



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA

Informe final de investigación previo a la obtención del título de Licenciatura de
Enfermería

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN:

**Conocimientos de enfermería para el parto centrado en la familia. Hospital
Provincial General Docente Riobamba. Abril-Agosto 2018**

Autora: Maritza Elizabeth Guaranga Cargua

Tutora: MsC. Jimena Alexandra Morales Guaraca

Riobamba - Ecuador

2019

REVISIÓN DEL TRIBUNAL

Los miembros del tribunal de graduación del proyecto de Investigación con título: **CONOCIMIENTOS DE ENFERMERÍA PARA EL PARTO CENTRADO EN LA FAMILIA. HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE RIOBAMBA. ABRIL-AGOSTO 2018**, presentado Por La Señorita: Maritza Elizabeth Guaranga Cargua; dirigido por la MsC. Jimena Alexandra Morales Guaraca, una vez escuchada la defensa oral y revisado el informe final del presente trabajo con fines de graduación, se ha constatado el cumplimiento de las observaciones realizadas, remitiendo la presente, para uso y custodia de la biblioteca de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Chimborazo.

Para la constancia de lo expuesto firman:

MSc. Verónica Cecilia Quishpi Lucero
Delegada del señor Decano-Presidente

Firma

MSc. Angélica Salomé Herrera Molina
Miembro del tribunal

Firma

PhD. Carlos Gafas González
Miembro del tribunal

Firma

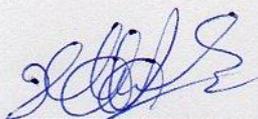
MSc. Jimena Alexandra Morales Guaraca
Tutora

Firma

CERTIFICADO DEL TUTOR

Certifico que el presente proyecto de investigación previo a la obtención del Título de Licenciada de Enfermería con el tema: **CONOCIMIENTOS DE ENFERMERÍA PARA EL PARTO CENTRADO EN LA FAMILIA. HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE RIOBAMBA. ABRIL-AGOSTO 2018**, ha sido elaborado por la estudiante: Maritza Elizabeth Guaranga Cargua, con CI 0604818567, el mismo que ha sido asesorado de forma continua y permanente por la MsC. Jimena Alexandra Morales Guaraca; quien en calidad de tutora ha estado durante la etapa del desarrollo del trabajo hasta su presentación y evaluación; y se encuentra apto para su presentación y defensa respectiva. Es todo cuanto puedo decir en honor a la verdad.

Atentamente



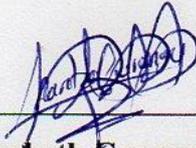
MsC. Jimena Alexandra Morales Guaraca

CI: 0602935298

DERECHO DE AUTORIA

El contenido del presente proyecto de investigación, corresponde exclusivamente a Maritza Elizabeth Guaranga Cargua, por lo que declaro ser responsable de las ideas, doctrinas y resultados expuestos en el trabajo de investigación y de mi tutora MsC. Jimena Alexandra Morales Guaraca, denominada: **CONOCIMIENTOS DE ENFERMERÍA PARA EL PARTO CENTRADO EN LA FAMILIA. HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE RIOBAMBA. ABRIL-AGOSTO 2018.** Los textos constantes en el documento que provienen de otra fuente, están debidamente citados y referenciados. El patrimonio intelectual del mismo pertenece a la Universidad Nacional de Chimborazo.

Como autora, asumo la responsabilidad legal y académica de los contenidos de este trabajo de titulación.



Maritza Elizabeth Guaranga Cargua

CI: 0604818567

AGRADECIMIENTO

Gratitud inmensa a la Universidad Nacional de Chimborazo y a las queridas docentes de la carrera de Enfermería, las cuales me brindaron sus conocimientos ayudándome a superar los obstáculos y a ser cada día mejor ser humano.

De la misma manera a mi tutora MsC. Jimena Alexandra Morales Guaraca por su apoyo incondicional y dedicación para que se pueda llevar a cabo la realización del trabajo investigativo.

MARITZA

DEDICATORIA

A mis padres y hermana por su amor y apoyo incondicional quienes estuvieron a mi lado celebrando mis triunfos y levantándose en las derrotas, han sido pilares fundamentales en a lo largo de mi formación profesional y personal.

MARITZA

ÍNDICE DE CONTENIDOS

REVISIÓN DEL TRIBUNAL	II
CERTIFICADO DEL TUTOR	III
DERECHO DE AUTORIA	IV
AGRADECIMIENTO	V
DEDICATORIA	VI
RESUMEN	VIII
ABSTRACT	IX
INTRODUCCIÓN	10
OBJETIVOS	14
CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO	15
CAPÍTULO II. METODOLOGÍA	26
Operacionalización de variables:	29
CAPÍTULO III. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	35
CONCLUSIONES	41
RECOMENDACIONES	42
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	43
ANEXOS	47

RESUMEN

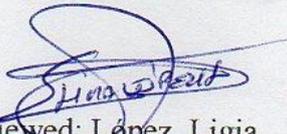
El parto y el nacimiento constituyen experiencias profundas e inigualables, las que se consideran procesos fisiológicos propios que tienen un grado de complejidad para la mujer; quien experimenta una serie de emociones traducidas en miedo e incertidumbre cuyas expectativas podrían ser subsanadas con la presencia y apoyo de su familia; acompañamiento continuo que en el ámbito hospitalario, muchas veces no es considerado relevante por varios factores, lo que genera un impacto negativo en la parturienta y en sus allegados; por tal motivo se realiza el presente estudio con el objetivo de caracterizar el conocimiento que posee el personal de Enfermería sobre el parto centrado en la familia, como una estrategia que permite recobrar el protagonismo de la mujer durante esta noble etapa. La población estuvo constituida de 31 Licenciadas de Enfermería encargadas de prestar atención a las gestantes. De tipo descriptivo y transversal con enfoque cuantitativo, permitió identificar el nivel de conocimiento sobre la estrategia y describió las prácticas del cuidado de enfermería y los factores que influyeron en su aplicación; mediante la encuesta y guía de observación adaptada se determinó que en las enfermeras existe un escaso conocimiento, pues no se encuentran familiarizadas con la estrategia y que si bien se aplican algunos aspectos, no se cumple a cabalidad con la atención del parto centrado en la familia, pues no la involucran en el proceso. Además, existen ciertas características que se convierten en barreras y dificultan su aplicación, al no contar con los requisitos indispensables.

Palabras clave: familia, parto, humanización y acompañamiento.

ABSTRACT

Childbirth and birth constitute deep and unparalleled experiences, which are considered as physiological processes of their own that have a degree of complexity for women; who experiences a series of emotions translated into fear and uncertainty whose expectations could be remedied with the presence and support of his family; Continuous accompaniment that in the hospital environment, is often not considered relevant by several factors, which generates a negative impact on the parturient and her relatives; For this reason, the present study is carried out with the objective of characterizing the knowledge that Nurses have about family-centered childbirth, as a strategy that allows women to recover their role during this noble stage. The population consisted of 31 Nursing Graduates in charge of paying attention to pregnant women. Descriptive and transversal with a qualitative approach, it was possible to identify the level of knowledge about the strategy and described the nursing care practices and the factors that influenced their application; Through the survey and adapted observation guide, it was determined that there is little knowledge in the nurses, since they are not familiar with the strategy and that although some aspects apply, the family-centered delivery care is not fully complied with Well, they don't involve her in the process. Besides, there are specific characteristics that become barriers and hinder their application, as they do not have the essential requirements.

Keywords: family, childbirth, humanization, and accompaniment.


Reviewed: López, Ligia

LINGUISTIC COMPETENCES TEACHER



INTRODUCCIÓN

Cada ser humano experimenta diversas emociones a lo largo de la vida, las mismas que dejarán huellas tanto en hombres como en mujeres; acontecimientos únicos como: formar una familia y traer al mundo a un nuevo ser, a más de generar emociones importantes, son símbolos de cambios profundos, para los cuales no se está preparado y es necesario el apoyo continuo.

Para la mujer y la familia el proceso de gestación incluye una mezcla de sentimientos, dudas, miedos y anhelos, que sugieren una atención especial; tanto a los aspectos biológicos relativos a la salud de la gestante y del niño, como a lo emocional. La aproximación al período del nacimiento, se convierte en el principal foco de atención profesional dirigida al cuidado del binomio madre-bebé, sin olvidar de acoger y cuidar a la familia de la madre. Mientras que en el trabajo de parto influyen factores psicológicos, culturales y ambientales e incluyen factores biológicos propios de la gestante y niño.⁽¹⁾

El parto y el nacimiento son experiencias profundas y únicas y, al mismo tiempo, procesos fisiológicos complejos. Según la guía infantil, el parto normal se define como aquel de inicio espontáneo, de bajo riesgo, desde el comienzo del trabajo de parto, hasta la finalización con el nacimiento. El niño nace en presentación cefálica entre las 37 y 41 semanas de edad gestacional. Luego, tanto la madre como su hijo permanecen en buenas condiciones.⁽²⁾ Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) cada año, 140 millones de mujeres dan a luz. La mayoría de estos partos ocurren sin complicaciones.⁽³⁾

Hasta no hace muchos años, el nacimiento de un hijo era un acontecimiento familiar y de la comunidad que tenía lugar en los hogares, con la protección y ayuda de otras mujeres entrenadas y el acompañamiento de toda la familia; pero a fines del siglo XIX y principios del siglo XX comienza a institucionalizarse y a medicalizarse, con el fin de disminuir las muertes maternas y neonatales resultantes de los partos patológicos (no más del 20% del total).⁽⁴⁾⁽⁵⁾

Esto fue considerado un gran progreso, ya que efectivamente dichas muertes disminuyeron, pero a la vez, significó que en los hospitales las gestantes pasen a hacer largas colas para internarse, desarrollándose el parto alejadas de su familia, en ambientes intimidantes y con horarios restringidos de visitas; en general, un trato despersonalizado, desvalorizante y poco afectuoso con consecuencias tales como la afectación del vínculo madre-hijo.⁽⁴⁾

En los años 80, empezaron a cuestionarse las praxis médicas, debido a algunas voces críticas y a diversos movimientos sociales que influyeron en un cambio de las ideas dominantes y que calaron en el imaginario colectivo, produciéndose como resultado variaciones en la conceptualización de lo que debía ser una atención de calidad, tanto por parte de algunas parturientas, como de algunos profesionales de la salud; reivindicándose un empoderamiento de la mujer.⁽⁶⁾

Como consecuencia de este cambio de mentalidad, algunos estados y organismos internacionales iniciaron modificaciones legislativas y normativas. La OMS revisó el modelo biomédico de atención a la gestación y el parto, afirmando que la medicalización que se estaba realizando no respetaba el derecho de las mujeres a recibir una atención adecuada, al no tener en cuenta sus necesidades y expectativas, limitando por tanto su autonomía. Por ello, propuso una atención al parto adecuada centrada en la propia mujer, incluyendo la participación activa de la familia.⁽⁶⁾

El parto centrado en la familia requiere de una intervención compleja, basada en cinco ejes conceptuales que expresan sus bases ético-políticas: cultura organizacional, protección de los derechos de la madre/padre e hijo, participación de la familia en la protección y el cuidado de la mujer y el niño, uso de prácticas efectivas-seguras y fortalecimiento de otras iniciativas de promoción de la salud perinatal; con el objetivo de transformar las maternidades en espacios en los que se implementen las prácticas seguras garantizando los derechos de las mujeres, los recién nacidos y sus familias como norte de las políticas institucionales.⁽⁵⁾

Ante el desafío propuesto por el Plan Operativo para la Reducción de la Mortalidad Materno Infantil, de la Mujer y de los Adolescentes, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), el Ministerio de Salud de Argentina desde el año 2010 acordó promover la iniciativa Maternidad Segura y Centrada en la Familia (MSCF) de diez provincias, con el objetivo de transformar las grandes maternidades públicas en espacios que apliquen prácticas seguras garantizando los derechos de las mujeres, los recién nacidos y sus familias como eje primordial.⁽⁷⁾

En febrero del 2016, en Inglaterra y en varios países de ingresos bajos y medios (China, Sudáfrica, Tanzania y Zimbabwe), se instaura la iniciativa Better Births con el objetivo de que las maternidades sean más seguras, más personalizadas, amables, profesionales y más familiares; donde cada mujer tenga acceso a información que le permita tomar decisiones sobre su cuidado; y donde ella y su bebé pueden acceder al apoyo que se centra en sus necesidades y circunstancias individuales.⁽⁸⁾ En España el gobierno Vasco postula la Guía

de Práctica Clínica sobre la atención al parto normal, como herramienta para mejorar los servicios sanitarios favoreciendo una vivencia satisfactoria para las mujeres, las/os recién nacidos y la familia.⁽⁹⁾

Los profesionales de salud involucrados en este proceso, se han centrado durante los últimos años en tecnocratizar la atención brindada; enfatizando al medio físico como principal factor, y dejando en última instancia el acompañamiento de la familia en el proceso de maternidad.⁽¹⁰⁾ Sin embargo, en el proceso de parto y puerperio, los actores principales son la parturienta y el bebé, a los que se dispensan todos los cuidados, quedando los familiares, muchas veces, desasistidos.

La política de los hospitales en varios países con ingresos altos y bajos, permitía a las mujeres estar acompañadas por sus maridos, parejas u otros miembros de la familia durante el trabajo de parto; mientras que en otros, no se permitió acompañamiento alguno. Los resultados muestran que las mujeres que recibían apoyo continuo y personal durante el trabajo de parto, tenían mayor probabilidad de parto vaginal espontáneo en un 95% y menor probabilidad de recibir analgesia/anestesia regional y/o cualquier tipo de analgesia, dar a luz por un parto vaginal instrumental o por cesárea e informar insatisfacción con la experiencia de parto con una duración algo menor de su labor.⁽¹¹⁾

La efectividad del apoyo intraparto continuo fue evaluada mediante tres aspectos (monitorización fetal, analgesia epidural y políticas que incluyen la presencia de personas cercanas a elección de la mujer) como sustitutos para las condiciones ambientales que influyen en la efectividad del apoyo del trabajo de parto y que atenúen los aspectos adversos de las intervenciones sanitarias habituales, reduciendo las consecuencias del temor y la angustia asociada al trabajo de parto sin compañía en un ámbito poco conocido. Otro estudio cualitativo con el título "Sola, no habría sabido qué hacer", proporciona una justificación adicional a esta polémica.⁽¹²⁾

La OMS asegura que la creciente medicalización de los nacimientos está dañando la capacidad de las mujeres para dar a luz. El parto debe ser tratado como un proceso natural, con la madre en el centro de la toma de decisiones y con la intervención del personal de salud solo cuando haya complicaciones. Sin embargo, en los últimos 20 años, este acto se ha tratado más como un problema médico, que como un proceso natural el mismo en donde el protagonismo debe tenerlo la madre y su familia.⁽³⁾

Por tal razón, el equipo de salud debe reconocer que los miembros de la familia son fundamentales para el cuidado de la mujer y del recién nacido; por lo que deben ser informados, a fin de facilitar su participación involucrándolos en actividades específicas y

respetando sus decisiones y prioridades. Esto incluye el respeto a la privacidad, dignidad y confidencialidad, de ellas y su familia, para el incremento del bienestar y el mejoramiento de los resultados del parto. Los profesionales de la salud y demás personal sanitario que les brindan atención, deberán fomentar un trato digno basado en la empatía y humanización, a fin de que interactúen tanto los conocimientos y los valores humanos, desarrollando una asistencia holística con calidad.⁽⁴⁾

He aquí que el personal de Enfermería, cumple un rol importante en el proceso de parto centrado en la familia como líder socio-emocional y nexo de necesidades, rescatando el proceso de la maternidad como un acontecimiento singular y humanizado,⁽¹³⁾ alejando las acciones rutinarias y tomando como puntos importantes la experiencia de la mujer y el abordaje de la familia, considerada como núcleo social básico. Dicha atención puede ocurrir, tanto dentro como fuera del contexto hospitalario, priorizando siempre aspectos preventivos, educativos, orientados a la salud y relacionados al proceso de parto, sin que la seguridad sea dejada de lado.⁽¹⁴⁾

Pero tomando en cuenta que el análisis de las intervenciones de enfermería a la familia, es de naturaleza muy variable; se evidencia una actitud favorable en los cuidados brindados, pero ésta no es concordante con las desarrolladas, lo que revela una dicotomía entre los modelos expuestos y los que están en uso. Cuando se observan las acciones de enfermería a las familias en ambientes hospitalarios, estas son en número reducido, lo que pone en manifiesto el desconocimiento o déficit de aplicación del mismo, el cual puede tener diferentes agentes causales como la caracterización sociodemográfica, carga horaria e infraestructura, entre otros.⁽¹⁵⁾

De ahí la importancia de enfatizar, que la aplicación del conocimiento basado en la convicción de que las familias representan una constante en la vida de sus miembros; garantizará un trato digno del que son merecedores el binomio madre hijo, pues solo así la atención de enfermería será integral y de calidad.

Como sustento a esta iniciativa, se tomará en cuenta lo postulado en la Teoría de los Cuidados de Kristen M. Swanson y lo sustentando por Jean Watson con la teoría del cuidado humano; las mismas que consideran que la profesión de enfermería es una disciplina fomentada en el bienestar de otros; cuyo accionar debe basarse en un conjunto de procesos secuenciales, fundamentados por el conocimiento propio y de otras disciplinas relacionadas. Promoviendo la salud y el crecimiento, tanto personal como familiar enfatizando que las prácticas de enfermería sean basadas en el conocimiento y en la humanidad.⁽¹⁶⁾

OBJETIVOS

General:

- Determinar el conocimiento que posee el personal de Enfermería que labora en el Hospital Provincial General Docente Riobamba sobre el parto centrado en la familia, durante los meses de abril a agosto del 2018.

Específicos

- Identificar el conocimiento del personal de Enfermería sobre el parto centrado en la familia.
- Describir las prácticas del cuidado de enfermería centrado en la familia, desarrolladas en el Servicio de Ginecología antes y después del parto y las realizadas en Centro Obstétrico durante el mismo.
- Caracterizar los factores que influyen en la aplicación de la estrategia del parto centrado en la familia.

CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO

Según Barros, Magalhaes y Ferreira, el parto es un acontecimiento que provoca cambios en la vida de la mujer en la mayoría de los casos y se encuentran íntimamente relacionados con determinantes bio-psico-sociales, culturales y espirituales. Es un momento que requiere el apoyo y comprensión de los profesionales que acompañan a la parturienta, creando en ésta la posibilidad de enfrentar de la forma más natural posible el trabajo de parto y el parto mismo, participando de una manera activa y gozando de confort físico y psíquico.⁽¹⁷⁾

Mientras que la guía de práctica clínica del Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP) muestra que en el país se producen en promedio 300.000 nacimientos al año; aproximadamente un 15% de las mujeres embarazadas y que en el mundo murieron 289.000 durante el embarazo y el parto o después de ellos; razón por la cual se debe tener en cuenta la importancia que este proceso tiene en la vida de la misma, en su bienestar emocional y en la adaptación a la maternidad, estableciendo un vínculo directo entre la madre, el hijo y la familia, lo que garantiza mejores resultados en la atención del mismo.⁽¹⁸⁾

La mayoría de las parturientas puede dar a luz con un cuidado de la salud mínimo, sin poner en riesgo la seguridad del proceso. Para ello, es necesario que las mujeres recuperen la confianza en sus posibilidades de afrontar el parto y que los profesionales comprendan cuáles son las necesidades básicas de las mismas durante este proceso fisiológico (seguridad, tranquilidad, acompañamiento, privacidad, autonomía) y ofrezcan una atención diferente que satisfaga necesidades y garantice el bienestar de ella y del recién nacido.⁽¹⁸⁾

Los tipos de parto según la Guía de Práctica Clínica de Atención al Parto del MSP del Ecuador son:

Parto inmaduro: es el que se presenta entre las 20 y las 28 semanas de gestación.

Parto pretérmino o prematuro: es el que se presenta entre las 28 y las 36 semanas de gestación.

Parto a término: es el que se presenta entre las 37 y 42 semanas.

Parto postérmino: es el que se presenta luego de las 42 semanas de gestación o más de 29 días, calculados a partir de la fecha de la última menstruación confiable.⁽¹⁸⁾

Las etapas del parto que constan en el mismo documento se describen a continuación:

Primera etapa de trabajo de parto o período de dilatación: Termina con la dilatación completa. A su vez, esta primera etapa, tanto en la práctica clínica como en la literatura, se ha subdividido en dos fases: latente y activa.⁽¹⁸⁾

Fase latente del trabajo de parto: Caracterizada por la presencia de contracciones variables en cuanto a intensidad y duración; se acompaña de borramiento cervical y progresión lenta o escasa de la dilatación hasta 4 cm. La duración es de aproximadamente 6,4 horas en la nulípara y 4,8 horas en las multíparas

Fase activa de trabajo de parto: se caracteriza por el aumento en la regularidad, intensidad y frecuencia de las contracciones y la rápida progresión de la dilatación; comienza con una dilatación de más de 4 cm y termina cuando la paciente tiene dilatación completa de 10 cm.⁽¹⁸⁾

Esta fase es variable entre las embarazadas y depende de la paridad. Su progreso no es necesariamente lineal. La duración puede establecerse de la siguiente manera:

En las primíparas: El promedio de duración es de 8 horas y es poco probable que dure más de 18 horas. En las multíparas: El promedio de duración es de 5 horas y es poco probable que dure más de 12 horas.⁽¹⁸⁾

Segunda etapa de trabajo de parto o período expulsivo: es la que comienza con la dilatación cervical completa y finaliza con el nacimiento del feto. Alternativamente, también es considerada desde el comienzo del pujo materno con dilatación completa hasta el nacimiento. La duración normal del expulsivo depende de cada embarazada y puede ser de hasta tres horas para nulíparas sin analgesia epidural y cuatro horas con analgesia epidural. Para multíparas sin analgesia epidural, hasta un máximo de dos horas y con analgesia epidural, hasta tres horas.⁽¹⁸⁾

Se recomienda que, durante el trabajo de parto y expulsivo, las embarazadas adopten la posición que les sea más cómoda. Las verticales o laterales, comparadas con la supina o de litotomía, se asocian a una menor duración y dolor agudo en la segunda etapa de parto, así como también menos nacimientos asistidos, episiotomías y patrones anormales de la frecuencia cardíaca fetal (FCF).⁽¹⁸⁾

Las mujeres que adoptan posturas de manos y rodillas; encuentran esta posición más cómoda para dar a luz; con menor dolor lumbar persistente, dolor perineal posparto y con una percepción de un parto más corto (aunque no hubiera diferencias reales de la duración).⁽¹⁸⁾

Tercera etapa de trabajo de parto o alumbramiento: es la que transcurre entre el nacimiento y la expulsión de la placenta. Se considera prolongada si no se completa en los 30 minutos posteriores al nacimiento del neonato, con manejo activo (comprende la administración profiláctica de uterotónicos, la tracción controlada del cordón umbilical y el masaje uterino tras la expulsión de la placenta).⁽¹⁸⁾

Quituzaca y Sinaluisa en su estudio, consideran que el dolor de parto es una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociado a un daño tisular existente o potencial. Está ligado a la intensidad de las contracciones uterinas y a los cambios en las estructuras distensibles del canal de parto, que evolucionan o disminuyen de acuerdo a cada etapa. Las causas están relacionadas con la dilatación del cérvix, el descenso del bebé, posición, procedimientos médicos, etc, mientras que en el campo emocional se asocian con el miedo, desconocimiento, ansiedad, estrés y falta de educación prenatal, entre otras.⁽¹⁹⁾

Hay varios factores que contribuyen en la prolongación del trabajo de parto, entre ellos: estar incómoda, no poder moverse ni cambiar de postura, tener sed y no poder beber, tener demasiado calor o demasiado frío y no poder solucionar la situación. Se incluye el miedo por estar sola y sin apoyo, por no sentirse segura e influye además la actitud de las personas que nos rodean. Los ambientes desfavorables (ruido, gritos, exceso de gente, etc.), son otros factores que contribuyen también en la prolongación del trabajo de parto, por la liberación de la adrenalina, que inhibe la acción de la oxitocina, produciendo contracciones espásticas en lugar de contracciones naturales, lo que conduce irremediamente a vivir un parto doloroso.⁽¹⁹⁾

Para que la mujer adquiera con satisfacción el rol maternal es muy importante el amor, el apoyo social, la relación que existe entre el padre y madre, la familia, el estado de salud, edad materna y el entorno donde ocurre el evento, pues son factores que pueden influir en la percepción de la experiencia del nacimiento.⁽¹⁹⁾

En el mundo, algunos países y organismos internacionales se preocuparon porque la mujer que iba a ser atendida para un parto reciba una atención adecuada, en la que se respete el

derecho a recibir una asistencia que tome en cuenta sus necesidades y expectativas. Por ello, buscan que las madres cuenten con una atención al parto adecuada y centrada en la participación activa de la familia. Para lo cual se plantearon algunos estudios los mismos que han ido generando gran impacto en la parturienta, su familia y los profesionales de salud a través de los años.

En respuesta a lo anteriormente expuesto, Mendoza, Fernández y Becerra en su estudio indican que es necesaria la Estrategia del Parto centrado en la familia, la misma que tuvo su origen a principios del siglo XX, pues dejó de ser algo familiar que se realizaba en casa en compañía de personas que brindaban seguridad, confianza, amor, comprensión y respeto a la mujer en labor, pasando a realizarse en instituciones sanitarias con el fin de disminuir la mortalidad materna y neonatal; pero en ese contexto se implantó la idea de manejar este acontecimiento, como una enfermedad debido a que por diversas complicaciones, este proceso se lo asoció con la vulnerabilidad y fragilidad. ⁽²⁰⁾

Las mujeres en particular perdieron protagonismo en el hecho más trascendental de sus vidas y aceptaron las medidas establecidas por las instituciones; de este modo, el parto se transformó en un “acto médico” cuyo significado dejó de lado aspectos esenciales como la preferencia de la paciente y el derecho de las mismas a elegir su posición de parto y de tener acompañamiento, entre otras. ⁽²⁰⁾

En respuesta a ello, la OMS en el año 1985, realiza una reunión en Fortaleza - Brasil, en donde surge una declaración denominada el nacimiento no es una enfermedad; que da origen al trabajo futuro y continuo a favor de la transformación del modelo de atención. ⁽²⁰⁾

A esta se sumaron múltiples iniciativas para humanizar la atención del parto, rescatar el protagonismo de la mujer y su familia, transformando las maternidades en instituciones centradas en la familia y no en el equipo de salud, ambientándolas en forma hogareña, incluyendo el respeto a la privacidad, dignidad y confidencialidad de las mujeres y la familia. ⁽²⁰⁾

En respuesta a los estudios anteriormente mencionados, algunos estados y organismos internacionales iniciaron ciertas innovaciones importantes acerca de la atención al parto y conjuntamente con el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), la OMS y el Banco Mundial. ⁽⁶⁾

Al revisar el modelo vigente de salud de atención a la gestación y el parto; afirman que si bien el desarrollo de la tecnología y su impacto en la atención al trabajo de parto ha mejorado la morbimortalidad materna e infantil en algunos países, conlleva a considerar que el proceso de dar a luz en nuestro medio es médicamente seguro, aunque no cumple con las expectativas y necesidades de la mujer con respecto a recibir una atención integral, respetando sus derechos y decisiones pertinentes; razón por la cual se propuso que la atención al parto debía ser humana, centrada en la mujer e incluyendo activamente a la familia.⁽⁶⁾

A partir de esta iniciativa se sumaron estrategias para la mejora en la atención al parto, que progresivamente fueron avanzando con la idea de que las maternidades sean seguras, personalizadas, amables, profesionales y principalmente familiares; por ello el Ecuador fue uno de los países que se sumó a este objetivo a partir del año 2002, de acuerdo a las normas y protocolos de atención materno neonatal incluida en la Guía de Atención del Parto Culturalmente Adecuado y el Manual de Estándares e Indicadores para mejorar la calidad de Atención Materno Neonatal, elaborados en el marco del plan de reducción acelerada de la muerte materna y neonatal y con la conducción del Ministerio de Salud Pública y en consenso con el Consejo Nacional de Salud.⁽²¹⁾

Por ello, se debe reconocer que tanto las políticas, planes, programas como las normas y protocolos son de vital importancia para garantizar el derecho a una apropiada atención de salud de las mujeres y recién nacidos, pero no son suficientes. Se debe fortalecer la vigilancia y control del cumplimiento en las diferentes instituciones que conforman el área de salud, pero sobre todo en el fomento del compromiso y la satisfacción del personal de salud para que su accionar se base en intervenciones asistenciales de calidad teniendo un sustento científico y humana que garantice embarazos, partos y nacimientos seguros, los mismos que fueron puestos en práctica a finales del año 2003.⁽²¹⁾

En Madrid, el 10 de octubre de 2007 se aprobó en el pleno del Consejo Interterritorial, la Estrategia para la atención al parto normal del Sistema Nacional de Salud cuyo propósito fue humanizar el parto y situarlo en su justa dimensión fisiológica. Se trata de incorporar la mayor calidez a la calidad asistencial manteniendo los niveles de seguridad alcanzados, con el objetivo de asegurar una atención sanitaria integral, personalizada y centrada en las necesidades particulares de la mujer durante su embarazo, parto y post parto e incluyendo a

la familia; así como también se hace evidente el apoyo a los profesionales de salud en todo aquello que contribuya al logro de este objetivo basándose en la actualización continua de conocimientos y el desarrollo permanente tanto de habilidades y actitudes orientadas a una mejora en la prestación de estos servicios, en donde la humanización es el hilo conductor.⁽¹³⁾

Al mismo tiempo, ofrecer una oportunidad para reflexionar sobre el proceso de parto y nacimiento sobre sus posibles mejoras, permiten obtener buenos resultados de salud maternal y neonatal; para lo cual es indispensable la comprensión y compromiso entre las partes implicadas: administración sanitaria, profesionales, la mujer gestante y su familia. El planteamiento del estudio considera que la salud materna y perinatal es un asunto de actualidad y de gran trascendencia para el desarrollo de cualquier sociedad; en el que se ve implicada de forma particular y en muchos aspectos las mujeres, ya que las mismas son las protagonistas del proceso de atención al parto.⁽²²⁾

Razón por la cual plantea que es necesario recuperar una dimensión más humana y la confianza de la mujer en su propio cuerpo, en su capacidad de tomar decisiones y el respeto a las mismas, acerca de su embarazo, parto, amamantamiento y crianza del nuevo ser, incluyendo la participación activa de la pareja y la familia. En resumen, es imprescindible la sabia combinación del: respeto a la fisiología del parto con las intervenciones apropiadas que el proceso requiera, sin dejar de lado el respeto a la autonomía, el protagonismo y corresponsabilidad de la mujer, así como de los derechos de las personas en el momento de nacer.⁽²²⁾

Un parto centrado en la familia promueve la idea de que la mujer, su familia y su entorno se tornen en actores protagónicos en el cuidado del embarazo y en la participación, desarrollo y evaluación del mismo. Se ha demostrado que el estrés producido por un entorno desconocido durante el parto, sumado a una atención mecanizada y medicalizada aumentan el dolor, el miedo y la ansiedad de las mujeres produciendo un efecto en cadena que genera mayor cantidad de intervenciones las mismas que consecuentemente generan efectos adversos en la madre y el niño. Estos pueden minimizarse con el apoyo de familiares e incluso del personal de enfermería que es el que se encuentra en mayor contacto con la misma.⁽²²⁾

La aplicación de conocimientos y habilidades científicas y experimentales tienen que complementarse con una actitud profesional que respete la autoestima y autonomía; además

de que se debe crear un ambiente agradable, garantizando el respeto, la confidencialidad, haciendo imprescindible la participación de la pareja y la familia, para así poder suplir las necesidades y expectativas manifestadas y detectadas.⁽⁴⁾

La OMS, recomendó que en los hospitales públicos se permita al padre o a un acompañante estar presentes durante el parto; pero en la actualidad no se cumple con lo establecido y los cuidados prestados en los mismos son mecánicos y protocolizados, dejando de lado los principios propuestos por la OMS⁽¹⁹⁾ debido a que existen ciertas características que impiden el cumplimiento adecuado de un parto centrado en la familia y puede dividirse en dos grupos: profesionales e institucionales.

Entre las características profesionales se encuentra el perfil profesional que se ve orientado al modelo clínico asistencialista, centrado en la enfermedad, no ofrece al futuro profesional otras opciones teórico-técnicas de accionar profesional, por lo tanto no existe la comprensión de los modelos con enfoques salubristas en donde se considera al paciente como ser bio-psico-social.⁽²⁰⁾

También se toma en cuenta la actitud del profesional la misma que respete a la paciente en todos los ámbitos y muestre que el principal actor protagónico en este sentido es el personal de enfermería; quien debe brindar una actitud acogedora humanizada debido a que transcurre la mayor parte del proceso con las mujeres y deben demostrar participación en los sentimientos o ideas de las mismas aunque sabemos que no solo la palabra es un método de mediación en la comunicación, hay que tener en cuenta también ciertos aspectos como gestos, sonidos, miradas y contacto, los cuales adquieren significado de acuerdo con cada cultura. Cuando no hay una sola expresión facial, postura o posición del cuerpo pueden ser comentadas de diferente forma.⁽²⁰⁾

El trabajo en equipo según Marques, lo define como un sistema de organización del trabajo capaz de crear una atmósfera que permita, el trabajo en conjunto para lograr un resultado exitoso y una atención integral, el mismo que se puede ver afectado por la falta de tiempo, presión asistencial, desconocimiento de la visión, misión, objetivos y metas; insuficiente o inadecuada capacitación, clima laboral inadecuado, falta de unidad, lucha por poder, temor, desconfianza, falta o falla en el liderazgo, falta de reconocimiento de parte de los líderes de la organización y fracasos.⁽²⁰⁾

El acompañamiento y asistencia durante el parto es otra característica que se debe tomar en cuenta, pues manifiesta que es conveniente que la mujer en trabajo de parto pueda estar acompañada por una persona elegida por ella: pareja, familiar o amiga. La presencia de una persona relacionada afectivamente, establece un vínculo de confianza y apoyo continuo que generalmente mejora la evolución del trabajo de parto: lo acorta y aumenta el bienestar materno y fetal; por tanto, lo ideal sería iniciar la preparación de la embarazada y su acompañante en forma conjunta durante el embarazo, para establecer claramente el rol a desempeñar por el acompañante en el trabajo de parto (tratar de mejorar el control de la madre verbalmente o con demostraciones afectuosas: sostener sus manos, masajear la espalda, acompañar su deambulaci3n, etc.)⁽²⁰⁾

Y por 3ltimo, considerar la cultura que hace referencia a las caracter3sticas (diferencias) entre la cultura del “personal de salud” y la cultura o “culturas” de los usuarios de los servicios, limitando y/o dificultando el acceso “real” de estos 3ltimos a los servicios; ocasionando la resistencia al uso de los servicios, o la confrontaci3n y el choque cultural, o al atropello de los derechos humanos de las paciente.⁽²⁰⁾

Existen tambi3n las caracter3sticas institucionales, que son concepciones coyunturales condicionados por un modelo tradicional mundial obsoleto que confunde la salud y su cuidado integral con una atenci3n reparativa y centrada, casi exclusivamente en la enfermedad.⁽²⁰⁾

El cambio de paradigma institucional puede causar mucha tensi3n y dificultad en los servicios, debido a la pr3ctica de un modelo de atenci3n centrado en la enfermedad y que privilegia los saberes y la comodidad de los profesionales durante el ejercicio, adem3s de la infraestructura inadecuada, dotaci3n insuficiente de los servicios sanitarios y recursos mal distribuidos. La falta de protocolos con respecto al parto centrado a la familia es un claro ejemplo, pues el mismo refleja que el cuidado del mismo es mecanizado, no priorizado y generalizado.⁽²⁰⁾

Por ello se requiere que durante la atenci3n del profesional de enfermer3a, se apliquen conocimientos y habilidades actualizados que deben complementarse con una actitud que respete la autoestima y autonom3a de cada usuario; adem3s los prestadores deben crear un clima c3ldo, garantizando la confidencialidad, el respeto por el cuerpo, facilitando la

participación de la pareja y la familia, a fin de aprovechar la oportunidad de la consulta para la educación más allá de las preguntas expresadas.⁽²⁰⁾

Es importante que el profesional de enfermería, aplique el proceso enfermero en el cuidado de la mujer parturienta y de su familia durante todo el proceso de trabajo de parto. Hay que implicar a la mujer parturienta en la elaboración de un plan de cuidados individualizado de acuerdo a sus necesidades; con el objetivo de mejorar su autoestima, su nivel de satisfacción y participación en su propia experiencia del parto.⁽¹⁹⁾

El apoyo emocional que se puede brindar a las mujeres durante el trabajo de parto es muy beneficioso; debido que reduce la duración del trabajo de parto, complicaciones u de intervenciones quirúrgicas y obstétricas (ejemplo: cesáreas, inducciones del parto, episiotomías y parto asistido), aumenta su autoestima y la satisfacción de su experiencia de parto. El estado emocional de la paciente, interfiere e influye en la duración y el carácter del parto, limitando la participación activa y aumentando los riesgos de morbilidad neonatal y materna.⁽¹⁹⁾

Los estados emocionales, adaptación y comportamientos de la mujer parturienta desencadenan la liberación de las hormonas, que interfieren de forma positiva o negativa durante el trabajo de parto. Cualquier estimulación del cerebro durante el trabajo de parto provocado por las luces fuertes, el dolor, el hambre, los recuerdos temerosos, la sensación de sentirse observada o juzgada, presencia de personas desconocidas durante este momento tan íntimo y sexual de la vida reproductiva de la mujer, puede provocar altos niveles de estrés y la necesidad de estar alerta. Esto provoca miedo y estrés en la paciente, que da como resultado el incremento de cortisol y catecolaminas en la sangre. Estas hormonas son antagonistas de la oxitocina, que provocan contracciones uterinas débiles y un trabajo de parto más largo.⁽¹⁹⁾

Las profesionales de enfermería mediante una comunicación efectiva con la mujer en trabajo de parto y su familia, disipa miedos y dudas, infundiendo seguridad, proporcionando una información amplia y detallada, explicando los términos que no son familiares; atendiendo el bienestar físico y emocional, mostrando comprensión, apoyo y respeto, procurando la intimidad y preparándola para las sensaciones que experimentará y los procedimientos posibles que se le realizarán, a fin de contribuir a que este evento sea una experiencia positiva.⁽⁹⁾

La enfermera desempeña un papel importante para la aplicación de la estrategia de parto centrado en la familia, ya que mediante acciones que contemplen un cuidado integral, satisfacción de necesidades y búsqueda imperiosa del bienestar físico y emocional, se logra una experiencia placentera tanto para la mujer en proceso de parto, como para su familia⁽¹⁹⁾; dividiéndola en tres aspectos importantes: intimidad, recepción y práctica clínica.

La intimidad es uno de los aspectos importantes dentro de la estrategia y el menos cuidado dentro el ambiente hospitalario; es una parte reservada o particular de los pensamientos, afectos o asuntos interiores de la mujer en proceso de parto y la familia en conjunto con el profesional sanitario, específicamente con el personal de enfermería; el mismo que tiene mayor contacto con los implicados en este evento,⁽²³⁾ generando un ambiente acogedor y confidencial que respeta las decisiones, valores y derechos.

La recepción es otro aspecto en el cual se realizan varias actividades, que incluyen recibir a la mujer en trabajo de parto, hasta el inicio de la prestación de los servicios de atención. Los mismos pueden ser programados o venir desde el área de emergencia y aunque es fundamental generar un vínculo de confianza y seguridad desde el primer momento con el paciente y su familia, considera la amabilidad comprendiendo las expectativas de los mismos con respecto a esta vivencia particular.⁽²⁴⁾

Por último, la práctica clínica abarca una serie de acciones que se realizarán durante el trabajo de parto y el parto, que deben estar basadas en derechos, necesidades (emocionales, físicas, psíquicas y sociales), cultura, rituales y conocimientos ancestrales de la mujer y su familia. Respetando su privacidad, dignidad y confidencialidad; haciendo partícipes a la mujer y a su familia de actividades a lo largo del proceso de parto, con el objetivo de obtener resultados satisfactorios.⁽²⁵⁾

Estas actividades se desarrollan en espacios sanitarios, tales como el Hospital Provincial General Docente Riobamba (HPGDR), lugar donde se desarrolla la presente investigación, fue el tercer hospital público del país y de Hispanoamérica en recibir la acreditación internacional de la prestigiosa organización Accreditation Canada International (ACI) el 29 de enero de 2015; obteniendo el 88,9% de promedio total de cumplimiento de estándares de calidad, pues con la finalidad de garantizar que cuenten con estándares mundiales de calidad,

calidez y seguridad, el Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP) desarrolló desde mayo de 2013 un proceso de acreditación internacional de 44 hospitales públicos.⁽²⁶⁾

Esta unidad asistencial del segundo nivel de complejidad dentro del sistema nacional de salud, está destinada a brindar atención especializada, preventiva, ambulatoria, de recuperación y rehabilitación a los usuarios de la Zona 3 (Chimborazo, Tungurahua, Pastaza y Cotopaxi) y de otras provincias del país. El hospital cuenta con 220 camas y un área de construcción de 20.000 m². Se desarrollan actividades de docencia e investigación en salud, fundamentalmente en las especialidades de gineco-obstetricia, pediatría, medicina interna y cirugía. Desde el año 2013, se aplica el plan de prótesis para discapacidades²⁶ y según estadísticas, aproximadamente en los últimos cinco años se han realizado 3600 partos, de los cuales 2200 han sido partos normales.

CAPÍTULO II. METODOLOGÍA

Se desarrolló una investigación descriptiva, transversal con enfoque cuantitativo, con el objetivo de determinar el conocimiento que sobre el parto centrado en la familia poseen los profesionales de Enfermería que laboran en el Hospital Provincial General Docente Riobamba, durante los meses comprendidos entre abril y agosto del 2018.

Se trabajó con la totalidad de la población, conformada por 31 Licenciadas de Enfermería encargadas de prestar atención a las gestantes en los servicios de Ginecología y Centro Obstétrico del Hospital Provincial General Docente Riobamba.

Para la obtención de la información de interés investigativo se aplicó una encuesta y una guía de observación, instrumentos que permitieron explorar los conocimientos de los profesionales incluidos en el estudio.

La encuesta se validó durante el proceso investigativo siguiendo la metodología de valoración por criterio de especialistas, considerándose como tal a docentes de la Carrera de Enfermería de la UNACH con dedicación a la Salud Sexual y Reproductiva, Salud Pública e Investigación en Enfermería.

El proceso antes mencionado permitió el perfeccionamiento continuo del instrumento diseñado para recolectar las variables de interés investigativo. Siguiendo sugerencia de los expertos se realizaron modificaciones en las estructuras de las preguntas dirigidas a explorar el nivel de conocimiento de los profesionales incluidos en el estudio sobre parto centrado en la familia, las que se reformularon de respuestas politómicas, dicotómicas y a través de escalas de evaluación.

De igual forma, se incluyeron preguntas que permitieron recabar información sobre el tiempo de dedicación laboral en los respectivos servicios, así como las condiciones con las que cuentan los servicios para la aplicación de la estrategia del parto centrado en la familia.

Para la construcción de la guía de observación, se establecieron aspectos referentes a las áreas de partos y maternidad, incluidas en las dimensiones de la Guía de Buenas Prácticas en Atención Perinatal del Proyecto de Humanización de la Atención Perinatal de la

Consejería de Salud de la Junta de Andalucía España,⁽²²⁾ de los cuales se excluyeron las acciones no relacionadas a la relación parto-familia y las dirigidas a la atención del recién nacido, debido a que no formaron parte de los objetivos investigativos.

Entre los aspectos incluidos en la guía de observación se encuentran una serie de condiciones que deberían existir para la aplicación de la Estrategia del Parto Centrado en la Familia: intimidad, recepción y práctica clínica.

- Buenas prácticas en el área de partos, que incluyen:
 - ✓ Intimidad
 - ✓ Acogida
 - ✓ Práctica clínica: parto, recién nacido, tratamiento del dolor.
 - ✓ Información.
 - ✓ Calidad del entorno y satisfacción
 - ✓ Acompañamiento

- Buenas prácticas en la sala de maternidad, que incluye:
 - ✓ Intimidad
 - ✓ Acogida
 - ✓ Madre – recién nacido
 - ✓ Lactancia
 - ✓ Cuidados postparto y del recién nacido
 - ✓ Satisfacción con la asistencia

Se emplearon métodos del nivel teórico y empíricos. Como parte del primero se encuentra:

- Analítico-sintético: contribuyó a la construcción del marco teórico, el análisis e interpretación de los datos, los resultados y conclusiones.
- Inductivo-deductivo: permitió el análisis del fenómeno en estudio, a partir de las cuales se logró comprender a este de manera general.
- Lógico-práctico: permitió planificar y desarrollar el proceso investigativo sobre la temática en cuestión.

Cómo método empírico de la investigación científica se empleó la observación, la que permitió, recolectar información acerca de la observancia de la presencia de aspectos que son indispensables para que se dé el parto centrado en la familia.

Se respetaron los principios bioéticos de la investigación científica, referidos a la beneficencia, autonomía, justicia y no maleficencia. Además, se obtuvo la respectiva autorización de los representantes de la institución de salud donde se desarrolló la investigación y el consentimiento informado de los participantes en el estudio.

Operacionalización de variables:

Conocimientos de enfermería para el parto centrado en la familia.

Variables	Definición operacional	Tipo	Escala	Indicadores
Conocimiento de las profesionales de enfermería para el parto centrado en la familia.	<p>Edad de las profesionales: tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo.</p> <p>Considera las edades de 20 a 60 años.</p>	<p>Cuantitativa</p> <p>Politómica</p> <p>Ordinal</p>	<p>Edad de las profesionales</p> <p>De 20 a 30</p> <p>31 a 40</p> <p>41 a 50</p> <p>51 a 60 años</p>	<p>Porcentaje de edad de las profesionales</p>
	<p>Experiencia profesional en el servicio de Ginecología y Centro obstétrico: tiempo transcurrido desde el inicio del ejercicio profesional en el área laboral que se desempeña actualmente.</p> <p>Hace referencia a la experiencia adquirida en el servicio desde 1mes hasta los 12 años</p>	<p>Cuantitativa</p> <p>Politómica</p> <p>Ordinal</p>	<p>Tiempo de ejercicio</p> <p>1 mes a 11 meses</p> <p>1año a 3 años</p> <p>4años a 6 años</p> <p>7 años a 9 años</p> <p>10 a 12 años 11 meses</p>	<p>Porcentaje de años de experiencia en los servicios</p>
	<p>Conocimiento sobre la estrategia del parto centrado en la familia: Hechos o información adquiridos por la profesional sobre la estrategia del parto centrado en la familia que incluye informar a los mismos, facilitar su participación e involucrarlos en actividades y destinarles áreas específicas con el objetivo de asegurar el bienestar de la mujer respetando sus decisiones y prioridades. Se considera que el grado de conocimiento se puede medir con una escala de ninguno hasta extenso.</p>	<p>Cuantitativa</p> <p>Politómica</p> <p>Nominal</p>	<p>Conocimiento sobre la estrategia del parto centrado en la familia</p> <p>Ninguno</p> <p>Escaso</p> <p>Sustancial</p> <p>Moderado</p> <p>Extenso</p>	<p>Porcentaje de profesionales que conocen sobre la estrategia del parto centrado en la familia</p>

<p>Atención de parto: Conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones, para la atención de las mujeres gestantes los mismos que pueden ser tradicionales o centrados en la familia.</p> <p>Hace referencia a la percepción del profesional de enfermería en cuanto a si en el servicio que labora se brinda una atención de parto tradicional o centrado en la familia.</p>	<p>Cuantitativa Dicotómica Nominal</p>	<p>Experiencia del profesional de enfermería sobre el tipo de atención de parto que se brinda en el servicio en el que labora.</p> <p>Tradicional Centrado en la familia</p>	<p>Porcentaje de profesionales que según su experiencia en el servicio en el que laboran brinda una atención de parto centrada en la familia.</p>
<p>Implementación de la estrategia de parto centrado en la familia: Ejecución o puesta en marcha de la estrategia; la misma que incluye actividades dirigidas por el profesional de enfermería hacia la paciente y su familia.</p> <p>Se considera que la implementación se puede medir desde siempre hasta nunca</p>	<p>Cuantitativa Politémica Nominal</p>	<p>Frecuencia de implementación de la estrategia del parto centrado en la familia</p> <p>Siempre Frecuentemente A veces Nunca</p>	<p>Frecuencia de implementación de la estrategia del parto centrado en la familia.</p>
<p>Aspectos de Enfermería que aseguran un parto centrado en la familia: Es un conjunto de intervenciones separadas por parámetros: intimidad, recepción y práctica clínica que se deben cumplir cabalidad para que se dé un parto centrado en la familia.</p> <p>Estos tres aspectos importantes aseguran un parto centrado en la familia.</p>	<p>Cuantitativa Dicotómica Nominal</p>	<p>Conocimiento de los aspectos de Enfermería que aseguran un parto centrado en la familia</p> <p>Si No</p>	<p>Porcentaje de profesionales de enfermería que conocen los aspectos que aseguran el parto centrado en la familia</p>

	<p>Respeto de decisiones con respecto al proceso de parto: Es una actitud permanente, de palabra y de hechos, sin juzgarlos por ciertas alternativas o afirmaciones que realice la mujer durante el progreso de su parto.</p> <p>Se considera desde muy importantes hasta no consideradas necesarias.</p>	<p>Cuantitativa Politómica Nominal</p>	<p>Consideración de respeto de decisiones respecto al proceso de parto de la paciente</p> <ul style="list-style-type: none"> • Muy importantes y se aplican • Muy importantes, pero no se aplican • Irrelevante 	<p>Porcentaje de profesionales que consideran necesario el Respeto a las decisiones con respecto al parto de la paciente.</p>
	<p>Acompañamiento a la mujer durante su parto: La mujer puede estar en compañía de una o más personas de su elección durante el progreso de su parto.</p>	<p>Cuantitativa Dicotómica Nominal</p>	<p>Consideración del profesional de enfermería acerca del acompañamiento</p> <p>Si No</p>	<p>Porcentaje de profesionales que consideran necesario el acompañamiento de un familiar durante su parto.</p>
	<p>Experiencia profesional sobre el Riesgo de infección en sala de partos debido al acompañamiento: estado en que la mujer durante el parto puede ser invadida por un agente oportunista o patogénico (virus, hongos, bacterias, protozoos, u otros parásitos) de fuentes endógenas o exógenas a causa de personas no preparadas previamente para este procedimiento.</p>	<p>Cuantitativa Dicotómica Nominal</p>	<p>Experiencia del profesional de enfermería acerca del riesgo de infección por el ingreso de un acompañante al parto</p> <p>Si No</p>	<p>Porcentaje de profesionales de enfermería que consideran que existe un alto riesgo de infección por el ingreso de un acompañante.</p>

Características que influyen en la aplicación de parto centrado en la familia	<p>Observancia de características institucionales: es la observación de la presencia de un conjunto de condiciones, materiales y estrategias que debe cumplir la institución para que se dé el parto centrado en la familia, entre ellos tenemos: infraestructura, política sanitaria, planificación institucional, distribución de recursos, documentos orientadores, capacitación. Hace referencia a la calificación por parte del profesional de enfermería en cuanto a la observancia de características institucionales que se lo puede calificar con si y no.</p>	<p>Cuantitativa Dicotómica Nominal</p>	<p>Observancia por parte del personal de enfermería con respecto a las características institucionales. Si No</p>	<p>Porcentaje de observancia de las características institucionales.</p>
	<p>Observancia de características profesionales: Es la observación de un conjunto de requisitos que se debe reunir (perfil profesional, actitud profesional, compromiso, trabajo en equipo, asistencia durante el parto, cultura conocimientos) para que sea considerado un profesional que pueda implementar la estrategia de parto centrado en la familia. Hace referencia a ciertas características que debe reunir el personal de enfermería que será calificado con si y no.</p>	<p>Cuantitativa Dicotómica Nominal</p>	<p>Observancia por parte del personal de enfermería con respecto a las características profesionales Si No</p>	<p>Porcentaje de observancia de los características profesionales</p>

Condiciones de los servicios para dar cumplimiento a la estrategia del Parto Centrado en la Familia.	<p>Parámetros que aseguran el cumplimiento de la estrategia: INTIMIDAD: Aspecto interior o profundo de la mujer en el parto, que comprende sentimientos, vida familiar o relaciones de amistad con otras personas y que debe ser respetada y conservada adecuadamente.</p> <p>Hace referencia al cumplimiento de intervenciones de enfermería que se deben cumplir para garantizar el bienestar de la mujer</p>	Cuantitativa Dicotómica Nominal	<p>Acciones específicas en el aspecto de intimidad</p> <p>Si No</p>	Porcentaje de cumplimiento de las acciones del aspecto de intimidad que el personal de enfermería realiza para que se dé el parto centrado en la familia
	<p>Parámetros que aseguran el cumplimiento de la estrategia: Recepción: Atención que se brinda a la mujer en trabajo de parto que incluye desde recibirla, hasta el inicio de la prestación de los servicios la misma que debe ser con empatía y respeto que generen en la misma confianza, seguridad y un ambiente confortable.</p> <p>Hace referencia al cumplimiento de intervenciones de enfermería que se deben realizar para garantizar una correcta recepción de la paciente lo que asegura la aplicación correcta del parto centrado en la familia.</p>	Cuantitativa Dicotómica Nominal	<p>Acciones específicas en el aspecto de recepción de la paciente</p> <p>Si No</p>	Porcentaje de cumplimiento de las acciones del aspecto de recepción de la paciente que el personal de enfermería realiza para que se dé el parto centrado en la familia

	<p>Parámetros que aseguran el cumplimiento de la estrategia:</p> <p>Práctica clínica: Conjunto de recomendaciones e intervenciones dirigidas a optimizar la atención a la mujer en el parto (inclusión de la familia en actividades de labor de parto, tratamiento no farmacológico del dolor, calidad del entorno y satisfacción), que se basan en la revisión sistemática de la evidencia y la valoración de los beneficios y los riesgos de las opciones alternativas.</p> <p>Hace referencia al cumplimiento de intervenciones de enfermería que se deben realizar para garantizar una correcta recepción de la paciente lo que asegura la aplicación correcta del parto centrado en la familia.</p>	<p>Cuantitativa Dicotómica Nominal</p>	<p>Acciones específicas en el aspecto de práctica clínica</p> <p>Si No</p>	<p>Porcentaje de cumplimiento de las acciones del aspecto de práctica clínica que el personal de enfermería realiza para que se dé el parto centrado en la familia</p>
--	--	--	---	--

CAPÍTULO III. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Tabla 1. Datos sociodemográficos de las profesionales de enfermería de los servicios de Ginecología y Centro Obstétrico

Características Sociodemográficas		Ginecología		Centro Obstétrico	
		Nº	%	Nº	%
Edad	20 a 30 años	2	12,5	1	6,7
	31 a 40 años	4	25	5	33,3
	41 a 50 años	7	43,8	6	40
	51 a 60 años	3	18,8	3	20
Experiencia profesional	1 mes a 11 meses	2	12,5	3	20
	1 año a 3 años 11 meses	7	43,8	6	40
	4 años a 6 años 11 meses	5	31,3	4	26,7
	7 años a 9 años 11 meses	1	6,3	2	13,3
	10 años a 12 años 11 meses	1	6,3	0	0

De la siguiente tabla se determinó que la edad con mayor porcentaje de las profesionales de enfermería en los respectivos servicios fue de 41 a 50 años y con un experiencia laboral de menos de 4 años la misma que coincide con Albaladejo et al.⁽²⁷⁾ en su estudio titulado “*Síndrome de Burnout en el Personal de Enfermería de un Hospital de Madrid*” refiere que estos rangos de edad y experiencia laboral son idóneos e influyen positivamente en la satisfacción laboral y personal de las profesionales de enfermería , ya que después de 10 años de laborar en el mismo servicio, se puede presentar un período de sensibilización a partir del cual el profesional se vuelve especialmente vulnerable y comienza un estado de transición de las expectativas y practicas idealistas y se tornan cotidianas y rutinarias, viéndose que tanto las recompensas personales como las profesionales y las económicas no son ni las prometidas ni las esperadas.

En cuanto a la edad en su artículo Robles et al.⁽²⁸⁾ “*Variables relacionadas con la satisfacción laboral: un estudio transversal a partir del modelo EFQM*” manifiesta que con edades superiores a 43 años existe una mayor satisfacción general en los profesionales, pero que a medida que esta avanza se la puede ir asociando con una mayor percepción de monotonía laboral y, por ende, un menos rendimiento en su área.

Tabla 2. Parámetros que identifican el conocimiento de los profesionales de enfermería sobre la estrategia de parto centrado en la familia

Estrategia de parto centrado en la familia		Ginecología		Centro Obstétrico	
		N°	%	N°	%
Conocimiento sobre la estrategia de parto centrado en la familia	Ninguno	0	0,0	1	6,7
	Escaso	10	62,5	8	53,3
	Sustancial	3	18,8	4	26,7
	Moderado	2	12,5	2	13,3
	Extenso	1	6,3	0	0,0
Experiencia del profesional de enfermería sobre el tipo de atención de parto que se brinda en el servicio en el que labora.	Centrado en la familia	10	62,5	4	26,7
	Tradicional	6	37,5	11	73,3
Frecuencia de implementación de la estrategia del parto centrado en la familia	Siempre	3	18,8	2	13,3
	Frecuentemente	4	25	1	6,7
	A veces	8	50	4	26,7
	Nunca	1	6,3	8	53,3
Conocimiento de los aspectos de Enfermería que aseguran un parto centrado en la familia	Si	3	18,8	3	20
	No	13	81,3	12	80
Consideración de respeto de decisiones respecto al proceso de parto de la paciente	Muy Importantes y se aplican	8	50	3	20
	Muy Importantes pero no se aplican	5	31,3	11	73,3
	Irrelevante	3	18,8	1	6,7
Consideración del profesional de enfermería acerca del acompañamiento	Si	13	81,3	4	26,7
	No	3	18,8	11	73,3
Experiencia del profesional de enfermería acerca del riesgo de infección por el ingreso de un acompañante al parto	Si	12	75	13	86,7
	No	4	25	2	13,3

Al analizar los parámetros que caracterizan el conocimiento sobre el parto centrado en la familia, en las 31 profesionales de enfermería se determinó que en un promedio de un 58% conocen acerca de la estrategia de parto centrado en la familia; poseen una visión general pero no conocen en un 80.5% las consideraciones y aspectos específicos que se deben incluir en esta estrategia. De acuerdo a la experiencia laboral de las encuestadas en ambos servicios, el rango varía pues en Ginecología consideran que se aplica la estrategia, mientras que en el servicio de centro Obstétrico no la aplican; resultados similares al de Ramos et al. ⁽⁷⁾ en su estudio titulado “*Maternidad Segura y Centrada en la Familia: la cultura organizacional de maternidades de la provincia de Buenos Aires*” en donde de 1828 encuestas realizadas en 20 hospitales de Buenos Aires, el 60% de las respuestas concluyeron que existe el conocimiento acerca de la estrategia, pero que se encuentra en una etapa temprana de implementación, dado que no todas las prácticas recomendadas están plenamente incorporadas en la práctica cotidiana. Algunas están más aceptadas que otras y las instituciones parecen más permeables ante la introducción de cambios en algunos de los pasos y ejes de la estrategia que en otros.

Tabla 3. Observancia de las características que deben existir para que se dé la aplicación de parto centrado en la familia

Observancia por parte del personal de enfermería con respecto a las características específicas que deben existir para que se dé la estrategia de parto centrado en la familia.		Ginecología				Centro Obstétrico			
		Si	%	No	%	Si	%	No	%
A nivel institucional	Infraestructura (Espacio físico)	11	68,8	5	31,3	2	13,3	13	86,7
	Infraestructura (Elementos de ayuda y adecuación del área)	9	56,3	7	43,8	10	66,7	5	33,3
	Capacitación del talento humano	4	25	12	75	7	46,7	8	53,3
	Distribución de recursos (material, humano, tecnológico, etc.)	5	31,3	11	68,8	6	40	9	60
	Documentos orientadores a una maternidad centrada en la familia (ejemplo: guías, protocolos, entre otros)	1	6,3	15	93,8	2	13,3	13	86,7
	Planificación institucional	6	37,5	10	62,5	4	26,7	11	73,3
	Política sanitaria	13	81,3	3	18,8	12	80	3	20

A nivel profesional	Perfil profesional	11	68,8	5	31,3	7	46,7	8	53,3
	Actitud profesional	16	100	0	0	14	93,3	1	6,7
	Compromiso del profesional	9	56,3	7	43,8	12	80	3	20,0
	Trabajo en equipo	4	25	12	75	13	86,7	2	13,3
	Acompañamiento y asistencia durante el parto	13	81,3	3	18,8	12	80	3	20
	Respeto a la cultura	9	56,3	7	43,8	10	66,7	5	33,3
	Conocimientos de los profesionales sobre el parto centrado en la familia	12	75	4	25	9	60	6	40

Según Mendoza et al. ⁽²⁰⁾ en su estudio titulado “*Identificar las barreras que impiden la aplicación del parto respetado por el equipo de salud*”, existen ciertas características que al no observar su presencia se pueden convertir en un impedimento o barrera para que se implementen nuevas iniciativas o estrategias en pro de la mujer y su familia; a nivel institucional se pueden presentar impedimentos causados por lineamientos burocráticos o protocolos que facilitan la actuación profesional por sobre la comodidad de la mujer en el trabajo de parto, falta de políticas y planificación institucionales y escaso asesoramiento e información clara y precisa por parte del equipo de salud, seguido por una infraestructura deficiente y una mala distribución de recursos ya sea material, humano o tecnológico que repercute en el espacio físico (dimensiones de la sala de parto que permitan la libertad de movimiento), iluminación (artificial o natural), temperatura, privacidad, el contacto visual con el exterior, la existencia o no de sonidos del interior y del exterior y elementos de ayuda, entre los que se encuentran: silla de dilatación, hamaca/balancín, pelotas, y camilla especial para favorecer posiciones más cómodas durante la dilatación y el período expulsivo (permite la ayuda de la pareja), así como bañeras de relajación para facilitar el parto en el agua.

En relación al campo profesional, el mismo autor manifiesta que los aspectos vinculados al perfil profesional con respecto al trabajo en equipo de los profesionales intervinientes, así como también la cultura organizacional está determinada por las características (diferencias) entre la cultura del “proveedor” y la cultura o “culturas” de los usuarios de los servicios, limitando y/o dificultando el acceso “real” de estos últimos a los servicios;

además, esto puede propiciar la resistencia al uso de los servicios y en casos extremos, llegar a la confrontación y choque cultural, o al atropello de los derechos humanos de las mujeres que defienden sus creencias, ritos y costumbres al momento del parto, así como la postura que toma el equipo de salud frente a la mujer, aplicando sus conocimientos y habilidades actualizadas que tienen que complementarse con una actitud profesional que respete la autoestima y autonomía de cada usuario, creando un clima cálido, garantizando la confidencialidad, el respeto por el cuerpo, facilitando la participación de la pareja y la familia.⁽²⁰⁾

Ramos et al. ⁽⁷⁾ concuerda con el estudio anterior, pero hace énfasis en su análisis que la presencia de sobrecarga de trabajo es generadora de conflicto en un 60%, dificultando la realización completa y eficiente de acciones dentro del ámbito hospitalario; estos estudios son concordantes a los resultados obtenidos en esta tabla descrita, que si bien en los respectivos servicios se cumplen ciertas características en un porcentaje mayor al 55%, existen carencias en otras y en general, todas las características son complementarias e imprescindibles para que se implemente la estrategia de parto centrado en la familia.

Tabla 4. Observancia de aspectos de enfermería importantes para el parto centrado en la familia

Observancia de aspectos importantes para el parto centrado en la familia		Si		No	
		N°	%	N°	%
Ginecología	Intimidad	1	6,3	15	93,8
	Recepción	4	25	12	75
	Práctica clínica: Labor de parto, recién nacido, tratamiento del dolor, información, calidad del entorno y satisfacción	7	43,8	9	56,3
Centro Obstétrico	Intimidad	2	13,3	13	86,7
	Recepción	11	73,3	4	26,7
	Práctica clínica: Parto, recién nacido, tratamiento del dolor, información, calidad del entorno y satisfacción	1	6,7	14	93,3

Al analizar la presencia de los aspectos de enfermería importantes para el parto centrado en la familia, se puede evidenciar que no existe ni se aplica en los servicios de Ginecología y Centro Obstétrico; ya que mediante la ficha observación se estableció claramente que si bien se le brinda una atención adecuada a la mujer en trabajo de parto, el cuidado no es integral pues no se cumplen con los aspectos importantes dentro de la estrategia de parto centrada en la familia. Para Contreras et al.⁽⁵⁾ en su estudio titulado: “*Cuidados de Enfermería para un trabajo de parto humanizado*” el acto del cuidado de enfermería debe darse a partir de la comunicación y de la relación interpersonal humanizada entre el profesional y la mujer gestante, sujeto de cuidado, su familia o grupo social en las distintas etapas de la vida, en donde se valore la situación de salud y la del entorno, lo que implica un juicio de valor y un proceso dinámico y participativo, que implica identificar y priorizar las necesidades para decidir el plan de cuidados de enfermería con énfasis en la humanización; pues la atención tiene que ir más allá de la realización de un simple procedimiento, ya que debe permitir una reflexión sobre las necesidades de las mujeres que se encuentran en trabajo de parto y parto, las cuales deben ser atendidas con especial consideración por su estado de vulnerabilidad y poseen una serie de experiencias acumuladas durante toda su vida que fueron aprendidas directamente o transmitidas de generación en generación. Siempre hay que considerar que están inmersas en una sociedad y en un medio ambiente que, probablemente, condiciona su comportamiento y su respuesta durante el trabajo de parto y parto.

CONCLUSIONES

Al identificar el nivel de conocimiento que posee el personal de enfermería sobre la estrategia de parto centrado en la familia, se concluye que existe un escaso conocimiento sobre los aspectos que la conforman, relacionados con una insuficiente familiarización sobre el tema e inexperiencia profesional en las áreas, poca información y educación a las usuarias sobre las características que implican el respeto de decisiones y determinación de prioridades durante el proceso; pues se debe facilitar la participación de la mujer y su familia involucrándolos en dichas actividades, a fin de promover un rol activo durante el trabajo de parto, parto y el puerperio, conllevando a una aplicación parcial sobre la temática abordada.

Las prácticas del cuidado de enfermería inmersas en tres aspectos importantes como: la intimidad, recepción y práctica clínica, que incluyen varias características basadas en algunos valores y principios como: el respeto, empatía, humanización, consideración y conocimiento, no involucran a la familia ya que no se cumplen a cabalidad; debido al desconocimiento e incumplimiento de los aspectos esenciales descritos que son imprescindibles durante la atención del parto centrado en la familia a fin de fomentar la idea de que la mujer es la protagonista de este acto.

Existen ciertos factores que según las profesionales, influyen en la aplicación de la estrategia del parto centrado en la familia en el Hospital Provincial General Docente Riobamba; pues las características tanto a nivel institucional como profesional, no permiten contar con los requisitos indispensables para ello y que al contrario se vuelven un impedimento o una barrera, entre las que se mencionan: inadecuada distribución de recursos tanto humanos como materiales, falta de planificación institucional, escaso trabajo en equipo y la ausencia de una infraestructura acorde a los requerimientos.

RECOMENDACIONES

A las autoridades del Hospital Provincial General Docente se recomienda, considerar la realización de un estudio de factibilidad como parte del proceso de mejora continua, en donde se implemente la Estrategia del Parto Centrado en la Familia, al ser parte del ESAMYN como un establecimiento de Salud Amigo de la Madre y del Niño, considerando además la Guía técnica para la Atención del Parto Culturalmente Adecuado.

A los profesionales de enfermería, internos y estudiantes, considerar en cada contacto con la paciente durante el trabajo de parto, no solo los aspectos clínicos, sino también los emocionales y personales; fomentando la idea de que la mujer es la protagonista de este acto único, sin olvidar el trabajo con la familia; pues al ser una profesión eminentemente humanística cuya esencia es el cuidado integral, requiere para su ejercicio una alto espíritu altruista.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ribeiro JSST, Sousa FGM, Santos GFL et al. Atitudes de Enfermeiros nos Cuidados com Famílias no Contexto do Parto e Puerpério Imediato. *Rev Online Pesqui.* 2018. doi:10.9789/2175-5361.2018.v10i3.784-792
2. Caramelo S. Tipos de parto para la mujer embarazada. *guiainfantil.com*. <https://www.guiainfantil.com/articulos/parto/tipos-de-parto/>. Published 2017. Accessed July 3, 2019.
3. OMS. Por qué la OMS recomienda reducir las intervenciones médicas en los partos | Noticias ONU. Noticias ONU. <https://news.un.org/es/story/2018/02/1427121>. Published 2018. Accessed July 3, 2019.
4. Direccion Nacional de Salud Materno Infantil. Guia para la atención del parto normal en maternidades centradas en la familia. 2004. https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/31917844/Guia_de_Part0.pdf?response-content-disposition=inline%3B filename%3DGuia_de_Part0.pdf&X-Amz-Algorithm=AWS4-HMAC-SHA256&X-Amz-Credential=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A%2F20190619%2Fus-east-1%2Fs3%2Faws4_reques.
5. Contreras Mayra, Guaymás Mariam. Cuidados de Enfermería para un trabajo de parto humanizado. *Notas de Enfermería.* 2017;29. <http://www.sanatorioallende.com/FILES/Archivos/docs/2018/Revista n°29/4 Cuidados de enfermería para un trabajo de parto humanizado.pdf>. Accessed June 19, 2019.
6. Biurrun A. La humanización de la asistencia al parto: Valoración de la satisfacción, autonomía y del autocontrol. 2017. https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/457137/ABG_TESIS.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Accessed June 19, 2019.
7. Ramos S, Romero M, Ortiz Z, Brizuela V. *Maternidad Segura y Centrada En La Familia: La Cultura Organizacional de Maternidades de La Provincia de Buenos Aires.*; 2015. http://repositorio.cedes.org/bitstream/123456789/3245/1/AO_Ramos_anticipo_20-10-15.pdf. Accessed June 27, 2019.
8. Marsh Sarah, Dunkley Jacqueline, Jolly Matthew. *Implementing Better Births. A Resource Pack for Local Maternity Systems.*; 2017. <https://www.england.nhs.uk/wp->

- content/uploads/2017/03/nhs-guidance-maternity-services-v1.pdf. Accessed July 4, 2019.
9. Ministerio de Sanidad y Política Social. *Guía de Práctica Clínica Sobre La Atención Al Parto Normal*. Vitoria Gasteiz- España; 2010. http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_472_Part0_Normal_Osteba_compl.pdf. Accessed June 19, 2019.
 10. Bravo P, Uribe C, Contreras A. EL CUIDADO PERCIBIDO DURANTE EL PROCESO DE PARTO: UNA MIRADA DESDE LAS MADRES. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2008;73(3):179-184. doi:10.4067/S0717-75262008000300007
 11. Giraldo D, González E, Henao C. Experiencias de las mujeres durante el trabajo de parto y parto. *Av en Enfermería*. 2015;33(2):271-281. doi:10.15446/av.enferm.v33n2.42279
 12. Hodnett E, Gates S, Hofmeyr G, Sakala C. *Apoyo Continuo Para Las Mujeres Durante El Parto Producido Por.*; 2008. <http://formaciondoulas.com/wp-content/uploads/2011/11/Apoyo-continuo...-Rev.-Cochrane.pdf>. Accessed June 27, 2019.
 13. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud. [https://saludcantabria.es/uploads/pdf/profesionales/ESTRATEGIA ATENCION PARTO NORMAL SNS.pdf](https://saludcantabria.es/uploads/pdf/profesionales/ESTRATEGIA_ATENCION_PARTO_NORMAL_SNS.pdf). Published 2008. Accessed September 6, 2019.
 14. Uribe Claudia, Contreras Aixa, Bravo Paulina, Villarroel Luis, Abarzúa Fernando. Modelo de asistencia integral del parto: Concepto de integralidad basado en la calidad y seguridad. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2018;83(3):266-276. doi:10.4067/s0717-75262018000300266
 15. Fernandes C, Gomes J, Martins M, et al. The Importance of Families in Nursing Care: Nurses' Attitudes in the Hospital Environment. *Rev Enferm Ref*. 2015;IV Série(7):21-30. doi:10.12707/RIV15007
 16. Alligood MR, Rodríguez M. *Modelos y Teorías En Enfermería*. Elsevier; 2018. <https://www.casadellibro.com/libro-modelos-y-teorias-en-enfermeria-9aa-ed/9788491133391/6774446>. Accessed September 18, 2019.
 17. Barros L, Magalhães R, Ferreira E, Rejane E, Moura F. Autonomia de la enfermería que asiste al parto normal en Brasil Nurse's autonomy in the delivery of normal births in Brazil. 2007;(scielo). <http://www.scielo.org.co/pdf/iei/iee/v25n2/v25n2a04.pdf>. Accessed July 18, 2019.

18. Atención del trabajo de parto, parto y postparto inmediato. Guía de Practica Clínica. *Minist Salud Publica*. 2015. https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/GPC_Atencion_del_trabajo_parto_posparto_y_parto_inmediato.pdf. Accessed July 18, 2019.
19. Quituizaca M, Sinaluisa N. VIVENCIAS DE LAS MUJERES EN PROCESO DE PARTO SIN COMPAÑÍA DE UN FAMILIAR EN EL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE DE RIOBAMBA, ÁREA CENTRO OBSTÉTRICO-GINECOLOGÍA PERIODO DICIEMBRE DEL 2013 A JUNIO 2014. 2014. <http://dspace.unach.edu.ec/bitstream/51000/308/1/UNACH-EC-ENFER-2014-0008.pdf>. Accessed July 17, 2019.
20. Mendoza C, Fernández J. Identificar las barreras que impiden la aplicación del parto respetado por el equipo de salud. 2016. http://www.enfermeria.fcm.unc.edu.ar/biblioteca/tesis/colfer_mendoza.pdf.
21. Ministerio de Salud Pública, Sistema Nacional de Salud, Consejo Nacional de Salud. Guía Técnica para la Atención del Parto Culturalmente adecuado. <https://www.cappalatinoamerica.com/docs/guiadepartoec.pdf>. Published 2008. Accessed September 5, 2019.
22. Hoof B van, Monroy N, Saer A. Buenas prácticas en atención perinatal: Proyecto de humanización de la atención perinatal de Andalucía. https://www.perinatalandalucia.es/file.php/1/BBPP_Atencion_Perinatal.pdf. Published 2008.
23. Soldevilla M, Solano D, Luna E. La intimidad desde una perspectiva global: pacientes y profesionales. *Rev Calid Asist ELSEVIER*. 2007. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-pdf-S1134282X08704706>. Accessed September 10, 2019.
24. Martín M. Recepción del paciente. *Enfermeria Practica: Cuidando de las personas*. <https://enfermeriapractica.com/procedimientos/recepcion-del-paciente>. Published 2014. Accessed September 10, 2019.
25. Borges L, Arahí S, Sánchez R. Influencia del desempeño de los profesionales de enfermería en la atención humanizada al parto. *Rev Cubana Enferm*. 2018;34(2). <http://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1426/357>. Accessed September 10, 2019.
26. Ministerio de Salud Pública. Hospital de Riobamba, el tercero en recibir acreditación internacional de calidad – Ministerio de Salud Pública.

<https://www.salud.gob.ec/hospital-de-riobamba-el-tercero-en-recibir-acreditacion-internacional-de-calidad/>. Accessed July 11, 2019.

27. Albaladejo R, Villanueva R, Ortega P, et al. Síndrome de Burnout en el personal de enfermería de un hospital de Madrid. *Rev Española Salud Pública SCielo*. 2004;78(4):505-516. doi:10.1590/S1135-57272004000400008
28. Robles M, Dierssen T, Martínez E, Herrera P, Díaz A, Llorca J. Variables relacionadas con la satisfacción laboral: un estudio transversal a partir del modelo EFQM. *SCielo Salud Publica* . 2005;19:127-134. doi:10.1590/S0213-91112005000200006

ANEXOS

ANEXO 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO

Mediante la firma de este documento, doy mi consentimiento para participar en el trabajo de investigación denominado: Conocimientos de enfermería para el parto centrado en la familia. Hospital Provincial General Docente Riobamba. Abril-Agosto 2018a cargo de la estudiante, Maritza Elizabeth Guaranga Cargua como actividad de titulación que es un requisito para su graduación y que sus resultados podrán ser publicados en medios de divulgación científica físicas o electrónicas.

Además, afirmo que se me proporcionó suficiente información sobre los aspectos éticos y legales que involucran mi participación y que puedo obtener más información en caso de que lo considere necesario.

Entiendo que fui elegido (a) para este estudio por ser parte de la población en estudio y personal de enfermería del establecimiento de salud. -Además, doy fe que estoy participando de manera voluntaria y que la información que apporto es confidencial y anónima, por lo que no se revelará a otras personas y no afectará mi situación personal, ni generará riesgos a la salud. Así mismo, sé que puedo dejar de proporcionar la información y de participar en el trabajo en cualquier momento.

Fecha: _____

Firma del Participante

Firma del Investigador

ANEXO 2: INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS: ENCUESTA



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE LICENCIATURA EN ENFERMERÍA**

Encuesta dirigida al profesional de Enfermería

OBJETIVO: Caracterizar el conocimiento que posee el personal de Enfermería que labora en el Hospital Provincial General Docente Riobamba sobre el parto centrado en la familia, durante los meses de abril a agosto del 2018.

INSTRUCTIVO:

Seleccione con una X, el/los criterios que considere correctos.

SERVICIO EN EL QUE LABORA

Ginecología () Centro Obstétrico ()

1. Indique su edad en años : _____
2. ¿Cuánto tiempo labora en el servicio? Años _____ Meses _____
3. ¿Conoce usted la estrategia de Parto Centrado en la familia?

Si	
No	

4. Señale las opciones que según su experiencia hacen referencia al parto centrado en la familia.

El personal de salud asiste a la mujer durante el trabajo de parto, el parto y el puerperio.	
Promueve que la mujer y su familia tomen un rol activo durante el trabajo de parto, parto y el puerperio	
Es el proceso donde el personal de salud acompaña a la mujer en trabajo de parto para cerciorarse de que todo sigue su curso natural.	
El equipo de salud debe informar a la familia y a la mujer en trabajo de parto, facilitar su participación involucrarlos en las actividades, destinarles áreas específicas y respetar sus decisiones y prioridades	
El Equipo de Salud es el eje de las decisiones y debe gobernar y dirigir el parto.	

5. De acuerdo a su experiencia el servicio en el que labora, se brinda una atención de parto:

Centrada en la familia		Tradicional	
------------------------	--	-------------	--

6. ¿Si se implementa la estrategia del parto centrado en la familia, con qué frecuencia se aplica?

Siempre	
Frecuentemente	
A veces	
Nunca	

7. El parto centrado en la familia contempla 3 aspectos de enfermería importantes que aseguran su correcto cumplimiento, escoja del listado cuales son los correctos :

Intimidad	
Infraestructura	
Recepción	
Práctica clínica	
Derechos de la madre y el recién nacido	
Información	
Calidad del entorno y satisfacción	
Acompañamiento	

8. En el servicio que usted labora, la decisión de la mujer con respecto al proceso de su parto se considera :

Muy importante y se aplica	
Muy importante, pero no se aplica por diversos motivos	
Irrelevante porque obstaculiza el trabajo en el marco de los protocolos existentes.	

9. De las siguientes opciones relacionadas con el acompañamiento, escoja la que usted considera que debería realizar la mujer durante su parto:

Con la intervención del personal de salud en todas sus etapas.	
Sola, con la observación del personal de salud.	
Acompañada de un familiar y con la observación e intervención del personal de salud.	

10. Según su experiencia, el ingreso de padres o un acompañante al parto, genera mayor riesgo de infección siendo una limitante para el acompañamiento

Si	
No	

11. Para que se aplique el parto centrado en la familia, el Hospital debería cumplir con los requisitos a nivel institucional. Especifique según su criterio la observancia de los mismos:

Requisito	Observancia	
	SI	NO
Infraestructura (Espacio físico)		
Infraestructura (Elementos de ayuda y adecuación del área)		
Capacitación del talento humano		
Distribución de recursos (material, humano, tecnológico, etc.)		
Documentos orientadores a una maternidad centrada en la familia (ejemplo: guías, protocolos, entre otros)		
Planificación institucional		
Política Sanitaria		

12. Para que se aplique el parto centrado en la familia, el personal debería cumplir con algunas características. Especifique según su criterio la observancia de las mismas:

Características	Observancia	
	SI	NO
Perfil profesional		
Actitud profesional		
Compromiso del profesional		
Trabajo en equipo		
Acompañamiento y asistencia durante el parto		
Respeto a la Cultura		
Conocimientos de los profesionales sobre el parto centrado en la familia		

Gracias

ANEXO 3: INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS: GUIA DE OBSERVACIÓN



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE LICENCIATURA EN ENFERMERÍA**

CONDICIONES QUE ASEGURAN LA PRÁCTICA DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN LA ESTRATEGIA DEL PARTO CENTRADO EN LA FAMILIA

OBJETIVO: Describir las prácticas del cuidado de enfermería centrado en la familia, desarrolladas en el Servicio de Ginecología antes y después del parto y las realizadas en Centro Obstétrico durante el mismo.

Tomado y Adaptado de la Guía Buenas prácticas en atención perinatal: proyecto de humanización de la atención perinatal en Andalucía. (Sevilla): Consejería de Salud, (2008)

Nombre y Apellido de la Profesional:.....

GINECO – OBSTETRICIA							
ASPECTOS DE LA ESTRATEGIA DE PARTO CENTRADA EN LA FAMILIA		OBSERVACION N° 1		OBSERVACIÓN N°2		OBSERVACIÓN N°3	
		SI	NO	SI	NO	NO	SI
INTIMIDAD							
1.	La habitación es individual o cuenta con una separación para preservar la intimidad.						
2.	La conversación con el personal sanitario ocurre en un espacio que preserva la intimidad.						
RECEPCIÓN EN GINECO- OBSTETRICIA							
3.	Existe funciones específicas del personal de enfermería para la recepción del paciente en el servicio						
4.	Hay una persona responsable de la recepción de la paciente.						
5.	Cuando se incorpora personal nuevo se le explica el plan de acogida y cuál es su papel en el mismo.						
6.	La usuaria es acompañada en el servicio desde la admisión.						
7.	La paciente es recibida por el personal de enfermería que previamente se presenta.						
8.	El personal de enfermería le explica cómo llamar en caso de necesidad.						

9.	El personal de enfermería comprueba el correcto estado, condiciones higiénico sanitarias, estado de conservación e higiene del mobiliario, normal funcionamiento de los implementos de la unidad y que está adecuado a las necesidades de la paciente que la va a ocupar						
10.	El personal de enfermería le muestra las características de su habitación, baño, ducha, velador que le corresponde, horarios de visitas, normas para la correcta utilización de las instalaciones (televisor, teléfono, etc.).						
11.	Se dispone de material explicativo sobre el parto centrado en la familia en el servicio y el profesional de enfermería lo aplica.						
12.	El personal de enfermería asegura la entrega de útiles de higiene personal a la paciente.						
13.	Las actitudes del personal de enfermería durante la acogida son de amabilidad y respeto.						

PRÁCTICA CLÍNICA

Labor de Parto

14.	Se registra en la historia clínica de la usuaria si ésta tiene un plan de parto/ nacimiento, que incluya la postura del parto						
15.	Se explica a la paciente que se le mantendrá canalizado un dish para administrar fármacos o hidratación en caso de ser necesario.						
16.	El personal de enfermería ofrece a la gestante líquidos durante el trabajo de parto.						
17.	Se le comunica a la embarazada que tiene libertad para deambular y adoptar la posición que desee.						

Recién nacido

18.	Recién nacido y madre no se separan.						
-----	--------------------------------------	--	--	--	--	--	--

Tratamiento del dolor

Se ofrecen diferentes alternativas no farmacológicas para disminuir la intensidad del dolor. En las mismas que son participes la familia.

19.	Se promueve la relajación.						
20.	Se promueve la distracción mediante otros estímulos sensoriales, especialmente auditivos, visuales y táctiles-cinestésicos (escuchar, mirar, tocar, moverse).						
21.	Se promueve la visualización de imágenes mentales.						
22.	Se enseñan técnicas de estimulación cutánea como el masaje superficial, la presión/masaje y la aplicación superficial de calor o frío.						

23.	Se promueven las técnicas de respiración.						
24.	Se promueve la escucha activa						
25.	Se incentiva la meditación						
26.	Se enseña la técnica de acupresión						
Información							
27.	En la unidad se cuenta con material explicativo para los profesionales de enfermería.						
28.	El personal de enfermería le explica a la usuaria sobre la distribución de las diferentes salas y su posible traslado a otra.						
29.	El profesional de enfermería explica a la usuaria cuales son los procedimientos previstos en su caso y se ofrece para aclararle las dudas que tenga.						
30.	El personal de enfermería valora las necesidades de la paciente y se asegura que sean satisfechas casi en su totalidad.						
31.	Existen documentos de consentimiento informado para los distintos procedimientos o un solo documento en el que se puede expresar la conformidad o disconformidad con cada uno de ellos.	Separados	Un solo documento	Separados	Un solo documento	Separados	Un solo documento
32.	El profesional de enfermería proporciona la información pertinente a la usuaria acerca de los distintos procedimientos, las ventajas y los inconvenientes que pueden aportarle, y facilita que exprese su consentimiento o no con cada uno de ellos.						
33.	El profesional de enfermería brinda la educación adecuada de los momentos en los que se debe realizar los tactos vaginales (solo cuando sea necesario) y sobre la monitorización fetal, con el fin de asegurar el bienestar materno – fetal.						
34.	La profesional de enfermería, fomenta el autocuidado en la paciente.						
35.	El personal de enfermería explica a la embarazada las ventajas e inconvenientes de cada postura durante la dilatación y el parto.						
Calidad del entorno y satisfacción							
36.	Se le pide a la mujer y acompañantes que silencien los teléfonos celulares para no incomodar a otras personas.						
37.	El personal de enfermería pasa periódicamente a interesarse por el estado de la embarazada.						

38.	El personal de enfermería promueve que haya un ambiente de confort y silencio.						
39.	Las actitudes del personal son de amabilidad y respeto.						
40.	Existe una encuesta anónima en la que se pregunta a la mujer y a sus familiares sobre los detalles del trato recibido y el respeto a sus derechos.						
41.	Se facilita el acompañamiento durante todo el proceso por una persona que la embarazada elige.						
42.	El personal de Enfermería informa constantemente a la pareja y otros familiares sobre el estado de la madre y el recién nacido.						
43.	Los documentos explicativos disponibles están en otros idiomas usuales, considerando el lenguaje y la multiculturalidad.						

Profesional de Enfermería

Investigador



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA**

**INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE LICENCIATURA EN ENFERMERÍA**

CONDICIONES QUE ASEGURAN LA PRÁCTICA DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN LA ESTRATEGIA DEL PARTO CENTRADO EN LA FAMILIA

OBJETIVO: Describir las prácticas del cuidado de enfermería centrado en la familia, desarrolladas en el Servicio de Ginecología antes y después del parto y las realizadas en Centro Obstétrico durante el mismo.

Tomado y Adaptado de la Guía Buenas prácticas en atención perinatal: proyecto de humanización de la atención perinatal en Andalucía. (Sevilla): Consejería de Salud, (2008)

Nombre y Apellido de la Profesional:.....

CENTRO OBSTÉTRICO							
ASPECTOS DE LA MATERNIDAD CENTRADA EN FAMILIA		OBSERVACIÓN N° 1		OBSERVACIÓN N°2		OBSERVACIÓN N°3	
		SI	NO	SI	NO	SI	NO
INTIMIDAD							
1.	La habitación es individual o cuenta con una separación para preservar la intimidad.						
2.	La conversación con el personal sanitario ocurre en un espacio que preserva la intimidad.						
3.	Cualquier otra persona que presencie el parto deberá solicitar permiso a la embarazada.						
RECEPCIÓN EN CENTRO OBSTETRICO							
4.	La usuaria es acompañada en el servicio desde la admisión.						
5.	La paciente es recibida por el personal de enfermería que previamente se presentan.						
6.	El personal de enfermería le explica cómo llamar en caso de necesidad.						
7.	El personal de enfermería comprueba el correcto estado, condiciones higiénico sanitarias, higiene del mobiliario, normal funcionamiento de los instrumentos y que todo está adecuado a las necesidades de la paciente.						
8.	Se dispone de material explicativo sobre el parto centrado en la familia en el servicio y el profesional de enfermería lo aplica.						

9.	Las actitudes del personal durante la recepción son de amabilidad y respeto.						
PRÁCTICA CLÍNICA							
Parto							
10.	Se registra en la historia clínica de la usuaria si ésta tiene un plan de parto/nacimiento.						
11.	Se explica a la paciente que se le mantendrá canalizado un dish para administrar fármacos o hidratación en caso de ser necesario.						
12.	El personal de enfermería ofrece a la gestante y/o puérpera agua.						
13.	La hidratación se asegura por vía oral siempre que sea posible.						
14.	Se le comunica a la embarazada que tiene libertad para deambular y adoptar la posición que desee.						
15.	La embarazada puede elegir dar a luz en la misma sala de dilatación o en la sala de partos.						
16.	La embarazada puede elegir la postura de parto.						
17.	No se realizan pujos dirigidos.						
18.	Se facilita, si la pareja lo desea, que el familiar ingrese al parto						
19.	El contacto piel con piel en sala de parto se prolonga durante el tiempo que la madre desee.						
20.	Se facilita que la madre pueda amamantar desde el momento del nacimiento, preguntando si lo desea y verificando que no exista contraindicaciones						
Recién nacido							
21.	Se pregunta a la madre si quiere que se ponga al recién nacido piel con piel cuando nazca.						
22.	Se coloca al recién nacido sobre el pecho de la madre apenas nace, si ella lo desea, y se inicia la lactancia.						
23.	El cordón no se pinza hasta que deje de latir.						
24.	Recién nacido y madre no se separan.						
25.	En el momento de la salida del bebé se permitirá a la madre ver el nacimiento si ella lo desea.						
Tratamiento del dolor							

Se ofrecen diferentes alternativas no farmacológicas, para disminuir la intensidad del dolor. En las mismas que son participes la familia.

26.	Se promueve la relajación.						
27.	Se promueve la distracción mediante otros estímulos sensoriales, especialmente auditivos, visuales y táctiles-cinestésicos (escuchar, mirar, tocar, moverse).						
28.	Se promueve la visualización de imágenes mentales.						
29.	Se enseña técnicas de estimulación cutánea como el masaje superficial, la presión/masaje y la aplicación superficial de calor o frío.						
30.	Se promueven las técnicas de respiración.						
31.	Se promueve la escucha activa						
32.	Se incentiva a la meditación						
33.	Se enseña la técnica de acupresión						

Información

34.	En la unidad se cuenta con material explicativo para los profesionales de enfermería.						
35.	El personal de enfermería explica a la usuaria cuales son los procedimientos previstos en su caso y se ofrece para aclararle las dudas que tenga.						
36.	El personal de enfermería valora las necesidades de la paciente y se asegura que sean satisfechas casi en su totalidad.						
37.	Existen documentos de consentimiento informado para los distintos procedimientos o un solo documento en el que se puede expresar la conformidad o disconformidad con cada uno de ellos.	Separados	Un solo documento	Separados	Un solo documento	Separados	Un solo documento

El personal de enfermería proporciona la información pertinente a la usuaria acerca de los distintos procedimientos, las ventajas y los inconvenientes que pueden aportarle, y facilita que exprese su consentimiento o no con cada uno de ellos.

38.	Amniorresis						
39.	Conducción						
40.	Examen física						

El personal de enfermería brinda la educación adecuada y pertinente

41.	Monitorización con el fin de asegurar el bienestar materno – fetal.						
-----	---	--	--	--	--	--	--

42.	Momentos en los que se debe realizar tactos vaginales (solo cuando sea necesario)						
43.	El profesional de enfermería responsable de la atención del parto realiza la educación sanitaria desde el primer momento, intentando eliminar miedos, dudas, etc. y fomentando el autocuidado en la paciente.						
44.	El personal de enfermería explica a la embarazada las ventajas e inconvenientes de cada postura durante la dilatación y el parto.						
Calidad del entorno y satisfacción							
45.	El personal de enfermería pasa periódicamente a interesarse por el estado de la paciente.						
46.	El personal sanitario promueve que haya un ambiente de confort y silencio.						
47.	Las actitudes del personal son de amabilidad y respeto.						
48.	Existe una encuesta anónima en la que se pregunta a la mujer y a sus familiares sobre los detalles del trato recibido y el respeto a sus derechos.						
49.	Existe un buzón de sugerencias en la sala de recepción a centro obstétrico; sobre atención al parto y se anima a las mujeres y acompañantes a utilizarlo.						
50.	Existe un plan de seguimiento a las sugerencias emitidas						
51.	Se facilita el acompañamiento durante todo el proceso por una persona que la embarazada elija.						
52.	El personal de Enfermería informa constantemente a la pareja y otros familiares sobre el estado de la madre y el recién nacido.						
53.	El personal de Enfermería muestra sensibilidad ante el pudor de la madre a la desnudez en sala de parto.						
54.	Los documentos explicativos disponibles están en otros idiomas usuales, considerando el lenguaje y la multiculturalidad.						

Profesional de Enfermería

Investigador

ANEXO 4: VALIDACIÓN POR ESPECIALISTAS DE INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA
UNIDAD DE TITULACIÓN



CRITERIOS PARA LA VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.

CUESTIONARIO DE VALIDACIÓN POR ESPECIALISTAS

Luego de expresar un cordial saludo y desearle éxito en sus funciones, de la manera más comedida, le solicitamos que emita su criterio en calidad de especialista, acerca del test que se adjunta, el cual constituye el instrumento para la recolección de los datos durante una investigación con el propósito de: Determinar el conocimiento que posee el personal de Enfermería que labora en el Hospital Provincial General Docente Riobamba sobre el parto centrado en la familia, durante los meses de abril a agosto del 2018; los criterios evaluativos deberán ser expresados atendiendo las siguientes categorías: muy adecuado (MA), , adecuado (A), poco adecuado (PA), inadecuado (I). Exprese lo que considere pertinente con el fin del perfeccionamiento del referido instrumento.

Nº	ASPECTOS	MA	A	PA	I
1	Claridad de las preguntas	X			
2	Pertinencia de las preguntas	X			
3	Aplicabilidad en el área	X			
4	Confiabilidad del instrumento	X			
5	Analiza la actuación ética del evaluador en caso de aplicación de instrumentos de evaluación de conocimiento	X			
6	El resultado de este instrumento es coherente con el objetivo que se persigue	X			
7	Veracidad en la información	X			
8	Analiza la actuación ética en el instrumento	X			



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
 FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
 CARRERA DE ENFERMERÍA
 UNIDAD DE TITULACIÓN



9	Describe las características, condiciones y procedimientos del uso del instrumento en la recogida de información	X				
10	Relaciona el instrumento de desempeño profesional con la técnica correspondiente a la evidencia a recoger	X				

Recomendaciones: _____

Por su colaboración, le adelantamos nuestros agradecimientos.

Atentamente,

Equipo investigador

Apreciación cualitativa (Opcional)

Observaciones (Opcional)

Buen instrumento, pertinente para la investigación

Nombres y Apellidos Guillermo Rueda Barrera Fecha: 31 julio 2018

Institución en la que labora UNACH

Años de servicio 23 Profesión: Lic en Enfermería

Mayor grado científico PhD. Maestría

Nombre del postgrado de mayor grado científico Magister en Gestión Académica Universitaria

Guillermo Rueda
 Firma

Titulación F.D



**CRITERIOS PARA LA VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE
RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.**

CUESTIONARIO DE VALIDACIÓN POR ESPECIALISTAS

Luego de expresar un cordial saludo y desearle éxito en sus funciones, de la manera más comedida, le solicitamos que emita su criterio en calidad de especialista, acerca del test que se adjunta, el cual constituye el instrumento para la recolección de los datos durante una investigación con el propósito de: Determinar el conocimiento que posee el personal de Enfermería que labora en el Hospital Provincial General Docente Riobamba sobre el parto centrado en la familia, durante los meses de abril a agosto del 2018; los criterios evaluativos deberán ser expresados atendiendo las siguientes categorías: muy adecuado (MA), , adecuado (A), poco adecuado (PA), inadecuado (I). Exprese lo que considere pertinente con el fin del perfeccionamiento del referido instrumento.

Nº	ASPECTOS	MA	A	PA	I
1	Claridad de las preguntas	X			
2	Pertinencia de las preguntas	X			
3	Aplicabilidad en el área	X			
4	Confiabilidad del instrumento	X			
5	Analiza la actuación ética del evaluador en caso de aplicación de instrumentos de evaluación de conocimiento	X			
6	El resultado de este instrumento es coherente con el objetivo que se persigue	X			
7	Veracidad en la información	X			
8	Analiza la actuación ética en el instrumento		X		
9	Cumple con las recomendaciones generales.	X			
10	Describe las características, condiciones y procedimientos del uso del instrumento en la recogida de información	X			

11	Relaciona el instrumento de desempeño profesional con la técnica correspondiente a la evidencia a recoger	X				
----	---	---	--	--	--	--

Recomendaciones: - No debe revelar el nombre, se sustituye por un código
Las cinco observaciones debent ser registradas en el mismo
instrumento para un vaciamiento en la base de datos o el
conteo manual.

- El consentimiento informado debe ir por separado y debe ser firmado como lo indica la ΔMM (2016)

Por su colaboración, le adelantamos nuestros agradecimientos.

Atentamente,

Equipo investigador

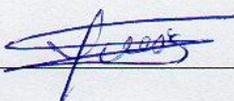
CUESTIONARIO DE SELECCIÓN DE ESPECIALISTAS (CONSENTIMIENTO INFORMADO)

Estimado investigador (a)

Usted ha sido pre seleccionado como especialista que formará parte del equipo que actuará durante la validación del test que se aplicará durante el estudio con el propósito de determinar la gestión del cuidado de Enfermería en el Parto Centrado en la Familia. Hospital Provincial General Docente Riobamba. Abril-Agosto 2018. Usted ha sido considerado (a) en esa categoría atendiendo su alta profesionalidad, maestría en el ejercicio de la docencia y trabajo investigativo en el área del cuidado de Enfermería. Con tal motivo, le pedimos de la manera más comedida que llene los datos que a continuación se solicitan y que exprese su consentimiento a formar parte del mencionado equipo mediante la firma del presente documento al final del mismo.

DATOS GENERALES

Fecha de Validación:	11 de julio de 2018		
Nombres y Apellidos:	José Iván Oscar Contreras Briceno		
Institución en la que labora:	Universidad Nacional de Chimborazo		
Área a la que pertenece:	Clínica Salud Pública	Tiempo en el servicio:	1 1/2 años
Cargo que desempeña:	Docente a tiempo completo		
Grado científico:	Doctorado:	<input checked="" type="checkbox"/>	Maestría: <input type="checkbox"/>



Firma