obstetricia: evaluación de indicadores de atención amigable del parto vaginal en el hospital materno infantil, 2017.

La investigación fue efectuada de acuerdo a los indicadores de calidad asistencial para identificar si los servicios prestados fuer adecuado, oportuno, seguro, accesible, con el uso correcto evitando la producción de errores y así se logre la mayor satisfacción de los pacientes. El objetivo de este estudio fue evaluar la calidad asistencial en obstetricia mediante el estudio de los indicadores de atención amigable de parto vaginal. El presente estudio tuvo un cohorte transversal, con estadística descriptiva, tasa y porcentaje (29).

En el Hospital Materno Infantil ISSEMYM se registraron un total de 4,239 nacimientos durante enero 2015 a junio 2016 de las cuales se tomó una muestra de 323 pacientes con un promedio de edad de 27.9 (14-45) años, uso de oxitocina 71.8 % e inducción de trabajo de parto 1.8%, índice de prematuridad < 36.6sdg del 10.2, índice de analgesia obstétrica 13%, posición durante el trabajo de parto 100% en posición de litotomía forzada (323 pacientes), desgarro perineales 21.6 % , episiotomía 86 % , parto vaginal con antecedente de cesárea previa del 13.6 % . La investigación se concluye que la evaluación de los indicadores de atención amigable de parto vaginal no se cumple con los estándares orientativos, impidiendo estar dentro de las metas establecidas (29).

2.1.5 Modelo de asistencia integral del parto (MASIP): Concepto de integralidad basado en la calidad y seguridad, 2018.

El Fondo de Fomento al Desarrollo Científico y Tecnológico (FONDEF) desarrolló y aprobó el MASIP, permitiendo la participación activa de la mujer y familia para la reducción de intervenciones innecesarias ya que existe un interés a nivel internacional disminuir el uso excesivo de tecnologías durante el parto; el objetivo del estudio es, evaluar la efectividad de MASIP en comparación con el cuidado estándar del parto. Tiene un diseño experimental aleatorizado y controlado, se compararon los resultados

de calidad y seguridad de MASIP con la modalidad habitual de asistencia del sistema público (30).

El MASIP reflejó ser más efectiva que la asistencia tradicional relacionada a la calidad basada en los indicadores de bienestar materno, disminución de medidas de conducción y de atención de parto innecesaria; en términos de seguridad y confianza, en ambas modalidades los indicadores mantuvieron un estándar alcanzado a pesar de que el modelo integral se caracteriza por tener menos intervención. Se concluye que el MASIP es un modelo seguro y de mejor calidad para prestar una atención adecuada cubriendo las necesidades de las mujeres para mejorar la experiencia de las usuarias y familias por ello se debe incluir en su diseño los componentes de MASIP (30).

Los artículos mencionados anteriormente son estudios cuantitativos de revisión científica y bibliográfica, siendo de gran relevancia y sustento para el estudio sobre la satisfacción de las usuarias respecto al “buen trato” en el trabajo del parto y parto donde la asistencia integral humanizada es fundamental para elevar la confianza en la madre, aliviar el dolor y evitar acciones o procedimientos innecesarios a partir de una comunicación fluida entre profesional-paciente, siendo la pauta para marcar experiencias agradables en la madre.

2.2 Marco Contextual

2.2.1 Hospital San Luis de Otavalo



Ilustración 1. *Hospital San Luis de Otavalo*

El Hospital San Luis de Otavalo, se encuentra ubicado en Imbabura en el cantón Otavalo, localizado en las calles: Antonio José de Sucre y Estados Unidos de la ciudad de Otavalo, cabecera cantonal del Cantón Otavalo y Provincia de Imbabura en la Zona 1 del Ecuador (31) .

El Hospital San Luis de Otavalo, es un Hospital Básico correspondiente al segundo nivel de atención de Salud que pertenece al Ministerio de Salud Pública, atiende en un horario de 24 horas, forma parte del Distrito de Salud 10D02 Antonio Ante, constituye el escalón de referencia inmediata del Primer Nivel de Atención y direcciona la contra referencia. En la infraestructura hospitalaria para la atención de salud tiene una ampliación para una capacidad de 83 camas, cuenta con los servicios de (32):

Consulta Externa, Emergencia e internación y con las especialidades Clínicas y/o Quirúrgicas básicas de Cirugía, Traumatología, Medicina Interna, Psiquiatría,

Nutrición, Pediatría-Neonatología, Odontología, Ginecología y Obstetricia con la atención en el parto humanitario con pertinencia cultural; Radiología e imagen, Ecografía, Laboratorio, Medicina Transfusional, Farmacia institucional, Rehabilitación Integral y además ejecuta acciones de docencia e investigación (32).

2.2.2 Servicio de centro obstétrico

En el Hospital, el mes de abril del 2008 fue inaugurada la sala de parto vertical, de acuerdo a las demandas y necesidades de la mujer y el personal de salud. Las modificaciones en la infraestructura se han adaptado para un ambiente acogedor y abrigado, el acompañamiento durante la atención del parto por un familiar o partera, vestimenta cómoda, de color que respete su intimidad y pudor, bebidas con hierbas medicinales de la localidad. En cuanto a la posición la paciente escoge de acuerdo a su comodidad esta sea sentada, de rodillas o acostada, se respeta además la decisión de la paciente sobre la disposición de la placenta (22).

2.2.3 Misión y Visión del Hospital San Luis de Otavalo.

Misión:

Brindar una atención que de confianza y seguridad al usuario que acude a Consulta Externa, emergencia y hospitalización. Ser líder en calidad y calidez en el servicio.

Visión:

Contribuir a la atención oportuna y eficiente a las personas que requieren los servicios de este hospital.

2.3 Marco Conceptual

2.3.1 El Parto

El parto consiste en el inicio de una serie de contracciones uterinas rítmicas y progresivas que gradualmente hacen descender al feto por la cérvix (cuello del útero) y la vagina (canal del parto) hacia el exterior que termina con el parto del recién nacido y la expulsión de la placenta (33).

2.3.2 Etapas del trabajo de parto

“Corresponde a la fase de estimulación miometrial que inicia con las primeras contracciones uterinas perceptibles y termina con la expulsión de la placenta” (34). El trabajo de parto se divide en tres etapas:

- **Primera etapa: Dilatación**
 - **Fase latente:** Entre el inicio de las primeras contracciones perceptibles, hasta el inicio de la fase activa. El cuello uterino (cérvix) empieza hacerse más delgado y se dilata aproximadamente 4 centímetros. La duración de la fase latente es de 6,4 horas en la nulípara y 4,8 horas en la multípara. Se estableció, además, que la duración máxima de la fase latente es de 20 h en nulípara y 14 h en multípara (35).
 - **Fase activa:** Se caracteriza por el aumento en la regularidad, intensidad y frecuencia de las contracciones y la rápida progresión de la dilatación donde comienza con una dilatación mayor de 4 cm y termina cuando la paciente tiene dilatación completa: 10 cm (36). Friedman describió que la fase activa se compone de tres etapas: aceleración, máxima pendiente y desaceleración; dando a la curva de partograma un aspecto sigmoideo. La velocidad de progresión, respecto de la dilatación cervical, es dependiente de la paridad,

clásicamente se ha establecido que la velocidad de progresión es en promedio: 1.2cm/h en nulípara y 1.6 cm/h en multípara produciéndose el descenso de la presentación fetal a través del canal de parto (37).

- **Segunda etapa: Expulsivo**

Inicia cuando la dilatación es completa (10cm) y termina con la salida del bebé. Dura máximo 2 h en nulípara sin anestesia y 1 h en multípara sin anestesia. Se ha demostrado que la anestesia epidural, prolonga la fase de expulsivo en una hora (3 h nulípara – 2 h multípara). Durante esta etapa se completa el descenso de la presentación fetal (37).

- **Tercera etapa: Alumbramiento**

“Corresponde al período desde la salida del bebé, hasta la salida de la placenta, puede durar hasta 45 minutos en nulípara y 30 minutos en multípara” (37).

2.3.3 Importancia del Parto Humanizado

Parto humanizado o el “buen trato” tiene una perspectiva de dos lados: el punto de vista de la madre/ pareja y del bebé. La madre busca tener una satisfacción a través de una experiencia segura y positiva a partir del respeto en las opiniones y necesidades emocionales de la mujer para evitar prácticas innecesarias con la finalidad de crear un momento especial y en condiciones de dignidad humana mediante la comunicación y cuidado entre las personas que lleva a la auto transformación y la comprensión del espíritu fundamental de la vida y a un sentido de compasión y unidad con el universo, el espíritu y la naturaleza, los miembros de la familia, la comunidad, el país y la sociedad global, y también con otras personas en el futuro, así como con las generaciones pasadas (38).

Además el bebé marca el pulso de cómo se desarrolla el parto a través de las posibles percepciones y sentimientos del feto antes, durante y después de nacer, esto lleva a

proponer métodos más suaves y sensibles de atender partos, con el fin de reducir el estrés del bebé al pasar de un mundo acuático, oscuro y tranquilo al mundo aeróbico, luminoso y ruidoso, como por ejemplo: bajar las luces y las voces en la sala de parto, poner el bebé piel a piel con su madre inmediatamente después de nacer, cortar el cordón umbilical después de unos minutos para permitir una transición paulatina de la respiración umbilical a la pulmonar, y ofrecer un masaje cariñoso y relajante al recién nacido (38).

2.3.4 Puerperio Inmediato

El puerperio es el periodo que sigue al parto extendiéndose hasta la completa recuperación anatómica y fisiológica de la mujer, durante inicia el complejo proceso de adaptación psicoemocional entre la madre y su hijo donde la lactancia juega un rol fundamental, esto se da dentro de las primeras 24 después del parto en la que se puede distinguir, un periodo de tiempo de dos horas tras la terminación del parto durante el cual es aconsejable que la mujer permanezca en paritorio (37) (39).

2.3.5 Alojamiento conjunto

El alojamiento conjunto permite una estrecha relación con su hijo a través de la integración psicológica madre-hijo, fortaleciendo lazos afectivos que estimula la lactancia natural, sensibiliza a la madre para aceptar los consejos sobre el cuidado de su hijo, promueve una mejor relación de la madre con el equipo de salud que favorece la enseñanza directa y práctica de los cuidados de puericultura, al implicar una participación activa de la madre estableciendo el vínculo madre-pediatra de manera concreta para impulsar a la madre a concurrir al consultorio periférico para el control adecuado del crecimiento y desarrollo de su hijo (40).

2.3.6 Establecimientos de salud amigos de la madre y del niño (ESAMyN)

La Normativa sanitaria se implementa con el fin de disminuir la mortalidad y morbilidad materna y neonatal donde se establecen pautas para asegurar un buen inicio

de vida, dotando de calidad, calidez, continuidad, pertinencia e integridad a través de: la atención adecuada a la gestante, el parto humanizado, y el apoyo, protección y fomento de la lactancia materna durante el apego precoz y puerperio (41).

- **Antecedentes**

La Normativa Sanitaria para la Certificación de Establecimientos de Salud del Sistema Nacional de Salud como Amigos de la Madre y del Niño se implementa en Ecuador como una adaptación de la Iniciativa Hospital Amigo del Niño (IHAN) de la OMS y UNICEF que procura la protección, apoyo y fomento de la lactancia materna tomando en cuenta la atención amigable a la madre.

Hasta el año 2015 se mantuvo la iniciativa como parte de la Estrategia Nacional de Fomento, Protección y Apoyo a la Lactancia Materna del Área de Nutrición, sin embargo, en el 2015 se vio la necesidad de incluir en los criterios a: la atención amigable y humanizada a la madre durante la gestación, trabajo de parto, parto y puerperio. Igualmente, se amplía la cobertura de esta estrategia al Sistema Nacional de Salud, considerando su nueva organización; así se debe aplicar en hospitales y centros de salud que atienden partos en la Red Pública y Complementaria de Salud (41).

- **Componente parto y puerperio**

1. Permitir el acompañamiento por una persona de la elección de la madre, antes, durante y después del parto (41).
2. Garantizar un ambiente acogedor y el respeto de prácticas interculturales (42).
 - Permitir el uso de la vestimenta que las madres deseen, a menos que exista restricción clínica y se le informe las razones por las que no puede usar la vestimenta de su elección (42).
 - Permitir la ingesta de líquidos o alimentos ligeros, a menos que esté clínicamente restringido y se informe las razones de la restricción de la ingesta (42).

- Ofrecer a la madre la opción de disponer de la placenta, a menos de que exista una restricción clínica y se le informe de la misma (42).
- 3. Asistir para que se movilice y asuma la posición del parto a su elección (41).
- 4. Proporcionar métodos no farmacológicos para el alivio del dolor.
- 5. Evitar procedimientos invasivos y cesáreas innecesarias.
- 6. Garantizar la aplicación de prácticas integradas a la atención del parto: pinzamiento oportuno, apego inmediato y lactancia en la primera hora.
- 7. Realizar los procedimientos médicos al recién nacido frente a la madre.
- 8. Identificar posibles riesgos y manejar complicaciones que amenazan la vida de madre y bebé (41).
- 9. Permitir el contacto con bebés que requieran internación e informar sobre su evolución (41).
- 10. Al alta: Asesorar y garantizar métodos de planificación familiar, informar sobre signos de alarma y conceder la cita del primer control para la madre y del bebé (41).

2.3.7 Estrategias en la adecuación cultural del parto

- **Trato interpersonal a la usuaria y familiar/pareja**

En el sistema biomédico, el trato del personal de salud hacia el paciente se estructura desde relaciones de poder, donde se ejerce autoridad en base al cargo desempeñado. No obstante, en contextos multiculturales, la relación de poder se vuelve más compleja en cuanto intervienen criterios culturales, de género y de clase. Así pues, las mujeres pobres, campesinas, indígenas y afro descendientes constantemente han sido objeto de maltrato, discriminación y prejuicio (43).

Así, por ejemplo, algunas pacientes indígenas de la sierra ecuatoriana usualmente son objeto de crítica por la falta de planificación familiar, y de estigmatización por una supuesta falta de higiene.

“...pero ellos no nos tratan como a un humano, dicen: ‘estas indias feas que vienen apestando, vayan a bañar primero’, en ese sangrado hacen bañar en agua fría, eso no debe de ser, haber esas cosas, discriminación en hospitales, como humano deben atender... a veces en hospitales preguntan: ‘¿cuántos hijos tiene?’, dicen: ‘cuatro, cinco, o seis’, ‘Pucha estas como puerkas tienen, hay que operar bien, la ligadura hay que hacer’, a veces dicen: ‘tienen que cuidar’, pero, ¿cómo deben de cuidar?, entonces a veces dicen: ‘ojalá por ahí, a los maridos hay que hacer poner, siquiera papel de bolo, para que cuiden’, eso no debe ser así, hay discriminación en hospitales” (43).

El trato interpersonal que brindan los proveedores de salud debería ser cordial y profundamente respetuoso con la realidad social y cultural de las pacientes y sus familiares. No obstante, la forma como el personal de salud se relaciona con los pacientes y sus familiares continúa siendo uno de los problemas más importantes en el Sistema Nacional de Salud ecuatoriano (43).

- **Acompañamiento durante la atención del parto**

Según la cosmovisión indígena, la salud debe ser vista desde una perspectiva holística. El cuidado de la salud debe integrar el cuidado del cuerpo, la protección del espíritu y el resguardo de los riesgos emocionales (susto). Desde esta perspectiva el parto se convierte en un hecho social que involucra el saber tradicional de la comunidad, y las prácticas terapéuticas, rituales y simbólicas de la partera comunitaria. Este acontecimiento pierde valor y sentido en la soledad del hospital (43).

En el parto tradicional toda la familia colabora en las tareas de preparación del parto: en el cocimiento de las aguas, en la limpieza y adecuación del lecho, sin embargo, durante el proceso del alumbramiento generalmente asisten el esposo, la madre, y la suegra de la mujer embarazada: “hay mujeres que les gusta que entre el marido con wawas, la mamá y hasta los amigos; hay otros que solo la mamá o solo el marido, pero también hay las que les hacen esperar aparte”. Es decir, el ambiente de familiaridad o

de intimidad es respetado como derecho de la mujer quien, en cualquier caso, recibe continuamente el apoyo psicológico de la partera o del partero (43).

El vínculo madre-hijo o padre-hijo (vínculo afectivo), son los lazos emocionales que se establecen entre la madre y su hijo (o entre el padre y su hijo); es un instinto biológico que garantiza la supervivencia y promueve la replicación y la protección de la especie. El niño conforma su capacidad de relación afectiva y respuesta futura al estrés a través de la satisfacción oportuna de sus necesidades (contacto, comida, seguridad, etc.) por parte de la madre o de quien le cuida. Se sabe que en este proceso participa la hormona oxitocina como neurotransmisor (44).

Es algo, por tanto, inconsciente. No se provoca, sino que ocurre. No es el amor materno-filial. Los lazos afectivos entre la madre y el padre y el hijo son cruciales para la supervivencia y desarrollo del bebé: capacitan a los padres para que se sacrifiquen para el cuidado de su hijo (44).

- **Posiciones del parto**

La demanda de cambio fortalece el respeto a la cultura de la paciente para que escoja la posición del parto según su comodidad y no según la comodidad del personal de salud, procurando con ello respetar la fisiología natural del parto. Sin embargo, existe un sinnúmero de variaciones del parto vertical: de rodillas, elevada de los hombros por el esposo, sujetándose de una soga colgada de una viga del techo, apoyándose en una silla o baúl, en posición de gatear, etc. (43)

Tabla 1. *Posturas del parto y sus ventajas*

| POSICIONES | VENTAJAS |
|------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Decúbito supino | <ul style="list-style-type: none">• Menor riesgo de pérdida de sangre intraparto y hemorragias posparto (45).• Flexión de cadera no es máxima sino que se presenta una semiflexión, se estaría posibilitando mayor libertad de |

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | <p>movimiento en cuanto a los movimientos de anteversión/retroversión y nutación/contranutación (46).</p> <p>.Más cómoda para el obstetra.</p> |
| Decúbito lateral | <ul style="list-style-type: none"> • Disminuye las laceraciones del periné, por un mejor control de la cabeza fetal durante el nacimiento y la mayor relajación de la musculatura perineal (45). • La fuerza de empuje para extraer al bebé será de 20 kilos más que la posición vertical (47). |
| Parto Vertical: Sedestación, cuclillas, cuadrupedia, de pie | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Las fuerzas de gravedad favorece el encaje y el descenso fetales, cuando adopta la posición vertical la madre gana entre 30-40 mmHg en valores de presión intrauterina (43). • El aumento de los diámetros del canal del parto: 2 cm en sentido antero posterior y 1 en transverso y moldeamiento de la articulación coxo femoral (43). • Determina que el ángulo de encaje sea menos agudo (más abierto) lo que favorece el encaje y la progresión del feto (43). • Mejor equilibrio ácido base fetal durante el período dilatante como en el expulsivo facilitando la transición feto-neonatal (43). • Eficiencia de contracciones uterinas durante el trabajo de parto y el período expulsivo, provocando menos intervenciones obstétricas, menor uso de oxitocina y menos riesgo de alteraciones de latidos cardíacos fetales. • Menor presión intravaginal disminuye la resistencia al pasaje del móvil fetal por la relación directa entre relajación de músculos perineales y el grado de flexión coxo femoral (43). • Mayor presión intrauterina y menor presión intravaginal facilitan la salida fetal. • Beneficios psicoafectivos y el dolor es menos intenso o ausente. • La vagina se encuentra más relajada y, por tanto, se abre con mayor facilidad, lo que supone menor sufrimiento para la madre y más beneficios para el recién nacido (43). | |

Elaborado por: Ipiales L. (2021). Posturas del parto y sus ventajas

Fuente: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2012000100015

- **Abrigo/vestimenta**

En dependencia de la cultura de la mujer en trabajo de parto, se permita el uso de ropa/vestimenta que proporcione un adecuado abrigo a la mujer; en este sentido, la mujer debe conservar su derecho a decidir sobre la vestimenta que utilizará durante su trabajo de parto reconociendo que la misma debe ser limpia (43).

Un elemento importante de la medicina ancestral de las comunidades indígenas de los Andes ecuatorianos, aplicado en la atención del parto y el cuidado del embarazo, es el principio humoral. Este principio sostiene que la salud de la persona depende del equilibrio entre los elementos fríos y cálidos a los que se está expuesto (43).

Debido a la importancia del principio humoral en la medicina ancestral, una de las críticas fundamentales de las parteras y usuarias indígenas hacia el sistema biomédico de salud se refiere precisamente a ciertos procedimientos rutinarios de asepsia como el baño de la parturienta, que en muchas ocasiones implica un cambio brusco de temperatura y exposición al frío. Otra crítica se refiere a la “práctica de desvestir a la parturientas y luego llevarlas para dar a luz en una sala fría. En cambio, ellas prefieren que la mujer esté bien arropada para que no se enfríe la matriz y se dificulte el parto (43).

- **Alimentación**

En cada comunidad existen distintas costumbres sobre la alimentación antes, durante y después del parto: antes de dar a luz, para mantener el calor corporal y durante el parto para tener fuerzas, algunas parturientas ingieren diversas aguas endulzadas con panela: de manzanilla, de paraguay, de higo, etc. (según el sector), con la finalidad de proporcionarle la energía que requiere y favorecer el progreso del parto (43).

Algunas mujeres también quisieran ser alimentadas al poco tiempo de dar a luz, ya sea con alimentos dados por la unidad de salud o que se permita a sus familiares llevar a

la institución alimentos tradicionales para las puérperas, como por ejemplo: caldo de gallina, o arroz de cebada (43).

Además la ingesta de líquidos claros (agua, zumos de frutas sin pulpa, café y té sin leche) o bebidas isotónicas durante el parto. La ingesta de líquidos claros durante el trabajo de parto no influye negativamente sobre la evolución del mismo, el tipo de parto, la duración y el empleo de oxitocina, ni sobre los resultados del recién nacido. Más bien se considera que mejora el confort y la satisfacción materna y no incrementa las complicaciones maternas (48).

- **Información**

El personal de salud será el encargado de informar de manera suficiente y clara sobre todos los procedimientos, sus riesgos y consecuencias, cuidando de no confundir ni atemorizar a la parturienta y/o a sus acompañantes, tampoco de condicionar la aceptación de un procedimiento en particular más bien brindar confianza a través de la comunicación para solicitar de ellos su consentimiento (43).

- **Entrega de la placenta**

En la cosmovisión andina existe la tendencia a personificar la placenta por ello es importante entregar la placenta a los familiares para su disposición según las costumbres del lugar, preparar y servir la comida del puerperio inmediato de acuerdo a la usanza tradicional. Y es que el parto andino es un suceso dignificante que marca el destino de la maternidad y articula a la mujer como un ser humano que vive bajo el amparo de la pachamama, los Apus, sus deidades y sus difuntos (49).

En relación a la placenta, los pobladores de Huancas lo consideran como “carne humana” por lo que es enterrada debajo de la cama de la madre o frente a la puerta, esto por la tranquilidad del niño o para que los animales no se la coman, dado que si lo entierran lejos de la casa se corre el riesgo que el niños se “irquin”, es decir, se impacienten (49).

Este suceso es similar en otras comunidades, como en el caso de los Awajun y Wampis, quienes consideran a la placenta como un hijo más que tiene que ser atendido bajo el contexto de algunos rituales, y no se puede tirar al río ni al monte porque puede ser comido por animales y el recién nacido “puede enfermar y morir”. La placenta tiene que ser enterrada bajo la cama de la madre, a una profundidad de aproximadamente 60 cm, lo que brinda una tranquilidad emocional a la misma (49).

2.3.8 Prácticas integrales del parto

- **Apego piel con piel durante el parto**

La práctica del apego precoz entre la madre y el recién nacido consiste en el contacto piel a piel inmediatamente después de nacer, porque permite la autorregulación necesaria para la supervivencia, la adaptación del recién nacido a los cambios ambientales extrauterinos, afianza el vínculo emocional del niño con su madre y tiene incidencia en la duración y buena calidad de la lactancia natural. El papel del personal de salud es fundamental al promover el apego precoz y con ello, contribuir a reducir las causas de mortalidad neonatal y el desarrollo de comorbilidades en el futuro (50).

El contacto inmediato piel con piel ayuda a regular la temperatura corporal de los recién nacidos y los expone a bacterias beneficiosas que se encuentran en la piel de las madres. Estas bacterias buenas protegen a los bebés de enfermedades infecciosas y les ayudan a fortalecer sus sistemas inmunológicos, aumenta las probabilidades de que los bebés sigan amamantando, amplía la duración de la lactancia materna y también mejora las tasas de lactancia materna exclusiva (51).

- **Pinzamiento oportuno del cordón umbilical**

El pinzamiento y corte precoz del cordón umbilical es el que se realiza, generalmente, en los primeros 60 segundos tras el parto, en tanto que el pinzamiento y corte tardío es el que se realiza transcurrido al menos un minuto desde el parto o cuando han cesado

las pulsaciones del cordón. Retrasando el pinzamiento del cordón se consigue mantener el flujo sanguíneo entre la placenta y el recién nacido, y eso puede mejorar la dotación de hierro del niño incluso hasta los seis meses de vida. Este efecto puede ser especialmente importante para los lactantes que viven en entornos con pocos recursos, en los que hay un menor acceso a alimentos ricos en hierro (52).

- **Lactancia materna durante la primera hora de vida**

Un comienzo precoz de la lactancia materna favorece un mayor apego entre la madre-hijo y una mayor duración de la lactancia materna exclusiva. Además este inicio precoz conlleva una colonización del intestino del recién nacido por bacterias maternas, lo cual le ayudará a combatir algunas enfermedades y regular su sistema inmunológico (53).

El calostro es particularmente rico en factores de crecimiento de órganos vitales y su ingestión durante la primera hora de vida previene el daño de las barreras inmunológicas del intestino y la mortalidad neonatal. Además en los primeros días de vida pueden influir en la expresión de determinados genes, contrarrestando la predisposición genética a la obesidad o a otras enfermedades crónicas, atópicas (alergias como asma o dermatitis), también favorece el desarrollo sensorial y cognitivo (54).

2.3.9 Calidad Asistencial

Según la OMS, la calidad asistencial define como: el proceso en el que cada enfermo recibe un conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos, teniendo en cuenta todos los factores del paciente y del servicio médico, logrando obtener el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos médicos dañinos y la máxima satisfacción a través de la seguridad del paciente (55).

Prestar una buena calidad asistencial consiste en realizar las actuaciones necesarias en cada proceso con el menor coste posible y la adecuación de la práctica clínica, la

excelencia de ésta y la satisfacción de quien la recibe. Lograr estos tres atributos en la asistencia sanitaria significa conseguir la calidad científico-técnica y la calidad relacional, la cual se mide por la capacidad del sistema para comunicarse con quienes reciben los servicios y se fundamenta en el respeto, entre otros, de los principios de ética asistencial, valores y preferencias de las personas que reciben la asistencia (56).

En el caso de la mujer gestante y su relación con la asistencia que se le presta en función a la totalidad de la asistencia ambulatoria (Atención Primaria y Especializada) esta calidad se cuantifica mediante indicadores de asistencia obstétrica que incluyen factores de riesgo, variabilidad, consumo de recursos, satisfacción y número de usuarios. La calidad asistencial está configurada como la suma de un componente intrínseco (resultado de la adición de conocimientos, destrezas y tecnología) y otro extrínseco en el que incluyen desde el trato con el paciente y sus familiares a la accesibilidad al sistema (55).

2.3.10 Satisfacción

La satisfacción del paciente se define como la adecuación de sus expectativas con la percepción final del servicio sanitario recibido, es un indicador de resultado de la calidad de los servicios y de la atención que recibe el paciente, lo cual es percibida por las mujeres gestantes con la experiencia del parto y el nacimiento de un hijo está relacionada con un elevado número de factores, tales como las expectativas personales de las mujeres, el alivio del dolor, el apoyo recibido tanto por los familiares como por los profesionales sanitarios, la calidad de la relación con estos últimos, así como el cumplimiento de las expectativas de las madres.

La satisfacción con la atención durante el parto es un fenómeno complejo que consta de múltiples dimensiones ya que los pacientes pueden estar satisfechos con un aspecto de atención pero no con otro cambiando las experiencias en los diferentes componentes de los proveedores de atención, por tanto, los factores que determinan la satisfacción de atención son: accesibilidad, buen ambiente físico, limpieza, disponibilidad de

medicamentos, insumos, recursos humanos, nivel de atención, privacidad y confidencialidad, prontitud y apoyo emocional adecuado (57).

2.3.11 Bienestar Materno

El garantizar los mejores resultados en la atención del parto debe observar la importancia que el proceso del parto tiene en la vida de la mujer, en su bienestar emocional y en la adaptación a la maternidad, así como en el establecimiento del vínculo con su hijo o hija, en el éxito de la lactancia, en el estilo de crianza y en el desarrollo posterior de los niños y niñas (58).

Los estudios explican que, para lograr un máximo de bienestar a través del autocontrol, es fundamental la actitud positiva y la confianza que el profesional deposita en la mujer y de la entrega adecuada y oportuna de información para la toma de decisiones. Otras de las dimensiones blandas y relevantes que influye en el bienestar materno, corresponde al apoyo social y al acompañamiento profesional permanente (59).

2.3.12 Respeto del principio de autonomía del paciente

Un elemento ético nuclear del modelo de relación clínica es la autonomía que presenta tres dimensiones relacionados (60):

- Autonomía decisoria: Se refiere a la libertad de elección, capacidad del paciente para deliberar o decidir por un curso de acción a partir del consentimiento informado (60).
- Autonomía informativa: Caridad, protección y control de la información de carácter personal y de la documentación asistencia, secreto profesional, la confidencialidad y el derecho a la intimidad, derecho fundamental a la protección de datos personales (60).

- Autonomía funcional: Alude la libertad de acción (actuación o abstención) de la paciente con la capacidad de realizar por sí misma las decisiones adoptadas para ejecutarlas, generando satisfacción en la usuarias (60).

2.3.13 Escala del Bienestar Materno en Situación de Parto (BMSP2)

La escala BMSP2 tuvo una serie de adaptaciones, siendo el primer instrumento publicado como escala multidimensional de percepción materna del parto, fue desarrollada en el Reino Unido por Smith a principios del milenio. Esta escala se compone principalmente de apoyo profesional, acompañamiento de la pareja, contacto precoz con el hijo, alivio del dolor y control del proceso, entre otras posteriormente se le agregaron: confianza en el cuidado del recién nacido, respeto a la privacidad, ambiente físico, cuidados durante todo el proceso y auto capacidad, soporte profesional, percepción de seguridad, participación (61).

En forma simultánea se publica la escala multidimensional, propia para el proceso de parto y que proviene de la original de Wilde-Larsson y Cols del año 1993, donde emergen los temas de la capacidad personal, ofrecimiento de distintas opciones de cuidado, participación activa, apoyo profesional y percepción de seguridad; siendo aplicables a centros de atención integral del nacimiento (61).

En Chile, desde fines de los años 90 se ha intentado estimar el nivel de satisfacción de las mujeres siendo así que en el año 2006 se desarrolla y valida la primera escala que responde al concepto de bienestar materno en su globalidad. Las subescalas de este instrumento agrupan dimensiones que describen el significado de bienestar, desde la perspectiva subjetiva de las puérperas que vivieron su proceso de parto en una modalidad convencional hospitalaria. Esta escala ha sido aplicada a nivel nacional en dos de los principales Hospitales de la Región Metropolitana, posterior a su desarrollo (61).

Estudios realizados en Chile durante el año 2009-2012 se obtuvo una muestra de 223 puérperas para aplicar la escala BMSP1 de 42 ítems agrupadas en 8 dimensiones lo

cual se adaptó esta escala agregando 10 preguntas más con un total de 52 ítems relacionados con el ambiente, el acompañamiento familiar y el contacto madre hijo durante el nacimiento, según distintas propuestas de cuidado integral reportados en la literatura (61).

Respecto del resultado de la muestra final para validar el instrumento, 37 puérperas omiten alguno de los 52 ítems incluidos donde se utilizó el análisis factorías (AF) por método de componentes principales con rotación Varimax, con la finalidad de identificar y reagrupar las dimensiones del instrumento, reduciendo a 47 afirmaciones agrupadas en 7 dimensiones con un coeficiente: alfa de Cronbach que corresponde a 0,937, concluyendo que en el año 2014 se valida la escala BMSP2 por los autores: Uribe, Conteras & Villarroel donde identifica aquellas características del cuidado profesional y del entorno del sistema, propias de un modelo de asistencia integral del proceso de parto, que no se logran evaluar en la primera versión (61).

2.3.14 Teorías de enfermería

- **Teoría de la diversidad y la universalidad de los cuidados culturales de Madeleine Leininger**

Leininger desarrolló la etnoenfermería como método de investigación que parte de la etnociencia que es el estudio sistemático de la forma de vida de un grupo cultural determinado para poder obtener un relato preciso de la conducta de sus miembros y del modo en que perciben y conocen su universo. Este método proporciona datos que ayudan a los profesionales de la enfermería a comprender el sentido de la asistencia en cualquier fenómeno que estudie y a predecir la conducta humana dentro de un contexto cultural. Con estos métodos cualitativos el investigador de enfermería entra en contacto con las actividades cotidianas de la gente para aprender su mundo y obtiene datos en observaciones desde una actitud participativa (62).

- **Teoría de Jean Watson-Cuidado Humanizado**

La Teoría del Cuidado Humano se basa en la armonía entre mente, cuerpo y alma, a través de una conexión y relación de ayuda, confianza entre el paciente y la enfermera ya que permite reconocer las necesidades biofísicas, psicofísicas y psicosociales haciendo referencia a la comunicación y las necesidades del crecimiento personal y autocuidado con base espiritual, compromiso moral para proteger y relajar la dignidad humana de tal manera elevar la percepción y satisfacción de las necesidades humanas (63).

- **Teoría de Adopción del Rol Maternal de Ramona Mercer**

El cuidado materno perinatal ejerce en las diferentes etapas de la vida del proceso de gestación, trabajo de parto, parto, posparto y estratificación hacia la vida extrauterina de su neonato. La madre involucra una transformación dinámica y una evolución de la persona-mujer en comparación de lo que implica el logro del rol maternal, se va sintiendo vinculada a su hijo, adquiere competencia en la realización de los cuidados asociados a su rol y experimenta placer y gratificación dentro del mismo, en el cual la madre experimenta una sensación de armonía, intimidad y competencia constituyendo el punto final de la identidad materna (64).

- **Teoría de los Sistema de Enfermería de Dorothea Orem**

Se enfatiza en la función del enfermero cuando el paciente es incapaz de satisfacer por sí mismo sus necesidades de autocuidado, por tanto los sistemas de enfermería parcialmente compensatorios y un sistema de apoyo educativo son apropiados cuando el paciente debe adquirir conocimientos y habilidades, con el objetivo de regular la comunicación y el desarrollo de capacidades de autocuidado hasta definir en qué momento el paciente puede realizar su propio autocuidado y cuando debe intervenir para que el mismo lo logre (65).

2.4 Marco Legal y Ético

2.4.1 Marco Legal

- **Constitución Política de la República del Ecuador**

En el Título II: Derechos, capítulo II: Derechos del Buen vivir de la sección séptima: Salud, en su Art. 32 indica que:

“La salud es un derecho que garantiza el Estado, mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional (66)”.

- **Ley Orgánica de la Salud**

En el capítulo III: Derechos y deberes de las personas y del estado en relación con la Salud, dentro del Art.7 indica que toda persona, sin discriminación por motivo alguno, tiene en relación a la salud, los siguientes derechos (67):

D) “Respeto a su dignidad, autonomía, privacidad e intimidad; a su cultura, sus prácticas y usos culturales; así como a sus derechos sexuales y reproductivos” (67).

Art. 25.- “Los integrantes del Sistema Nacional de Salud promoverán y respetarán el conocimiento y prácticas tradicionales de los pueblos indígenas afroecuatorianos, de las medicinas alternativas, con relación al embarazo, parto, puerperio, siempre y cuando no comprometan la vida e integridad física y mental de la persona” (67).

- **Plan Nacional de Desarrollo 2017-2021 “Toda una Vida”**

Dentro de este plan de desarrollo, en el objetivo número 1: *“Garantizar una vida digna con iguales oportunidades para todas las personas”* (68).

- **Políticas:**

2.3 “Promover el rescate, reconocimiento y protección del patrimonio cultural tangible e intangible, saberes ancestrales, cosmovisiones y dinámicas culturales” (68).

- **Metas al 2021**

Mejorar los servicios públicos de salud con enfoque intercultural: incrementar el porcentaje de establecimientos de salud de la Red Pública Integral de Salud con Certificación: “Establecimientos de Salud, que atienden partos, como Amigos de la Madre y del Niño” (ESAMyN) a 2021 (68).

- **Normativa Sanitaria para la Certificación como Amigos de la Madre y del Niño, a los establecimientos de Salud del Sistema Nacional de Salud, que atiende parto**

En ejercicio de la atribución concedida por el artículo 154, numeral 1 de la Constitución de la República del Ecuador expide lo siguiente en el Capítulo I: Objeto y Ámbito, en el Art. 2.- Los objetivos de salud que atienden partos, deberán cumplir con los siguientes objetivos específicos (42):

- a) Contribuir al mejoramiento de la calidad e integralidad de la atención prenatal.*
- b) Promover el parto humanizado y la adecuada atención del recién nacido.*

c) *Establecer lineamientos para fomentar, apoyar y proteger la lactancia materna (42).*

Art.7.- *“La máxima autoridad del establecimiento de salud debe fomentar la articulación entre el establecimiento y los agentes de la medicina ancestral (parteras y otros actores), para el cuidado del embarazo, parto y puerperio, cumpliendo con las siguientes actividades” (42):*

Sección III: Componente Parto y Puerperio, en el Art.8, menciona que:

“El establecimiento de salud debe promover y garantizar el acompañamiento a la gestante durante la labor de parto, parto y en todo el periodo de puerperio, por una persona que ella elija” (42).

Art.9.- *“El establecimiento de salud debe garantizar un ambiente acogedor y el respeto de prácticas interculturales, conforme en lo establecido en la Guía de Práctica Clínica” Atención del Trabajo de Parto, Parto y Posparto Inmediato”:* (42)

B) *“Permitir el uso de la vestimenta que las madres deseen, a menos que exista restricción clínica y se le informe las razones por las que no puede usar la vestimenta de su elección” (42).*

C) *“Permitir la ingesta de líquidos o alimentos ligeros, a menos que esté clínicamente restringido y se informe las razones de la restricción de la ingesta” (42).*

D) *“Ofrecer a la madre la opción de disponer de la placenta, a menos de que exista una restricción clínica y se le informe de la misma” (42).*

Art.10.- *El personal del establecimiento de salud que atiende partos y está en contacto con la madre, deberá alentarla a caminar y a moverse durante el trabajo de parto y asistirle para que asuma el parto normal en libre posición, entendiéndose a la posición que elige la mujer al momento del expulsivo (42).*

Art.11.- El personal de salud deberá proporcionar métodos para la comodidad de la gestante y alivio del dolor durante el trabajo de parto, considerando el uso de métodos no farmacológicos. Para el efecto, el personal debe estar capacitado en manejo de dichos métodos, según la normativa vigente (42).

Art.16.- El personal de salud deberá permitir y promover el contacto de la madre, padre o familiar autorizado con el recién nacido, así como proveer información sobre la evolución del recién nacido que requiera internación (42).

2.4.2 Marco Ético

- **Código Deontológico del CIE para la profesión de Enfermería**

La enfermera y las personas

- *Promoverá un entorno en el que se respeten los derechos humanos, valores, costumbres y creencias espirituales de la persona, la familia y la comunidad (69).*
- *Se cerciorará de que la persona reciba información precisa, suficiente y oportuna, de manera culturalmente adecuada, en la cual fundamentará el consentimiento de los cuidados y el tratamiento correspondiente (69).*
- *Mantendrá confidencial toda información personal y utilizará la discreción al compartirla (69).*
- *Demostrará valores profesionales tales como el respeto, la disponibilidad, la compasión, la confianza y la integridad (69).*

- **Informe Belmont (1979)**

- **Respeto a las personas:** Consta de 2 exigencias morales separadas: la primera es reconocer la autonomía, significa dar valor a las opiniones y elecciones de personas autónomas y evita obstruir sus acciones, a menos que estas sean claramente en detrimento de otros; la segunda, la exigencia de proteger a aquellos con autonomía disminuida (70).
- **Beneficencia:** Se han formulado 2 reglas generales como expresiones complementarias de beneficencia: no hacer daño, que se refiere a no lastimar a una persona sin importar qué beneficios pudiera traer a otros, y acrecentar al máximo a fin de disminuir los riesgos (70).
- **Justicia:** Es lograr una distribución equitativa de las cargas y de los beneficios que implica participar en la investigación, así como definir básicamente quién debe recibir los beneficios de la investigación y soportar su responsabilidad (70).

CAPÍTULO III

3. Metodología de la investigación

3.1 Diseño de la Investigación

El presente estudio tiene un diseño cuantitativo y no experimental.

- **Cuantitativo:** “Utiliza la recolección de datos para contestar preguntas de investigación y probar hipótesis, en base a la medición numérica y el análisis estadístico, para establecer patrones de comportamiento” (71). El presente estudio tuvo un enfoque cuantitativo porque la recolección de datos obtenidos permitió realizar un análisis de la satisfacción de las usuarias en relación al bienestar materno durante el parto.
- **No experimental:** Se define como la acción de observar los fenómenos tal como se dan en su contexto natural, para posteriormente analizarlos sin la manipulación deliberada de las variables” (71). Se consideró un estudio no experimental puesto que en ningún momento se manipularon las variables: satisfacción y bienestar materno en la atención de los profesionales en la etapa de parto.

3.2 Tipo de investigación

- **Descriptivo:** “Indagan la incidencia de las modalidades o niveles de una o más variables en una población que describen los datos y características de la población o fenómeno en estudio” (71). Permitted describir las características sociodemográficas del sujeto de estudio, el nivel de satisfacción de las usuarias de atención materno durante el parto respecto a los servicios recibidos y el nivel de bienestar materno durante el parto.

- **Correlacional:** “Tiene como propósito medir el grado de relación que exista entre dos o más conceptos o variables, miden cada una de ellas y después, cuantifican y analizan la vinculación” (71). El tipo de investigación correlacional permitió determinar la relación del nivel de satisfacción de las usuarias y el bienestar materno durante el parto, utilizando la estadística inferencial como mecanismo, a través de la prueba no paramétrica del coeficiente de correlación de Pearson.
- **Transversal:** “Los diseños de investigación transversal recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado” (*Ibídem*, p.270). En relación al tiempo y al periodo, la información fue recolectada por una sola vez en un periodo determinado comprendido entre Marzo a Mayo del 2021.

3.3 Localización y ubicación del estudio

El estudio se llevó a cabo en el Hospital Básico San Luis de Otavalo del Distrito 10D02, localizado en las calles Sucre y Estados Unidos de la ciudad de Otavalo, Provincia de Imbabura en la Zona 1 del Ecuador.

3.4 Población

3.4.1 Universo

El Universo estuvo integrado por 246 usuarias del servicio de ginecología que se encuentran en puerperio inmediato y mediato entre el mes de Marzo-Mayo del año 2021 en el Hospital San Luis de Otavalo, cuyos partos fueron vaginales.

3.4.2 Muestra

Para el cálculo de muestra se utilizó un muestreo probabilístico por estratos con el 95% de confianza y el 5% de error muestral.

Fórmula:

$$n \equiv \frac{N * Z^2 * p * q}{d^2 (N - 1) + Z^2 * p * q}$$

$$n \equiv \frac{246 * 1,96^2 * 0,50 * 0,50}{0,50^2 (246 - 1) + 1,96^2 * 0,50 * 0,50}$$

$$n \equiv \frac{246 * 3,8416 * 0,25}{0,0025 * 2,45 + 3,8416 * 0,25}$$

$$n \equiv \frac{236,2584}{1,5729}$$

$$n \equiv 150,21$$

n= Muestra

| | |
|----------------------------------------------|------|
| N= Tamaño de la Población | 246 |
| Z= Nivel de confianza | 1,96 |
| p= Probabilidad de éxito | 0,50 |
| q= Probabilidad de fracaso | 0,50 |
| d= Precisión (error máximo admisible) | 0,50 |

3.4.3 Criterio de inclusión

- Pacientes del Hospital San Luis de Otavalo año 2021 que se encuentran en el servicio de ginecología después de tener un parto vaginal, alojamiento conjunto y puerperio de bajo riesgo
- Pacientes que aceptaron voluntariamente participar en la investigación, permitiendo la recolección de los datos.

3.4.4 Criterio de exclusión

- Pacientes que fueron transferidas a otras instituciones de mayor complejidad.
- Pacientes con parto por cesárea
- Pacientes que no aceptaron ser parte del estudio

3.5 Métodos de recolección de información

3.5.1 Métodos

- **Método Bibliográfico**

Es el conjunto de estrategias y técnicas que emplean para localizar, identificar y acceder a aquellos documentos, bases de datos que contienen la información pertinente y vasta para la investigación (72). Este método fue utilizado para la recolección de información amplia y actualizada para el marco referencial, marco conceptual y para coadyuvar los análisis de resultados respecto al tema de investigación, haciendo uso de las bibliotecas virtuales encontrando evidencias científicas de salud añadido a la revisión de artículos obtenidos de base de datos gestor de base de datos como PubMed, Elsevier, Scielo, Lilacs, BVS, entre otros.

- **Método Inductivo**

Es un razonamiento que analiza una porción de un todo iniciando de lo particular a lo general, que consiste en sacar de los hechos particulares, aceptados como válidos para obtener una conclusión general, donde se analiza las características y conductas del fenómeno, se hacen comparaciones para postularlas como fundamentos y perspectivas teóricas (73). El tipo de razonamiento inductivo se partió de la experiencia vivida de las usuarias relacionado a la atención durante el trabajo de parto, parto y puerperio inmediato (alojamiento conjunto) hasta llegar al análisis por dimensiones para determinar el nivel de satisfacción y bienestar materno durante el parto.

3.5.2 Técnica

- **Encuesta**

“Es un instrumento para recoger información cualitativa/cuantitativa de una población estadística, lo cual se elabora un cuestionario cuyos datos obtenidos serán procesados con métodos estadísticos” (74). Se aplicó la técnica de la encuesta a las usuarias del servicio de ginecología que se encuentran en puerperio inmediato y mediano entre el mes de Marzo-Mayo del año 2021 en el Hospital San Luis de Otavalo, para obtener información del perfil sociodemográfico, definir el nivel de satisfacción y el nivel de bienestar materno durante el parto de las usuarias del Hospital San Luis de Otavalo.

3.5.3 Instrumento de recolección de datos

- **Cuestionario**

Instrumento estandarizado que se emplea para la recogida de datos durante el campo de trabajo de algunas investigaciones cuantitativas/ cualitativas principalmente las que se llevan a cabo con metodologías de encuestas donde permite al científico social plantear un conjunto de preguntas para recoger información estructurada sobre una muestra de persona respecto a una o varias variables a medir (75).

La recolección de información se utilizó a través de la escala: Bienestar Materno en Situación de Parto 2 (BMSP2), como antecedente es importante mencionar que en Reino Unido fue desarrollada la escala Multidimensional por Smith para la percepción materna, siendo así en el año 1993 por Wilder-Larsson y Colse publicó la escala aplicada durante el proceso de parto, posteriormente en el año 2006 se desarrolla y valida la primera escala que responde al concepto de bienestar materno global con 42 ítems agrupadas en 8 dimensiones descrita desde la perspectiva subjetiva de las puérperas que vivieron su proceso de parto, siendo así en el año 2014, Uribe, Conteras & Villarreal adaptó y validó la escala de bienestar materno en situación de parto (BMSP2) con una confiabilidad sustentada en 0,937 de Alfa de Cron Bach escala estructurada con 7 indicadores contenida en 47 ítems (61).

En función a la matriz de la operacionalización de variables y con la finalidad de cumplir el objeto de estudio de manera que permitió la recolección de datos de las características sociodemográficas, de la variable satisfacción de las dimensiones: cuidado relacional de calidad- 13 ítems, cuidado oportuno y respetuoso- 6 ítems, ambiente físico confortable- 5 ítems; de la variable bienestar materno de las dimensiones: auto cuidado y confort- 9 ítems, condiciones para el contacto madre e hijo- 4 ítems, cuidado despersonalizado- 6 ítems, participación familiar continua-4 ítems.

El tipo de preguntas de este cuestionario son de relación múltiple con la siguiente escala de Likert cuantitativa con 5 parámetros: muy de acuerdo que tiene una puntuación de 5, de acuerdo puntuación de 4, más o menos de acuerdo puntuación de 3, en desacuerdo puntuación de 2 y muy en desacuerdo con una puntuación de 1.

La escala BMSP2 fue empleada para realizar estudios relacionados a la atención amigable- integral, como en el año 2017 por la autora Pérez en un hospital público de la ciudad de San Luis Potosí del país de México al igual que en el Área de Salud 2- Cartagena, del Servicio Murciano de Salud para el estudio del año 2021, siendo las autoras Atiénzar, Roldán, Rodríguez & Gonzáles.

En la recolección de datos se aplicó una encuesta previa presentación de la encuestadora solicitando el consentimiento informado, de forma general se informó las preguntas y la manera de contestarlos, la importancia del estudio y la participación, asegurando la privacidad y anonimato; posteriormente se proporcionó el instrumento lo cual la mayor parte de las madres no podían contestarlos porque se encontraban amamantando, brindando cuidado al recién nacido, por ello las usuarias preferían que se las leyera y explicara las preguntas que no entendían llegando al punto de utilizar el idioma kichwa para la traducción previa de la escala en las madres kichwa hablantes aumentando la veracidad con el objetivo de evitar sesgos de la información de la población en estudio.

3.6 Análisis de datos

Para el análisis de la información se elaboró una base de datos en Microsoft Excel y la tabulación se realizó con el sistema informático SPSS Statistics 26, para su mejor comprensión del perfil sociodemográfico, del nivel de satisfacción y el nivel de bienestar materno, representado en tablas. El análisis de datos de la relación del nivel de satisfacción de las usuarias y el bienestar materno durante el parto, se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson.

Tabla 2. *Ponderación del nivel de satisfacción por dimensiones*

| Dimensión | Ítems | Puntuación | |
|--------------------------------------|----------------------------------------|-------------------|-------|
| Cuidado relacional de calidad | 1,2,6,9,10,11,14,15, 20,28,39,44,47 | Alto | 48-65 |
| | | Medio | 30-47 |
| | | Bajo | 13-29 |
| Cuidado oportuno y respetuoso | 7,16,17,19,21,30 | Alto | 23-30 |
| | | Medio | 14-22 |
| | | Bajo | 5-13 |

| | | | |
|--------------------------|---------------|-------|-------|
| Ambiente físico y | | Alto | 19-25 |
| confortable | 8,18,26,27,42 | Medio | 13-18 |
| | | Bajo | 5-12 |

Fuente: Uribe C, Conteras A, Villarroel L. Adaptación y validación de la escala de bienestar materno en situación de parto: segunda versión para escenarios de asistencia integral. Revista chilena de obstetricia y ginecología. 2014 Junio; 79(3).

Tabla 3. Ponderación del nivel de bienestar materno por dimensiones

| Dimensión | Ítems | Puntuación | |
|----------------------------|-----------------------|-------------------|-------|
| | | Óptimo | 15-20 |
| Condiciones para el | 22,24,45,46 | Adecuado | 10-14 |
| contacto madre-hijo | | Malestar | 5-9 |
| Autocuidado y | 12,23,29,31,34,37,38, | Óptimo | 32-45 |
| Confort | 40,41 | Adecuado | 18-31 |
| | | Malestar | 5-17 |
| Cuidado | | Malestar | 23-30 |
| despersonalizado | 3,5,32,33,35,43 | Adecuado | 14-22 |
| | | Óptimo | 5-13 |
| Participación | | Óptimo | 15-20 |
| familiar continua | 4,13,25,36 | Adecuado | 10-14 |
| | | Malestar | 4-9 |

Fuente: Uribe C, Conteras A, Villarroel L. Adaptación y validación de la escala de bienestar materno en situación de parto: segunda versión para escenarios de asistencia integral. Revista chilena de obstetricia y ginecología. 2014 Junio; 79(3).

CAPÍTULO IV

4. Resultados de Investigación

4.1. Perfil sociodemográfico de la población objeto de estudio

Tabla 4. *Perfil Sociodemográfico*

| | Variable | Frecuencia | Porcentaje |
|-----------------------------|------------------------------|------------|--------------|
| Edad | Menor de 18 años | 18 | 12,0% |
| | 19 a 25 años | 55 | 36,7% |
| | 26 a 35 años | 64 | 42,7% |
| | 36 a 44 años | 13 | 8,7% |
| | Total | 150 | 100,0% |
| Etnia | Mestiza | 62 | 41,3% |
| | Indígena | 86 | 57,3% |
| | Afroecuatoriana | 2 | 1,3% |
| | Total | 150 | 100,0% |
| Estado civil | Soltero/a | 35 | 23,3% |
| | Casado/a | 69 | 46,0% |
| | Unión libre | 46 | 30,7% |
| | Total | 150 | 100,0% |
| Nivel de instrucción | Primaria | 38 | 25,3% |
| | Secundaria | 98 | 65,3% |
| | Superior | 14 | 9,3% |
| | Total | 150 | 100,0% |
| Ocupación | Quehaceres domésticos | 66 | 44,0% |
| | Comerciante | 36 | 24,0% |
| | Costurera | 24 | 16,0% |
| | Estudiante | 14 | 9,3% |
| | Empleada Privada | 10 | 6,7% |
| | Total | 150 | 100,0% |
| Residencia | Urbano | 67 | 44,7% |
| | Rural | 83 | 55,3% |
| | Total | 150 | 100,0% |

Análisis: De los datos obtenidos se determinó que la mayor parte de la población pertenece al grupo de adulta joven en edad fértil, evidenciando un alto porcentaje de etnia indígena. Esta edad se considera adecuada para la procreación porque disminuyen riesgos y complicaciones en la gestación. Según estudios por Donoso & Carvajal, mencionan que el rango de edad materna de menor riesgo de mortalidad fetal fue entre los 20-29 años, neonatal e infantil entre los 25-34 años y mortalidad materna en menores de 30 años (76).

Además en la población predomina el nivel de instrucción secundaria, un gran porcentaje no han llegado a finalizar sus estudios en una institución superior por priorizar el matrimonio en la comunidad indígena de acuerdo a sus creencias sobre la protección, el cuidado y la fuerza de valentía que le inyecta su cónyuge y sobre todo el respeto que deben guardar al matrimonio hasta la muerte, por ello se evidencia que la gran parte de las usuarias son de estado civil: casadas que se dedican a los quehaceres domésticos seguida de comerciante que habitan en la zona rural, comunidades que se encuentran alrededor del hospital San Luis de Otavalo. Por el contrario estudios realizados en México el estado civil que se encontró en las madres es: unión libre (54,3%) con un grado de escolaridad más frecuente (43,3 %) de educación media superior (bachillerato) (77).

4.2 Nivel de satisfacción de las usuarias de atención materno durante el parto

Tabla 5. *Dimensión de cuidado relacional de calidad*

| | Variable | Frecuencia | Porcentaje |
|----------------------------------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| Cuidado Relacional de Calidad | Nivel Alto | 150 | 100,0% |
| | Nivel Medio | 0 | 000,0% |
| | Nivel Bajo | 0 | 000,0% |
| | Total | 150 | 100,0% |

Análisis: De los datos obtenidos se determinó que la totalidad de la población tiene un nivel de satisfacción alto relacionado a la atención materna durante el parto. Estos resultados reflejan que las usuarias tuvieron una buena percepción en el trato humanitario que ofrecieron los profesionales de salud y el uso de la técnica adecuada en el parto a través de la comunicación, brindando confianza, apoyo, orientación, respeto a su cultura, valores y creencias religiosas; en este ámbito también se encuentra la partera comunitaria quien apoya moralmente logrando la confianza y tranquilidad de la madre en el trabajo de parto. Esto corrobora un estudio realizado en Brasil que asevera que el factor que influye positivamente en la satisfacción materna es la calidad de relación y la forma en que los profesionales acogen, confortan y cuidan de las madres mitigando la ansiedad, influyendo esto en los resultados maternos y neonatales ya que la ansiedad durante el parto se asocia con niveles altos de adrenalina, patrones anormales de frecuencia cardiaca, disminución de la contractilidad uterina, trabajo de parto prolongado y puntuaciones de Apgar bajos (78).

Por lo contrario, resultados obtenidos en España, las pacientes muestran insatisfacción por la escasa comunicación y el deficiente apoyo emocional del personal durante el parto y puerperio generando sentimientos de preocupación y angustia (79). Además en Mozambique se reportó insatisfacción por las experiencias negativas durante el proceso de atención, por recibir humillaciones y ser abandonadas al necesitar ayuda (57). Es por ello tener en cuenta la importancia de la asistencia obstétrica lo cual debe estar centrada en las necesidades de las mujeres y que la satisfacción con la atención recibida es una forma indirecta de evaluar la calidad de los servicios de salud.

Tabla 6. *Dimensión del cuidado oportuno y respetuoso*

| | Variable | Frecuencia | Porcentaje |
|----------------------------------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| Cuidado Oportuno y Respetuoso | Nivel Alto | 133 | 88,7% |
| | Nivel Medio | 17 | 11,3% |
| | Nivel Bajo | 0 | 00,0% |
| | Total | 150 | 100,0% |

Análisis: Se confirmó que la mayoría de la población estudiada tiene un nivel alto de satisfacción referente a la atención oportuna por los profesionales de salud durante el trabajo de parto, parto, alojamiento conjunto y la información clara que recibieron respecto a su estado de salud como el de su hijo, aumentando la confianza en las usuarias para la participación activa en conjunto con el personal de salud durante su proceso de parto. Estos datos son contrarios a los encontrados por Lanero, en el cual indica que las mujeres presentaron una escasa implicación participativa durante el parto (80) asemejándose a la cultura Irán donde las mujeres no participan en la toma de decisiones relacionado al parto (81).

Además las mujeres percibieron un cuidado adecuado de su intimidad en relación a la experiencia vivida en el parto, lo que tiene similitud con el estudio de Mocumbi donde las madres mostraron satisfacción con un 93% en cuanto al respeto y privacidad que experimentaron en la sala de dilatación y sala de parto (57). Así mismo concuerda con un estudio realizado en Brasil mostrando índices mayores de satisfacción en la paciente por el respeto (88,2%), amabilidad que recibieron (86,7%) y la confianza que depositaron en el personal sanitario (84,3%) (82). Contrariamente a un estudio en Irán durante el trabajo de parto no hacen uso de cortina o tabique para mantener la privacidad (81).

Además, un porcentaje bajo de la población general tienen un nivel medio de satisfacción, estos datos obtenidos son debido a que las usuarias tenían un escaso conocimiento sobre los medicamentos que se le administraba, como el nombre del medicamento, su acción y los efectos secundarios del mismo.

Tabla 7. *Dimensión del ambiente físico comfortable*

| | Variable | Frecuencia | Porcentaje |
|----------------------------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| Ambiente físico Comfortable | Nivel Alto | 141 | 94,0% |
| | Nivel Medio | 9 | 6,0% |
| | Nivel Bajo | 0 | 00,0% |
| | Total | 150 | 100,0% |

Análisis: Los resultados obtenidos demuestran que la gran parte de la población posee un nivel alto de satisfacción relacionado a la infraestructura del centro obstétrico que es adaptado para el parto humanizado, ofertando escenarios de acuerdo a la guía Técnica para la Atención del Parto Culturalmente adecuado del MSP en apoyo de aparatos, monitores, máquinas según el instructivo denominado: “Especificaciones técnicas para el área de atención de parto” del MSP, generaron mayor seguridad en las usuarias.

Estudios realizados por Arnau & Martínez (79), mencionan que los elementos arquitectónicos inadecuados en la sala de parto compromete no solo a la calidad de cuidados sino a la privacidad de la mujer, varias emociones que experimenta provocándole vergüenza, por ello argumenta que: intimidad, seguridad y privacidad solo se consigue cuando la mujer da a luz en infraestructuras amoldadas para ello.

Asimismo las mujeres se sentían en un ambiente cálido y acogedor por la iluminación, el color café-madera del espacio. Contrario al estudio realizado por Andrade, donde muestra la mayor tasa de insatisfacción (62,2%) por la temperatura en la sala de parto (82). Cabe mencionar que la limpieza, el orden, el buen estado del equipo mobiliario y el funcionamiento de los baños fueron una de las impresiones que conllevaron a mostrar complacencia en la madre, datos opuestos encontrados por Abdissa, el 72,6% muestran insatisfacción en la usuaria por la limpieza inadecuada de baños/duchas (83).

4.3 Nivel de bienestar materno

Tabla 8. *Dimensión de autocuidado y confort*

| | Variable | Frecuencia | Porcentaje |
|----------------------|-----------------|-------------------|-------------------|
| | Óptimo | 79 | 52,7% |
| Autocuidado y | Adecuado | 71 | 47,3% |
| Confort | Malestar | 0 | 00,0% |
| | Total | 150 | 100,0% |

Análisis: Entre los resultados se encontró que sólo la mitad de las madres tienen un nivel de bienestar materno óptimo, seguramente por el poco interés que tenía el profesional relacionado a la alimentación, y además porque la mayoría de las pacientes consumieron líquidos a intervalos cortos, debido a que el dolor limitaba la ingesta de una dieta blanda. Según la OMS, el parto requiere de energía para asegurar el bienestar materno-fetal por tanto se deben alentar a beber líquidos durante el trabajo de parto a las mujeres de bajo riesgo (84). Zabala menciona que el 63.9% de las madres en labor de parto si les permitieron ingerir líquidos y 36.90% no recibieron ningún tipo de alimento (85) por lo que la restricción de comida o líquidos se relaciona con la deshidratación y cetosis (86).

En la sala de labor las madres recibían apoyo constante para disminuir el dolor a través de las técnicas de respiración, cambios de posición y en su mayoría el uso de pelotas, estudios realizados por Moreno, la pelota en el periodo de dilatación alivia el dolor durante la contracción, favorece la posición vertical durante la dilatación, ayuda en el progreso de la presentación en el canal del parto y disminuye a su vez su retroceso contráctil (87). La mitad de la población presentó un nivel alto de bienestar por escoger libremente los escenarios que oferta el hospital para que se lleve a cabo el parto de acuerdo a su comodidad (cuclillas, sentada, sostenida en una soga o de forma horizontal). Concordando con el estudio realizado por Spanevello, la posición vertical fueron más utilizadas (90,4%) (88). Por otra parte estudios realizados por Hajizadeh, casi la mitad de las mujeres (75%) no tenían derecho a moverse durante el trabajo de parto y elegir la posición del parto, generando una experiencia negativa (81).

Tabla 9. *Dimensión condiciones para el contacto madre-hijo*

| | Variable | Frecuencia | Porcentaje |
|------------------------------------------------|-----------------|-------------------|-------------------|
| Condiciones para el contacto Madre-Hijo | Óptimo | 125 | 83,3% |
| | Adecuado | 25 | 16,7% |
| | Malestar | 0 | 00,0% |
| | Total | 150 | 100,0% |

Análisis: Los datos de la investigación revelaron que las condiciones para el contacto madre-hijo se encuentran en un rango óptimo (83%), equivalente al estudio realizado en Brasil, donde el contacto piel con piel fue superior al 80%, seguida de una orientación y estímulo a la lactancia materna (91,6%) (89), esto significa que el nivel de bienestar materno se presentó por la experiencia única que vivieron las madres durante el vínculo maternal a partir del contacto piel con piel y la dicha de amamantar a su hijo al poco tiempo de haber nacido. Estudio similar efectuado en el Instituto Nacional de Perinatología de la ciudad de México, las madres expresaron su vivencia durante el contacto piel con piel al nacimiento, encontrando que el 14,6% describió «feliz», 8,7% «muy bonito», 8% «amor», entre otras frases como agradable, hermoso, maravilloso, sintiéndose muy satisfechas (73,3%) y satisfechas (25,8%) (90).

Además la investigación realizada por Ríos demuestra que el 96% de recién nacidos sanos logró succión inmediata a partir de los 10 minutos colocados sobre el abdomen y pecho materno estabilizando las funciones vitales: respiración y temperatura, otro análisis por el mismo autor en Indonesia identificó que el 91,8% de los recién nacidos sanos realizó esta acción con éxito entre los 30-44 minutos resaltando que el 89,1% de los neonatos había nacido entre las 37-42 semanas de gestación (91). En cambio Martínez, señala que el inicio de la lactancia materna fue más rápido a los 5,63 minutos después del contacto precoz, contribuyendo beneficios tanto a la madre como: reducción de la ansiedad, liberación de oxitocina endógena favoreciendo la contractibilidad e involución uterina, previene la hemorragia posparto, estimula la eyección de calostro, incrementa la temperatura de la piel de las mamas

proporcionando alimento y calor al recién nacido, aumentando el grado de satisfacción materna sobre la percepción del parto (92).

Tabla 10. *Dimensión cuidado despersonalizado*

| | Variable | Frecuencia | Porcentaje |
|----------------|-------------------------|-------------------|-------------------|
| Cuidado | Malestar | 1 | 0,7% |
| | Adecuado | 149 | 99,3% |
| | Despersonalizado | Óptimo | 0 |
| | Total | 150 | 100,0% |

Análisis: De los datos obtenidos se determinó que casi en su totalidad de las usuarias tuvieron un nivel de bienestar adecuado porque no percibieron en su mayoría la despersonalización por parte del personal de salud, en el cual se demuestra que entre el puntaje más bajo de acuerdo a la ponderación, la percepción del paciente es mejor, en este caso se encuentra mediado el porcentaje. Por ello las mujeres destacaban que el trato que recibían era con suavidad, no prevalecía la forma autoritaria profesional-paciente, al igual que no utilizaban procedimientos innecesarios que incomodaban a la mujer, pero si les inquietaba a la población acerca del abandono que tenían durante las horas de comida o en las madrugadas en el que se ausentaban de forma discreta el personal eso generó incomodidades, ansiedad, temor en las pacientes ya que se sentían a un más solas por no tener presente un familiar o pareja.

Estos datos son inversos a los estudios encontrados en Venezuela, donde prevalece con el 65,6% los procedimientos médicos o quirúrgicos sin solicitarles el consentimiento informado por escrito (93). Esto se asemeja a una investigación realizada en Ecuador-Guayaquil, donde se pudo constatar que el 59,33% recibieron comentarios inapropiados, 77% fueron llamadas con sobrenombres, en lo referente a procedimientos realizados para acelerar el parto el 100% fue realizados sin el consentimiento informado, 48% se les practicó episiotomía y recibieron conducción (94).

Tabla 11. *Dimensión: Acompañamiento familiar continua*

| | Variable | Frecuencia | Porcentaje |
|--------------------------|-----------------|-------------------|-------------------|
| | Óptimo | 0 | 000,0% |
| Participación | Adecuado | 0 | 000,0% |
| Familiar Continua | Malestar | 150 | 100,0 % |
| | Total | 150 | 100,0% |

Análisis: Los datos reflejan un malestar total en la población por la ausencia de la persona de confianza: familiar/ pareja durante el trabajo de parto, parto y alojamiento conjunto, debido a las medidas de bioseguridad que aplican los establecimientos de salud por la emergencia sanitaria del COVID-19 se restringieron el acompañamiento familiar en el proceso de parto. Por ello las usuarias refirieron que sentían vergüenza, falta de fuerza, apoyo, sobre todo se les hacía complicado comunicarse con el personal de salud por el idioma kichwa que dominaban por eso mencionaban que era necesario la presencia de su pareja para que les pueda ayudar traduciendo con confianza y en lo principal compartir juntos experiencias sobre la llegada de su hijo al mundo.

Investigaciones realizadas en el 2018, mencionan que la presencia continua de una persona de apoyo era tranquilizadora y reconfortante, ya que permitía a las mujeres estar relajadas y tranquilas durante el proceso de parto (95). Además estudios realizados en Colombia, se encontró que las mujeres con apoyo continuo tuvieron mayor probabilidad de parto vaginal espontáneo, menor necesidad de analgesia, menor duración del trabajo de parto (95%), menor probabilidad de cesárea mostrando el análisis de subgrupos mostró que el acompañamiento y soporte continuo es más efectivo cuando es proveído por una mujer fuera del núcleo social y no personal de salud (96).

Tabla 12. *Relación del nivel de satisfacción y el bienestar materno durante el parto*

| | | Satisfacción | Bienestar Materno |
|-------------------|------------------------|--------------|-------------------|
| Satisfacción | Correlación de Pearson | 1 | ,465** |
| | Sig. (bilateral) | | ,000 |
| | N | 150 | 150 |
| Bienestar Materno | Correlación de Pearson | ,465** | 1 |
| | Sig. (bilateral) | ,000 | |
| | N | 150 | 150 |

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Análisis: La correlación entre el nivel de satisfacción y el nivel de bienestar materno es de 0.425, que significa que es una correlación positiva moderada.

CAPÍTULO V

5. Conclusiones y Recomendaciones

5.1. Conclusiones

- La mayor parte de la población en estudio pertenece a la etnia indígena, son de estado civil: casadas, el rango de edad oscila entre 19 a 35 años de edad, el nivel de instrucción es secundaria, se dedican a los quehaceres domésticos seguido del comercio y habitan en la zona rural.
- En referencia al nivel de satisfacción de las usuarias en la atención materna durante el parto respecto a los servicios recibidos, se evidenció que la totalidad de mujeres presentaron un nivel alto de satisfacción de acuerdo a la dimensión de cuidado relacional de calidad; en cuanto al nivel medio de satisfacción de la dimensión del cuidado oportuno-respetuoso y en la dimensión del ambiente físico confortable sólo un mínimo porcentaje de las madres, esto es debido a que no se cumplió a cabalidad con las necesidades y expectativas de las madres por la dificultad del idioma.
- De acuerdo al nivel de bienestar materno durante el trabajo de parto, se estableció que la mayor parte de mujeres presentaron un nivel óptimo en la dimensión: Condiciones para el contacto madre-hijo; un nivel adecuado en la dimensión: Cuidado despersonalizado por percibir el trato digno, sin embargo refirieron la ausencia de los profesionales en horas de la noche. Casi la mitad de la población refirió un nivel de bienestar adecuado en la dimensión: Autocuidado y confort, posiblemente porque el dolor fue uno de los factores limitantes; la dimensión que mayormente se vio afectada es: Participación familiar continua, con un nivel de malestar por las madres, debido a la restricción del acompañamiento durante el trabajo de parto, parto y alojamiento conjunto por la emergencia sanitaria del COVID-19.

- Mediante la aplicación de la estadística inferencial descriptiva bivariada, usando el coeficiente de Pearson se determinó que la relación entre el nivel de satisfacción y el bienestar materno es de 0,465 significando una correlación positiva moderada.

5.2 Recomendaciones

- A las autoridades del Hospital San Luis de Otavalo se recomienda continuar con el cumplimiento de la Normativa ESAMYN, que ha logrado en su totalidad la satisfacción de las usuarias sin embargo deben desarrollar acciones estratégicas del idioma kichwa básico apoyadas en habilidades de comunicación interactivas para estructurar un entorno de atención favorable personalizado a las pacientes en especial a la comunidad indígena.
- Al personal de salud ejecutar la normativa y motivar a las usuarias en labor de parto el consumo de una dieta adecuada rebasando al dolor con el propósito de aumentar energías para fortalecer la satisfacción de la mujer y su sensación de bienestar más normalizada. Se sugiere permanencia en el acompañamiento profesional durante el trabajo de parto en tiempos de pandemia COVID-19 para evitar malas interpretaciones por parte de las usuarias al sentirse solas.
- A la población en general se recomienda acceder al Hospital San Luis de Otavalo para gozar los escenarios que oferta el parto humanizado apoyado en la normativa ESAMyN con profesionales de salud capacitados, estabilizando la seguridad y bienestar materno.
- Se sugiere al Hospital San Luis de Otavalo, publicar las estrategias a través del banner entregado para difundir el acompañamiento familiar durante el parto en tiempos de pandemia y garantizar la seguridad del profesional de salud, paciente y familia cumpliendo así la normativa ESAMYN.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sánchez A, Sánchez C, Pozo MD. Satisfacción de las mujeres con la atención al parto. *Revista Matronas*. 2018 Abril; 16(1).
2. Contreras M, Guaymás M. Cuidados de enfermería para un trabajo de parto humanizado. *Notas de Enfermería*. 2017 Junio; 29(17).
3. Organización Mundial de la Salud (OMS) & Organización Panamericana de la Salud (OPS). Por una Ley de Parto Humanizado en Ecuador. [Online].; 2016 [cited 2021 03 05]. Available from: https://www.paho.org/clap/index.php?option=com_content&view=article&id=375:por-una-ley-de-parto-humanizado-en-ecuador&Itemid=215&lang=es#:~:text=El%20parto%20humanizado%20es%20el,epecialmente%20para%20su%20desarrollo%20cerebral.
4. United Nations International Children's Emergency Fund (UNICEF). Semana Mundial del Parto Respetado. [Online].; 2019 [cited 2021 03 10]. Available from: <https://www.unicef.org/argentina/parto-respetado>.
5. Organización Mundial de la Salud (OMS). Un nuevo estudio demuestra un maltrato significativo de las mujeres durante el parto – OMS. [Online].; 2019 [cited 2020 Julio 12]. Available from: <https://www.who.int/es/news/item/09-10-2019-new-evidence-shows-significant-mistreatment-of-women-during-childbirth>.
6. Taheri M, Takian A, Taghizadeh Z, Jafari N. Creating a positive perception of childbirth experience: systematic review and meta-analysis of prenatal and intrapartum interventions. *BMC Spriger Nature*. 2018 Mayo; 15(73).
7. Carrasco MA, Martínez B, Moreno V. Revisión sobre la violencia obstétrica en el ámbito hospitalario. *Revista Médica Ocronos*. 2020 Mar.
8. Estudio comparativo de la satisfacción en el parto mediante un cuestionario validado. *Revista Médica Electrónica portales Médicos*. 2018 Mayo.
9. Bedoya L, Agudelo A, Restrepo D. Mujeres en embarazo, parto, y posparto: una mirada desde el pensamiento feminista. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*. 2020 Marzo; 37(1).

10. Valdez R, Arenas L, Rojas A. "If we're here, it's only because we have no money..." discrimination and violence in Mexican maternity wards. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2018 Jun; 1(244).
11. Nicidad LR, Teixeira LA, Pereira A, Bonan C. Medicalization of childbirth: the meanings attributed by the literature on childbirth care in Brazil. *Revista Ciencias de la Salud Pública*. 2020 Noviembre; 25(11).
12. Silva A, Pantoja F, Millón Y. Percepción de actores involucrados acerca del parto humanizado y la violencia obstétrica en Chile: una revisión panorámica. *ResearchGate*. 2020 Oct; 20(9).
13. Silva A, Pantoja F, Millón Y. Percepción de actores involucrados acerca del parto humanizado y la violencia obstétrica en Chile: una revisión panorámica. *Revista Biomédica Revisada por Pares*. 2020 Oct; 20(9).
14. Lic. Chuquimia G. Tesis de Post Grado e Investigación: Percepción de satisfacción y actitudes en madres que atendieron su parto en el Centro de Salud Integral "Villa Nuevo Potosi" segundo semestre 2016. [Online].; 2018 [cited 2020 Julio 16]. Available from:
<https://repositorio.umsa.bo/bitstream/handle/123456789/20789/TM-1322.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
15. PHD Cáseres FdM, Giselly NC. Atención Humanizada del parto. Diferencial según condición clínica y social de la materna. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*. 2017 Junio; 68(2).
16. Jojoa E, Yuler D&BJ. Violencia obstétrica: haciendo visible lo invisible. *Revista de la Universidad Industrial de Santander*. 2019 Junio; 51(2).
17. Mejía C, Feneyra L, Anrango J. Dehumanization during Delivery: Meanings and Experiences of Women Cared for in the Medellín Public Network. *Universidad de Antioquia -Investigación y Educación en Enfermería*. 2018; 36(1).
18. Franco J, Calderón L, Salazar J. Conocimiento del Parto Humanizado en mujeres gestantes del Hospital de Yaguachi "Dr. José Cevallos Ruíz". *Revista Científica Mundo de la Investigación y el conocimiento*. 2018; 2(1).
19. Dominguez D, Sánchez B. Tesis: Percepción de las Usuarias sobre la atención obstétrica recibida en los hospitales de Guayaquil. [Online].; 2018 [cited 2021 03 08]. Available from:

<http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/31609/1/CD%20445-%20DOMINGUEZ%20ONTANO%2c%20DOMENICA.pdf>.

20. Jaramillo F. Tesis-Universidad de las Américas: La atención de el embarazo, parto y puerperio en el Ecuador y su relación con la violencia Gineco-Obstétrica. [Online].; 2018 [cited 2021 03 08. Available from: <http://dspace.udla.edu.ec/bitstream/33000/10238/1/UDLA-EC-TMC-2018-12.pdf>.
21. Borja C. Tesis de Posgrado-Universidad San Francisco de Quito: Violencia obstétrica: percepciones de las prácticas de atención de salud. [Online].; 2017 [cited 2021 02 20. Available from: <http://repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/6592/1/131233.pdf>.
22. Ministerio de Salud Pública (MSP) ; Sistema Nacional de Salud (SNS); Consejo Nacional de Salud (CONASA). Guía Técnica para la atención del Parto Culturalmente adecuado. [Online].; 2008 [cited 2021 05 18. Available from: aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/GUÍA%20%20TÉCNICA%20PARA%20LA%20ATENCIÓN%20DEL%20PARTO%20CULTURALMENTE%20ADECUADO.pdf.
23. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Profesionales de la salud en Ecuador se capacitaron en la normativa ESAMyN para mejorar la atención a la madre gestante y al recién nacido. [Online].; 2018 [cited 2021 03 10. Available from: <https://www.unicef.org/ecuador/comunicados-prensa/profesionales-de-la-salud-en-ecuador-se-capacitaron-en-la-normativa-esamyn-para>.
24. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Hospitales en Quito y Otavalo se certifican como Establecimientos Amigos de la Madre y el Niño. [Online].; 2021 [cited 2021 03 15. Available from: <https://www.unicef.org/ecuador/historias/hospitales-en-quito-y-otavalo-se-certifican-como-establecimientos-amigos-de-la-madre-y-el>.
25. Monje P, Miranda P, Oyarzún J, Seguel F, Flores E. Percepción de cuidado humanizado de enfermería desde la perspectiva de usuarios hospitalizados. Revista de Ciencia y Enfermería. 2018 Sep; 24.
26. Escobar B, Paravic T. La transculturalidad, elemento esencial para mejorar la atención en salud y de enfermería. Revista Electrónica Enfermería Actual en Costa Rica. 2017 Junio;(32).
27. Alvares AS. Prácticas humanizadas de la enfermera obstétrica: contribuciones al bienestar materno. Scielo Revista Brasileira de Enfermagem. 2018; 71.

28. Lareisy D, Machado R. El parto humanizado como necesidad para la atención integral a la mujer. *Revista cubana de obstetricia y ginecología*. 2018; 44(3).
29. Samano J, Giles R. Universidad Autónoma del Estado de México UAEM- Calidad asistencial en obstetricia: Evaluación de indicadores de atención amigable del parto vaginal en el Hospital Materno Infantil. [Online].; 2017 [cited 2021 01 29. Available from: <http://ri.uaemex.mx/handle/20.500.11799/64411>.
30. Uribe C, Contreras A. Modelo de asistencia integral del parto: Concepto de integridad basado en la calidad y seguridad. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*. 2018; 83(3).
31. Ubica Ecuador. Hospital San Luis de Otavalo. [Online].; 2020. Available from: <https://www.ubica.ec/info/HOSPITAL-BASICO-SAN-LUIS>.
32. Ministerio de Salud Pública (MSP). Coordinación Zonal 1-Salud. [Online].; 2015 [cited 2021 05 18. Available from: <http://www.saludzona1.gob.ec/cz1/index.php/sala-de-prensa/257-otavalo-con-atencion-hospitalaria-de-calidad>.
33. Artal RSLUSoM. Trabajo de Parto. [Online].; 2019 [cited 2021 03 30. Available from: [https://www.msmanuals.com/es-ec/hogar/salud-femenina/parto-normal/trabajo-de-parto#:~:text=El%20parto%20consiste%20en%20una,del%20parto\)%20hacia%20el%20exterior](https://www.msmanuals.com/es-ec/hogar/salud-femenina/parto-normal/trabajo-de-parto#:~:text=El%20parto%20consiste%20en%20una,del%20parto)%20hacia%20el%20exterior).
34. Ralph DJACCP&DC. Manual de Obstetricia y Ginecología. [Online].; 2018 [cited 2019 05 09. Available from: <https://medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2018/08/Manual-Obstetricia-y-Ginecologi%CC%81a-2018.pdf>.
35. Artal RMSLUSoM. Trabajo de parto. [Online].; 2019. Available from: <https://www.msmanuals.com/es/hogar/salud-femenina/parto-normal/trabajo-de-parto>.
36. MSP. Guía de parte Clínica: Atención del trabajo de parto, parto y postparto inmediato. [Online].; 2014 [cited 2021 Mayo 13. Available from: https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/sigobito/tareas_seguinto/1141/GPC%20PARTO%20Final.pdf.
37. Dr. Carvajal J, Dra. Ralph C. Novena edición Manual de Obstetricia y Ginecología. [Online].; 2018 [cited 2021 Mayo 14. Available from: <https://medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2018/08/Manual-Obstetricia-y-Ginecologi%CC%81a-2018.pdf>.

38. Macías M, Haro J, Piloso F. Importancia y beneficios del Parto Humanizado. Dominio de las Ciencias. 2018 Julio; 4(3).
39. Extremadura Salud. Definición del puerperio. [Online].; 2018 [cited 2021 Mayo 13. Available from:
[https://saludextremadura.ses.es/ventanafamilia/contenido?content=definicion-
puerperio](https://saludextremadura.ses.es/ventanafamilia/contenido?content=definicion-puerperio).
40. Osorio A, Díaz J. Boletín de la oficina Sanitaria Panamericana: Programa de alojamiento conjunto para la madre y el recién nacido. [Online].; 1975 [cited 2021 Mayo 13. Available from:
<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/16483/v78n5p391.pdf>.
41. Ministerio de Salud Pública MSP. Establecimiento de Salud Amigos de la Madre y del Niño (ESAMyN). [Online].; 2018 [cited 2021 04 08. Available from:
[https://www.salud.gob.ec/establecimientos-de-salud-amigos-de-la-madre-y-del-
nino-
esamyn/#:~:text=ESTABLECIMIENTOS%20DE%20SALUD%20AMIGOS%20D
E,ESAMyN\)%20E2%80%93%20Ministerio%20de%20Salud%20P%C3%BAblic
a](https://www.salud.gob.ec/establecimientos-de-salud-amigos-de-la-madre-y-del-nino-esamyn/#:~:text=ESTABLECIMIENTOS%20DE%20SALUD%20AMIGOS%20DE,ESAMyN)%20E2%80%93%20Ministerio%20de%20Salud%20P%C3%BAblica).
42. ESAMyN. Normativa Sanitaria para la Certificación como Amigos de la Madre y del Niño, a los establecimientos de Salud del Sistema Nacional de Salud, que atiende parto. [Online].; 2016. Available from:
[http://instituciones.msp.gob.ec/images/Documentos/ESAMyN/Normativas/Acuerdo
Ministerial_108.pdf](http://instituciones.msp.gob.ec/images/Documentos/ESAMyN/Normativas/Acuerdo_Ministerial_108.pdf).
43. MSP, SNS, CONASA. Guía técnica para la atención del parto culturalmente adecuado. [Online].; 2008 [cited 2021 Mayo 13. Available from:
[aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archiv
os/GUÍA%20TÉCNICA%20PARA%20LA%20ATENCIÓN%20DEL%20PAR
TO%20CULTURALMENTE%20ADECUADO.pdf](http://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/GUÍA%20TÉCNICA%20PARA%20LA%20ATENCIÓN%20DEL%20PARTO%20CULTURALMENTE%20ADECUADO.pdf).
44. Alba Lactancia Materna Org. Lactancia materna, contacto y apego. [Online].; 2020 [cited 2021 Mayo 13. Available from:
[http://albalactanciamaterna.org/lactancia/tema-6-lactancia-y-crianza/lactancia-
materna-contacto-y-apego/](http://albalactanciamaterna.org/lactancia/tema-6-lactancia-y-crianza/lactancia-materna-contacto-y-apego/).
45. Lugones M, Ramírez M. El parto en diferentes posiciones a través de la ciencia, la historia y la cultura. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. 2012 Enero; 38(1).

46. Fisiosite. Posiciones durante el parto: análisis de las posturas mas comunes. [Online]. [cited 2021 Mayo 13. Available from: <https://www.fisiosite.com/blog/fisioterapia/posiciones-parto-analisis-posturas-mas-comunes/>.
47. Eva Fertility Clinics. Posturas en el parto. [Online].; 2015 [cited 2021 Mayo 13. Available from: <https://www.evafertilityclinics.es/novedades-embarazo/posturas-en-el-parto/>.
48. MSP. Guía de Práctica Clínica de Atención del trabajo de parto, parto y posparto inmediato. [Online].; 2015 [cited 2021 Mayo 13. Available from: https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/GPC_Atencion_del_trabajo_parto_posparto_y_parto_inmediato.pdf.
49. Taramona L, Rogger F. Creencias, costumbre, parteras para la atención del embarazo, parto y puerperio en Huancas (Chachapoyas, Perú). Arnaldoa. 2019 Enero; 26(1).
50. Gonzáles J, Villavicencio E. Proyecto de Investigacion-Universidad de Cuenca: Prácticas interculturales en el posparto; Tixán 2019. [Online].; 2020 [cited 2021 Mayo 13. Available from: <https://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/33795/1/PRACTICAS%20INTERCULTURALES%20EN%20EL%20PUERPERIO%20TIXAN%202019.docx.pdf>.
51. UNICEF. La lactancia materna desde la primera hora de vida: lo que beneficia y lo que perjudica. [Online].; 2018. Available from: <https://www.unicef.org/es/historias/la-lactancia-materna-desde-la-primera-hora-de-vida-lo-que-beneficia-y-lo-que-perjudica>.
52. OMS. Momento óptimo de pinzamiento del cordón umbilical para prevenir la anemia ferropénica en lactantes. [Online].; 2019 [cited 2021 05 19. Available from: https://www.who.int/elena/titles/cord_clamping/es/#:~:text=El%20pinzamiento%20y%20corte%20precoz,cesado%20las%20pulsaciones%20del%20cord%C3%B3n.
53. Herrera A, Ramos J, Ruiz C. Prevalencia del inicio precoz de la lactancia materna. Nutrición Hospitalaria. 2019 Julio; 36(4).
54. Ramírez L, Casallas A. Universidad el Bosque: Importancia de la lactancia materna en la primera hora de vida. [Online]. [cited 2021 Mayo 13. Available from:

<https://www.unbosque.edu.co/centro-informacion/noticias/importancia-de-la-lactancia-materna-en-la-primera-hora-de-vida>.

55. Fernández MI. Mejora de la Calidad asistencial a la mujer gestante mediante el uso de nuevas tecnologías. *Revista Matronas*. 2016 Diciembre; 4(3).
56. Cayuela PS, Pastor MdM, Conesa MdlÁ. Calidad asistencial percibida y satisfacción de las personas sordas con la atención primaria de un Área de Salud de la Región de Murcia. *Enfermería Global*. 2019 Octubre; 18(54).
57. Mocumbi S, Högberg U, Lampa E, Bergström A. Mothers' satisfaction with care during facility-based childbirth: a cross-sectional survey in southern Mozambique. *Pub Med*. 2019 Agosto; 19(1).
58. MSP. Atención del trabajo de parto y post parto inmediato. [Online].; 2014. Available from:
https://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/recursos/documents/gpc_parto_final.pdf.
59. Uribe C, Conteras A, Villarroel L. Adaptación y validación de la escala de bienestar materno en situación de parto:segunda versión para escenarios de asistencia integral. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*. 2014 Junio; 79(3).
60. Seoane A. Universidad de A Coruña: Bioética y humanización del parto. [Online]. [cited 2021 Mayo 13. Available from:
<https://core.ac.uk/download/pdf/61904278.pdf>.
61. Uribe C, Conteras A, Villarroel L. Adaptación y validación de la escala de bienestar materno en situación de parto: segunda versión para escenarios de asistencia integral. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*. 2014 Junio; 79(3).
62. Raigada RIF. Satisfaccion materna con el parto. [Online].; 2013. Available from:
<http://digibuo.uniovi.es/dspace/bitstream/10651/28566/6/TFG%20RosaFernandezRaigada.pdf>.
63. Guerrero R, Meneses M, De la Cruz M. Cuidado humanizado de enfermería según la teoría de Jean Watson,servicio de medicina del Hospital Daniel Alcides Carrión. LimaCallao, 2015. *Enferm Herediana*. 2016 Septiembre; 9(2).
64. Alvarado L, Guarín L, Cañón W. Adopción del Rol Maternal de la teórica Ramona Mercer al cuidado de enfermería binomio madre-hijo: reporte de caso en la unidad materno infantil. *Cuidarte*. 2011 Enero; 2(1).

65. Naranjo Y, Concepción J, Rodríguez M. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. Gaceta Médica Espirituana. 2017 Diciembre; 19(3).
66. Asamblea Constituyente de la República del Ecuador. Constitución de la República. [Online].; 2008 [cited 2021 Mayo 20. Available from: <http://www.ug.edu.ec/talento-humano/documentos/CONSTITUCION%20DE%20LA%20REPUBLICA%20DEL%20ECUADOR.pdf>.
67. Ley Orgánica de la Salud. Ley Orgánica de la Salud Ecuador. [Online].; 2015 [cited 2021 Mayo 20. Available from: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/03/LEY-ORG%C3%81NICA-DE-SALUD4.pdf>.
68. Plan Nacional de Desarrollo 2017-2021 "Toda una Vida". Plan Nacional toda una Vida. [Online].; 2017 [cited 2021 Mayo 2021. Available from: https://www.planificacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2017/10/PNBV-26-OCT-FINAL_0K.compressed1.pdf.
69. Consejo Internacional de Enfermeras. Código Deontológico del CIE para la profesión de enfermería. [Online].; 2012. Available from: https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/2012_ICN_Codeofethicsfornurses_%20sp.pdf.
70. Dra. Peacock S, Cala L, Lic. Labadié S. Ética en la investigación biomédica: contextualización y necesidad. Revista Médica de Santiago de Cuba. 2019 Noviembre; 23(5).
71. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C. Metodología de la Investigación. Sexta ed. Martínez R, editor. México: McGRAW-HILL / INTERAMERICANA EDITORES, S.A. DE C.V.; 2014.
72. López R. El método de investigación bibliográfica. [Online]. Available from: <http://www.oocities.org/zaguan2000/metodo.html#:~:text=En%20sentido%20m%C3%A1s%20espec%C3%ADfico%2C%20el,informaci%C3%B3n%20pertinente%20para%20la%20investigaci%C3%B3n>.
73. Metodología de la Investigación. [Online]. Available from: http://profesores.fi-b.unam.mx/jlfl/Seminario_IEE/Metodologia_de_la_Inv.pdf.
74. Westreicher G. Economipedia-Encuesta. [Online].; 2020. Available from: <https://economipedia.com/definiciones/encuesta.html>.
75. Meneses J. Universitat Oberta de Catalunya: El Cuestionario. [Online]. Available from: <https://femrecerca.cat/meneses/publication/cuestionario/cuestionario.pdf>.

76. Donoso E, Jorge C, Vera C, Poblete J. La edad de la mujer como factor de riesgo de mortalidad materna, fetal, neonatal e infantil. *Revista Médica de Chile*. 2014; pag.168-174(142).
77. Carrillo R, Magaña M, Rivas V, Sánchez L, Cruz A. Satisfacción con la calidad de la atención en mujeres en periodo posparto de un hospital de tercer nivel. *Revista CONAMED*. 2016 Febrero; 21(1).
78. D'Orsi E, Brüggemann O, Grilo C, Marques J. Desigualdades sociais e satisfação das mulheres com o atendimento ao parto no Brasil: estudo nacional de base hospitalar. *CSP Caderno de Saúde Pública*. 2014 Agosto; 30(1).
79. Arnau J, Martínez T, Castaño A, Dolores N. Explorando las emociones de la mujer en la atención perinatal. Un estudio cualitativo. *Aquichan-Universidad de la Sabana*. 2016 Julio; 16(3).
80. Lareno S, Lareno A. La humanización obstétrica desde la perspectiva de la mujer: percepción de apoyo y creencias sobre las prácticas de atención al parto. *Matronas Profesión*. 2020 Diciembre; 21(2).
81. Hajizadeh K, Vaezi M, Meedya S, Sakineh A. Prevalence and predictors of perceived disrespectful maternity care in postpartum Iranian women: a cross-sectional study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2020 Agosto; 20(463).
82. Andrade A, Gouveia A, Duarte G, Viera W. Quality of care for labor and childbirth in a public hospital network in a Brazilian state capital: patient satisfaction. *Cad. Salud Pública*. 2017 Diciembre; 33(12).
83. Abdissa G, Bayissa D, Likasa T, Alemu G. Mother's satisfaction with the existing labor and delivery care services at public health facilities in West Shewa zone, Oromia region, Ethiopia. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2020 Mayo; 20(1).
84. Organización Mundial de la Salud (OMS). Recomendaciones de la OMS para la conducción del trabajo de parto. [Online].; 2015. Available from: https://www.who.int/topics/maternal_health/directrices_OMS_parto_es.pdf.
85. Zabala A. Cumplimiento de los indicadores del esamyn (establecimientos de salud amigos de la madre y del niño) para un parto sin procedimientos invasivos en mujeres de 20 a 30 años del hospital delfina torres de concha en el período mayo 2018- abril 2019. [Online]. Quito: Universidad Central del Ecuador; 2019. Available from: <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/18741>.

86. Arias P, Ruiz E. Parainfo digital-Monográficos de investigación de Salud. Hidratación durante el trabajo de parto. [Online].; 2018. Available from: <http://www.index-f.com/para/n28/pdf/e010.pdf>.
87. Moreno V, Gonzáles M, Serna C. Revisión sobre métodos de analgesia no farmacológica durante el parto. Ocronos. 2020 Abril.
88. Spanevello A, Corrêa Á, Tomiyoshi J. Humanized practices of obstetric nurses: contributions in maternal welfare. Revista Brasileira de Enfermagem. 2018 Junio; 71(6).
89. Andrade A, Gouveia A, Duarte G. La calidad de la atención al parto dentro de la red pública hospitalaria en una capital brasileña: la satisfacción de las gestantes. Cadernos de Saúde Pública. 2017; 33(12).
90. Gracia P, Canul A. Experiencia de las madres durante el contacto piel a piel al nacimiento. ScienceDirect -Perinatología y Reproducción Humana. 2017 Diciembre; 31(4).
91. Ríos C, Lias M. Contacto piel a piel inmediato al nacimiento y beneficios en el recién nacido sano en los primeros 30 minutos. KAWSAYNINCHIS/Cuidado y Salud. 2015 Julio; 2(2).
92. Martínez T, Damian N. Beneficios del contacto piel a piel precoz en la reanimación neonatal. Enfermería Universitaria. 2014 Febrero; 11(2).
93. Perreira C, Domínguez A. Violencia obstétrica desde la perspectiva de la paciente. Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela. 2015 Junio; 75(2).
94. Crespo D, Sánchez B, Domínguez D. La violencia obstétrica como elemento deshumanizador del parto. Polo del conocimiento. 2018 Junio; 3(7).
95. Lunda P, Minnie C, Benadé P. Women's experiences of continuous support during childbirth: a meta-synthesis. BMC Pregnancy Childbirth. 2018 Mayo; 18(167).
96. encolombia. ¿Cual es El Impacto de La compañía del Familiar durante El Trabajo de Parto? [Online]. Available from: <https://encolombia.com/medicina/guiasmed/guia-clinica-embarazo/compania-familiar-trabajo-parto/>.
97. Rabines A. [Online]. Available from: https://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/tesis/salud/Rabines_J_A/CAP%C3%8DTULO1-introduccion.pdf.

98. DeCS-Descriptores en Ciencias de la Salud. bvs-Biblioteca virtual en Salud. [Online].; 2020. Available from: <http://decs2020.bvsalud.org/cgi-bin/wxis1660.exe/decsserver/>.
99. DeCS-Descriptores en Ciencias de la Salud. bvs-Biblioteca Virtual en Salud. [Online].; 2020. Available from: <http://decs2020.bvsalud.org/cgi-bin/wxis1660.exe/decsserver/>.

ANEXOS

Anexo 1. Oficio de permiso para la aplicación de la encuesta



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
UNIVERSIDAD ACREDITADA RESOLUCIÓN 002-CONEA-2010-129-DC
RESOLUCIÓN Nº 001-073 CEAACES - 2013 - 13
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DECANATO

Ibarra, 29 de marzo del 2021
Oficio 351-D-FCS-UTN

Doctor
Juan Echeverría
GERENTE DEL HOSPITAL SAN LUIS DE OTAVALO

De nuestra consideración:

Reciba un afectuoso y cordial saludo de la Facultad de Ciencias de la Salud, a la vez que deseo éxitos en sus funciones.

Por medio de la presente, me permito solicitar comedidamente se autorice el ingreso a la señorita estudiante, Ipiales Saransig Alicia Lucero, con la finalidad de que pueda aplicar la Escala BMSP2 (Bienestar Materno en Situación de Parto) en el servicio de Ginecología para la recolección de información en dicho establecimiento, para el desarrollo del Trabajo de Grado denominado: **"Satisfacción de usuarias en relación al bienestar materno durante el parto, Hospital San Luis de Otavalo año 2021"**, como requisito previo a la obtención del título de Licenciadas en Enfermería.

La información que se solicita será eminentemente con fines académicos y de investigación por lo que se mantendrá los principios de confidencialidad y anonimato en el manejo de la información.

Por la atención brindada, le agradezco.

Atentamente,
CIENCIA Y TÉCNICA AL SERVICIO DEL PUEBLO



MSc. Rocío Castillo
DECANA – FCSS-UTN.

Cecilia Ch.

AREA DE SALUD
HOSPITAL SAN LUIS DE OTAVALO
SECRETARÍA - DIRECCIÓN
FECHA: 30/03/21 HORA: 12:43 PM
RECIBIDO POR: GP

Anexo 2. Consentimiento Informado



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN EL ESTUDIO.

Título de la investigación: Satisfacción de usuarias en relación al bienestar materno durante el parto, Hospital San Luis de Otavalo año 2021.

Nombre del Investigador: Ipiales Saransig Alicia Lucero

Yo,..... con número de Cédulaejerciendo mi libre poder de elección y mi voluntad expresa, por este medio, doy mi consentimiento para participar en esta investigación.

He tenido tiempo suficiente para decidir mi participación, sin sufrir presión alguna y sin temor a represalias en caso de rechazar la propuesta. Inclusive, se me ha dado la oportunidad de consultarlo con mi familia y de hacer todo tipo de preguntas, quedando satisfecho con las respuestas. La entrega del documento se realizó en presencia de un testigo que dará fe de este proceso.

ACEPTO

NO ACEPTO

Anexo 3. Cuestionario: Escala del Bienestar Materno en Situación de Parto 2 (BMSP2)



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA



Escala de Bienestar Materno en Situación de Parto (BMSP2)

El siguiente es un cuestionario sirve para conocer el nivel de bienestar de las mujeres que han vivido el proceso de parto. Le rogamos leerlo cuidadosamente. En él, usted encontrará algunas afirmaciones que representan situaciones que usted pudo vivir; desde que llegó ala maternidad hasta que tuvo a su hijo, situaciones que le hicieron “sentirse bien” o “sentirse mal”.

Le rogamos marcar con una X el grado de acuerdo que usted tiene. Usted puede estar desde muy de acuerdo (puntaje 5), hasta muy en desacuerdo (puntaje 1). Marque para cada afirmación una sola respuesta. Si marca más de una, la respuesta se eliminará.

Además, agradezco de antemano que responda las siguientes preguntas:

Edad _____ No. De embarazo ____ Ocupación _____ Estado civil _____
 Escolaridad _____ Etnia _____ Turno en el que fue atendido su parto: _____
 Durante el trabajo de parto, ¿estuvo usted acompañada? _____ ¿Por quién? _____

Claudia Uribe T.^{1a}, Aixa Contreras M.^{1a}, Luis Villarroel D.^{2b} PhD, Soledad Rivera M.^{1c}, Paulina Bravo V.^{1c}, Mariela Cornejo A.

| PREGUNTAS | Muy de acuerdo | De acuerdo | Más o menos de acuerdo | En desacuerdo | Muy en desacuerdo |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-------------------|-------------------------------|----------------------|--------------------------|
| | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 1. Durante todo el proceso de parto los profesionales me orientaron, me dijeron que hacer y me animaron. | | | | | |
| 2. Me sentí siempre acompañada por algún profesional. | | | | | |
| 3. Sentí que algunas atenciones por algún profesional de salud no fueron realizadas con suavidad. | | | | | |
| 4. Cada vez que lo necesité, pude estar con mi pareja o con otra persona importante para mí. | | | | | |
| 5. Me sentí tratada de forma autoritaria “Fueron mandones conmigo”. | | | | | |

| | | | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|
| 6. Creo que fui bien atendida, de manera muy profesional. | | | | | |
| 7. Me pusieron anestesia o analgésico cuando lo requerí. | | | | | |
| 8. Observé orden y limpieza en cada uno de los lugares donde estuve. | | | | | |
| 9. Sentí que las atenciones que me realizaron fueron hechas correctamente. | | | | | |
| 10. El trato que recibí fue respetuoso, ellos o ellas me hablaban con palabras suaves que me calmaban. | | | | | |
| 11. Pude expresar libremente mis dudas y temores relacionados con mi salud y la de mi hijo (a). | | | | | |
| 12. Antes del parto pude beber líquidos o comer gelatina cuando lo necesité. | | | | | |
| 13. En cualquier etapa del proceso facilitaron la entrada de mi pareja u otra persona importante para mí. | | | | | |
| 14. Las personas que me atendieron se relacionaban bien conmigo | | | | | |
| 15. Sentí que las personas que me atendieron conocían y hacían bien su trabajo. | | | | | |
| 16. Se preocuparon de cuidar mi intimidad y la de las otras mujeres que vivieron la experiencia del parto junto conmigo. | | | | | |
| 17. Fui informada cada vez que se me administraba algún medicamento. | | | | | |
| 18. En cada uno de los lugares donde estuve la iluminación era adecuada. | | | | | |
| 19. Constantemente recibí información de mi estado de salud y el de mi hijo (a). | | | | | |
| 20. Los profesionales estuvieron “pendientes de mí” durante el proceso de parto. | | | | | |
| 21. Me sentí respetada y participando de las decisiones que los profesionales tomaban respecto a mi proceso de parto. | | | | | |
| 22. En el momento en que mi bebé nació pudimos estar juntos todo el tiempo que fue necesario. | | | | | |
| 23. Durante mi permanencia en sala de labor, el personal se preocupó por el tiempo que yo llevaba sin alimentarme | | | | | |
| 24. Cuando mi bebe nació los profesionales fueron | | | | | |

| | | | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|
| respetuosos con el tiempo que necesitábamos estar juntos | | | | | |
| 25. El personal estaba preocupado por respetar nuestra intimidad durante el nacimiento. | | | | | |
| 26. El ambiente era acogedor y me hizo sentir que estaba en un espacio familiar. | | | | | |
| 27. Las maquinas, monitores, aparatos para la presión u otros se veían seguros, en buen estado y funcionando bien. | | | | | |
| 28. Las personas que me atendieron fueron respetuosas de mis valores o creencias religiosas. | | | | | |
| 29. Durante mi permanencia en sala de labor, tuve la posibilidad de recibir algún tipo de alimento cuando tuve hambre. | | | | | |
| 30. En cada momento del proceso fui atendida a tiempo por los profesionales de salud. | | | | | |
| 31. Antes del parto me ofrecieron distintas posibilidades de ejercicios y actividades para calmar el dolor. | | | | | |
| 32. Creo que durante la atención del parto utilizaron procedimientos que no corresponden al proceso de un parto natural (maniobras de empuje, tactos múltiples y fórceps). | | | | | |
| 33. Muchas veces evite expresar el dolor, mis malestares o incomodidades, por temor a que las personas del equipo de salud se molestaran conmigo. | | | | | |
| 34. Mientras estuve en el trabajo de parto tuve la oportunidad de levantarme libremente de la cama, caminar o sentarme en una silla. | | | | | |
| 35. Sentí que me atendían en un hospital antiguo y en malas condiciones físicas. | | | | | |
| 36. En el momento del parto pude estar acompañada de mi pareja u otra persona importante para mí. | | | | | |
| 37. Para que me sintiera cómoda en el trabajo de parto se me ofreció distintas alternativas de descanso, aparte de estar acostada en la cama. | | | | | |
| 38. Durante el momento del parto pude escoger la posición que más me acomodo para facilitar el nacimiento de mi hijo | | | | | |
| 39. Independientemente de cómo me portara yo, los profesionales siempre me trataron bien | | | | | |
| 40. Me sentí cómoda durante el parto | | | | | |

| | | | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|
| 41. Inmediatamente después del parto tuve la oportunidad de recibir algún alimento. | | | | | |
| 42. La limpieza de los baños y el funcionamiento de las duchas eran los adecuados para un hospital. | | | | | |
| 43. Hubo momentos en que me sentí abandonada como si mis necesidades le fueran indiferentes al personal. | | | | | |

Anexo 4. Operacionalización de Variables

Objetivo 1. Describir el perfil socio demográfico de la población en estudio.

| VARIABLE | TIPO DE VARIABLE | DIMENSIÓN | INDICADOR | ESCALA | INSTRUMENTO | DEFINICIÓN |
|------------------------------------------|-----------------------|-----------------------------------|----------------------|------------------------------------------------|--------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Características sociodemográficas | Cualitativa nominal | Auto identificación cultural | Etnia | Mestiza Indígena Afroecuatoriana Otra | Escala BMSP2 | Conjunto de características biológicas, socioeconómico culturales que están presentes en la población sujeta a estudio, tomando aquellas que pueden ser medibles (97). |
| | Cualitativa nominal | Establecido por el registro civil | Estado civil | Soltera Casada Unión Libre | Escala BMSP2 | |
| | Cuantitativa discreta | Años cumplidos | Edad | Menor de 18 19 a 25 26 a 35 36 a 44 | Escala BMSP2 | |
| | Cualitativa ordinal | Grado de escolaridad | Nivel de instrucción | Ninguna Primaria Secundaria Superior | Escala BMSP2 | |

| | | | | | | |
|--|------------------------|-------------------|------------|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------|--|
| | Cualitativa nominal | Tipo | Ocupación | Quehaceres domésticos Comerciante Costurera Estudiante Empleada privada | Escala BMSP2 | |
| | Cualitativa nominal | Lugar de vivienda | Residencia | Urbano Rural | Escala BMSP2 | |

Objetivo 2: Analizar el nivel de satisfacción de las usuarias de atención materno durante el parto respecto a los servicios recibidos.

| VARIABLE | TIPO DE VARIABLE | DIMENSIÓN | INDICADOR | ESCALA | INSTRUMENTO | DEFINICIÓN |
|---------------------|------------------------|-------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| SATISFACCIÓN | Cualitativa ordinal | Cuidado relacional de calidad | <p>1. Durante todo el proceso de parto los profesionales me orientaron, me dijeron que hacer y me animaron.</p> <p>2. Me sentí siempre acompañada por algún profesional.</p> <p>6. Creo que fui bien atendida, de manera muy profesional.</p> <p>9. Sentí que las atenciones que me realizaron fueron hechas correctamente.</p> | <p>Likert:</p> <p>-Muy de acuerdo 5</p> <p>-De acuerdo 4</p> <p>-Más o menos de acuerdo 3</p> <p>-En desacuerdo 2</p> <p>-Muy en desacuerdo 1</p> | Escala BMSP2 | La experiencia individual de una sensación de plenitud con relación a una necesidad o deseo y la calidad o estado de estar satisfecho (98). |

| | | | | |
|--|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
| | | <p>10. El trato que recibí fue respetuoso, ellos o ellas me hablaban con palabras suaves que me calmaban.</p> <p>11. Pude expresar libremente mis dudas y temores relacionados con mi salud y la de mi hijo (a).</p> <p>14. Las personas que me atendieron se relacionaban bien conmigo</p> <p>15. Sentí que las personas que me atendieron conocían y hacían bien su trabajo.</p> <p>20. Los profesionales estuvieron “pendientes de mí” durante el proceso de parto.</p> <p>28. Las personas que me atendieron fueron respetuosas de mis valores o creencias religiosas.</p> <p>39. Independientemente de cómo me portara yo, los profesionales siempre me trataron</p> | | |
|--|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|

| | | | | | | |
|--|--|-------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|--|
| | | | <p>bien</p> <p>44. Siempre se notó el trato respetuoso de parte del personal de salud.</p> <p>47. Sentí siempre la presencia prudente y respetuosa del profesional que me permitió estar tranquila.</p> | | | |
| | | Cuidado oportuno y respetuoso | <p>7. Me pusieron anestesia o analgésico cuando lo requerí.</p> <p>16. Se preocuparon de cuidar mi intimidad y la de las otras mujeres que vivieron la experiencia del parto junto conmigo.</p> <p>17. Fui informada cada vez que se me administraba algún medicamento.</p> <p>19. Constantemente recibí información de mi estado de salud y el de mi hijo (a).</p> <p>21. Me sentí respetada y participando de las decisiones que los profesionales tomaban respecto a mi proceso de</p> | <p>Likert:</p> <p>-Muy de acuerdo 5</p> <p>-De acuerdo 4</p> <p>-Más o menos de acuerdo 3</p> <p>-En desacuerdo 2</p> <p>-Muy en desacuerdo 1</p> | Escala BMSP2 | |

| | | | | |
|--|-----------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| | | parto. 30. En cada momento del proceso fui atendida a tiempo por los profesionales de salud. | | |
| | Ambiente físico confortable | <p>8. Observé orden y limpieza encada uno de los lugares donde estuve.</p> <p>18. En cada uno de los lugares donde estuve la iluminación era adecuada.</p> <p>26. El ambiente era acogedor y me hizo sentir que estaba en un espacio familiar.</p> <p>27. Las maquinas, monitores, aparatos para la presión u otros se veían seguros, en buen estado y funcionando bien.</p> <p>42. La limpieza de los baños y el funcionamiento de las duchas eran los adecuados para un hospital.</p> | <p>Likert:</p> <p>-Muy de acuerdo 5</p> <p>-De acuerdo 4</p> <p>-Más o menos de acuerdo 3</p> <p>-En desacuerdo 2</p> <p>-Muy en desacuerdo 1</p> | Escala BMSP2 |

Objetivo 3: Establecer el nivel de bienestar materno a partir de la escala BMSP2

| VARIABLE | TIPO DE VARIABLE | DIMENSIÓN | INDICADOR | ESCALA | INSTRUMENTO | DEFINICIÓN |
|--------------------------|---------------------|------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| BIENESTAR MATERNO | Cualitativa ordinal | Condiciones para el contacto madre-hijo. | <p>22. En el momento en que mi bebé nació pudimos estar juntos todo el tiempo que fue necesario.</p> <p>24. Cuando mi bebé nació los profesionales fueron respetuosos con el tiempo que necesitábamos estar juntos.</p> <p>45. En el momento del parto y luego de haber nacido mi hijo pudimos estar en contacto piel con piel.</p> <p>46. Tuve la posibilidad de amamantar a mi hijo al poco tiempo de haber nacido.</p> | <p>Likert:</p> <p>-Muy de acuerdo 5</p> <p>-De acuerdo 4</p> <p>-Más o menos de acuerdo 3</p> <p>-En desacuerdo 2</p> <p>-Muy en desacuerdo 1</p> | Escala BMSP2 | Esfuerzos organizados por las comunidades u organizaciones para mejorar la salud y el bienestar de la madre (99). |
| | Cualitativa ordinal | Autocuidado y confort | <p>12. Antes del parto pude beber líquidos o comer gelatina cuando lo necesité.</p> | <p>Likert:</p> <p>-Muy de acuerdo 5</p> <p>-De acuerdo 4</p> | Escala BMSP2 | |

| | | | | | |
|--|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
| | | <p>23. Durante mi permanencia en sala de labor, el personal se preocupó por el tiempo que yo llevaba sin alimentarme.</p> <p>29. Durante mi permanencia en sala de labor, tuve la posibilidad de recibir algún tipo de alimento cuando tuve hambre.</p> <p>31. Antes del parto me ofrecieron distintas posibilidades de ejercicios y actividades para calmar el dolor.</p> <p>34. Mientras estuve en el trabajo de parto tuve la oportunidad de levantarme libremente de la cama, caminar o sentarme en una silla.</p> <p>37. Para que me sintiera cómoda en el trabajo de parto se me ofreció distintas alternativas de descanso, aparte de estar acostada en la cama.</p> <p>38. Durante el momento del parto pude escoger la</p> | <p>-Más o menos de acuerdo 3</p> <p>-En desacuerdo 2</p> <p>-Muy en desacuerdo 1</p> | | |
|--|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|

| | | | | | | |
|--|---------------------|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|--|
| | | | <p>posición que más me acomodó para facilitar el nacimiento de mi hijo (a).</p> <p>40. Me sentí cómoda durante el parto</p> <p>41. Inmediatamente después del parto tuve la oportunidad de recibir algún alimento.</p> | | | |
| | Cualitativa ordinal | Cuidado despersonalizado | <p>3. Sentí que algunas atenciones por algún profesional de salud no fueron realizadas con suavidad.</p> <p>5. Me sentí tratada de forma autoritaria “Fueron mandones conmigo.</p> <p>32. Creo que durante la atención del parto utilizaron procedimientos que no corresponden al proceso de un parto natural (maniobras de empuje, tactos múltiples y fórceps).</p> <p>33. Muchas veces evite expresar el dolor, mis</p> | <p>Likert:</p> <p>-Muy de acuerdo 5</p> <p>-De acuerdo 4</p> <p>-Más o menos de acuerdo 3</p> <p>-En desacuerdo 2</p> <p>-Muy en desacuerdo 1</p> | Escala BMSP2 | |

| | | | | | | |
|--|---------------------|---------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|--|
| | | | <p>malestares o incomodidades, por temor a que las personas del equipo de salud se molestaran conmigo.</p> <p>35. Sentí que me atendían en un hospital antiguo y en malas condiciones físicas.</p> <p>43. Hubo momentos en que me sentí abandonada como si mis necesidades le fueran indiferentes al personal.</p> | | | |
| | Cualitativa ordinal | Participación familiar continua | <p>4. Cada vez que lo necesité, pude estar con mi pareja o con otra persona importante para mí.</p> <p>13. En cualquier etapa del proceso facilitaron la entrada de mi pareja u otra persona importante para mí.</p> <p>25. El personal estaba preocupado por respetar nuestra intimidad durante el nacimiento.</p> <p>36. En el momento del parto pude estar</p> | <p>Likert:</p> <p>-Muy de acuerdo 5</p> <p>-De acuerdo 4</p> <p>-Más o menos de acuerdo 3</p> <p>-En desacuerdo 2</p> <p>-Muy en desacuerdo 1</p> | Escala BMSP2 | |

| | | | | | |
|--|--|------------------------------------------------------------|--|--|--|
| | | acompañada de mi pareja u otra persona importante para mí. | | | |
|--|--|------------------------------------------------------------|--|--|--|

Anexo 5. Galería Fotográfica


Aplicación del cuestionario en el servicio de ginecología



Anexo 6. Entrega del Banner propuesto al Hospital San Luis de Otavalo



Anexo 7. Banner idioma español-kichwa con estrategias de acompañamiento seguro durante el parto en tiempos de pandemia COVID-19.



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD-CARRERA DE ENFERMERÍA



HOSPITAL SAN LUIS DE OTAVALO

..Tú tienes derecho a estar acompañada durante el nacimiento de tú bebé!..
(..Kikinka ushayta charinki kumbashka kankapak kampa wawakuta wachakgrikukpi!..)



La presencia continua de una persona de tú elección durante el parto, te brindará mayor seguridad y te ayudará a afrontar esta nueva experiencia de vida.

(Ayllu kumbakpi wachankapak wawata, manllaycunapash asha asha illarinka, usahyta charinki shinchi tukunkapak shinakashkamanta sumak yuyariyta charinki).

Estrategias de acompañamiento seguro en tiempos de pandemia- Covid 19.
(Ayllu kumpakunapak yuyaypi tukuy wachana punllakunapi kay unkuy covid 19)


- El acompañante debe estar vacunado contra el virus SARS-CoV-2 (El certificado de vacunación es un requisito indispensable).*(Mamapa kumpak vacunarishka kana SARS-CoV-2 unkuy manda (Certificado vacunashkamanta hatun mutsurishka kan).*
- De preferencia el acompañante debe tener la misma residencia de la madre. *(Ayllu kana kan mamapa wasimandallata yaykuyta ushankapak).*
- Personas que tengan uno de los siguientes síntomas: fiebre, tos, pérdida de olfato, pérdida del gusto, dolor de cabeza, diarrea u otro no podrán ser acompañantes. *(Mamapa ayllu na yaykuita ushanka charikpi : fiebreta, uhuta, na mutikita ushakpi, umata nanakpi, kichay o shuck unkuyta charikpi).*


Normas de ingreso
(Yaycunkapak kamachiy)

- Lavado de manos.*(Makita mayllarina).*
- Uso de las prendas de protección: gorra, mascarilla N95 y bata. *(Kamarinkapak churakuna: Milma muchikuta, shimi killpana quirúrgica nishkawan killparina, bata pintuta churarina).*
- Cumplir estrictamente con las disposiciones del personal de salud de sala de partos o de quirófano. *(Paktachina kankichi hampik yachak nishkata wachay ukukunapi).*




Autor: IRI, Lucero Ipiak
 Diseñó: Msc. Katy Cabacango UIN 2021
 Fuente: http://www.asesalud.gob.pe/letsipallo/guia/Recomendaciones_para_el_uso_de_EPP_COVID_19.pdf
<https://www.wba.gov.com/medicos-y-odologos/que-son-epidemiologos>





Anexo 8. Aprobación del Abstract



ABSTRACT


SATISFACTION OF USERS CONCERNING MATERNAL WELL-BEING DURING CHILDBIRTH, HOSPITAL SAN LUIS DE OTAVALO YEAR 2021.

Author: Alicia Lucero Ipiales Saransig


Email: luceritoipiales1998@hotmail.com

Women's satisfaction covers needs and expectations in the integral assistance through the experience during labor and birth which to several factors that influence maternal wellbeing and the final perception of the health service received, being an indicator of the quality of the services and attention received by the users. Objective: To identify the satisfaction of users concerning maternal wellbeing during childbirth, Hospital San Luis de Otavalo. The study had a quantitative, descriptive, correlational, and cross-sectional approach; the sample consisted of 150 users selected by random probability sampling; the instrument "Maternal Well-Being in Childbirth Scale" BMSP2 was applied, validated with a Cronbach's alpha 0.937. Results: The women were predominantly of indigenous ethnicity, married, between 19 and 35 years of age, with a high school education, dedicated to household chores, and lived in rural areas. The level of satisfaction was high for the services received during maternal care, the dimensions they rated were: quality relational care (100%), timely and respectful care (88.7%), physical and comfortable environment (94%). The optimal level of maternal well-being were the dimensions: Conditions for mother-child contact (83.3%), Self-care, and Comfort (52.7%); however, the level of discomfort was evidenced in the dimension of continuous family participation due to the COVID-19 health emergency. The relationship between the level of satisfaction and the level of maternal well-being is 0.465, meaning a moderate positive correlation. In conclusion, the San Luis de Otavalo Hospital with ESAMyN certification promotes and establishes humanized childbirth that contributes to the improvement of the quality and integrity of care, it is recommended to promote family accompaniment with biosecurity measures.

Keywords: Satisfaction, maternal welfare, childbirth, maternal care.




Reviewed by Victor Raúl Rodríguez Viteri



Juan de Velasco 2-39 entre Salinas y Juan Montalvo
062 997-800 ext. 7351 - 7354
Ibarra - Ecuador

gerencia@lauemprende.com
www.lauemprende.com
Código Postal: 100150










Anexo 9. Análisis del Urkund



Document Information

| | |
|--------------------------|----------------------------------------------------------|
| Analyzed document | 1_Tesis_Ipiales_Saransig_Alicia_Lucero.docx (D111321707) |
| Submitted | 8/16/2021 3:58:00 AM |
| Submitted by | FLORES GRIJALVA MERCEDES DEL CARMEN |
| Submitter email | mcflores@utn.edu.ec |
| Similarity | 5% |
| Analysis address | mcflores.utn@analysis.orkund.com |

Sources included in the report

| | | | |
|-----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|---|
| SA | Urkund Modificado.docx Document Urkund Modificado.docx (D40865963) |  | 2 |
| SA | UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE / K_Moreno.pdf Document K_Moreno.pdf (D77792159) Submitted by: dejaramillo@utn.edu.ec Receiver: dejaramillo.utn@analysis.orkund.com |  | 1 |
| SA | ACOSTA CAIZA y DAVID SESME.docx Document ACOSTA CAIZA y DAVID SESME.docx (D64750724) |  | 3 |
| SA | UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE / TESIS ULTIMA CORRECCION ABRIL 2016 lic espinel.docx Document TESIS ULTIMA CORRECCION ABRIL 2016 lic espinel.docx (D19209524) Submitted by: melany_emilia@hotmail.com Receiver: gecardenas.utn@analysis.orkund.com |  | 2 |
| SA | UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE / Tesis Isabel Yamberla.docx Document Tesis Isabel Yamberla.docx (D25837279) Submitted by: mcflores@utn.edu.ec Receiver: mcflores.utn@analysis.orkund.com |  | 2 |
| SA | tesis final Ibarra percpción.docx Document tesis final Ibarra percpción.docx (D38411468) |  | 2 |
| SA | PARTO INTERCULTURAL (1) DR. CARLOS MACIAS, GLENDA FERNANDEZ, JULISSA GARCES, MA. ISABEL MACHARE, ARTURO NARANJO, ANILORENA FARFAN.docx Document PARTO INTERCULTURAL (1) DR. CARLOS MACIAS, GLENDA FERNANDEZ, JULISSA GARCES, MA. ISABEL MACHARE, ARTURO NARANJO, ANILORENA FARFAN.docx (D102974053) |  | 3 |
| SA | submission.pdf Document submission.pdf (D54473229) |  | 3 |
| W | URL: http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/13893/EVALUACI%C3%93N%20DE%20LA%20CALIDAD%20DE%20ATENCI%C3%93N%20DEL%20PARTO%20VAGINAL%20HEG%202016.pdf?sequence=1&isAllowed=y Fetched: 1/3/2021 7:01:38 PM |  | 2 |