



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA

INFORME DE INVESTIGACIÓN SOBRE:

**“FACTORES SOCIO-CULTURALES DE LAS EMBARAZADAS Y SU
INCIDENCIA EN EL PARTO DOMICILIARIO EN LA COMUNIDAD
INDÍGENA DE LA PARROQUIA AMBATILLO ALTO DURANTE EL
PERIODO ENERO - JUNIO 2014”**

Requisito previo para optar por el Título de Licenciada en Enfermería

Autora: Montero Gutiérrez, Jessica del Pilar

Tutora: Lcda. Mg. Farinango Pineda, Betty Amparo

Ambato - Ecuador

Marzo, 2015

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de Tutora del Trabajo de Investigación sobre el tema: **“FACTORES SOCIO-CULTURALES DE LAS EMBARAZADAS Y SU INCIDENCIA EN EL PARTO DOMICILIARIO EN LA COMUNIDAD INDÍGENA DE LA PARROQUIA AMBATILLO ALTO DURANTE EL PERIODO ENERO - JUNIO 2014”** de Jessica del Pilar Montero Gutiérrez, estudiante de la Carrera de Enfermería, considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometidos a la evaluación del jurado examinador designado por el H. Consejo Directivo, de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Ambato, Febrero 2015

LA TUTORA

.....
Lic. Mg. Farinango Pineda, Betty Amparo

AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO

Los criterios emitidos en el Trabajo de Investigación **“FACTORES SOCIO-CULTURALES DE LAS EMBARAZADAS Y SU INCIDENCIA EN EL PARTO DOMICILIARIO EN LA COMUNIDAD INDÍGENA DE LA PARROQUIA AMBATILLO ALTO DURANTE EL PERIODO ENERO - JUNIO 2014”**, como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuesta son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autora de este trabajo de grado.

Ambato, Febrero del 2015

LA AUTORA

.....
Jessica del Pilar, Montero Gutiérrez

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que haga de esta tesis o parte de ella un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación.

Cedo los derechos en línea patrimoniales de mi tesis, con fines de difusión pública, además apruebo la reproducción de esta tesis, dentro de las regulaciones de la Universidad, siempre y cuando esta reproducción no suponga una ganancia económica y se realice respetando mis derechos de autora.

Ambato, Febrero del 2015

LA AUTORA

.....
Jessica del Pilar Montero Gutiérrez

APROBACIÓN DEL TRIBUNAL EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Informe de Investigación, sobre el tema: **“FACTORES SOCIO-CULTURALES DE LAS EMBARAZADAS Y SU INCIDENCIA EN EL PARTO DOMICILIARIO EN LA COMUNIDAD INDÍGENA DE LA PARROQUIA AMBATILLO ALTO DURANTE EL PERIODO ENERO - JUNIO 2014”** de Jessica del Pilar Montero Gutiérrez, estudiante de la Carrera de Enfermería.

Ambato, Marzo del 2015

Para constancia firman.

.....

PRESIDENTE/A

.....

1^{er} VOCAL

.....

2^{do} VOCAL

DEDICATORIA

Este trabajo investigativo dedico a Dios por darme la vida, llenándome de bendiciones y fuerzas para seguir adelante superando los problemas que se presentaban y por permitirme culminar una de mis metas.

A mis padres Luis Montero y Madeleyne Gutiérrez por haberme inculcado valores que me ayudaron a seguir en este camino brindándome su apoyo incondicional especialmente por sus sabios consejos. De igual manera a mi hermana que a pesar de la distancia física, siento que fuiste partícipe de cada uno de mis logros mientras escalaba en esta perseverante carrera.

A mis hijas /o Erick Samuel y Anthonela Valentina, por ser mi fuente de inspiración que me animó a seguir adelante.

Especialmente a mi esposo José, por su paciencia, amor, comprensión, y apoyo en todo sentido de mi carrera universitaria.

No bastan las palabras para agradecerles todo lo que han hecho por mí, por estar a mi lado en los momentos buenos y malos, en mi proceso de formación humana y profesional, que es una satisfacción para mí y un orgullo para ustedes porque es el reflejo de todo su apoyo. ¡Gracias!

Jessica del Pilar

AGRADECIMIENTO

El agradecimiento principal a mi Dios que con su bondad omnipotente sembró en mí esta espectacular vocación, además el don de la sabiduría, conocimiento y capacidad para entender la gran responsabilidad y sacrificio que significa esta carrera.

A mi esposo y a mis hijos por su paciencia, apoyo y comprensión durante los años de estudios universitarios.

Un agradecimiento infinito y profundo a la Universidad Técnica de Ambato, y en especial a la Facultad de Ciencias de la Salud, Autoridades, Profesores, Personal Docente y Administrativo por su contribución en mi formación académica y personal. A la Lcda. Mg. Betty Farinango a quien a más de ser mi Tutora de Tesis ha demostrado ser una amiga y que con su paciencia se hicieron realidad la culminación de este trabajo.

Al personal que labora en el Centro de salud de Ambatillo por darme las facilidades para realizar la investigación, y en especial a la Lic. Evelyn Cárdenas por brindarme su apoyo incondicional.

En general agradezco a todas y cada una de las personas que me han ayudado para la realización del presente trabajo investigativo.

Jessica del Pilar

ÍNDICE GENERAL

PORTADA	i
APROBACIÓN DEL TUTOR.....	ii
AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO.....	iii
DERECHOS DE AUTOR.....	iv
APROBACIÓN DEL TRIBUNAL EXAMINADOR	v
DEDICATORIA.....	vi
AGRADECIMIENTO	vii
ÍNDICE GENERAL	viii
ÍNDICE DE GRÁFICOS	xii
RESUMEN.....	xiv
SUMMARY	xvi
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I.....	2
EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	2
1.1 TEMA	2
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	2
1.2.1 CONTEXTUALIZACIÓN.....	2
1.2.2 ANÁLISIS CRÍTICO.....	8
1.2.3 PROGNOSIS	9
1.2.4 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	10
1.2.5 PREGUNTAS DIRECTRICES O CIENTÍFICAS.....	10
1.2.6 DELIMITACIÓN DEL OBJETIVO DE LA INVESTIGACIÓN.....	10

1.2.7 DELIMITACIÓN DEL OBJETO DE INVESTIGACIÓN.....	10
1.2.7.1 DELIMITACIÓN DEL CONTENIDO.....	10
1.2.7.2 DELIMITACIÓN ESPACIAL.....	11
1.2.7.3 DELIMITACIÓN TEMPORAL.....	11
1.3 JUSTIFICACIÓN.....	11
1.4 OBJETIVOS.....	12
1.4.1 OBJETIVO GENERAL.....	12
1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	12
CAPÍTULO II.....	13
MARCO TEÓRICO.....	13
2.1 ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS.....	13
2.2 FUNDAMENTACIÓN FILOSÓFICA.....	14
2.3 FUNDAMENTACIÓN LEGAL.....	15
2.4 CATEGORÍAS FUNDAMENTALES.....	19
2.4.1 CONSTELACIÓN DE IDEAS DE VARIABLE INDEPENDIENTE.....	20
2.4.2 CONSTELACIÓN DE IDEAS DE VARIABLE DEPENDIENTE.....	21
2.5 FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.....	22
2.5.1. VARIABLE INDEPENDIENTE.....	22
2.5.2. VARIABLE DEPENDIENTE.....	35
2.5 HIPÓTESIS.....	61
2.6 SEÑALAMIENTO DE VARIABLES.....	61
2.6.1. VARIABLE INDEPENDIENTE:.....	61
2.6.2 VARIABLE DEPENDIENTE:.....	61
CAPÍTULO III.....	62
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	62
3.1. ENFOQUE INVESTIGATIVO.....	62

3.2. MODALIDAD BÁSICA DE LA INVESTIGACIÓN	62
3.3. NIVEL O TIPO DE INVESTIGACIÓN	63
3.4. POBLACIÓN Y MUESTRA.....	63
3.5 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	64
3.5.1. VARIABLE INDEPENDIENTE: FACTORES SOCIOCULTURALES	64
3.5.2 VARIABLE DEPENDIENTE.- PARTO DOMICILIARIO	65
3.6 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	66
3.7. PLAN DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.....	66
3.8 PLAN DE PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN	67
CAPÍTULO IV	68
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS.....	68
4.1. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LA ENCUESTA APLICADA A LAS MADRES DE FAMILIA	68
4.2 VERIFICACIÓN DE LA HIPÓTESIS	89
4.2.1 PLANTEAMIENTO DE LA HIPÓTESIS.....	89
4.2.2 DEFINICIÓN DEL NIVEL DE SIGNIFICACIÓN	89
CAPÍTULO V	94
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	94
CONCLUSIONES	94
RECOMENDACIONES	95
CAPÍTULO VI	96
PROPUESTA	96
6.1 DATOS INFORMATIVOS	96
6.1.1 TÍTULO:.....	96
6.1.2 INSTITUCIÓN:	96

6.1.3	BENEFICIARIOS DIRECTOS:	96
6.1.4	BENEFICIARIOS INDIRECTOS:.....	96
6.1.5	UBICACIÓN SECTORIAL:	96
6.1.6.-	TIEMPO ESTIMADO PARA LA EJECUCIÓN:.....	97
6.1.7	EQUIPO TÉCNICO RESPONSABLE:.....	97
6.1.8	COSTO:.....	97
6.2	ANTECEDENTES DE LA PROPUESTA	97
6.3	JUSTIFICACIÓN	98
6.4	OBJETIVOS.....	99
6.4.1	OBJETIVO GENERAL.....	99
6.5	ANÁLISIS DE FACTIBILIDAD.....	99
6.5.1	SOCIO CULTURAL	99
6.5.2	ORGANIZACIONAL	99
6.5.3	ECONÓMICO FINANCIERO.....	99
6.5.4	LEGAL	100
6.6	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICO TÉCNICA.....	100
	CONSECUENCIAS DEL PARTO EN CASA.....	106
6.7	METODOLOGÍA MODELO OPERATIVO	115
6.7.1	ACTIVIDADES Y ESTRATEGIAS.....	116
6.7.2	METAS	116
6.7.3	RECURSOS	116
6.8.	PLAN OPERATIVO	117
6.9.	ADMINISTRACIÓN	119
6.10.	PREVISIÓN DE LA EVALUACIÓN	119
	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	120
	BIBLIOGRAFÍA.....	120

LINKOGRAFÍA	122
CITAS BIBLIOGRÁFICAS – BASE DE DATOS UTA.	125
ANEXOS.....	127

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO N° 1	70
GRÁFICO N° 2	71
GRÁFICO N° 3	72
GRÁFICO N° 4	73
GRÁFICO N° 5	74
GRÁFICO N° 6	75
GRÁFICO N° 7	76
GRÁFICO N° 8	77
GRÁFICO N° 9	78
GRÁFICO N° 10	79
GRÁFICO N° 11	80
GRÁFICO N° 12	81
GRÁFICO N° 13	82
GRÁFICO N° 14	83
GRÁFICO N° 15	84
GRÁFICO N° 16	85
GRÁFICO N° 17	86
GRÁFICO N° 18	87
GRÁFICO N° 19	88
GRÁFICO N° 20	89

ÍNDICE DE TABLAS

CAPÍTULO III

TABLA 1.- Operacionalización de Variables	66
TABLA 2.- Recolección de Información.....	67

CAPÍTULO IV

TABLA N° 1.....	69
TABLA N° 2.....	71
TABLA N° 3.....	72
TABLA N° 4.....	73
TABLA N° 5.....	74
TABLA N° 6.....	75
TABLA N° 7.....	76
TABLA N° 8.....	77
TABLA N° 9.....	78
TABLA N° 10.....	79
TABLA N° 11.....	80
TABLA N° 12.....	81
TABLA N° 13.....	82
TABLA N° 14.....	83
TABLA N° 15.....	84
TABLA N° 16.....	85
TABLA N° 17.....	86
TABLA N° 18.....	87
TABLA N° 19.....	88
TABLA N° 20.....	89

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

**“FACTORES SOCIO-CULTURALES DE LAS EMBARAZADAS Y SU
INCIDENCIA EN EL PARTO DOMICILIARIO EN LA COMUNIDAD
INDÍGENA DE LA PARROQUIA AMBATILLO ALTO DURANTE EL
PERIODO ENERO - JUNIO 2014”**

Autora: Montero Gutiérrez, Jessica del Pilar

Tutora: Lic. Mg. Farinango Pineda, Betty Amparo

Fecha: Ambato, Febrero del 2015

RESUMEN

El presente trabajo investigativo tuvo como objetivo determinar los factores socio-culturales de las embarazadas que inciden en el parto domiciliario en la comunidad indígena de la parroquia Ambatillo Alto. La investigación aplica una metodología científica cuali; cuantitativa, de campo, documental, bibliográfica, descriptivo correlacional mediante técnica de encuesta e instrumento estructurado permitiendo recopilar las evidencias precisas, reales y suficientes del problema.

La población estuvo conformada por 22 mujeres embarazadas quienes se les aplicó la encuesta cuyos resultados indican que los principales factores que influyen en la práctica del parto domiciliario son: El nivel de educación, inasistencia a los controles prenatales por falta de información por parte del personal de salud, ubicación geográfica, las creencias, costumbres y tradiciones de la población se ven en manifiesto al momento de ser atendidos por la partera de la comunidad, lo cual trae complicaciones tanto como para la madre como para el neonato, además se evidenció que las mujeres embarazadas tienen inconformidad sobre la atención brindada por el personal de salud como sus actitudes que van desde la falta de amabilidad y paciencia, falta de privacidad, no brindar confianza a la paciente al no atender sus inquietudes.

Para solucionar este problema se recomienda la aplicación de estrategias por parte del personal de Centro de Salud de promocionando el parto institucional y mejorar la calidad de atención en las mujeres embarazadas.

PALABRAS CLAVE: FACTORES_SOCICULTURALES, PARTO_DOMICILIARIO, COMPLICACIONES, CALIDAD_ATENCION, POBLACION_INDIGENA.

TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO
FACULTY OF HEALTH SCIENCES
NURSING CAREER

**"SOCIO-CULTURAL FACTORS OF PREGNANT AND ITS IMPACT ON
HOUSEHOLD LABOR IN INDIGENOUS COMMUNITY CHURCH
AMBATILLO HIGH DURING JANUARY - JUNE 2014"**

Author: Montero Gutiérrez, Jessica del Pilar

Tutor: Lic. Mg. Farinango Pineda, Betty Amparo

Date: Ambato, February 2015

SUMMARY

This research work aimed to determine the socio-cultural factors affecting pregnant homebirth in the indigenous community of the parish Ambatillo Alto. The research applies qualitative scientific methodology; quantitative, field, film, literature, descriptive correlational technique poll by allowing structured instrument to gather precise, real and sufficient evidence of the problem.

The population consisted of 22 pregnant women who were applied the survey whose results indicate that the main factors that influence the practice of home birth are: The level of education, failure to attend prenatal checkups for lack of information by the staff health, geography, beliefs, customs and traditions of the people are manifest when being served by the community midwife, which brings complications as well as for the mother and the newborn also evidenced that women pregnant have disagreement about the care provided by health personnel and their attitudes ranging from the lack of kindness and patience, lack of privacy, do not give confidence to the patient by not addressing their concerns.

To solve this problem implementing strategies by staff of the Health Center of promoting institutional delivery and improve the quality of care in pregnant women is recommended.

KEYWORDS: FACTORES_SOCICULTURALES, CHILDBIRTH_
DOMICILIARIO, COMPLICATIONS, QUALITY_CARE, INDIGENOUS
_POPULATION.

INTRODUCCIÓN

En todas las culturas la maternidad es uno de los acontecimientos más importantes en la vida social y reproductiva de las mujeres. Por esta razón alrededor del parto existen innumerables conocimientos, costumbres, rituales y demás prácticas culturales entre los diferentes grupos humanos. Además, dada la importancia y el riesgo que representa el embarazo y el parto, cada cultura ha desarrollado un método de cuidado de la salud específico para este acontecimiento.

La maternidad segura se refiere a la promoción y protección del derecho al disfrute del más alto nivel de salud de mujeres embarazadas, madres y recién nacidos. Busca reflejar la diversidad de experiencias de mujeres madres, según las inequidades originadas en la distribución del ingreso, el lugar de residencia, el origen étnico y el género. Para lograr una maternidad segura, se requiere de un compromiso de toda la sociedad, en el que se valore la salud de las mujeres, de las madres y de los recién nacidos, y se les asegure el acceso universal a los servicios de salud.

En el Ecuador respecto a la atención del parto coexisten la atención domiciliaria y la institucional, esta realidad se ve reflejada principalmente en las comunidades indígenas que por situaciones de pobreza, falta de educación, limitados accesos geográficos y factores culturales como costumbres y tradiciones que prevalecen en las comunidades y familias sobre el proceso reproductivo y que son poco conocidas por el personal de salud no asisten a los centros y sub centros de salud de la Red Pública Integral y deciden retomar las prácticas ancestrales del parto domiciliario asistido en el mejor de los casos por una comadrona.

En las últimas décadas, el Ministerio de Salud Pública del Ecuador, ha acumulado una importante experiencia en el conocimiento de los determinantes sociales y culturales de la salud materna y neonatal, en la aplicación de estrategias de promoción, prevención y tratamiento de las emergencias obstétricas y neonatales con personal calificado, así como en la mejora de la calidad de atención con enfoque intercultural.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 TEMA

“FACTORES SOCIO-CULTURALES DE LAS EMBARAZADAS Y SU INCIDENCIA EN EL PARTO DOMICILIARIO EN LA COMUNIDAD INDÍGENA DE LA PARROQUIA AMBATILLO ALTO DURANTE EL PERIODO ENERO – JUNIO 2014.”

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.2.1 Contextualización

Macro

La mortalidad materna es cada día más alta. Según la Organización Mundial de la Salud (2010), En el mundo mueren aproximadamente 800 maternas por complicaciones durante la gestación y el parto. Durante el 2010 murieron 287 000 mujeres durante la gestación y el parto o en el puerperio. La mayoría de las muertes se producen en países de bajos recursos económicos y de población indígena, lo más preocupante es que estas muertes, se pueden prevenir por medio de programas de salud pública encaminados a la promoción y prevención de la enfermedad. (OMS, 2010)

En el año 2000, la Organización de las Naciones Unidas propuso ocho objetivos encaminados a luchar contra el hambre, la pobreza, la enfermedad, el analfabetismo, la degradación del ambiente y la discriminación contra la mujer, por ello, el quinto objetivo es mejorar la salud materna. A partir de esa fecha, los países han venido aplicando programas para promover la reducción de las muertes maternas, evitando partos domiciliarios, sin embargo a la fecha la mortalidad solo ha disminuido en un 3,1% al año, cifra que está lejos de la reducción del 5,5% anual necesaria para alcanzar el objetivo. (ONU, 2000)

Kroeger menciona que la atención domiciliaria del parto es muy frecuente en América Latina (75%), y está arraigada a ciertas costumbres y creencias. La mujer andina se enfrenta a numerosas barreras que la separan de los servicios sanitarios, de los cuales no se tiene conocimiento adecuado y en otros casos se tiene pleno desconocimiento.

La gran mayoría de campesinas rurales practican la medicina popular debido a sus tradiciones y porque la medicina occidental se fundamenta en teorías científicas donde hay una excesiva importancia asignada a los modelos terapéuticos. En el caso del parto y del alumbramiento, las campesinas dan mayor importancia a sus tradiciones y creencias inculcadas de generación en generación, la técnicas quirúrgicas que podrían realizarse en los centros de salud, pasan a ser remplazadas por la experiencia de las llamadas comadronas parteras de la comunidad, esta forma de alumbramiento se la ha mantenido desde épocas ancestrales y están arraigadas en las costumbres indígenas. (Kroeger, 2002).

El Ministerio de Salud Pública del Perú, (2002) informa que un problema importante de salud pública es el alto índice de mortalidad materna. Se estima que por cada 100 000 nacidos vivos, 185 mujeres pierden la vida por una causa relacionada con el embarazo, parto o puerperio.

Frente a este problema, el Ministerio de Salud de Perú a través de la ex Dirección del Programa Nacional de Salud Materno Perinatal tuvo como prioridad disminuir los altos índices de mortalidad materna y perinatal para lo cual se propuso diversas estrategias de intervención contenidas en el Plan Nacional para la Reducción de Mortalidad Materna. Estas estrategias, están orientadas a mejorar las coberturas de los servicios de salud, promoviendo el control prenatal y el parto institucional. Sin embargo, existe un elevado porcentaje de muertes maternas ocurridas durante la atención del parto en el domicilio, cuya atención fue dada por algún recurso familiar o de la comunidad, en estas circunstancias el personal de salud tiene muy poca participación. En algunos países, la mortalidad materna ha disminuido lentamente, sin embargo, aún se notifican partos domiciliarios. (MSPP, 2002).

Borda (2001) menciona que existen factores personales e institucionales que incrementan la preferencia por el parto domiciliario, que a su vez, son barreras para la atención del parto institucional, entre los que podemos mencionar a los siguientes: factores personales como la edad, el bajo nivel educativo, el antecedente de parto domiciliario y la procedencia rural, donde el parto domiciliario sigue siendo la práctica más frecuente. Entre los factores institucionales más importantes tenemos: la poca accesibilidad (distancia y costos), la atención del parto por personal masculino, la falta de continuidad del personal de salud que tiene a su cargo la atención del parto, la percepción del profesional joven como practicante considerado como inexperto; el rechazo a los procedimientos de rutina en la atención del parto, la percepción del tacto vaginal como señal de violencia, el temor a la episiotomía, el rechazo al lavado y rasurado perineal, el rechazo a la posición ginecológica, la sensación de frialdad y la falta de calidez del personal de salud durante el parto. (Borda, 2001)

Meso

La constitución de la república del Ecuador (2008) declara a Ecuador como un estado multiétnico y pluricultural, acepta impulsa la práctica y desarrollo de la medicina tradicional garantiza también el desarrollo de otras prácticas relacionadas con medicina alternativa para la atención de la salud de la población, por ésta razón se deben buscar mecanismos de articulación y coordinación entre el sistema ciudadano, comunitario, nacionalidades y pueblos, e institucional. (Constitución del Ecuador, 2008)

Según el censo de población y vivienda (2010). Actualmente 500.379 hombres y 517.797 mujeres se auto identificaron como indígenas. (INEC, 2010)

El ministerio de salud pública del Ecuador (2014) afirma que sólo el 30,1% de partos de mujeres indígenas ocurren en hospitales o centros de salud. Más del 40% de mujeres de las provincias de Bolívar, Chimborazo, Tungurahua, Cotopaxi y Esmeraldas y alrededor del 30% de las mujeres de toda la región amazónica dieron a luz en su casa. El 65% de las mujeres que se auto identifican como indígenas manifiestan haber tenido partos domiciliarios.

Las razones para preferir el parto en el domicilio están relacionadas con factores culturales, económicos, geográficos. Entre los factores culturales están las costumbres que prevalecen en las comunidades y familias sobre el proceso reproductivo y que son poco conocidas por el personal de salud. La concepción y práctica sobre el embarazo, parto, post parto, planificación familiar varían según la cultura y tienen incidencia en la decisión de uso o no uso de los servicios de salud pública. (MSP, 2014)

En un primer momento se ha privilegiado la adecuación cultural del parto, para garantizar a las mujeres indígenas el acceso a los servicios y responder a las aspiraciones de ellas y de las organizaciones comunitarias de que su cosmovisión se respete y se integre en las políticas de salud, y en relación a este modelo.

El Ministerio de Salud Pública (2007) está trabajando en la sensibilización, capacitación e implementación de la normativa existente alrededor de la práctica ancestral del parto culturalmente adecuado en el marco de la política pública de salud intercultural, para superar las siguientes barreras: costumbres 31%, resistencia a usar los servicios 23%, miedo 22%, comunicación oral (idioma) 33%, desconfianza en el servicio 17%, posición ginecológica incomoda 59%, a fin de que las mujeres indígenas accedan a los servicios de salud y lograr la reducción de muertes maternas. (MSP, 2007)

Micro

Según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (2013) Tungurahua tiene una población de 441.989 habitantes de los cuales la mayoría son indígenas ubicados en Salasaca, Chibuleo, Quisapicha y parroquias rurales del cantón Ambato; Un aspecto fundamental de la provincia es la participación indígena con la presencia de importantes comunidades donde las prácticas tradicionales y culturales que han existido ancestralmente siguen considerando a la partera como una persona especial, escogida para salvar vidas, y reconocida como tal en la vida espiritual de la comunidad. (INEC, 2013)

En el cantón Ambato con la finalidad de llegar con planes de salud a las poblaciones más necesitadas el Ministerio de Salud Pública ha establecido sub centros de salud, en los cuales el personal que labora, tienen la función primordial de desarrollar programas de educación para la salud, que incentiven a la población indígena acudir y recibir una atención médica adecuada. El ministerio de salud pública proporciona al personal de las unidades de atención del Sistema Nacional de Salud un instrumento técnico y normativo que permita mejorar la atención del parto y posparto y cuidado del recién nacido; así como también resolver los riesgos y patologías que podrían presentarse durante este período, adaptando los servicios a las necesidades, costumbres y tradiciones culturales de una parte importante de la población que demanda ésta respuesta de los servicios de salud.

La parroquia Ambatillo cuenta con un Centro de Salud de nivel I, donde la mayoría de usuarios son indígenas, afirma Cárdenas E, enfermera del Centro de Salud Ambatillo que la mayoría de mujeres embarazadas no acuden a los controles prenatales por lo que los partos son realizados por parteras de la comunidad, los cuales no se relacionan con el establecimientos de salud según ellos por no involucrarse en problemas mayores como complicaciones post parto o mortalidad materno - infantil.

Relación Causa-Efecto

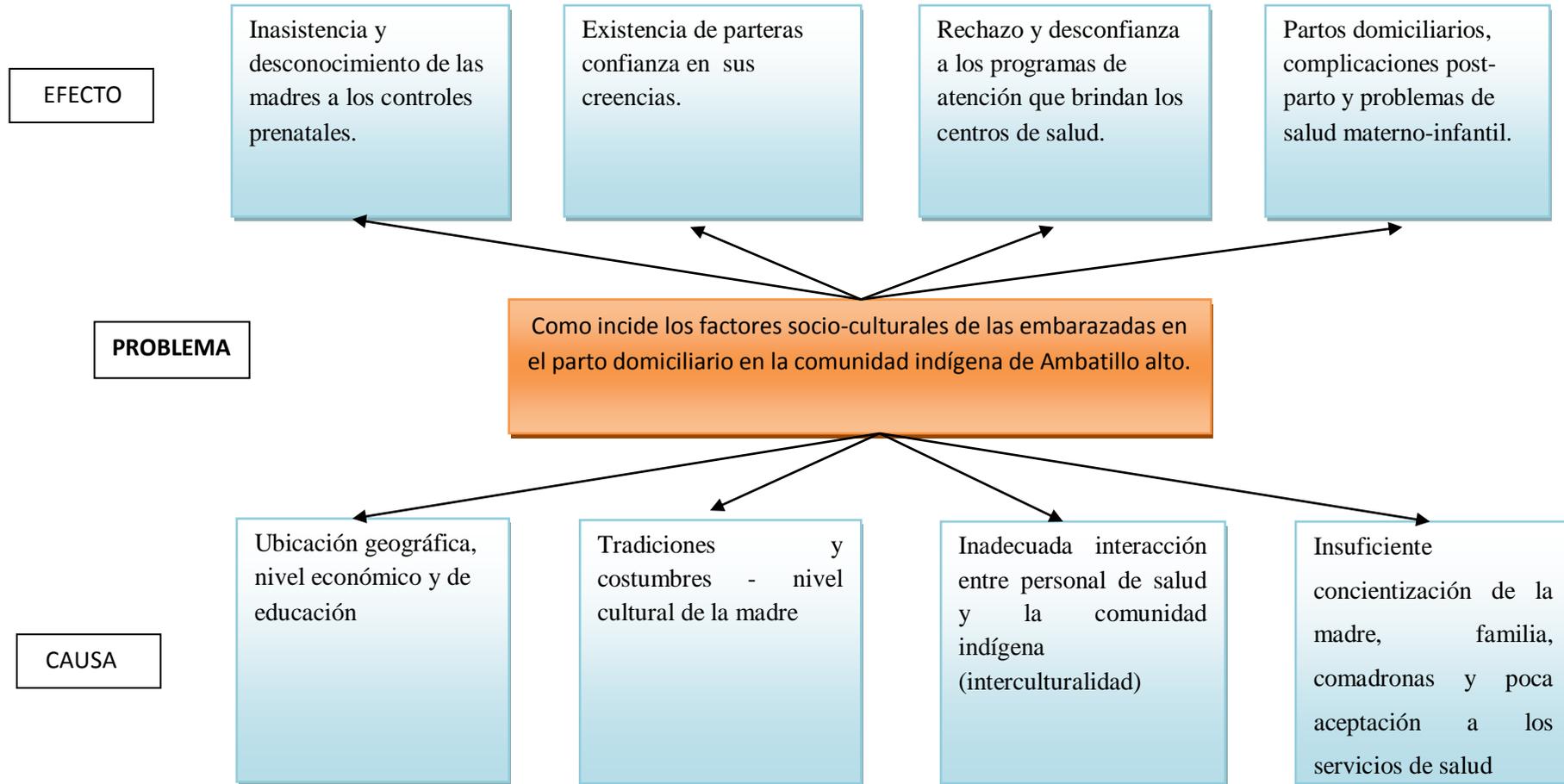


Gráfico N°.- 1 Árbol de Problemas.

Autor: Jessica Montero

Fuente: Tesis de investigación.

1.2.2 Análisis Crítico

La ubicación geográfica, el nivel económico y de educación, las tradiciones y costumbres de la madre y la familia son elementos que crean una barrera para que las mujeres no acudan o desconozcan sobre los controles prenatales mensuales llevando a las embarazadas acudir a las parteras de la comunidad donde todavía las tradiciones y costumbres juega un rol importante en la maternidad.

La inadecuada interacción entre el personal de salud y la comunidad indígena son factores para que las mujeres y su familia acudan en busca de las comadronas rechazando la atención institucional del parto, no olvidemos que la salud intercultural es la complementariedad entre dos sistemas de salud (institucional y tradicional), que tiene como objeto común hacerle frente a la enfermedad y mejorar la salud en pueblos y nacionalidades indígenas evitando el rechazo y desconfianza a la salud occidental y así disminuir las creencias indígenas y culturales.

Insuficiente concientización de la madre, familia, comadronas y poca aceptación a los servicios de salud conlleva a la atención de partos domiciliarios por ende a las complicaciones post-parto y problemas de salud materno-infantil, por lo que el equipo de salud tiene como función conocer a su población no solo desde un establecimiento sino desde la misma comunidad el escenario en que viven y cómo viven, realizando actividades preventivas y promocionales para promocionar el parto institucional.

1.2.3 Prognosis

El parto es uno de los acontecimientos más importantes en la vida social y reproductiva de las mujeres.

Desafortunadamente los partos naturales sin ninguna asistencia médica que siguen sucediendo en numerosas comunidades debido a la falta de acceso a los centros sanitarios o por razones culturales, está elevando las tasas de morbilidad materno infantil, siendo motivo de gran preocupación para la sociedad.

El desconocimiento de las madres indígenas sobre los cuidados prestados en el centro de salud y la importancia que tiene los controles prenatales, hacen que las llamadas comadronas o parteras empiecen su trabajo, de enganche por así decirlo a las mujeres embarazadas, las cuales al no ser educadas y al guiarse por las tradiciones, creencias y costumbres, acceden a este tipo de cuidados que a la larga van a desencadenar en partos domiciliarios, con todas las complicaciones que esto puede conllevar.

Entre las principales desventajas son las condiciones en las que se lleva a cabo el parto, condiciones insalubres antihigiénicas que pueden desencadenar en infecciones prenatales o postnatales, la falta de atención hospitalaria inmediata ante posibles problemas que pudieran hacer peligrar la vida de la madre o el bebé, como hemorragia uterina, sufrimiento fetal, hasta llegar a la muerte materna neonatal.

1.2.4 Formulación del problema.

¿Los factores socioculturales de las embarazadas inciden en la atención de los partos domiciliarios en la comunidad indígena de la parroquia Ambatillo Alto?

1.2.5 Preguntas Directrices o Científicas.

- 1 ¿Cuáles son los factores socio culturales de la población indígena de la parroquia de Ambatillo?
- 2 ¿Cuáles son las complicaciones que se dan a causa de los partos domiciliarios en la comunidad indígena de la parroquia Ambatillo Alto?
- 3 ¿Que estrategias se puede implementar para la promoción del parto institucional con el fin de mejorar la calidad de atención en las mujeres embarazadas por el personal del Centro de Salud de Ambatillo?

1.2.6 Delimitación del objetivo de la investigación

Esta investigación se desarrolla en base a determinar los factores socio-culturales de las embarazadas y su incidencia en el parto domiciliario en la comunidad indígena de la parroquia Ambatillo Alto.

1.2.7 Delimitación del objeto de investigación

1.2.7.1 Delimitación del contenido

- **Campo** Salud
- **Área** Enfermería-Salud pública
- **Aspecto** Incidencia de los factores socio-culturales de las embarazadas en el parto domiciliario en la comunidad indígena de la parroquia Ambatillo Alto.

1.2.7.2 Delimitación Espacial

Este trabajo investigativo se realizara en las mujeres embarazadas de la población indígena de la parroquia de Ambatillo Alto.

1.2.7.3 Delimitación Temporal.

Se llevará a cabo en el periodo Enero a Junio del 2014.

Objeto de estudio. El parto domiciliario y los factores socio culturales en la población indígena de la parroquia de Ambatillo Alto.

1.3 JUSTIFICACIÓN.

La investigación es de impacto porque la ampliación de la cobertura de salud en el primer nivel de atención, la gratuidad de los servicios de salud, con miras a que toda la población tenga las mismas oportunidades de acceso, con la debida provisión de medicamentos, promoviendo el control prenatal y el parto institucional siendo estos rechazados por las madres acudiendo a las parteras a la atención del parto sin asistencia médica y atendida en condiciones deficientes que acarrear un riesgo importante para la salud de la madre y del neonato.

El interés por conocer las razones que tienen las mujeres por preferir el parto domiciliario y superar algunas de las barreras que desmotivan a las mujeres embarazadas y su familia a concurrir a los servicios de salud para recibir atención sanitaria durante su embarazo y parto.

Es novedoso porque es el primer trabajo de investigación que se realiza en esta comunidad sobre este tema siendo el principal desafío de esta investigación conocer las razones que tienen las mujeres por preferir el parto domiciliario además aportara conocimientos acerca de la situación materna en las comunidades rurales indígenas y propone iniciativas para afrontar el problema y mejorar la

situación de salud materna-infantil elevando los índices de atención del parto institucional con un elevado nivel de satisfacción de las usuarias.

Es factible debido que para su desarrollo se cuenta con recursos humanos: las mujeres embarazadas, el acceso a la información, el personal que labora en el Centro de Salud de Ambatillo, recursos materiales y económicos asumidos por la investigadora.

Es importante realizar esta investigación siendo un problema de Salud Pública, El personal del mismo tiene como función proteger y mejorar la salud de las comunidades a través de la educación, prevención, promoción y además deben proponer iniciativas para afrontar el problema de las altas tasas de partos domiciliarios generadas por la baja accesibilidad a los centros de salud de las mujeres gestantes.

1.4 OBJETIVOS.

1.4.1 Objetivo general

Determinar los factores socio-culturales de las embarazadas y su incidencia en el parto domiciliario en la comunidad indígena de la parroquia Ambatillo Alto.

1.4.2 Objetivos específicos

- Identificar los factores socioculturales de las mujeres en relación al parto.
- Determinar las complicaciones que se dan a causa de los partos domiciliarios en la comunidad indígena de la parroquia Ambatillo Alto.
- Proponer un programa de capacitación para la promoción del parto institucional con el fin de mejorar la calidad de atención en las mujeres embarazadas por el personal del Centro de Salud de Ambatillo.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

Otis y Cols (2008) “investigación tasa de partos en hospitales y Centros de Salud en la localidad de Yapacaní-Bolivia” Tesis para obtener especialidad en Interculturalidad en la Universidad Mayor de San Andrés. El objetivo de este estudio fue identificar los factores que inhiben el acceso a centros públicos de salud para la atención del parto. La investigación fue realizada entre 62 mujeres llegando a la conclusión que 5 factores inhiben el acceso a los servicios de salud de los cuales son: el miedo o la vergüenza a hacerse atenderse en un centro público de salud, la baja calidad de la atención, lejanía u otras barreras geográficas que impedían llegar oportunamente a los centros de salud, limitaciones económicas que impedían hacer el viaje o utilizar los servicios y la percepción de que la atención sanitaria no era necesaria debido a la experiencia de partos fáciles.

Borda, Villegas (2009), realizó un estudio para determinar los factores condicionantes del parto domiciliario en 9 localidades de Bogotá-Colombia con la participación de mujeres que habían tenido su último parto en el período comprendido entre 2007 y 2008. Los resultados demostraron que las mujeres sienten mayor bienestar y seguridad en el hogar; al mismo tiempo experimentaban miedo y desconfianza hacia los médicos y hospitales que resulta en una resistencia al modelo médico occidental. También reivindicaron los derechos sexuales y reproductivos de la mujer y aseguraron que existía inequidad en el acceso a los servicios de salud.

Otro estudio realizado por Fernández y Cols (2005), también en una zona del departamento del Cuzco-Perú con la finalidad de identificar la preferencia por el

parto domiciliario comparando madres de la zona urbana y de la zona rural con partos domiciliarios de hasta 5 años atrás, concluyen que las mujeres de la zona rural tienen 16 veces más probabilidad de tener un parto en casa que las mujeres de la zona urbana y los factores socio-culturales fueron los predominantes para la preferencia del domicilio en este grupo, mientras que en el segundo fueron los factores económicos los que tuvieron más peso.

En un estudio realizado por Fernández José y Mayorga Silvia (2009), realizada en la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco, sobre las razones que llevan a la población femenina a utilizar o a prescindir de los servicios de atención de salud de la madre y el niño, se identificaron los siguientes motivos típicos para su no utilización. Se considera que los centros de salud para la madre y el niño son lugares a los que sólo se acude si se tiene problemas. Refieren que el hogar es el mejor lugar para dar a luz, dar a luz en el centro de atención de la salud es algo vergonzoso y el ambiente médico no es agradable, existe prolongadas colas hasta ser atendidas, y la actitud indiferente y el comportamiento descortés del personal del consultorio.

2.2 FUNDAMENTACIÓN FILOSÓFICA

El presente estudio tiene un punto de vista socio crítico propositivo: social porque se va a realizar con las mujeres embarazadas de Ambatillo Alto, Crítico porque el Proyecto de Investigación se basa en analizar si los factores socio culturales inciden en los partos domiciliarios. Y propositivo porque con esta investigación nos proponemos identificar las creencias, costumbres, prácticas y actitudes de las mujeres en relación al parto, porcentaje de partos domiciliarios en la comunidad indígena, grado de conocimiento de la embarazada con respecto a los partos domiciliarios y sus complicaciones y proponer estrategias para crear un ambiente de interculturalidad entre la comunidad y el personal de salud reduciendo los partos domiciliarios y mejorando la calidad de vida de esta comunidad.

La investigación tiene un fundamento epistemológico por constar con una revisión bibliográfica y datos estadísticos de los partos domiciliarios que es un problema de salud pública que se sigue practicando hasta la actualidad.

2.3 FUNDAMENTACIÓN LEGAL

Constitución Nacional del Ecuador (año 2008)

Art. 42 el estado garantizará el derecho a la salud su promoción y protección por medio del desarrollo de la seguridad alimentaria, la provisión de agua potable y saneamiento básico, el fomento de ambientes saludables en lo familiar, laboral y comunitario, la posibilidad de acceso permanente e interrumpido de servicios de salud, conforme a los principios de equidad, universalidad calidad y eficiencia.

Art. 43 de la carta magna prescribe que: los programas y acciones de salud pública serán gratuitos para todos. Los servicios públicos de atención médica. Lo serán para las personas que lo necesiten. Por ningún motivo se negará la atención de emergencia. En los establecimientos públicos o privados. El estado promoverá la cultura por la salud y la vida con énfasis en la salud sexual y reproductiva, mediante la participación de la sociedad y la colaboración de los médicos de comunicación social.

Art. 44: el estado promoverá la política nacional de salud y vigilará su aplicación controlará el funcionamiento de sus entidades del sector, reconocerá respetará y promoverá el desarrollo de las medicinas tradicionales y alternativas, cuyo ejercicio será regulado por la ley.

Art. 45. El estado organizará un sistema nacional de salud que se integrará con las entidades públicas autónomas, privadas y comunitarias del sector, funcionará de manera descentralizada, desconcentrada y participativa.

Art. 47 de la constitución política de la república establece que: en el ámbito público y privado recibirán atención prioritaria preferente y especializada los niños y adolescentes los niños y las mujeres embarazadas.

Art. 48. De la norma suprema señala: Sera Obligación del Estado la sociedad y la familia promover con máxima prioridad el desarrollo integral de niños y adolescentes y asegurar el ejercicio pleno de sus derechos. En todos los casos se aplicara el principio del interés de los niños, sus derechos prevalecerán sobre los de los demás.

Art. 56 de la Constitución Política del Ecuador, menciona que. “Las comunidades, pueblos, nacionalidades indígenas, el pueblo afroecuatoriano, el pueblo montubio y las comunas forman parte del Estado ecuatoriano, único e indivisible”.

Art. 62.- La cultura es patrimonio del pueblo y constituye elemento esencial de su identidad. El Estado promoverá y estimulará la cultura, la creación, la formación artística y la investigación científica. Establecerá políticas permanentes para la conservación, restauración, protección y respeto del patrimonio cultural tangible e intangible, de la riqueza artística, histórica, lingüística y arqueológica de la nación, así como del conjunto de valores y manifestaciones diversas que configuran la identidad nacional, pluricultural y multiétnica. El Estado fomentará la interculturalidad, inspirará sus políticas e integrará sus instituciones según los principios de equidad e igualdad de las culturas.

Ley Orgánica de Salud

Art.6 numeral 2 establece como responsabilidades del Ministerios de Salud Pública “Ejercer la Rectoría del Sistema Nacional de Salud” y en el numeral 6 “Formular e implementar políticas programas y acciones de promoción prevención y atención integral de salud sexual y reproductiva de acuerdo al ciclo de vida que permita la vigencia, respecto al goce de los derechos, tanto sexuales como reproductivos y declarar la obligatoriedad de la atención en los términos y condiciones que la realidad epidemiológica nacional y local requieran.

Código de la niñez y adolescencia

Establece en el capítulo 2 sobre los derechos de supervivencia. Art. 25 el poder público y la instituciones de salud y asistencia a niños y adolescentes crearan las

condiciones adecuadas para la atención durante el embarazo y el parto a favor de la madre y el niño o el niño, especialmente tratándose de madres adolescentes y de niños y niñas con peso inferior a 2500 gr.

El plan nacional de desarrollo del Ecuador 2007-2010, establece como metas para el sector salud hasta el año 2010, reducir el 25% de la mortalidad de la niñez, reducir el 25 % de la mortalidad infantil, reducir el 35% de la mortalidad neonatal precoz y reducir el 30% de la mortalidad materna, reducir el 25% del embarazo adolescente. Y mejorar la calidad y calidez de los servicios de salud.

Con acuerdo ministerial N° 0000253 de 11 de agosto del 2005 se declara Plan Nacional de la Reducción de la mortalidad materna con prioridad a la agencia Pública nacional.

QUE: Con memorando N° SNS-10-503-2088 del 14 de agosto del 2008, la dirección de normatización del sistema nacional de salud, solicita la elaboración del presente acuerdo ministerial y la derogatoria del acuerdo Ministerial. N° 0000253 del 11 de agosto del 2005; y

En ejercicio de las Atribuciones Legales concedidas por los artículos 176 y 179 de la constitución política de la república del Ecuador y el artículo 17 del régimen jurídico y administrativo de la función ejecutiva.

Acuerda:

Art. 1. Declarar plan nacional de reducción acelerada de la muerte materna y neonatal y los capítulos normativos que lo integran como política pública prioritaria para el sector salud.

Art. 2. Aprobar y autorizar la publicación del plan de reducción acelerada de la muerte materna y neonatal y los capítulos normativos de la norma y protocolos de salud sexual y reproductiva que lo sustentan

1. Normas y protocolos de atención materna
2. Normas y protocolos de atención neonatal

3. Manual de estándares indicadores e instrumentos para medir la calidad de atención materno infantil
4. Guía técnica para la atención del parto culturalmente adecuada.

Art. 3 disponerla difusión a nivel nacional de los instrumentos señalados en los artículos precedentes para que sean aplicados obligatoriamente en todas las unidades operativas del sector salud. Tanto públicas como privadas.

Art. 4 son responsables del seguimiento evaluación del plan de reducción acelerada de la muerte materna y neonatal y los capítulos normativos de la norma salud sexual y derechos reproductivos que lo integran. Las direcciones de gestión técnica del sistema nacional de salud, de normalización, gestión de servicios de salud y mejoramiento de la salud pública y el consejo nacional de salud Conasa. En los ámbitos de su competencia.

Art 5. Derogarse expresamente el acuerdo ministerial N° 0000253 del 11 de agosto de 2005.

Art 6. De la ejecución del presente acuerdo ministerial que entrara en vigencia a partir de la fecha de su suscripción, sin perjuicio de su publicación en el registro oficial, encárguese a las direcciones de gestión técnica del sistema nacional de salud de normalización, gestión de servicios de salud y mejoramiento de la salud pública.

Plan Nacional para el Buen Vivir

El objetivo tres del (año 2009 – 2013), “Mejorar la calidad de vida de la población”. “Reconocer, respetar y promover las prácticas de medicina ancestral y alternativa y el uso de sus conocimientos, medicamentos e instrumentos”. Literal b, “Diseñar y aplicar protocolos interculturales que faciliten la implementación progresiva de la medicina ancestral y alternativa con visión holística, en los servicios de salud pública y privada”. En el literal d. “Reconocer, formar con perspectiva de género e incorporar agentes tradicionales y ancestrales en el sistema general de salud”

2.4 CATEGORÍAS FUNDAMENTALES

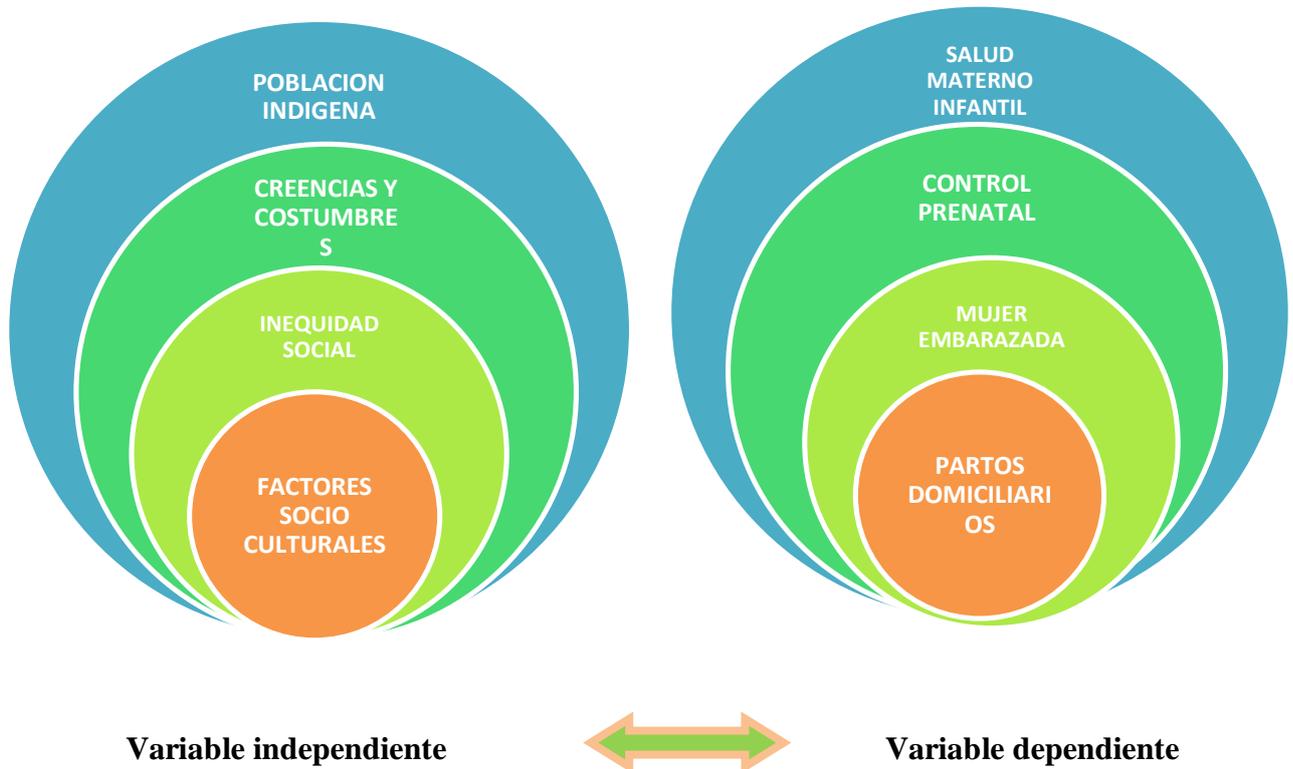


Gráfico N°. 2 Categorías fundamentales.

Autor: Jessica Montero

Fuente: Tesis de investigación

2.4.1 Constelación de Ideas de Variable Independiente

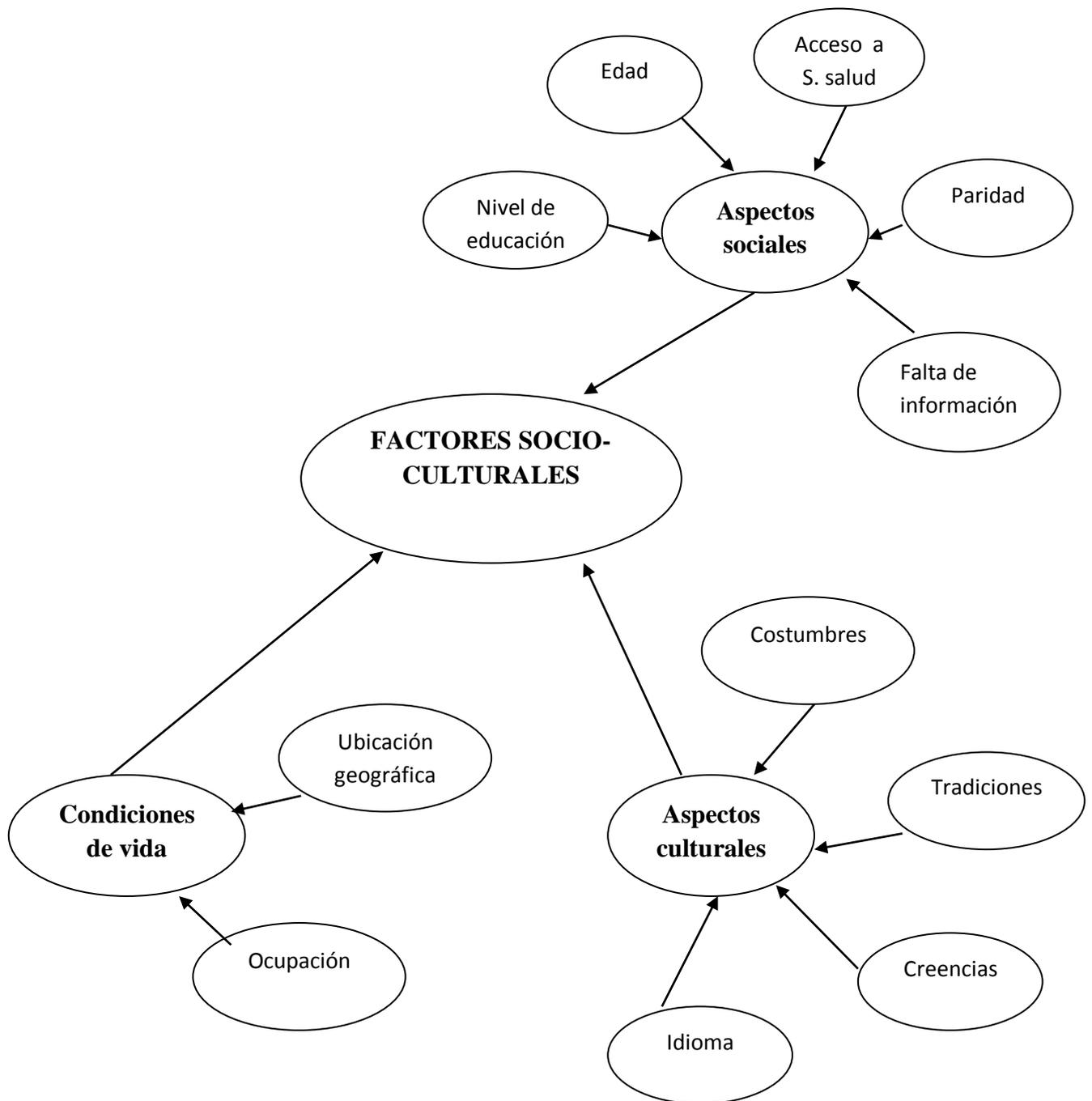


Gráfico N°. 3 Constelación de Ideas de Variable Independiente

Autor: Jessica Montero

Fuente: Tesis de investigación

2.4.2 Constelación de Ideas de Variable Dependiente

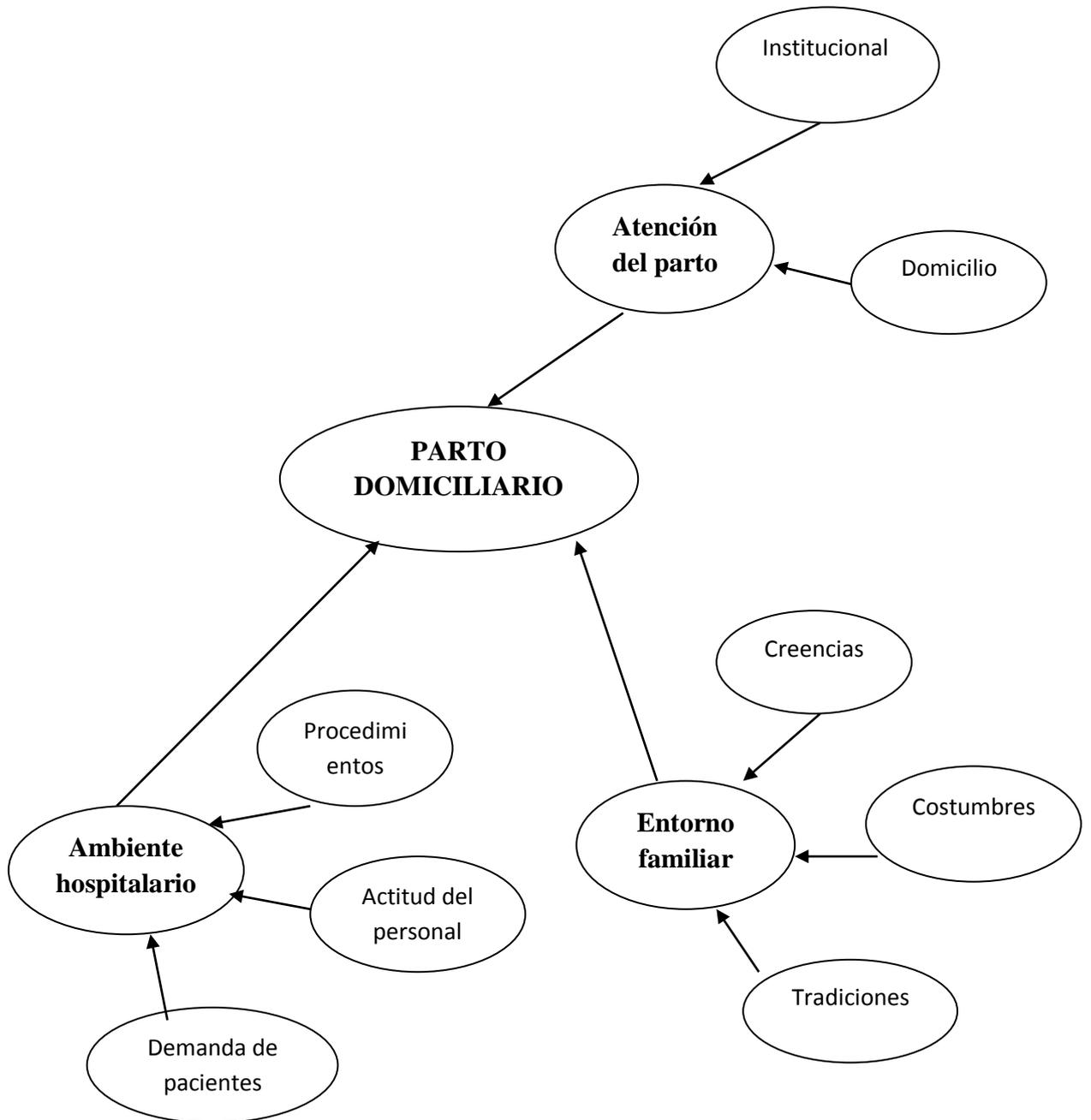


Gráfico N°. 4 Constelación de Ideas de Variable Dependiente

Autor: Jessica Montero

Fuente: Tesis de investigación

2.5 FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

2.5.1. VARIABLE INDEPENDIENTE

POBLACIÓN INDÍGENA

Se calcula que hay 370 millones de indígenas repartidos por más de 70 países. Los pueblos indígenas representan una rica variedad de culturas, religiones, tradiciones, lenguas e historias, pero siguen estando entre los grupos de población más marginados. El estado de salud de los pueblos indígenas es muy diferente del de las poblaciones no indígenas en diferentes países.

El sistema de las Naciones Unidas no ha adoptado una definición oficial de "indígenas" debido a la diversidad de los pueblos indígenas. Sin embargo, existe un concepto moderno e inclusivo de "indígenas", que abarca a los pueblos que:

- Se identifican a sí mismos y son reconocidos y aceptados por su comunidad como indígenas.
- Tienen una continuidad histórica demostrada con sociedades precoloniales o anteriores al asentamiento de otros pueblos.
- Tienen fuertes lazos con sus territorios y sus recursos naturales.
- Poseen sistemas sociales, económicos o políticos distintos.
- Conservan lenguas, culturas y creencias distintas.
- Forman grupos no dominantes de la sociedad.
- Están dispuestos a mantener y reproducir sus entornos y sistemas ancestrales como pueblos y comunidades diferenciados.

En algunas regiones puede preferirse la utilización de otros términos, tales como tribus, primeros pueblos o naciones, aborígenes, grupos étnicos, adivasi o janajati, todos ellos abarcados por el concepto moderno de "indígena".

Los pueblos indígenas siguen estando al margen de la sociedad: son más pobres, tienen un menor nivel de educación, mueren a una edad más temprana, hay más

probabilidades de que se suiciden y, en términos generales, tienen una peor salud que el resto de la población. (Climate, 2014)

Por lo antes indicado, considero que las poblaciones indígenas tienen un acceso limitado a los servicios de salud, de educación y otros servicios sociales influenciados por sus costumbres, creencias y tradiciones que se van transmitiendo de generación y así interviniendo en su calidad de vida.

Los conceptos indígenas de salud y curación:

En la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, se define a la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Esta definición va más allá del paradigma biomédico occidental tradicional, que trata el cuerpo, la mente y la sociedad como entidades distintas, y refleja un concepto más holístico de la salud. Los pueblos indígenas tienen un concepto similar de la salud, pues el bienestar es la armonía entre los individuos, las comunidades y el universo.

Los sistemas curativos tradicionales y la atención biomédica occidental coexisten en todas las regiones del mundo, pero los sistemas tradicionales tienen una función particularmente vital en las estrategias curativas de los pueblos indígenas. Según las estimaciones de la OMS, al menos un 80% de la población de los países en desarrollo utiliza los sistemas curativos tradicionales como principal fuente de atención sanitaria. (OMS, 2014)

Como nos dice el texto anterior cada cultura desarrolla métodos para enfrentar la enfermedad, pero cabe recalcar que las poblaciones indígenas recurren a los sistemas tradicionales el cual no piensa solo en su bienestar si no también con el entorno que los rodea.

Según las Naciones Unidas los niños nacidos en familias indígenas a menudo viven en zonas alejadas, donde los gobiernos no invierten en servicios sociales básicos. Por consiguiente, los jóvenes y los niños indígenas tienen un acceso limitado o nulo a la atención de la salud, la educación de calidad, la justicia y la

participación en la sociedad. Corren mayores riesgos de que su nacimiento no se inscriba y de que se les nieguen documentos de identidad. (ONU, 2005)

En los más diversos contextos geográficos existen múltiples factores que configuran un patrón que vincula de manera compleja a pueblos indígenas y pobreza. Las comunidades indígenas no tienen las mismas oportunidades de empleo y acceso a los servicios públicos, la protección de la salud, la cultura y la administración de justicia que otros grupos sociales. Este patrón se observa tanto en países desarrollados como no desarrollados -incluso cuando los pueblos indígenas son la mayoría de población nacional y ha sido históricamente construido por factores políticos, económicos, sociales, militares y ambientales, que articularon experiencias cualitativas y cuantitativas de privación material, jurídica y simbólica, y de reproducción de relaciones de desventaja. (Cimadamore, Eversole, & McNeish, 2006).

Como nos indica el texto las diferencias por clase social, etnia y género han dado origen a desigualdad y exclusión de los servicios sociales una de ellas son las brechas en salud expresadas en inequidad en el acceso a servicios y exclusión por razones culturales de cada comunidad.

CREENCIAS Y COSTUMBRES

Una creencia es el estado de la mente en el que un individuo considera como verdadero el conocimiento o la experiencia que tiene acerca de un suceso o cosa.

Puede considerarse que una creencia es un paradigma que se basa en la fe, ya que no existe demostración absoluta, fundamento racional o justificación empírica que lo compruebe. Por eso la creencia está asociada a la religión, la doctrina o el dogma: “De acuerdo a la creencia de mi pueblo, los seres humanos tenemos infinidad de vidas que se suceden unas a otras según el karma”, “No puedo apoyar una iniciativa que resulta contraria a mis creencias cristianas”, “Tenemos que respetar a quienes tienen creencias diferentes a las nuestras”.

La conformación de una creencia nace desde el interior de una persona (se desarrolla a partir de las propias convicciones y los valores morales), aunque también es influenciada por factores externos y el entorno social (la presión familiar, los grupos dominantes, etc.). (Tamayo R. 2007)

Por lo antes indicado, considero que las creencias están relacionadas con el ambiente donde vive que se van generando con influencia de otras personas como nos indica la creencia es un paradigma donde no existe fundamentación, pero nosotros como trabajadoras de salud debemos respetar las creencias de cada persona.

Por sistema de “creencias” en salud, entendemos el conjunto más o menos relacionado de valores, normas, conocimientos y comportamientos ligados a la salud, que sin ser necesariamente coherentes o estar científicamente fundados, tampoco son erróneos. En este sentido, retomamos la propuesta que sugiere que el lenguaje es un recurso para comprenderlos significados que construyen realidades sociales. (Fairclough N. 2003)

Se conoce como costumbres a todas aquellas acciones, prácticas y actividades que son parte de la tradición de una comunidad o sociedad y que están profundamente relacionadas con su identidad, con su carácter único y con su historia. Las costumbres de una sociedad son especiales y raramente se repiten con exactitud en otra comunidad, aunque la cercanía territorial puede hacer que algunos elementos de las mismas se compartan. (Rodríguez, L. 2008)

Considero que las costumbres son hábitos de una comunidad que las distinguen de otras estas se van transmitiendo de una generación en otra con el objetivo de mantener su origen lo que son lo que piensan convirtiéndose estas en tradiciones.

En casi todos los países, los conocimientos y creencias tienen una influencia muy grande sobre las costumbres y tradiciones, muchas prácticas son específicamente diseñadas para proteger y promover la salud; un ejemplo es suministrar a las mujeres alimentos abundantes en energía durante los primeros meses después del

parto, algunas prácticas tradicionales y tabúes de ciertas sociedades. (Pelcastre, 2005)

Cada cultura interpreta y da significado a su propia existencia y al mundo que la rodea, pensando y organizando la realidad de una manera determinada. Lo anterior se aplica a todos los eventos de la vida entre los que se cuenta la maternidad, que en este sentido se ve revestida de valores culturales, sociales y afectivos. Las creencias, mitos y tabúes alrededor de la maternidad muchas veces se conjugan en la figura de la partera, en quien se deposita gran parte de la responsabilidad para el cuidado de la reproducción biológica y sociocultural.

En algunos trabajos sobre las nociones de la maternidad en poblaciones indígenas, se establece una equivalencia entre mujer y fertilidad, cuya asociación prevalece en muchas regiones de México.

Su estudio nos puede revelar los significados que se construyen alrededor de la condición femenina y la vivencia que se tiene de eventos como el embarazo, el parto y el puerperio. El conocimiento de estas ideas es importante, ya que de ellas se desprenden necesidades de tratamiento a base de ritos mágico-religiosos que son indispensables para el restablecimiento de la salud y cuyo manejo debe estar a cargo de personas que comparten estas mismas creencias.

La comprensión de las costumbres, las creencias y acciones asociadas a la reproducción, el embarazo, el nacimiento y la crianza de las niñas y los niños, es el primer paso para integrar esta práctica en esquemas alternativos de atención, cuyo objetivo sea la eliminación paulatina de los riesgos asociados a una maternidad en condiciones de desigualdad y marginación, y representa al mismo tiempo, la oportunidad de crear un modelo de partera, capacitada especialmente para las circunstancias de cada lugar. (Aguirre, Beltrán G. 2008).

Por lo antes indicado considero que la maternidad es uno de los actos más importantes en toda mujer dada la importancia y el riesgo que representa el embarazo y el parto, cada cultura ha desarrollado un método de cuidado de la

salud específico para éste acontecimiento, como es de las poblaciones indígenas quienes son influenciados por sus creencias, costumbres y tradiciones escogiendo a la partera como persona adecuada para dar vida.

Mediante la transmisión de sus costumbres y tradiciones, un grupo social intenta asegurar que las generaciones jóvenes den continuidad a los conocimientos, valores e intereses que los distinguen como grupo y los hace diferentes a otros.

Conservar las tradiciones de una comunidad o de un país significa practicar las costumbres, hábitos, formas de ser y modos de comportamiento de las personas.

La cultura es el conjunto de rasgos distintivos, espirituales y materiales, intelectuales y afectivos, que caracterizan a una sociedad o grupo social en un periodo determinado. El término cultura engloba además modos de vida, ceremonias, arte, invenciones, tecnología, sistemas de valores, derechos fundamentales del ser humano, tradiciones y creencias. A través de la cultura se expresa el hombre, toma conciencia de sí mismo, cuestiona sus realizaciones, busca nuevos significados y crea obras que le trascienden. (Portugal 2007).

INEQUIDAD SOCIAL

La inequidad social se refiere a una situación en la que no todas las personas y ciudadanos de una misma sociedad, comunidad o país, tienen los mismos derechos, obligaciones, bienes, beneficios o acceso a tales. Gómez, S. (2009)

Como nos dice el texto la inequidad es una desigualdad que existe en la sociedad, a no tener acceso a todos los servicios, ya sea por su etnia, religión, origen las personas reciben un trato desigual y hasta discriminatorio.

Las principales consecuencias de la inequidad Social son:

Pobreza: es la principal consecuencia frente a la desigual distribución de los recursos. En los países menos desarrollados son las personas más pobres y los

menos favorecidos de la sociedad los que pagan mayores impuestos en proporción con otros sectores de la sociedad.

Derecho a Sanidad: las condiciones sociales en las que la gente nace, vive y trabaja determinan directamente el nivel de Salud de la población, según la Organización Mundial de la Salud. En los países más pobres no todos tienen acceso al sistema sanitario ni a medicamentos.

Desnutrición: Este mal afecta a 146 millones de niños en el mundo. La falta de recursos económicos priva no sólo del alimento, sino también de la educación necesaria para alimentarse de forma correcta.

Inmigración: la mayoría de las personas que emigran lo hacen por motivos económicos, escapando de situaciones de hambre y miseria de países con una alta desigualdad social.

Enfermedades: los niños desnutridos tienden a morir de enfermedades comunes. El régimen alimenticio que llevan estos niños no los protege contra las infecciones.

Falta de educación: Más de 550 millones de mujeres en el mundo son analfabetas. En algunos países como Níger, Burkina Faso, Pakistán o Bangladesh la desigualdad educativa es marcada entre mujeres y hombres, ya que toda la población femenina tiene menos posibilidades de acceder a la educación.

Falta de Inserción laboral: la pobreza, la exclusión social y la desigualdad en renta, disminuyen las oportunidades de empleo de la población. (Álvarez, L. 2009)

Por lo antes indicado puedo mencionar que la inequidad trae consigo muchas consecuencias afectando no solo al adulto sino también a los más inocentes como son los que están dentro de una madre, incluyéndose estos a las desigualdades sociales como es acceso a todos los servicios sociales, generando un problema para la sociedad por no tener los mismos derechos y recibir discriminaciones por parte de los demás.

Características:

También las inequidades se manifiestan en la atención de salud, educación, en la

producción de actividades y en la disponibilidad de recursos. Esta desigual oferta de actividades y recursos se aprecia entre:

1. Los sectores públicos y privados.
2. Distintas regiones o comunas del país.
3. Diferencias por grupos sociales.
4. Diferentes niveles de atención de salud.

La exclusión social y las inequidades persistentes en la distribución de la riqueza y en el acceso y la utilización de los servicios se reflejan en los resultados de salud. Estos factores siguen siendo los principales obstáculos para el desarrollo humano inclusivo en la Región y obstaculizan las estrategias de lucha contra la pobreza, así como la unidad social y el mejoramiento de las condiciones de salud de la población. La discriminación racial y por razón de género agrava aún más la exclusión social y la inequidad.

Generalmente se utilizan tres medidas principales para describir las inequidades:

- Las desventajas en materia de salud debidas a las diferencias entre los sectores de la población o las sociedades.
- Las brechas de salud, que se forman por las diferencias entre las personas que están en peor situación y el resto de la población.
- Los gradientes de salud, relacionados con las diferencias encontradas a lo largo de todo el espectro de la población.

Los datos probatorios indican cada vez más que los pobres tienen la peor salud; este es un fenómeno mundial que se presenta en los países de ingresos bajos, medianos y altos. Los datos dentro de los países indican que, en general, cuanto más baja es la posición socioeconómica de una persona, peor es su salud. A esto se le conoce como gradiente social de la salud y significa que las inequidades en salud afectan a todos.

En marzo de 2005, se lanzó en Chile la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) de la Organización Mundial de la Salud (OMS), a la que se encomendó la tarea de reunir pruebas sobre las inequidades, a fin de comprender los determinantes sociales de la salud y sus repercusiones sobre la equidad

sanitaria, y formular recomendaciones para la adopción de medidas. En su informe de 2008, la Comisión definió los determinantes sociales de la salud como "las condiciones en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, y los factores estructurales de esas condiciones, o sea, la distribución del poder, el dinero y los recursos". Así, aunque una buena atención médica es de importancia fundamental, el bienestar no se logrará a menos que se aborden las causas sociales subyacentes que socavan la salud de la gente. La Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud formuló tres recomendaciones integrales:

- 1) Mejorar las condiciones de vida cotidianas;
- 2) Luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos; y
- 3) Medir y entender el problema y evaluar la repercusión de las medidas.

Teniendo en cuenta estas recomendaciones, un movimiento mundial y regional dedicado a buscar soluciones para las inequidades en salud y los problemas relacionados con el gradiente social ha apoyado el trabajo de la CDSS y la aplicación de sus recomendaciones. (Wagstaff A, 2012)

Por lo antes indicado, considero que la desigualdad afecta a las personas de más bajos recursos, he aquí el dicho que los más pobres tienen la peor salud, generando brechas a mejorar sus condiciones de vida he aquí la intervención de los promotores de salud, quienes tienen la obligación de romper esas brechas y promocionar la salud trabajando con equidad e interculturalidad.

El Ministerio de Salud de Chile refiere que en América Latina las diferencias por clase social, etnia, género y edad han dado origen a desigualdad y exclusión. Chile no es excepción, aun cuando se ha avanzado relativamente en abandonar la invisibilidad del problema que se expresa en la inequidad que traen aparejadas esas desigualdades. La tarea es reconocer dónde se producen las brechas para incorporar procesos de integración social. Una de ellas son las brechas en salud expresadas en inequidad en el acceso a servicios y exclusión por razones

culturales, muchas veces producto de desconocimiento o subestimación de la cosmovisión indígena de la salud. (MSCH, 2009)

Considero que la inequidad se da en la mayoría de países y por no decir en todos, donde las grandes autoridades deben reconocer donde está el problema para buscar estrategias que ayuden a la integración social para mejorar sus condiciones de vida y alcanzar así el completo bienestar.

FACTORES SOCIO CULTURALES

Se utiliza el término sociocultural para hacer referencia a cualquier proceso o fenómeno relacionado con los aspectos sociales y culturales de una comunidad o sociedad. De tal modo, un elemento sociocultural tendrá que ver exclusivamente con las realizaciones humanas que puedan servir tanto para organizar la vida comunitaria como para darle significado a la misma. (Definición ABC, 2014)

Por lo antes indicado, considero que cada sociedad es decir cada persona se encuentra rodeada por una cultura o forma de pensar y actuar de la misma, todos estos con una identidad cultural.

Los factores o determinantes sociales nos llevan a comprender el proceso salud-enfermedad que para algunos representan los factores de riesgo de la epidemiología clásica, las condiciones sociales en que vive una persona influyen sobremanera en su estado de salud. En efecto circunstancias como:

La educación: también determina las oportunidades de empleo, los ingresos familiares y la participación en los programas de protección social. Además, estos factores influyen mucho en la accesibilidad a los servicios de salud, de manera que no es sorprendente que las familias con menos educación tengan peores resultados de salud.

Acceso a servicios: la atención médica y sanitaria, en sus aspectos de promoción, protección y recuperación de la salud y de prevención, control y tratamiento de la

enfermedad en una población son determinantes del estado de salud en dicha población. En particular, el acceso económico, geográfico y cultural a los servicios de salud, la cobertura, calidad y oportunidad de la atención de salud, el alcance de sus actividades de proyección comunitaria y la intensidad de ejercicio de las funciones esenciales de salud pública son ejemplos de determinantes de la salud en este nivel de agregación

La pobreza: Las personas y grupos sociales que están más abajo en la escala social, poseen dos veces más riesgo de contraer enfermedades graves y de fallecer prematuramente.

Nivel de ingresos: Se ha demostrado que las mejoras en los ingresos y la educación guardan una relación cada vez más favorable con la salud. La ocupación también es pertinente para la salud, no solo por la exposición a riesgos específicos en el lugar de trabajo, sino también porque sitúa a las personas en la jerarquía social. Los datos estadísticos de salud revelan la influencia de este tipo de variable en las desigualdades de salud en los distintos niveles de agrupación.

Origen étnico: La discriminación y la exclusión racial y étnica afectan todas las esferas de oportunidades a lo largo de la vida, incluidas las relacionadas con la salud. Dado que no es fácil conseguir datos desglosados por raza o grupo étnico, las pruebas actualizadas y empíricas sobre las consecuencias de la discriminación racial o étnica son fragmentarias y limitadas.

Constituyen factores determinantes de buena parte de las desigualdades que existen en estas familias. Los marcos institucionales socioeconómicos y macroeconómicos, el conjunto de valores sociales aplicados por una determinada sociedad y las políticas públicas inequitativas son factores de fundamental importancia en la conformación de las inequidades sociales. Las desventajas sociales pueden manifestarse en forma absoluta o relativa, y la tendencia es a concentrarse en los mismos grupos sociales, sus efectos en la salud se acumulan durante toda la vida.(Cimadamore, Eversole, & McNeish, 2006)

Como el texto nos indica los factores sociales de la salud se entienden como las condiciones sociales en que las personas viven y trabajan, como una de estas educación, edad, inequidad y discriminación influyen en el estado de salud de la población y determinan la desigualdad de las condiciones de vida, no siendo éstas resultado de la libre elección de las personas.

Está ampliamente demostrado que los factores sociales, como la educación, la situación laboral, el nivel de ingresos, el sexo y el origen étnico, tienen una clara influencia en la salud de una persona. En todos los países, ya sean de ingresos bajos, medios o altos, existen grandes diferencias en cuanto al estado de salud entre los distintos grupos sociales. Cuanto más bajo es el nivel socioeconómico de una persona, mayor es el riesgo de mala salud.

La salud de la gestante y el del feto son especialmente sensibles a las condiciones en las cuales transcurre el embarazo. Las condiciones sociales y culturales de la familia y de la madre son factores a tener en cuenta, el lugar que ocupa la madre en la sociedad de que se trate, el nivel socioeconómico de la familia y las determinantes más generales como el desarrollo social, económico y tecnológico de su país de origen, que han sido objeto de atención de los especialistas de países de diverso nivel de desarrollo.

Hoy más que nunca la salud ocupa un lugar prioritario en la agenda de desarrollo internacional, y las inequidades en materia de salud surgidas dentro de cada país y entre ellos constituye la principal preocupación de la comunidad mundial. Se presenta una oportunidad sin precedentes para mejorar la salud en algunas de las comunidades más pobres y vulnerables del mundo si se opta por enfoques que aborden las causas reales de los problemas de salud. La causa más poderosa reside en las condiciones sociales en las que viven y trabajan las personas, conocida como factores sociales determinantes de la salud o determinantes sociales de la salud. Los determinantes sociales reflejan la posición de la gente en la escala social, económica y de poder. Se ha comprobado que la mayor parte de la carga

mundial de morbilidad y el grueso de las inequidades en materia de salud son debidos a los determinantes sociales. (Leon, D. & Walt, G 2009)

La comprensión de los factores sociales o culturales que originan los conocimientos de las actitudes y prácticas de las personas en el mantenimiento y restauración de la salud, son primordiales. El desafío de la salud pública es traducir la información sociocultural en una información práctica para promover el bienestar de los individuos y comunidades indígenas. Las actividades han estado dirigidas a apoyar la formulación y puesta en práctica de políticas y estrategias integradas en el desarrollo de los sistemas de salud tendientes al logro del acceso equitativo para los pueblos indígenas, dentro del contexto de la reforma sectorial.

Los culturales. El nivel cultural de la persona o de un pueblo favorece, en principio, la capacidad de adquirir hábitos saludables, distinguir lo saludable de lo nocivo, educarse para consumir desde la moderación y criterio razonable, solidarizarse con los necesitados. Los valores sirven para orientar la vida de la persona y adquieren importancia al convertirse en normas y estilos de vida saludables o nocivos, en la aceptación de la enfermedad y del dolor; y en considerar a la salud como parte del código de valores de la persona. (Linares, N. & López, O. 2008)

Todas las culturas tienen diferentes costumbres, creencias y tradiciones y de ahí se desprenden los hábitos particulares de cada persona, como son sus prácticas y conocimientos adquiridos empíricamente al momento del proceso de salud enfermedad, por lo que estos tienen mucha influencia en cada comunidad, generando brechas para el acceso a los instituciones, desencadenando problemas de salud.

2.5.2. VARIABLE DEPENDIENTE

SALUD MATERNO-INFANTIL

Conjunto de actividades destinadas a fomentar la adquisición de hábitos de salud e higiene durante el embarazo, la preparación al parto y el puerperio, así como para el cuidado del recién nacido y la promoción de la lactancia materna, aportando consejos de educación sanitaria a través de programas de salud. (Schwartz, 1997)

Por lo antes indicado, considero que la salud materno infantil está encaminada en dar conocer a la madre estilos de vida saludables, como promoviendo cuidados durante y después del embarazo, con la finalidad de fomentar un entorno familiar saludable.

La salud materno-infantil consiste en atender con calidad total a la mujer y al niño; insistiendo en un cuidado preventivo del binomio madre-hijo, procurando hacer un diagnóstico y tratamiento correcto de todos los problemas que presentan las madres y los niños, basándonos en ese sentido holístico de análisis integral y sistémico de un fenómeno multi causal, de la medicina que refiere el concepto de salud definido por la OMS, nos hará tener una generación fuerte, vigorosa y productiva. (Sánchez & Díaz, 2011)

Considero que la salud materno infantil ofrece un cuidado integral a la embarazada para prevenir la presencia de cualquier tipo de complicaciones o enfermedades que puedan alterar su embarazo y cuidar de la madre y del niño como su crecimiento y adaptación para que tengan mejores condiciones de vida.

La enfermería materno infantil se define como todos los cuidados que se proveen durante y después del embarazo tanto para la madre como el niño. La enfermería materno infantil tiene como objetivo el prevenir complicaciones o enfermedades

que puedan interferir en el funcionamiento normal del ciclo reproductivo, el embarazo y el nacimiento.

Sus especialistas son conocidos en muchas partes del mundo como matrona que es una palabra derivada del latín asociada a quién provee cuidados a la madre gestante y al bebé. Algunos términos asociados son: comadrona y/o partera. Las enfermeras maternas generalmente asisten a los obstetras en el momento del parto.

El concepto de enfermería materno infantil ofrece un cuidado integral a la gestante y a su familia con el fin de mejorar su salud, prevenir complicaciones y ayudar a que tenga mejores condiciones de vida. El objeto de acción del enfermero materno infantil empieza desde el ciclo reproductivo pasa por el embarazo y el parto, el puerperio y continua con el cuidado de la salud familiar.

Es educar a las mujeres embarazadas sobre su estado fisiológico dándole consejos y recomendaciones para que esta etapa de su vida sea grata sin ninguna anomalía tanto para ella como el feto y evitar complicaciones en la hora del parto y de igual manera trabaja con niños llevando su control de peso, talla, vacunas entre muchas actividades más. (Batista, 2001).

Como el texto nos indica la salud materno infantil es el conjunto de acciones que realiza el personal de salud que atiende a la embarazada promocionando sus servicios, educando sobre cuidados durante y después del embarazo con el fin de que la, madre y el niño vivan en óptimas condiciones de salud.

Algunas de las situaciones que son atendidas por dentro de su definición son:

- Métodos de planificación familiar: Inyecciones, métodos intrauterinos, pastillas, implantes subcutáneos.
- Cuidado de la salud reproductiva de la mujer: Citologías, examen de cuello uterino, mamografías, entre otras.
- Signos vitales de la madre y de la criatura durante el embarazo
- Nutrición de la madre
- Atención del parto

- Atención posparto
- Atención peri y posnatal: recuperación de la madre y cuidado del bebé
- Crecimiento y desarrollo del bebé
- Lactancia materna: técnicas para amamantar
- Cuidados del recién nacido

CONTROL PRENATAL

Se entiende por control prenatal, a la serie de entrevistas o visitas programadas de la embarazada con los integrantes del equipo de salud, con el objetivo de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y la crianza del niño.

Por lo antes indicado, considero que el control prenatal es un paso muy importante en la vida de la embarazada, ya que en estas citas que acude la gestante el personal de salud tiene la gran responsabilidad de educar y promocionar los beneficios de las instituciones de salud.

Características

- Un control prenatal eficiente debe cumplir con cuatro requisitos básicos:

Precoz

La primera visita debe efectuarse tempranamente, en lo posible durante el primer trimestre de la gestación. Esto permite la ejecución oportuna de las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud que constituyen la razón fundamental del control. Además, torna factible la identificación temprana de los embarazos de alto riesgo, aumentando por lo tanto la posibilidad de planificar eficazmente el manejo de cada caso en cuanto a las características de la atención obstétrica que debe recibir.

Periódico

La frecuencia de los controles prenatales varía según el grado de riesgo que presenta la embarazada. Para la población de bajo riesgo se requieren 5 controles.

Completo

Los contenidos mínimos del control deberán garantizar el cumplimiento efectivo de las acciones de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud.

Amplia cobertura

En la medida que el porcentaje de la población controlada es más alto (lo ideal es que abarque a todas las embarazadas) mayor será el impacto positivo sobre la morbimortalidad materna y perinatal.

Objetivos

El Control Prenatal tiene los siguientes objetivos:

- Brindar contenidos educativos para la salud de la madre, la familia y la crianza.
- Prevenir, diagnosticar y tratar las complicaciones del embarazo.
- Vigilar el crecimiento y vitalidad del feto.
- Detectar y tratar enfermedades maternas clínicas y subclínicas.
- Aliviar molestias y síntomas menores asociados al embarazo.
- Preparar a la embarazada física y psíquicamente para el nacimiento.

En general, para realizar un control prenatal efectivo no se precisan instalaciones costosas, aparatos complicados, ni un laboratorio sofisticado; pero sí requiere el uso sistemático de una Historia Clínica que recoja y documente la información pertinente y el empleo criterios de tecnologías sensibles que anuncien tempranamente la existencia de un riesgo mayor al esperado. (Schwartz, 1997)

Identificación de factores de riesgo

Factor de riesgo es la característica o atributo biológico, ambiental o social que cuando está presente se asocia con un aumento de la posibilidad de sufrir un daño a la madre, el feto o ambos.

Desde el punto de vista perinatal los problemas que con mayor frecuencia se asocian a morbimortalidad son la prematuridad, la asfixia perinatal, las malformaciones congénitas y las infecciones. De ahí que las estrategias del control prenatal están orientadas a la prevención, diagnóstico oportuno y tratamiento de las patologías que condicionan los problemas anteriormente

enunciados.

Los problemas que se asocian a morbilidad materna son la hemorragia obstétrica, las infecciones, el síndrome hipertensivo del embarazo y las enfermedades maternas pregestacionales:

Condiciones socio-demográficas

- Edad < de 17 años o > de 35 años.
- Desocupación personal y/o familiar.
- Analfabetismo.
- Desnutrición.
- Obesidad.
- Dependencia de alcohol, drogas ilícitas y abuso de fármacos en general.
- Tabaquismo.
- Violencia Doméstica

Obstétricos

- Muerte perinatal en gestación anterior.
- Antecedente de recién nacido con malformaciones del tubo neural.
- Amenaza de parto prematuro en gestas anteriores.
- Recién nacido con peso al nacer < de 2500 g, igual > a 4000 g.
- Aborto habitual o provocado.
- Cirugía uterina anterior.
- Hipertensión.
- DBT gestacional en embarazos anteriores.
- Nuliparidad o multiparidad.
- Intervalo intergenésico < de 2 años

Patologías del embarazo actual

- Desviaciones en el crecimiento fetal.
- Embarazo múltiple.
- Oligoamnios/ polihidramnios.
- Ganancia de peso inadecuada.
- Amenaza de parto pretérmino o gestación prolongada.

- Preeclampsia.
- Hemorragias durante la gestación.
- Ruptura prematura de membranas ovulares.
- Placenta previa.
- Diabetes gestacional.
- Hepatopatías del embarazo
- Malformaciones fetales.
- Madre con factor RH negativo con o sin sensibilización.
- Óbito fetal.
- Enfermedades Infecciosas: TBC, Sífilis, HIV; Rubéola; Citomegalovirus, Parvovirus B19; Varicela, Herpes Genital, HPV, Hepatitis A, B y C, Chagas, Toxoplasmosis Aguda.

Patologías maternas previas al embarazo

- Cardiopatías.
- Neuropatías.
- Endocrinopatías.
- Hemopatías.
- Hipertensión arterial.
- Epilepsia.
- Enfermedades Infecciosas.

Diagnóstico de edad gestacional.

Se efectuará tomando en consideración la fecha de la última menstruación (FUM), en las mujeres con FUM confiable y con ciclos menstruales regulares que no hayan estado últimamente usando anticonceptivos. Se utilizaran para el cálculo las reglas clásicas (Pinard, Naegele) o haciendo uso del gestograma.

De ser posible realizar Biometría Ecográfica antes de las 14 semanas para ajustar dicho cálculo, teniendo en cuenta que los márgenes de error del método disminuyen su confiabilidad a partir del segundo trimestre. La evaluación de la

edad gestacional mediante la utilización de la ecografía entre las 7-12 semanas es calculada generalmente por la medida de la longitud embrionaria máxima.

Aplicación de tecnologías apropiadas

Gestograma

Esta tecnología de apoyo facilita, a partir de la fecha de última menstruación, calcular la edad gestacional y del recién nacido, vigilar el crecimiento y la vitalidad fetal, verificar la normalidad del incremento de peso materno, de la presión arterial y de las contracciones uterinas.

También recuerda las medidas antropométricas feto neonatales ecográficas

Cinta obstétrica

La medición de la altura uterina es un método sencillo y accesible para todos los niveles de atención y debe realizarse en cada control a partir del segundo trimestre (Lindhard, 1990).

La cinta métrica debe ser flexible e inextensible. Se realiza con la embarazada en decúbito dorsal, el extremo de la cinta en el borde superior del pubis, dejándola deslizarse entre los dedos índice y mayor hasta alcanzar con el borde de la mano el fondo uterino.

La medida seriada de la altura uterina durante el control prenatal permite verificar el crecimiento fetal normal y detectar posibles desviaciones. Para ello se diseñó una curva de altura uterina en función de la Edad Gestacional.

Curva de altura uterina en función de la edad gestacional

Se considera un incremento normal cuando la medida se encuentra entre los percentiles 10 y 90 de dicha curva. Cuando los datos de amenorrea son confiables y se descarta la posibilidad de feto muerto y oligoamnios, la medida de la altura uterina permite diagnosticar un crecimiento intrauterino retardado con una sensibilidad del 56 % y una especificidad del 91 %.

Para diagnosticar macrosomía fetal una vez descartada la gestación múltiple, polihidramnios y miomatosis uterina, la sensibilidad es de 92 % y la especificidad de 72%.

Historia Clínica Perinatal

Para garantizar una correcta ejecución de la norma de control prenatal es imprescindible disponer de un sistema que permita registrar toda la información relevante para una correcta planificación de la atención de la embarazada y su hijo. El sistema de registro es el instrumento más apropiado para supervisar el cumplimiento de la norma y brindar los datos indispensables para su evaluación ulterior.

La Historia Clínica Perinatal Base (HCPB) fue diseñada para cumplir con los siguientes objetivos:

- Servir de base para planificar la atención de la embarazada y su hijo y facilitar el funcionamiento de los servicios perinatales.
- Normalizar y unificar la recolección de datos.
- Facilitar al personal de salud la aplicación de normas de atención para la embarazada y el recién nacido.
- Ofrecer elementos indispensables para la supervisión y evaluación en los centros de atención para la madre y el recién nacido.
- Ayudar a la capacitación del equipo de salud.
- Conocer las características de la población asistida.
- Constituir un registro de datos perinatales para la investigación en servicios de salud.
- Constituir un registro de datos de interés legal para la embarazada, su hijo, el equipo de salud y la institución responsable de la atención.
- Además, cuenta con un sistema de advertencia sobre algunos factores que pueden elevar el riesgo perinatal o que requieren mayor atención, seguimiento o cuidado.
- Este sistema se caracteriza por destacar algunos casilleros con color amarillo. Este color se usa como código internacional de alerta.
- En el reverso de la HCPB aparecen listas abreviadas para la codificación de las patologías más frecuentes del embarazo, parto, puerperio y del recién nacido, como así también un listado para la codificación de las principales indicaciones de parto operatorio o de inducción al parto, además de una lista de medicación efectuada durante el parto.

Diagnóstico de la condición fetal

Los elementos clínicos que permiten evaluar la condición fetal son:

- latidos cardíacos fetales
- movimientos fetales
- tamaño uterino
- estimación clínica del peso fetal
- estimación clínica del volumen de líquido amniótico

Es necesario enfatizar que la alteración de alguno de estos parámetros no constituye por sí solo una justificación para decidir la interrupción del embarazo, sino que deben efectuarse una serie de procedimientos diagnósticos los que en conjunto con el conocimiento de la edad gestacional del feto, permitirán, una adecuada decisión obstétrica.

- Latidos cardíacos fetales. Los LCF son auscultables con estetoscopio de Pinard desde el quinto mes de embarazo (20 semanas). Con equipos portátiles de ultrasonido pueden ser identificados desde las 10 semanas. Su presencia es un signo de vida fetal, mientras que la aceleración de la frecuencia cardíaca con los estímulos externos, o con movimientos fetales espontáneos, es un signo de salud fetal. La frecuencia cardíaca fetal se considera como normal en el rango de 120 - 160 latidos por minuto; valores inferiores o superiores, se denominan bradicardia y taquicardia fetal, respectivamente, y son signos sospechosos de hipoxia fetal.

- Movimientos fetales. La percepción materna de los movimientos fetales ocurre entre las 18 y 22 semanas. Su presencia es un signo de vida fetal, mientras que el aumento de la actividad fetal especialmente postprandial constituye un signo de salud fetal. La disminución significativa de la actividad fetal es un signo sospechoso de hipoxia fetal.

- Tamaño uterino. Desde las 12 semanas de amenorrea el fondo uterino se localiza sobre la sínfisis pubiana y puede ser medido en su eje longitudinal, desde el borde superior de la sínfisis pubiana hasta el fondo uterino. Para esto se utiliza una cinta de medir flexible, graduada en centímetros, la cual se desliza entre el dedo medio

y el índice del operador. La madre debe ubicarse en decúbito dorsal con las piernas semiflectadas.

La medida obtenida debe ser localizada en una tabla de altura uterina/edad gestacional; de esa forma obtendremos indirectamente una estimación del tamaño fetal y su progresión en cada control prenatal.

- Estimación clínica del peso fetal. Probablemente sea uno de los contenidos que tiene mayor dificultad en el control prenatal, ya que exige experiencia para su determinación. En nuestra experiencia, el error de estimación del peso fetal en embarazo del tercer trimestre es 10%. La estimación obtenida, en relación a la edad gestacional, se localiza en la Tabla de Crecimiento Fetal desarrollada por Juez y col. Lo que permite el diagnóstico de adecuación para la edad gestacional.

- Estimación clínica del volumen de líquido amniótico. Las alteraciones cuantitativas del volumen de líquido amniótico constituyen un factor de alto riesgo de morbilidad y mortalidad perinatal. El oligoamnios se puede sospechar cuando hay una altura uterina disminuida, con una palpación extremadamente fácil de las partes fetales. Este hallazgo debe ser siempre confirmado con ultrasonografía. El oligoamnios se asocia a rotura prematura de las membranas ovulares, retardo del crecimiento fetal, hipoxia fetal crónica y malformaciones congénitas como la agenesia renal.

El polihidroamnios se sospecha cuando hay una altura uterina aumentada con palpación dificultosa de las partes fetales. Debe ser siempre confirmado con un examen ultrasonográfico. Se asocia a patologías como embarazo gemelar, diabetes mellitus, hidrops fetal y malformaciones congénitas como la atresia esofágica y del sistema nervioso central.

Diagnóstico de la condición materna

La evaluación de la condición materna se inicia con una anamnesis personal y familiar, en busca de patologías médicas que puedan influir negativamente en la

gestación. De igual forma se recopilarán antecedentes obstétricos previos, especialmente antecedentes de recién nacidos de bajo peso, macrosomía, mortalidad perinatal, malformaciones congénitas, etc. Es importante obtener la información del nivel educacional materno, actividad laboral como trabajos con esfuerzo físico importante, contactos con tóxicos, radiaciones o material biológico, con fines de solicitar a su empleador una readecuación laboral o suspender su actividad. Se practicará un examen físico general y segmentario con fines de diagnosticar patologías asintomáticas y derivar a especialistas. El examen físico incluye un examen ginecológico en el cual se hace una inspección perineal (descartar hemorroides, parásitos externos anales y pubianos, vulvovaginitis, condilomas, etc.) y vulvovaginal (tomar Papanicolaou). Posteriormente, en cada control prenatal, se hará la evaluación nutricional según índice peso/talla, control de presión arterial, albuminuria, hematocrito y examen físico según síntomas maternos.

Educación materna

Este objetivo es fundamental para el éxito del control prenatal y de las futuras gestaciones. De igual modo, la embarazada bien instruida sirve como docente de otras embarazadas que están sin control prenatal o en control prenatal deficiente. El primer control prenatal es fundamental para instruir a la embarazada acerca de la importancia del control prenatal precoz y seriado. Se debe explicar de manera simple y adecuada al nivel de instrucción materno el futuro programa de control prenatal.

Constituyen puntos ineludibles los siguientes contenidos educacionales:

- Signos y síntomas de alarma
- Nutrición materna
- Lactancia y cuidados del recién nacido
- Derechos legales
- Orientación sexual

- Planificación familiar
- Preparación para el parto
- Signos y síntomas de alarma.

La embarazada debe estar capacitada para reconocer y diferenciar las molestias que son propias de la gestación de aquellas que constituyen una emergencia obstétrica y, por lo tanto, concurrir oportunamente al Servicio Obstétrico donde atenderá su parto. De ahí que la embarazada debe conocer la ubicación geográfica exacta del centro asistencial, idealmente debe conocerlo antes de que se presente una emergencia o ingrese en trabajo de parto. Es probable que este punto sea uno de los más estresantes para el grupo familiar y que tiene una simple solución.

La embarazada debe estar capacitada para reconocer flujo genital hemático tanto en primera mitad (ectópico, enfermedad trofoblasto, aborto), como en segunda mitad del embarazo (placenta previa, desprendimiento placenta normoinsera), y reconocer flujo genital blanco (rotura prematura de membrana, leucorrea, escape urinario).

Debe estar informada de su edad gestacional y fecha probable de parto. Este último punto genera angustia del grupo familiar y de la embarazada cuando se cumplen las 40 semanas y no se ha producido el parto. De ahí que se debe informar que el rango normal de desencadenamiento del parto es entre las 39 y 41 semanas.

Debe estar informada que los movimientos fetales serán reconocidas por ella alrededor del quinto mes y que su frecuencia e intensidad son un signo de salud fetal.

Debe estar capacitada para reconocer el inicio del trabajo de parto, con fines de evitar concurrencias innecesarias a la Maternidad, y, muy especialmente, la contractilidad uterina de pretérmino. Debe estar informada de concurrir al centro asistencial obstétrico en relación a patologías paralelas al embarazo como fiebre, diarrea, vómitos, dolor abdominal, etc.

- Lactancia y cuidados neonatales. Simultáneamente, y muy especialmente a las primigestas, se enseñarán aspectos básicos de cuidado neonatal (lactancia, higiene, control niño sano, vacunas, etc.).
- Derechos legales. El profesional encargado del control prenatal debe velar por los derechos legales de su paciente. Esto significa que el profesional debe otorgar los certificados respectivos aun cuando la paciente, ya sea por olvido o desconocimiento, no los solicite.
- Orientación sexual. Los contenidos de este objetivo deben ser dados a la pareja. En un embarazo fisiológico la actividad sexual no está contraindicada. Está especialmente contraindicada en metrorragias, o en riesgo potencial de metrorragia, como la placenta previa, y en amenaza de parto prematuro o presencia de factores de riesgo para parto prematuro.
- Planificación familiar. Se deben introducir conceptos generales de planificación familiar, los cuales deben ser profundizados y consolidados en el primer control puerperal.
- Preparación para el parto. La atención integral del control prenatal debe incluir un programa de preparación para el parto donde se informa a la paciente cuáles deben ser los motivos de ingreso a la maternidad, los períodos del parto, anestesia, ejercicios de relajación y pujo, y tipos de parto.

Exámenes de laboratorio

Los exámenes de laboratorio que se solicitan en embarazadas de bajo riesgo son:-

Grupo sanguíneo

- Urocultivo
- VDRL
- HIV
- Hematocrito
- Glicemia

- Albuminuria
- Papanicolaou

El control prenatal debe ser eficaz y eficiente. Esto significa que la cobertura deber ser máxima (sobre el 90% de la población obstétrica) y que el equipo de salud entienda la importancia de su labor. (Faúndez, 2002)

Considero que el control prenatal consiste en una serie de actividades realizadas por parte del personal de salud destinada a la prevención, diagnóstico y tratamiento de factores que puedan condicionar morbimortalidad materna y perinatal, este tiene que tener una amplia cobertura es decir tener la mayor cantidad de la población y brindar una adecuada atención.

MUJER EMBARAZADA

El embarazo es la etapa que marca la vida de una mujer, representa una experiencia vital y en cierta medida su realización plena como tal, se trata de una manifestación de cambios que toda mujer debe comprender y asimilar desde el momento en que su test de embarazo le indica positivamente su condición; es allí donde comienza un camino de expectativas, dudas y un sinfín de emociones, por las que deberá atravesar, siendo los cambios fisiológicos y psicológicos los que despertarán mayor inquietud. Para sobre llevarlos con la mayor fortaleza, lo mejor es conocerlos, para esperarlos con la seguridad del que sabe bien a qué atenerse. (González, 2002)

Por lo antes indicado, considero que el embrazo es una etapa donde la mujer experimenta una serie de cambios no solo fisiológicos si no también psicológicos donde la mujer debe saber cómo llevarlos y afrontarlos de la mejor manera.

El embarazo es la gestación o proceso de crecimiento y desarrollo de un nuevo individuo en el seno materno. Abarca desde el momento de la concepción hasta el nacimiento pasando por la etapa de embrión y feto. En el ser humano la duración media es de 269 días (cerca de 10 meses lunares o 9 meses calendario). (Benson & Pernoll 1994)

La mujer en los próximos 9 meses va a experimentar una serie de cambios normales tanto físicos como psicológicos, cada mujer los vive de forma diferente. Conocerlos y saber por qué se producen puede ayudarle a sobre llevarlos y evitar preocupaciones innecesarias.

Cambios en el cuerpo:

La gran mayoría de cambios que experimentas se deben a la influencia de las hormonas que harán que tu cuerpo se adapte a este nuevo estado.

Tu peso aumentará de forma gradual a lo largo de estos nueve meses de gestación.

Si antes de quedarte embarazada no tenías el peso adecuado, debes vigilar aún más el aumento del mismo.

Tus mamas se preparan durante el embarazo para la lactancia, aumentan de tamaño, se vuelven más sensibles y las venas superficiales son más visibles.

Observarás además que los pezones y las areolas se ponen más oscuros y a partir del quinto mes puedes segregar por el pezón un líquido amarillo que se llama calostro.

El útero va a crecer para albergar al niño hasta que esté preparado para salir.

Puedes notar que a veces el útero se contrae, y esto es totalmente normal ya que es un músculo y lo hace como entrenamiento para el parto.

La vagina durante el embarazo se adapta para el parto, se vuelve más elástica, la mucosa se oscurece y aumenta el flujo vaginal.

Puede notar un aumento de las ganas de orinar debido a la presión que el útero ejerce sobre la vejiga.

Todo el cuerpo trabaja más, el corazón, los riñones, los pulmones, todos los órganos colaboran y ayudan a que el feto crezca.

La piel también cambia, sobre todo la de las mamas y el vientre, y el aumento del tamaño puede hacer que aparezcan estrías.

La piel se oscurece en determinadas zonas como: los pezones y areolas, el abdomen (línea alba) y los genitales. También pueden aparecer “paños”

(manchas en la cara). Es un cambio transitorio que desaparecerá a los pocos meses del parto.

El embarazo también influye sobre el pelo, pues las hormonas actúan sobre las glándulas sebáceas y el folículo piloso. Existen variaciones individuales de unas embarazadas a otras, tanto en la pérdida como el aumento del cabello y vello.

Las uñas se vuelven más frágiles; no te preocupes después del parto recuperan su dureza normal.

La boca se vuelve más sensible y pueden sangrar las encías al cepillarte los dientes.

Tus sentidos se agudizan, puedes descubrir sabores y olores nuevos y sobre todo más intensos y pueden aparecer caprichosa determinados alimentos.

Alimentación

El bebé se desarrolla gracias a los alimentos que recibe de la madre a través de la placenta, por ello la calidad de tu alimentación influye tanto en su desarrollo.

Sustancias tóxicas y agentes peligrosos

El tabaco es muy perjudicial para la salud y mucho más durante el embarazo.

Los hijos de madres fumadoras tienen más posibilidades de presentar problemas de salud, como recién nacidos prematuros, un menor peso al nacer, etc.

Respirar el humo producido por otros fumadores es también perjudicial para tu salud y del niño.

El alcohol que toma la madre pasa directamente a la sangre del feto a través de la placenta. Si la madre bebe, el alcohol pasa al bebé y le hará más daño porque su organismo es muy delicado y no está preparado para metabolizarlo, pudiendo producir malformaciones al mismo.

Señales de alerta durante el embarazo

La mujer embarazada debe saber si observa o nota algunos de los síntomas que se describen a continuación, debes comunicarlo inmediatamente al personal sanitario que vigila tu embarazo.

1. Pérdida de sangre por vagina, por pequeña que sea.
2. Dolor abdominal intenso y continuo.
3. Náuseas y vómitos intensos.
4. Fiebre mayor de 38 grados.
5. Disminución repentina y acusada de la cantidad de orina.
6. Dolor y escozor al orinar
7. Hinchazón repentina de pies, manos y cara.
8. Mareos intensos o trastornos de la visión como aparición de manchas, destellos de luz, etc.
9. Dolor de cabeza fuerte y persistente.
10. Pérdida de líquido por vagina, acompañado o no, de escozor o picor genital.
11. Cambio brusco del tamaño del útero.
12. Ausencia de movimientos fetales, a partir del 5º mes.
13. Presencia de contracciones fuertes e intensas, o muy frecuentes.

Estos signos no tienen por qué indicar necesariamente problemas graves para tu salud o la del bebé pero, ante la duda, acude rápidamente a tu centro sanitario. (Alcolea & Mohamed, 2008)

Como nos indica el texto la mujer embarazada está expuesta a una serie de cambios fisiológicos y psicológicos, que después del parto todo volverá hacer normal pero es necesario saber que durante el embarazo la madre debe tener cuidado en sus estilos de vida ya que estos influirán en la salud del bebe.

PARTO DOMICILIARIO

Se considera parto domiciliario a aquel que ocurre en el domicilio y es asistido por una persona ajena al establecimiento de salud (algún familiar, vecino o partera), en un entorno familiar lejos del ambiente hospitalario.

En las culturas andinas el parto se considera a través de un sistema conceptual en base a una cosmovisión de la relación entre el cielo y la tierra, la fertilidad, la vida y la producción.

A la propia madre se la debe cuidar y cobijar, como el sol calienta la tierra, para que pueda procrear de nuevo. La ropa que utiliza durante el parto se considera, por analogía, como la abundante cobertura de cultivos sobre la tierra durante el tiempo de cosecha. Los fluidos natales y la placenta deben ser enterrados bajo la tierra, en la casa, que simboliza la transmisión ancestral por línea materna. (Bradby, 2005)

Por lo indicado, considero que el parto domiciliario se da en algunas culturas donde las prácticas ancestrales tienen relación no solo con la salud de la persona si no también una armonía con el entorno que les rodea, rechazando de esta manera las instituciones de salud, como alternativa para dar a luz.

Factores condicionantes en la preferencia por el parto domiciliario:

En un estudio realizado en 1999 en Tailandia sobre las razones que llevan a la población femenina a utilizar o a prescindir de los servicios de atención de salud de la madre y el niño, se identificaron los siguientes motivos típicos para su no utilización.

Se considera que los centros de salud para la madre y el niño son lugares a los que sólo se acude si se tiene problemas.

El hogar es el mejor lugar para dar a luz.

Dar a luz en el centro de atención de la salud es algo vergonzoso y el ambiente médico no es agradable.

Las prolongadas colas hasta ser atendidas.

La actitud indiferente y el comportamiento descortés del personal del consultorio.

La exigencia de pagos por los servicios prestados.

La actitud favorable del marido y de los familiares en general al parto en el centro de salud.

La existencia de costumbres y creencias arraigadas dentro de su cultura.

La atención en el domicilio durante el nacimiento del bebe.

La atención durante el parto obedece a tres principios: debe proporcionar "fuerza" a la mujer; todo debe transcurrir de manera silenciosa y calmada para no "asustarla"; y, por último, después del nacimiento se la debe mantener en estado consciente y no dejar que se duerma o se "desmaye". Las mujeres temen que el dolor de cabeza sufrido durante el trabajo de parto les haga perder fuerzas y el sentido; se sugiere que la oscuridad es la antesala a la muerte y sin fuerzas no se puede volver a la claridad, es decir, a la vida.

Cuando los dolores del parto empiezan, se calienta una habitación, normalmente la cocina de la casa, poniendo al fogón ollas de agua, y a veces quemando incienso y/o plantas aromáticas. Por lo general, los familiares preparan las hierbas medicinales para la mujer y ella bebe media o una taza entera de este mate caliente. A menudo el marido le da un masaje y cuando el bebé está a punto de nacer la sostiene "para darle fuerza"; puede también realizarle un manteo, si es que el bebé se encuentra "pegado" o viene en mala posición. Algunos esposos ayudan a sus mujeres ajustándoles la faja, un cinturón ancho tejido, más arriba del abdomen para "prevenir que la wawa retorne hacia arriba" y "para que el aire no escape" hacia arriba; aunque esta práctica no es frecuente durante el nacimiento

del bebé propiamente dicho y muchas mujeres prefieren desajustarse toda su ropa alrededor del abdomen.

Para que la mujer no pierda el conocimiento, un familiar le apoya la cabeza, acto que les transmite la fuerza para continuar con el parto y, posteriormente con el alumbramiento. Como ya se explicó, la pérdida de fuerzas y del sentido representa un peligro para la parturienta.

Al momento de dar a luz al bebé, la respiración de la madre cobra importancia. El aire no debería escapársele por la boca ya que esto haría que perdiese su fuerza. En general se dice que las mujeres tienen “dos orificios” por los cuales se expira el aire y se pierde energía; la creencia de que los hombres sólo tienen un orificio se utiliza para sostener que las mujeres son más débiles que los hombres. (Ineke, D & Terrazas, M. 2003)

Como nos indica el texto existen números factores por los que las mujeres embarazadas deciden su parto en el domicilio, pero uno de los más relevantes es sus creencias y costumbres que ellas tienen acerca del parto, influyendo también los familiares quienes son participes en el momento del parto brindando un entorno especial para el nacimiento del niño.

Es importante tener en cuenta que durante el parto los familiares presentes se encuentran bajo las órdenes de la propia mujer, es decir, están allí para hacer lo que ella quiera y se considera su estado mental de importancia primordial. Los familiares mascan hojas de coca en señal de carácter sagrado de su participación y hay mujeres que rezan.

La libre elección de la posición para dar a luz

La medicina occidental conserva la posición supina u horizontal como preferente en el momento del parto; sin embargo, la OMS recomienda hoy en día que se desaconseje la posición horizontal o ginecológica.

La mujer que está con trabajo de parto debe gozar de la libertad de ponerse de pie, sentarse o caminar, adoptar la postura que ella prefiera.

En cuclillas: Abre la pelvis aún más para que el bebé tenga más espacio para moverse a través del canal de parto. Se puede utilizar la barra para agacharse o hacerse ayudar por dos personas para darle apoyo y mantener esta posición.

Posiciones verticales: En posición vertical la vagina se amplía y acorta, pero además la presión de la cabeza del bebé sobre el cuello del útero ejerce un efecto hormonal que estimula la producción interna de oxitocina y por tanto, la dilatación. La posición vertical acorta y amplía el canal del parto, permite que las articulaciones de la cadera se abran más para dar paso al bebé, facilita sus movimientos de rotación y permite que la fuerza de la gravedad le ayude en su descenso. Asimismo, se evitan infecciones debido a que si se rompen las membranas los líquidos fluyen, se facilita la oxigenación porque la aorta está menos comprimida. Hay menos posibilidades de hemorragia porque la vena cava está menos presionada. Las contracciones aumentan, lo cual significa que el parto es más rápido.

De rodillas: Permite mantener una posición erecta sin forzar la espalda, la parturienta se arrodilla sobre una almohada, reclinándose hacia delante contra la cama, silla o pared y descansa sus brazos y parte superior del cuerpo sobre o contra el punto de apoyo

Rol de la partera durante el parto

A menudo se da el caso que la partera es una mujer con experiencia que pertenece al grupo familiar de la mujer, pero a veces se llama a una partera de fuera de la familia.

Al llegar al domicilio hablará con la mujer, preguntándole cuándo empezaron sus dolores, aunque las parteras no manejan la noción que haya una duración "normal" del parto, pues, reconocen que para cada mujer los dolores y la duración del parto son distintos.

Luego la partera verá qué tipo de hierbas se encuentran disponibles y a veces envía al marido a casas vecinas para conseguir una hierba particular.

Para saber cómo avanza el parto, la partera le toma el pulso a la mujer, le mira y le palpa la barriga por fuera para determinar el grado de descenso del bebé. También escucha con su oreja en la barriga con el mismo fin.

Igual que al personal hospitalario, a las parteras no les agrada ser llamadas a partos sin haber visto antes a la mujer durante el embarazo o en casos en los que el parto se encuentra en un estado ya avanzado de dificultad. Esto se debe a que las parteras son del parecer que antes de atender el parto es importante conocer la historia reproductiva individual de cada mujer, además de sus características en términos de cuerpo, matriz e historias de parto, para así poder evaluar qué tipo de tratamiento de hierbas darle.

Asimismo, las parteras tradicionales están muy en contra de la práctica de meter la mano dentro de la vagina de la mujer durante el parto, la cual ellas son conscientes que es practicada por los médicos en el sistema institucional.

Según el parecer de las parteras, ésta es una práctica peligrosa y la mano es un "veneno", pero además, reconocen el derecho de la mujer a que se le respete su intimidad sexual y por lo tanto, no le levantan la falda o la enagua para ver al bebé. Sin embargo, algunas parteras narran historias sobre otras parteras que sí han "metido la mano dentro" en casos de mal parto o de placenta retenida y siempre se da una descripción detallada de la higiene que esta práctica requiere. Se enfatiza la naturaleza extraordinaria de esta práctica y no se ha sugerido nunca que la inserción de la mano se realizara de manera rutinaria. (Arnold D. & Yapita JD, 2002)

La atención durante el alumbramiento de la placenta

Según Bradby B, Arnold D. Yapita JD. (2002) en vez de dividir el parto en tres fases como es el caso del pensamiento occidental, en el pensamiento cultural el parto se entiende como dos nacimientos, el del bebé y el de la placenta. A veces son considerados como dos seres que duermen juntos en el interior del cuerpo de la madre. Así como el bebé debe despertarse para poder nacer, lo mismo le ocurre

a la placenta, a la que a veces se le denomina “madre” o “abuela” del bebé. Otras veces se conceptúa como el ajayu del bebé, un tipo de alma.

Después del nacimiento del bebé se debe dar fuerza y ayuda a la madre para que se produzca el segundo nacimiento. Como norma se le da un mate, parecido al que se le dio para ayudarla a dar a luz al bebé, a la vez que es de particular importancia mantenerla caliente. Se la alienta verbalmente y a veces con un masaje suave. Todas las comunidades tienen en común la práctica de considerar el período inmediatamente después del parto de gran peligro para la madre y el bebé, debido a las acciones de los espíritus malignos. Por este motivo, se debe hablar constantemente a la madre para mantenerla despierta, pues se cree que cuando ella duerme existe el riesgo espiritual que los demonios puedan entrar para llevarse a la madre o al bebé.

A la placenta que se retrasa en nacer, a menudo se le da el nombre de “madre” y se le invoca como tal. Se cree que la placenta corre peligro de subirse de nuevo en el cuerpo de la madre y para prevenir que esto ocurra, si ya fue cortado el cordón umbilical, se ata su extremo al dedo gordo del pie de la madre con un caito de lana. Igualmente, existe la convicción generalizada que incluso después de que la placenta es expulsada, el útero se comporta como una madre que ha perdido a su hijo, es decir, el útero también puede subirse en el cuerpo de la madre y de esa manera asfixiarla. A este tipo de útero o placenta vagante se la denomina comúnmente m̄ari, que viene del español “madre”, de ahí que se refiera a menudo al útero moviéndose a través del cuerpo en busca del hijo que ha perdido.

Un conjunto de creencias algo distinto sobre la placenta surge de otra serie de metáforas. En una de esas el caito de lana que se utiliza para anclar la placenta se relaciona con la llama macho, conocida como guía o delantera que durante los viajes va delante de la tropa de llamas. El caito, en su papel de guía, sacará al bebé y luego todas las riquezas del mundo que también salen del vientre. Se dice que la placenta tiene esquinas de “oro” y “plata”.

La placenta tiene una importancia simbólica para los aymaras y los quechuas, representa el espíritu del cuerpo emanado de la madre y el niño. Muere después de su nacimiento y es guardado por la familia para ser enterrado, para liberar su espíritu. (Rozée, 2007)

Las creencias culturales no relacionan el sangrado con un temor tan explícito. Esto es debido quizás a que el pensamiento etnofisiológico asocia el flujo de la sangre con un estado de buena salud. El flujo de sangre después del parto es considerado de especial importancia y beneficio por su efecto limpiador de los insalubres grumos de sangre seca que han podido quedar en el útero.

El manejo de la placenta

Según el ministerio de salud de Bolivia los rituales alrededor del lavado y entierro de la placenta tienen la finalidad, no solamente de predecir la fortuna del niño, sino también de proteger a la madre.

Si bien las costumbres que rodean el entierro ritual de la placenta varían en cada región, e incluso dentro de una misma comunidad, también es cierto que éstas son muy elaboradas en todas partes e investidas de significado. La mayoría de familias la entierran, no sin antes haberla lavado minuciosamente con el objeto de que la wawa sea limpio y se vuelva de piel blanca, “blanconcito”. En la literatura se describen rituales como el entierro de la placenta con objetos de miniatura para propiciar un buen futuro del hijo; a veces se colocan alimentos o dinero para que en el futuro no sufra de hambre. (MSB, 2005)

La idea que en un parto hospitalario la placenta pueda ser echada al basurero donde será alimento para perros, es extremadamente repugnante para los miembros de las culturas tradicionales andinas y los que no provienen de esta cultura deberían entenderlo como el equivalente de dejar al descubierto un cadáver. (Ineke D & Terrazas M, 2003)

Por lo antes indicado considero que las principales razones que llevan a muchas mujeres y sus familias a preferir un parto domiciliario antes que un parto institucional, se refieren a varios aspectos de la atención en donde la cultura juega un rol importante, en donde en las instituciones tienen algunas limitaciones como: escoger la posición más cómoda para su parto, la posibilidad de tener algún familiar que la acompañe durante el trabajo de parto y el nacimiento, llevar a cabo prácticas tradicionales como el mantenerse arropada con su propio vestuario durante ésta etapa, el contar con una luz baja y una temperatura cálida del ambiente donde sucede el parto, así como la posibilidad de consumir comidas y bebidas especiales para la madre, e inclusive la posibilidad de acceder a la placenta para poder tratarla según la costumbre local.

Cuidados post parto en el domicilio.

La nutrición

Inmediatamente después del parto, se alimenta la madre con caldo de cordero cocinado con la oveja que tradicionalmente, durante este período, la familia del marido sacrifica para la madre, con la que, en los días y semanas posteriores al parto, se preparan carnes y sopas, ya que es un hecho conocido que la mujer necesita de una nutrición adecuada que le proporcione fuerza y que le cierre las heridas.

Una bebida favorita después del parto es el chocolate, el cual en áreas rurales es por lo general un lujo.

El abrigo

Uno de los elementos fundamentales del modelo terapéutico andino es el sistema cálido-frío. Según este sistema, la salud de las personas depende del equilibrio entre los elementos fríos y cálidos que predominan en un momento dado. Llegado el momento del parto, el frío es considerado un peligro, al dificultar el descenso del bebé, la placenta y la sangre, mientras que el abrigo facilita el parto.

Por este motivo se recomienda que después del parto, las mujeres usen guantes, calcetines y una gorra de lana. La habitación donde la madre descansa después del parto debe mantenerse caliente con fogón.

Ambiente hospitalario.

Si bien los factores culturales no son la única razón por la que las mujeres y sus familias escogen no dar a luz en un establecimiento de salud y no buscan atención profesional por el trato interpersonal deficiente de los prestadores de salud. Esto incluye numerosos comportamientos y actitudes que van desde la falta de amabilidad y paciencia de los médicos, enfermeras, personal administrativo y de servicio; falta de habilidades para comunicarse en el idioma nativo de la paciente; falta de privacidad; no brindar confianza a la paciente al no atender sus inquietudes y no informarle adecuadamente, el tiempo de espera para ser atendida, el no tener personal de salud pendiente de su progreso, hasta manifestaciones más explícitas de maltrato verbal y físico, trato excluyente y asimétrico, por lo tanto irrespetuoso, despreciativo y discriminatorio. Por lo que las pacientes y sus familias pueden optar a los establecimientos públicos cercanos de bajo costo o gratuitos y elegir pagar más para recibir tratamiento en un establecimiento privado alejado, donde perciben que la calidad de la atención es mejor. Estos dos hechos están relacionados puesto que la sensibilidad cultural y las características de la atención interpersonal son componentes importantes de la calidad para muchas usuarias. (Harvey & Hermida, 2006)

Por lo anteriormente indicado, considero que aparte de la cultura que influye mucho en el embarazo de la mujer indígena que es un factor muy importante para la decisión de la atención del parto también está la calidad de atención brindada por el personal de salud donde claramente la embarazada siente la discriminación en una institución de salud al no recibir un trato digno donde se vea plasmado el trabajo con equidad por parte del personal de salud.

2.5 HIPÓTESIS

Los partos en el domicilio está relacionado con los factores socioculturales de las mujeres embarazadas en la comunidad indígena de la parroquia Ambatillo alto

2.6 Señalamiento de variables

2.6.1. Variable Independiente:

- ✓ Factores socio-culturales

2.6.2 Variable Dependiente:

- ✓ Partos domiciliarios de la población indígena.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. ENFOQUE INVESTIGATIVO

El presente trabajo de investigación seguirá un orden cualitativo y cuantitativo porque se realizara un análisis para encontrar resultados que reflejan los factores socioculturales principales para la atención de parto domiciliario.

Investigación cualitativa

Porque se valorará los factores socio-culturales en relación como se presenta el fenómeno, en este caso el parto domiciliario en la comunidad indígena de la parroquia Ambatillo Alto.

Investigación cuantitativa

Porque nos permite obtener resultados numéricos que son el resultado de la recolección y análisis e interpretación de datos a través de los instrumentos de investigación.

3.2. MODALIDAD BÁSICA DE LA INVESTIGACIÓN

Bibliográfica.

Es el primer paso de la investigación científica, empleando la información de libros, revistas, tesis, enciclopedia y el internet como fuente de consulta. Se investigó y recaudo información de investigaciones pasadas y con esto conocer investigaciones previas que ya se han realizada sobre la problemática que se está analizando, y conocer así los factores socioculturales que tienen las embarazadas para acudir al parto domiciliario.

De campo.

Por cuanto se realizará un estudio técnico mediante la aplicación de encuesta a las madres de familia, en el lugar de los hechos teniendo una información valida, confiable y veraz.

Aplicada.

Debido a que se aplica instrumentos de recolección de información y datos que son tabulados, analizados e interpretados, utilizando metodología estadística que permite determinar la situación real del problema y sus posibles soluciones.

3.3. NIVEL O TIPO DE INVESTIGACIÓN**Descriptiva.**

La investigación descriptiva permite especificar aspectos característicos de personas, objetos, problemas, comunidades o fenómenos que nos interesa describir.

Explicativa.

Porque se valora los factores socio-culturales de las embarazadas, se realiza un análisis y se llega a las conclusiones para finalmente dar recomendaciones de propuestas de solución a los problemas encontrados.

Correlacional.

De carácter estadístico, establece una cuantificación de los resultados del estudio, mediante la asociación y relación de las variable dependiente e independiente su objetivo comprobar la hipótesis.

3.4. POBLACIÓN Y MUESTRA

Población. La población está representada por 22 mujeres embarazadas que sean identificado gracias a las consultas médicas, historias clínicas, e investigación de campo realizadas en el Centro de Salud de Ambatillo.

3.5 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

3.5.1. VARIABLE INDEPENDIENTE: Factores socioculturales

CONCEPTUALIZACIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS	TÉCNICA INSTRUMENTOS
Conjunto de aspectos sociales y culturales relacionados con la condición de vida de la embarazada de una comunidad.	Aspectos sociales Aspectos culturales Condiciones de vida	<ul style="list-style-type: none"> • Nivel de educación • Edad • Accesos a servicios de salud • Paridad • Falta de información • Costumbres • Tradiciones • Creencias • Idioma • Ubicación geográfica • Ocupación 	<p>¿Cuál es su nivel de educación?</p> <p>¿Usted puede acceder a todos los servicios de salud?</p> <p>¿Asistió a controles prenatales en sus anteriores embarazos?</p> <p>¿El personal de salud responde a sus inquietudes y le informa adecuadamente?</p> <p>¿Las costumbres de su comunidad influyen en la atención del parto?</p> <p>¿Tiene su comunidad alguna tradición con relación al embarazo y al parto?</p> <p>¿Sus creencias influyen en el parto domiciliario?</p> <p>¿Cuándo usted acude a una unidad de salud existe buena comunicación?</p> <p>¿Qué tiempo toma para llegar a la institución de salud?</p> <p>¿Los ingresos familiares en su hogar son?</p>	Encuesta. Cuestionario dirigido a las madres de familia, de la comunidad indígena de Ambatillo Alto.

3.5.2 Variable dependiente.- Parto domiciliario

CONCEPTUALIZACIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	ÍTEMS	TÉCNICA E INSTRUMENTOS
<p>El parto en casa es el proceso fisiológico único con el que la mujer finaliza su gestación a término, atendido por una partera o familiar ajena al servicio de salud en un entorno familiar, lejos del ambiente hospitalario.</p>	<p>Atención del parto</p> <p>Entorno familiar</p> <p>Ambiente hospitalario</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Institucional • Domicilio (Partera) • Creencias • Costumbres • Tradiciones • Procedimientos • Actitud personal del • Demanda de pacientes 	<p>¿El parto fue atendido en?</p> <p>¿Qué complicaciones tuvo su hijo después del parto en el domicilio?</p> <p>¿Qué complicaciones usted después del parto en el domicilio?</p> <p>¿El dar a luz en su hogar le brindo un entorno de tranquilidad, sin prisas, intimidad y confianza?</p> <p>¿Usted recibió el apoyo de su familia cuando dio a luz en su hogar?</p> <p>¿Tiene usted miedo a los procedimientos durante el parto?</p> <p>¿Tiene confianza en la capacidad técnica del personal de Salud?</p> <p>¿El personal de salud le atiende con amabilidad, paciencia y le brinda confianza?</p> <p>¿El tiempo de espera es mucho para recibir atención en una institución de salud?</p>	<p>Encuesta.</p> <p>Cuestionario dirigido a las madres de familia, de la comunidad indígena de Ambatillo Alto.</p>

Tabla 1.- Operacionalización de Variables

Autor: Jessica Montero

Fuente: Tesis de investigación

3.6 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

Para la recopilación de la información se acudió al uso de instrumentos específicos, como es la encuesta dirigida a las madres de familia de la comunidad indígena de la parroquia Ambatillo.

3.7. PLAN DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

PREGUNTAS	RESPUESTAS
1.- ¿Para qué?	Para alcanzar los objetivos de la investigación y comprobar la hipótesis.
2.- ¿De qué personas?	Mujeres embarazadas.
3.- ¿Sobre qué aspectos?	Factores socio-culturales de las embarazadas y su incidencia en el parto domiciliario.
4.- ¿Quién?	La investigadora: Jessica Montero Gutiérrez.
5.- ¿Cuándo?	Durante el periodo Enero – Junio del 2014
6.- ¿Dónde?	Comunidad indígena de la parroquia Ambatillo. Alto.
7.- ¿Cuántas veces?	Las veces que sean necesarias.
8.- ¿Qué técnicas de recolección?	La encuesta.
9.- ¿Con qué?	Cuestionario pre formulado.
10.- ¿En qué situación?	En un ambiente accesible y colaborador.

Tabla 2.- Recolección de Información

Autor: Jessica Montero

Fuente: Tesis de investigación

3.8 PLAN DE PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

Mediante un proceso de revisión crítica de la información recopilada. Se tabuló la información en Microsoft Excel. Se analizaron los datos obtenidos y se expresó en diagramas pastel para una mayor asimilación. Luego de lo cual se realizó el análisis e interpretación de datos, de ese modo lograr inferir las conclusiones que lleven a verificar o a rechazar la hipótesis planteada.

:

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

4.1. Análisis e interpretación de la encuesta aplicada a las madres de familia

Pregunta 1. ¿Cuál es su nivel de educación?

TABLA N° 1

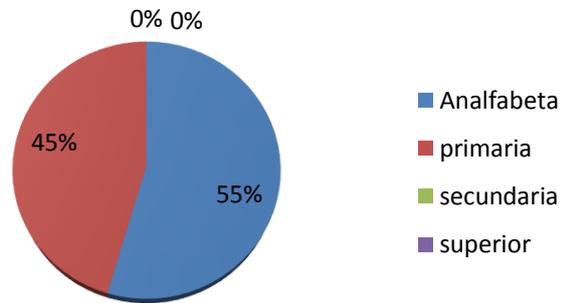
ALTERNATIVAS	FRECUENCIAS	PORCENTAJE
Analfabeta	12	55%
Primaria	10	45%
Secundaria	0	0%
Superior	0	0%
TOTAL:	22	100%

Fuente: Encuesta dirigida a las madres de familia de la comunidad de Ambatillo.

Elaborado por: Jessica Montero.

GRÁFICO N° 1

EDUCACIÓN



Fuente: Encuesta dirigida a las madres de familia de la comunidad de Ambatillo.

Elaborado por: Jessica Montero

Análisis e Interpretación:

De las 22 encuestas realizadas a las madres de familia que son el 100%, 12 correspondientes al 55% es determinada por el analfabetismo, y 10 correspondientes al 45% manifiestan tener instrucción primaria.

Esto nos refleja que el nivel de educación de la madre es un factor determinante durante el embarazo y el parto ya que la falta de conocimientos influye mucho en la salud materno infantil. Las madres de escasos recursos son quienes tienen el menor nivel de educación.

Pregunta 2. ¿Usted puede acceder a todos los servicios de salud?

TABLA N° 2

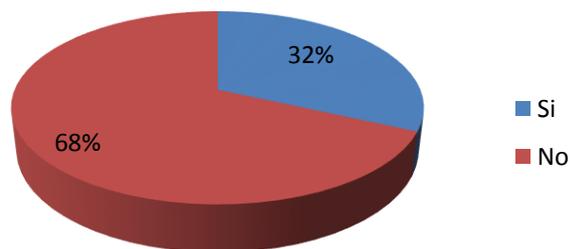
ALTERNATIVAS	FRECUENCIAS	PORCENTAJE
Si	7	32%
No	15	68%
TOTAL:	22	100%

Fuente: Encuesta dirigida a las madres de familia de la comunidad de Ambatillo.

Elaborado por: Jessica Montero.

GRÁFICO N° 2

Acceso a servicios de salud



Fuente: Encuesta dirigida a las madres de familia de la comunidad de Ambatillo.

Elaborado por: Jessica Montero.

Análisis e Interpretación

De las 22 encuestas realizadas a las madres de familia que son el 100%, 7 correspondientes al 32% responden que no tienen dificultad y pueden acceder a los servicios de salud, 15 correspondientes al 68% manifiestan tener dificultad para acceder a los servicios de salud.

El acceso geográfico, la limitación y falta de transporte, la distancia de la comunidad a la institución de salud son factores que influyen al abandono de las embarazadas a los controles de salud y por ende, practican el parto domiciliario.

Pregunta 3. ¿Asistió a controles prenatales en sus anteriores embarazos?

TABLA N° 3

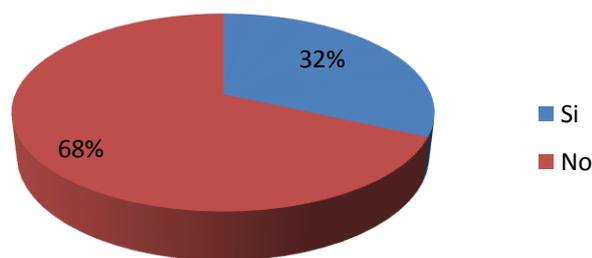
ALTERNATIVAS	FRECUENCIAS	PORCENTAJE
Si	7	32%
No	15	68%
TOTAL:	22	100%

Fuente: Encuesta dirigida a las madres de familia de la comunidad de Ambatillo.

Elaborado por: Jessica Montero.

GRÁFICO N° 3

Control prenatal



Fuente: Encuesta dirigida a las madres de familia de la comunidad de Ambatillo.

Elaborado por: Jessica Montero.

Análisis e Interpretación

De las 22 encuestas realizadas a las madres de familia que son el 100%, 7 correspondientes al 32% responden que asistieron a los controles prenatales por lo contrario 15 correspondientes al 68% manifiestan que no tuvieron controles durante el embarazo.

Los controles prenatales son un factor primordial al momento del embarazo y parto porque mediante este se brindan información sobre la evolución del embarazo, alimentación complementaria, signos de alarma y riesgo, prevención de complicación y preparación del plan de parto y nacimiento sin riesgos. Cabe recalcar que durante el control prenatal el personal de salud tiene la responsabilidad de promocionar los beneficios del parto institucional.

Pregunta 4. ¿El personal de salud responde a sus inquietudes y le informa adecuadamente?

TABLA N° 4

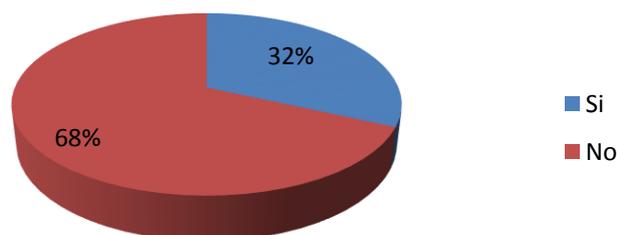
ALTERNATIVAS	FRECUENCIAS	PORCENTAJE
Si	7	33%
No	15	67%
TOTAL:	22	100%

Fuente: Encuesta dirigida a las madres de familia de la comunidad de Ambatillo.

Elaborado por: Jessica Montero.

GRÁFICO N° 4

Informa adecuadamente



Fuente: Encuesta dirigida a las madres de familia de la comunidad de Ambatillo.

Elaborado por: Jessica Montero.

Análisis e Interpretación

De las 22 encuestas realizadas a las madres de familia que son el 100%, 7 correspondientes al 32% refieren que el personal de salud responde a sus inquietudes y le brinda información oportuna y adecuada, 15 correspondientes al 68% manifiesta lo contrario.

Esto nos refleja que el personal de salud no está desempeñando correctamente las funciones de promoción y educación para incrementar la demanda de la atención obstétrica institucional; es necesario mejorar la calidad de la atención interpersonal y el nivel de satisfacción de las usuarias de los servicios obstétricos de salud, adecuándolos a las necesidades culturales de la población a este grupo prioritario de salud y explicando los beneficios del parto institucional.

Pregunta 5. ¿Las costumbres de su comunidad influyen en la atención del parto?

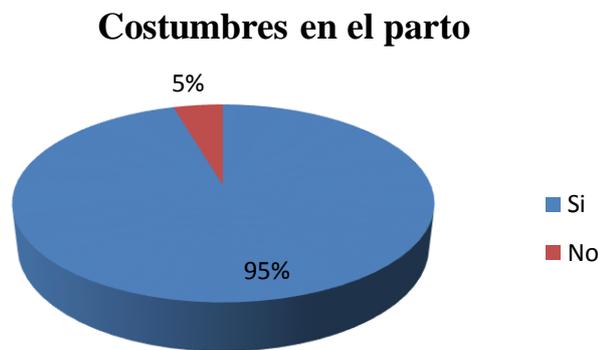
TABLA N° 5

ALTERNATIVAS	FRECUENCIAS	PORCENTAJE
Si	21	95%
No	1	5%
TOTAL:	22	100%

Fuente: Encuesta dirigida a las madres de familia de la comunidad de Ambatillo.

Elaborado por: Jessica Montero

GRÁFICO N° 5



Fuente: Encuesta dirigida a las madres de familia de la comunidad de Ambatillo.

Elaborado por: Jessica Montero.

Análisis e Interpretación

De las 22 encuestas realizadas a las madres de familia que son el 100%, 1 correspondientes al 5% refiere que las costumbres no influyen en la atención del parto mientras que el 21 correspondientes al 95% manifiestan que sus costumbres influyen sobre el parto.

Los pueblos indígenas llaman costumbres a todas aquellas acciones, prácticas y actividades que son parte de la tradición de una comunidad y que están profundamente relacionadas con su identidad, con su carácter único y con su historia. Entre una de esas costumbres se menciona el parto con partera, el idioma, la resistencia a usar los servicios, miedo, desconfianza en el servicio y preferencias personales como: escoger la posición más cómoda para su parto, la posibilidad de tener algún familiar que la acompañe durante el trabajo de parto y el nacimiento.

Pregunta 6. ¿Tiene su comunidad alguna tradición con relación al embarazo y al parto?

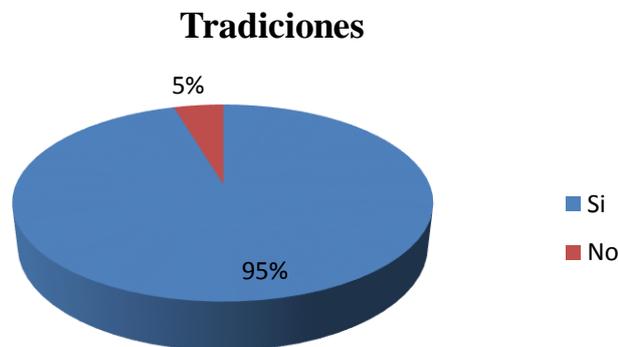
TABLA N° 6

ALTERNATIVAS	FRECUENCIAS	PORCENTAJE
Si	21	95%
No	1	5%
TOTAL:	22	100%

Fuente: Encuesta dirigida a las madres de familia de la comunidad de Ambatillo.

Elaborado por: Jessica Montero.

GRÁFICO N° 6



Fuente: Encuesta dirigida a las madres de familia de la comunidad de Ambatillo.

Elaborado por: Jessica Montero.

Análisis e Interpretación

De las 22 encuestas realizadas a las madres de familia que son el 100%, correspondientes al 5% refiere que las tradiciones de su comunidad no influyen en la atención del parto mientras que el 21 correspondientes al 95% manifiestan que sus tradiciones prevalecen y tienen mucha importancia en el parto domiciliario.

Las tradiciones de una comunidad son los hábitos, formas de ser y modos de comportamiento de las personas en relación a la medicina tradicional. Entre las tradiciones de las embarazadas de esta comunidad se menciona: el mantenerse con su propio vestuario, el contar con una luz baja, una temperatura cálida del ambiente, consumir comidas y bebidas de plantas y acceder a la placenta para tratarla según su costumbre local.

Pregunta 7. ¿Sus creencias influyen en el parto domiciliario?

TABLA N° 7

ALTERNATIVAS	FRECUENCIAS	PORCENTAJE
Si	21	95%
No	1	5%
TOTAL:	22	100%

Fuente: Encuesta dirigida a las madres de familia de la comunidad de Ambatillo.

Elaborado por: Jessica Montero.

GRÁFICO N° 7



Fuente: Encuesta dirigida a las madres de familia de la comunidad de Ambatillo.

Elaborado por: Jessica Montero.

Análisis e Interpretación

De las 22 encuestas realizadas a las madres de familia que son el 100%, 1 correspondientes al 5% refiere que sus creencias no influyen en la atención del parto mientras que el 21 correspondientes al 95% manifiestan que sus creencias influyen en la atención del parto.

Entre las creencias que se mencionan son: inseguridad a los procedimientos de parto institucional, miedo al maltrato verbal irrespetuoso, despreciativo y discriminatorio por el personal de salud.

Pregunta 8. ¿Cuándo usted acude a una unidad de salud existe buena comunicación?

TABLA N° 8

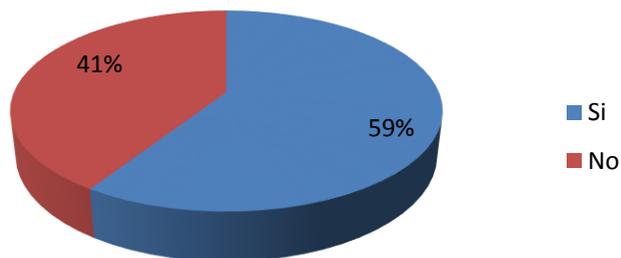
ALTERNATIVAS	FRECUENCIAS	PORCENTAJE
Si	13	59%
No	9	41%
TOTAL:	22	100%

Fuente: Encuesta dirigida a las madres de familia de la comunidad de Ambatillo.

Elaborado por: Jessica Montero.

GRÁFICO N° 8

Comunicación



Fuente: Encuesta dirigida a las madres de familia de la comunidad de Ambatillo.

Elaborado por: Jessica Montero.

Análisis e Interpretación

De las 22 encuestas realizadas a las madres de familia que son el 100%, 13 correspondientes al 59% refiere que si entiende el dialogo con el personal de salud, mientras que 9 correspondientes al 41% responde que tiene dificultad para comunicarse con el personal.

La dificultad de comunicarse se refiere a que el personal de salud no habla el idioma Quichua esto imposibilita que las embarazadas no entienden sobre los beneficios y ventajas del parto institucional. Esto hace que las madres acudan mas donde las comadronas porque mantienen su misma lengua materna haciendo más fácil la labor del parto domiciliario.

Pregunta 9.- ¿Qué tiempo toma para llegar a la institución de salud?

TABLA N° 9

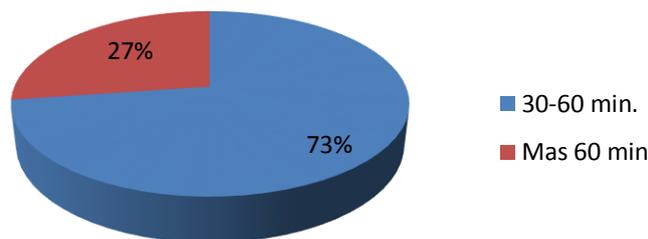
ALTERNATIVAS	FRECUENCIAS	PORCENTAJE
30-60 min.	16	73%
Mas 60 min	6	27%
TOTAL:	22	100%

Fuente: Encuesta dirigida a las madres de familia de la comunidad de Ambatillo.

Elaborado por: Jessica Montero.

GRÁFICO N° 9

Tiempo



Fuente: Encuesta dirigida a las madres de familia de la comunidad de Ambatillo.

Elaborado por: Jessica Montero

Análisis e Interpretación

De las 22 encuestas realizadas a las madres de familia que son el 100%, 16 correspondientes al 73% manifiestan que para acudir a unidad de salud se lleva un poco más de tiempo por la falta de transporte mientras que 6 que corresponde al 27% refieren que para acudir a unidad de salud se tarda más de una hora.

El acceso geográfico, la distancia y la falta de transporte de esta comunidad influyen mucho para el acercamiento a los establecimientos de salud en el momento del parto dando más aceptación a dar a luz en la casa.

Pregunta 10. ¿Los ingresos económicos familiares en su hogar son?

TABLA N° 10

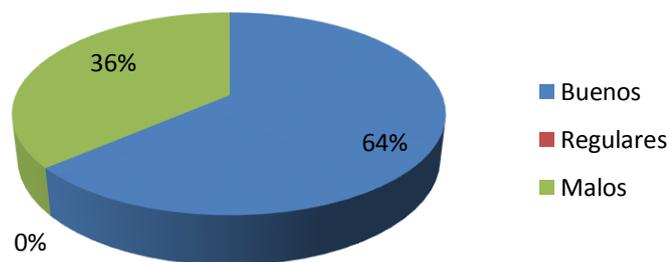
ALTERNATIVAS	FRECUENCIAS	PORCENTAJE
Buenos	0	0%
Regulares	14	64%
Malos	8	36%
TOTAL:	22	100%

Fuente: Encuesta dirigida a las madres de familia de la comunidad de Ambatillo.

Elaborado por: Jessica Montero.

GRÁFICO N° 10

Ingresos económicos



Fuente: Encuesta dirigida a las madres de familia de la comunidad de Ambatillo.

Elaborado por: Jessica Montero.

Análisis e Interpretación

De las 22 encuestas realizadas a las madres de familia que son el 100%, 14 correspondientes al 64% manifiestan que sus ingresos económicos son regulares, 8 correspondientes al 36% refieren que sus ingresos económicos son malos.

Tomando este como un factor social de salud, se da cuenta que la mayoría de embarazadas si tienen ingresos económicos pero lo que falta es concientización y conocimientos para que acudan al parto institucional ya que hoy en día las embarazadas por ser un grupo prioritario de salud su atención es gratuita en todas las instancias.

Pregunta 11. ¿El parto fue atendido en?

TABLA N° 11

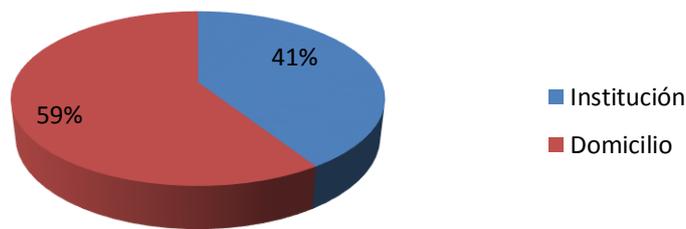
ALTERNATIVAS	FRECUENCIAS	PORCENTAJE
Institución	9	41%
Domicilio	13	59%
TOTAL:	22	100%

Fuente: Encuesta dirigida a las madres de familia de la comunidad de Ambatillo.

Elaborado por: Jessica Montero.

GRÁFICO N° 11

Atención del parto



Fuente: Encuesta dirigida a las madres de familia de la comunidad de Ambatillo.

Elaborado por: Jessica Montero

Análisis e Interpretación

En la gráfica anterior se observa que de las 22 encuestas realizadas a las madres de familia que son el 100%, 13 correspondientes al 59% refieren que su parto fue atendido en su domicilio, mientras que 9 correspondientes al 41%, manifiesta que acudió a una institución de salud para la atención del parto.

El motivo de la mayoría de partos domiciliarios se refieren a lo anteriormente mencionado como son, el nivel de educación, inasistencia a los controles prenatales, miedo a las instituciones y a sus procedimientos, la comunicación, la ubicación geográfica, esto conlleva que las mujeres embarazadas que confíen más en las parteras ya que la tradición de su comunidad se ha ido transmitiendo de generación en generación, si bien es cierto en la comunidad tenemos centros de salud pero es evidente que solo una pequeña parte de la comunidad de madres embarazadas acuden al mismo.

Pregunta 12.- ¿Qué complicaciones tuvo su hijo después del parto en el domicilio?

TABLA N° 12

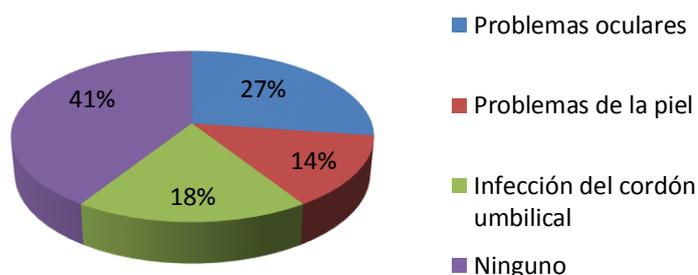
ALTERNATIVAS	FRECUENCIAS	PORCENTAJE
Problemas oculares	6	27%
Problemas de la piel	3	14%
Infección del cordón umbilical	4	18%
Ninguno	9	41%
TOTAL:	22	100%

Fuente: Encuesta dirigida a las madres de familia de la comunidad de Ambatillo.

Elaborado por: Jessica Montero.

GRÁFICO N° 12

Complicaciones del neonato



Fuente: Encuesta dirigida a las madres de familia de la comunidad de Ambatillo.

Elaborado por: Jessica Montero.

Análisis e Interpretación

Delas 22 encuestas realizadas a las madres de familia que son el 100%, 6 corresponde el 27% manifiestan que sus hijos presentaron conjuntivitis, 3 correspondientes al 14% refieren haber presentado dermatitis, 4 correspondientes al 18% manifiestan infecciones del cordón umbilical 9 correspondientes al 41% no tuvieron complicaciones postparto.

Debemos conocer que las complicaciones en el postparto afectan tanto a la madre como al neonato, las patologías registradas en las historias clínicas e identificadas en las encuestas evidencian que las infecciones del cordón umbilical, conjuntivitis, y dermatitis son las de más recurrencia en el neonato.

Pregunta 13. ¿Qué complicaciones tuvo usted después del parto en el domicilio?

TABLA N° 13

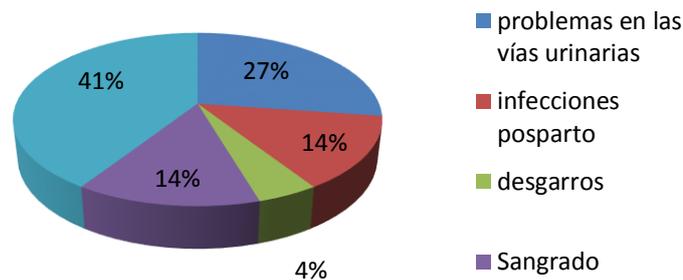
ALTERNATIVAS	FRECUENCIAS	PORCENTAJE
problemas en las vías urinarias	6	27%
infecciones posparto	3	14%
desgarros	1	4%
Sangrado	3	14%
Ninguna	9	41%
TOTAL:	22	100%

Fuente: Encuesta dirigida a las madres de familia de la comunidad de Ambatillo.

Elaborado por: Jessica Montero.

GRÁFICO N° 13

complicaciones de la madre



Fuente: Encuesta dirigida a las madres de familia de la comunidad de Ambatillo.

Elaborado por: Jessica Montero.

Análisis e Interpretación

De las 22 encuestas realizadas a las madres de familia que son el 100%, 6 corresponde el 27% manifiestan haber tenido infecciones del tracto urinario, 3 correspondientes al 14% refieren haber presentado infecciones puerperales, 1 correspondientes al 4% manifiestan tener como complicación los desgarros, 3 correspondiente al 14% manifiestan haber sufrido sangrado, 9 correspondientes al 41% no tuvieron complicaciones postparto.

Esto nos evidencia que las madres si conocen las complicaciones que trae el parto domiciliario las más registradas en las historias clínicas e identificadas en las encuestas evidencian tales como: infecciones del tracto urinario, infecciones puerperales, desgarros, hemorragias que se pueden derivarse en muertes maternas.

Pregunta 14. ¿El dar a luz en su domicilio le brindo un entorno de tranquilidad, intimidad y confianza?

TABLA N° 14

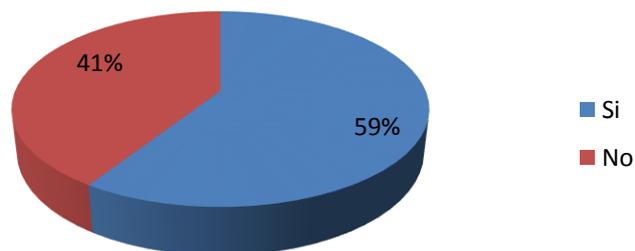
ALTERNATIVAS	FRECUENCIAS	PORCENTAJE
Si	13	59%
No	9	41%
TOTAL:	22	100%

Fuente: Encuesta dirigida a las madres de familia de la comunidad de Ambatillo.

Elaborado por: Jessica Montero.

GRÁFICO N° 14

Domicilio



Fuente: Encuesta dirigida a las madres de familia de la comunidad de Ambatillo.

Elaborado por: Jessica Montero.

Análisis e Interpretación

Delas 22 encuestas realizadas a las madres de familia que son el 100%, 13 correspondiente al 59% manifiesta conformidad con el parto domiciliario y 9 correspondientes al 41 % no.

Esto nos da una análisis que la mayoría prefiere el parto domiciliario por su comodidad, tranquilidad, seguridad, intimidad y confianza en la persona que le atiende en el parto, relacionado con sus creencias y factores socio culturales.

Pregunta 15. ¿Usted recibió el apoyo de su familia cuando dio a luz en su hogar?

TABLA N° 15

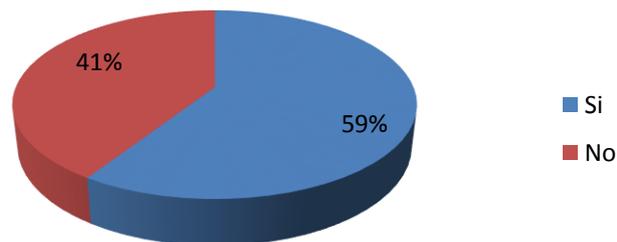
ALTERNATIVAS	FRECUENCIAS	PORCENTAJE
Si	13	59%
No	9	41%
TOTAL:	22	100%

Fuente: Encuesta dirigida a las madres de familia de la comunidad de Ambatillo.

Elaborado por: Jessica Montero.

GRÁFICO N° 15

Apoyo familiar



Fuente: Encuesta dirigida a las madres de familia de la comunidad de Ambatillo.

Elaborado por: Jessica Monteroz

Análisis e Interpretación

Delas 22 encuestas realizadas a las madres que son el 100%, 13 correspondiente al 59% si recibieron apoyo familiar y 9 correspondientes al 41 % no.

Las madres recibieron apoyo de sus familiares debido que la mayoría de población indígena acepta a la salud ancestral y por ende al parto domiciliario además por la cultura y creencias que juega un rol muy importante en la vida de las comunidades indígenas.

Pregunta 16. ¿El personal de salud respeta sus creencias, costumbres y tradiciones?

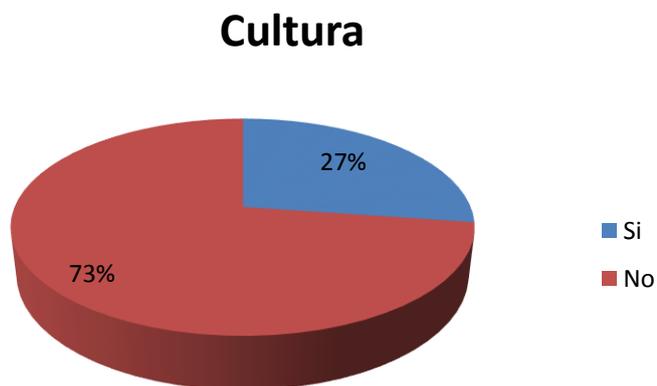
TABLA N° 16

ALTERNATIVAS	FRECUENCIAS	PORCENTAJE
Si	6	27%
No	16	73%
TOTAL:	22	100%

Fuente: Encuesta dirigida a las madres de familia de la comunidad de Ambatillo.

Elaborado por: Jessica Montero.

GRÁFICO N° 16



Fuente: Encuesta dirigida a las madres de familia de la comunidad de Ambatillo.

Elaborado por: Jessica Montero

Análisis e Interpretación

De las 22 encuestas realizadas a las madres que son el 100%, 16 correspondiente al 73% refieren que el personal de salud no respeta sus creencias costumbres y tradiciones y 6 correspondientes al 27% sí.

Esto es muy importante ya que el personal de salud debe trabajar con interculturalidades decir conociendo y haciendo conocer las distintas culturas, la aceptación y valoración de las diferencias como algo positivo y enriquecer el entorno social, para que los pacientes acepten y acudan a la salud occidental.

Pregunta 17. ¿Tiene usted miedo a los procedimientos durante el parto?

TABLA N° 17

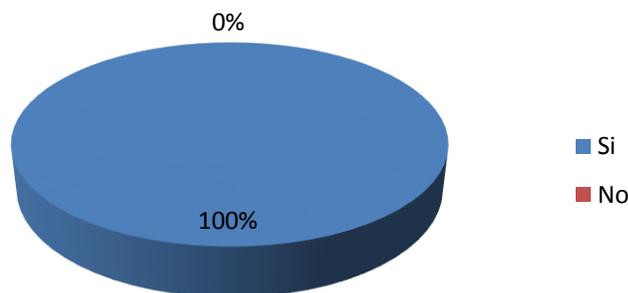
ALTERNATIVAS	FRECUENCIAS	PORCENTAJE
Si	22	27%
No	0	73%
TOTAL:	22	100%

Fuente: Encuesta dirigida a las madres de familia de la comunidad de Ambatillo.

Elaborado por: Jessica Montero.

GRÁFICO N° 17

Procedimientos



Fuente: Encuesta dirigida a las madres de familia de la comunidad de Ambatillo.

Elaborado por: Jessica Montero.

Análisis e Interpretación

Delas 22 encuestas realizadas a las madres que son el 100% tienen miedo a los procedimientos durante el parto.

Esta se refiere a lo anterior por lo que el personal de salud debe buscar estrategias para acercarse más a estos pacientes, brindar una educación eficaz y lo que es más importante crear un ambiente de confianza con el paciente, explicar el procedimiento a realizarse y sus beneficios que estas conllevan.

Pregunta18. ¿Tiene confianza en la capacidad técnica del personal de Salud?

TABLA N° 18

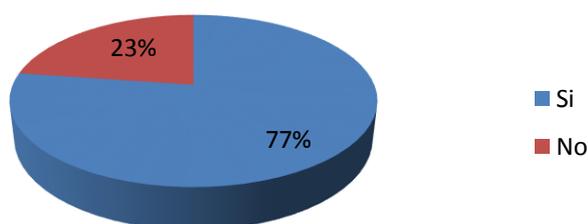
ALTERNATIVAS	FRECUENCIAS	PORCENTAJE
Si	5	23%
No	17	77%
TOTAL:	22	100%

Fuente: Encuesta dirigida a las madres de familia de la comunidad de Ambatillo.

Elaborado por: Jessica Montero.

GRÁFICO N° 18

Capacidad del personal



Fuente: Encuesta dirigida a las madres de familia de la comunidad de Ambatillo.

Elaborado por: Jessica Montero.

Análisis e Interpretación

Delas 22 encuestas realizadas a las madres que son el 100% el 17 correspondientes al 77% no confían en la capacidad técnica del personal de salud y 5 correspondientes al 23% sí.

Se evidencia que el personal de salud no realiza promoción de la salud en el sector, ya que las mujeres embarazadas no confían en el personal salubrista lo que genera miedo y alejamiento de los establecimientos de salud, llevando a los usuarios a ver como una mejor opción el parto en el domicilio.

Pregunta 19. ¿El personal de salud le atiende con amabilidad, paciencia y le brinda confianza y está pendiente de su progreso?

TABLA N° 19

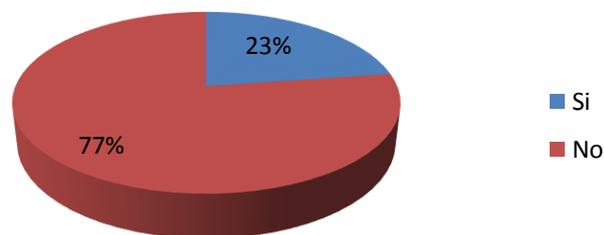
ALTERNATIVAS	FRECUENCIAS	PORCENTAJE
Si	5	23%
No	17	77%
TOTAL:	22	100%

Fuente: Encuesta dirigida a las madres de familia de la comunidad de Ambatillo.

Elaborado por: Jessica Montero.

GRÁFICO N° 19

Atención del personal



Fuente: Encuesta dirigida a las madres de familia de la comunidad de Ambatillo.

Elaborado por: Jessica Montero.

Análisis e Interpretación

Delas 22 encuestas realizadas a las madres que son el 100% el 17 correspondientes al 77% el personal de salud no le atiende con amabilidad, paciencia y no brinda confianza, 5 correspondientes al 23% sí.

Se da a entender que los usuarios no están satisfechos con la atención brindada por el personal de salud, ya que no demuestranamabilidad, paciencia y no brindan confianza, al momento de atender sus inquietudes y requerimientos.

Pregunta 20. ¿El tiempo de espera es mucho para recibir atención en una institución de salud?

TABLA N° 20

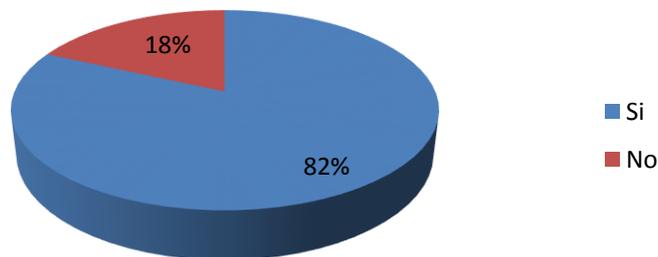
ALTERNATIVAS	FRECUENCIAS	PORCENTAJE
Si	18	82%
No	4	18%
TOTAL:	22	100%

Fuente: Encuesta dirigida a las madres de familia de la comunidad de Ambatillo.

Elaborado por: Jessica Montero.

GRÁFICO N° 20

Tiempo de espera



Fuente: Encuesta dirigida a las madres de familia de la comunidad de Ambatillo.

Elaborado por: Jessica Montero.

Análisis e Interpretación

Delas 22 encuestas realizadas a las madres que son el 100% el 18 correspondientes al 82% refiere que el tiempo de espera es mucho para recibir atención en una institución de salud, 4 correspondientes al 18% no.

Se evidencia que el personal de salud no prioriza la atención a los grupos de riesgos cabe recalcar que por la demanda de pacientes en las instituciones públicas de salud no abastece la demanda por lo que no se da una atención oportuna.

4.2 Verificación de la Hipótesis

Hipótesis:

Los partos en el domicilio están relacionados con los factores socioculturales de las mujeres embarazadas en la comunidad indígena de la parroquia Ambatillo alto

La verificación de la hipótesis se realiza a partir de los resultados de la encuesta aplicada a las madres de familia comunidad indígena de la parroquia Ambatillo Alto.

4.2.1 Planteamiento de la hipótesis

a) Modelo lógico

Hipótesis nula: Los partos en el domicilio, NO están relacionados con los factores socioculturales de las mujeres embarazadas en la comunidad indígena de la parroquia Ambatillo alto

Hipótesis alternativa: Los partos en el domicilio, SI se relacionan con los factores socioculturales de las mujeres embarazadas en la comunidad indígena de la parroquia Ambatillo Alto

b) Modelo matemático

- Hipótesis nula (H0): Observado $O =$ Esperado (E)
- Hipótesis alternativa (H1): Observado $O \neq$ Esperado (E)

4.2.2 Definición del nivel de significación

El nivel de significación escogido para la investigación fue del 5% (0,05)

4.2.3 Elección de la prueba estadística

Para la verificación de la hipótesis se escogió la prueba del Chi Cuadrado cuya fórmula es la siguiente:

$$X_2 = \sum [(f_o - f_e)^2]$$

f_e

Simbología:

X_2 = Chi-cuadrado

f_o = Frecuencia observada

f_e = Frecuencia esperada.

Σ =Sumatoria

4.2.4 Comprobación de la hipótesis

La verificación se realiza a partir de la encuesta aplicada a las madres de familia comunidad indígena de la parroquia Ambatillo Alto, por lo que se tomó dichas preguntas del mencionado instrumento. La variable independiente representada por la pregunta N°5 y la variable dependiente representada por la pregunta N°14.

Matriz de Frecuencia Observadas

VI \ VD	Parto domicilio apoyo familia		TOTAL	
	SI	NO		
Costumbres	SI	21	13	34
	NO	1	9	10
TOTAL	22	22	44	

Tabla N° 21: Plan de recolección de la información

Elaborado por: Jessica Montero Gutiérrez

Frecuencias Esperadas

VI	VD	Parto domicilio apoyo familia		TOTAL
		SI	NO	
Costumbres	SI	$(34*22)/44=17$	$(34*22)/44=17$	34
	NO	$(10*22)/44=5$	$(10*22)/44=5$	10
TOTAL		22	22	44

Tabla N° 21: Plan de recolección de la información
Elaborado por: Jessica Montero Gutiérrez

Valor de aceptación

Si el valor de la prueba estadística $\chi^2 c$, es mayor que el valor crítico χ^2 de la tabla se rechaza la hipótesis nula.

fo= Frecuencias observadas

fe= Frecuencias esperadas

N= Número de datos

K= Número de parámetros

Calculo del Chi Cuadrado

fo	fe	(fo-fe)	(fo-fe) ²	(fo-fe) ² /fe
21	17	4	16	0.94
1	5	-4	16	3,2
13	17	-4	16	0.94
9	5	4	16	3.2
Total			$\chi^2 c$	8.28

Tabla N° 19: Plan de recolección de la información
Elaborada por: Jessica Montero Gutiérrez

Grados de libertad

$$G1 = (c-1)(f-1)$$

$$G1 = (2-1)(2-1)$$

$$G1 = (1)(1)$$

$$G1 = 1$$

Nivel de confianza= 95%

Grados de libertad	$p = 0,05$	$p = 0,01$	$p = 0,001$
1	3,84	6,63	10,83
2	5,99	9,21	13,81
3	7,81	11,34	16,27
4	9,49	13,28	18,47
5	11,07	15,09	20,51
6	12,59	16,81	22,46
7	14,07	18,47	24,32
8	15,51	20,09	26,12
9	16,92	21,67	27,88
10	18,31	23,21	29,59
11	19,67	24,72	31,26
12	21,03	26,22	32,91
13	22,36	27,69	34,53
14	23,68	29,14	36,12
15	25,00	30,58	37,70
16	26,30	32,00	39,25
17	27,59	33,41	40,79
18	28,87	34,80	42,31
19	30,14	36,19	43,82
20	31,41	37,57	45,31
21	32,67	38,93	46,80
22	33,92	40,29	48,27
23	35,17	41,64	49,73
24	36,41	42,98	51,18
25	37,65	44,31	52,62
26	38,88	45,64	54,05
27	40,11	46,96	55,48
28	41,34	48,28	56,89
29	42,56	49,59	58,30
30	43,77	50,89	59,70
31	44,98	52,19	61,09

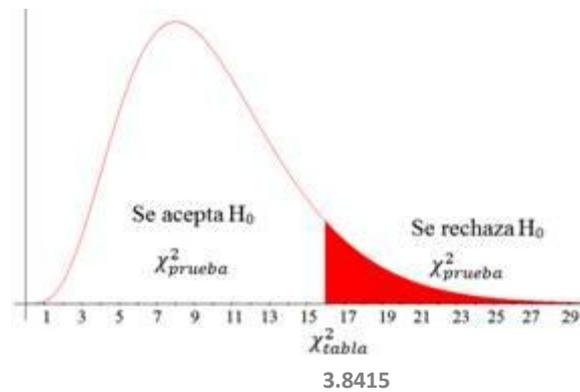
REGLA DE DECISIÓN

Se acepta la hipótesis nula si el valor de chi-cuadrado a calcularse es igual o menor a 3,84 caso contrario se rechaza y se acepta la hipótesis alternativa.

El valor de $x^2_t = 3,84 > x^2_c = 86,48$

CHI-CUADRADO TABULAR

El valor tabulado de X^2 con 1 grado de libertad y un nivel de significación de 0,05 es de 3.8415.



DECISIÓN

El valor de $X^2_t = 3.84 > X^2_c = 8.28$ Por consiguiente se acepta la hipótesis alternativa (H_1), es decir Los partos en el domicilio, SI se relacionan con los factores socioculturales de las mujeres embarazadas en la comunidad indígena de la parroquia Ambatillo Alto. Y se rechaza la hipótesis nula (H_0), demostrando que las variables se encuentran relacionadas.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

- ✓ Entre los factores que influyen en la práctica del parto domiciliario son: El nivel de educación, inasistencia a los controles prenatales por falta de información por parte del personal de salud hacia las madres, ubicación geográfica, las creencias, costumbres y tradiciones de la población se ven en manifiesto al momento de ser atendidos por la partera de la comunidad, las madres de esta localidad ven a esta con un grado de jerarquía razón por la cual se dejan asistir por la misma al momento del parto.

- ✓ El 77% de las madres tienen inconformidad sobre la atención brindada por el personal de salud como sus actitudes que van desde la falta de amabilidad y paciencia, falta de privacidad, no brindar confianza a la paciente al no atender sus inquietudes a esto se suma la insuficiente adecuación cultural, la desvalorización de la medicina ancestral llevando a las madres a confiar en las parteras de su comunidad y someterse a procedimientos quizá más arriesgados desde el punto de vista médico, pero a la vez más comprensibles y cálidos.

- ✓ Entre las principales complicaciones que presentan las madres y neonatos con partos domiciliarios obtenidas mediante la encuesta, las consultas postparto y revisión de historias clínicas tales como infecciones del cordón umbilical, conjuntivitis, y dermatitis en los neonatos, en las madres infecciones del tracto urinario, infecciones puerperales, desgarros, hemorragias que hasta puede llegar a muertes maternas.

RECOMENDACIONES

- ✓ Formular estrategias orientadas a sensibilizar a las mujeres embarazadas mediante las actividades de promoción de los servicios de salud sobre la importancia de los controles prenatales y la atención del parto institucional.

- ✓ Realizar gestiones para que el personal de Salud especialmente el Profesional de Enfermería acceda a capacitaciones periódicas de temas relacionados sobre salud intercultural, calidad de atención y así poder promocionar de manera adecuada los diferentes programas que se establecen periódicamente.

- ✓ Incentivar al Profesional de Enfermería busque estrategias que le permitan un acercamiento significativo hacia la comunidad indígena de Ambatillo Alto sin limitarse por las brechas culturales, entre estas brindar capacitaciones y entrega de trípticos a las mujeres embarazadas sobre las complicaciones y riesgos que pueden conllevar el parto en domicilio y la importancia de parto institucional.

CAPÍTULO VI

PROPUESTA

6.1 DATOS INFORMATIVOS

6.1.1 Título:

Programa de capacitación para la promoción del parto institucional con el fin de mejorar la calidad de atención en las mujeres embarazadas por el personal del Centro de Salud de Ambatillo.

6.1.2 Institución:

- Carrera de Enfermería.
- Facultad Ciencias de la Salud.
- Universidad Técnica de Ambato.
- Centro de Salud Ambatillo.

6.1.3 Beneficiarios directos:

- Profesional del Centro de Salud de Ambatillo.
- Mujeres embarazadas de la comunidad indígena de Ambatillo Alto.

6.1.4 Beneficiarios indirectos:

- Comunidad

6.1.5 Ubicación sectorial:

El Centro de Salud de Ambatillo se encuentra ubicado en la Provincia de Tungurahua, cantón Ambato, Parroquia Ambatillo.

6.1.6.- Tiempo estimado para la ejecución:

1 Mes

6.1.7 Equipo técnico responsable:

- Investigadora
- Personal de enfermería
- Tutora de tesis.

6.1.8 Costo:

La propuesta tiene un costo total de 600 dólares que serán invertidos en las estrategias como: Plan de charla a las mujeres embarazadas y al personal de salud sobre calidad de atención y promoción a través de trípticos.

6.2 ANTECEDENTES DE LA PROPUESTA

La morbilidad y la mortalidad materno infantil son un problema de salud pública, no sólo por su impacto familiar, social y económico, sino porque son indicadores muy cercanos de las condiciones y grado de desarrollo en la salud y del nivel socio económico, cultural y demográfico de la población en el marco de la interculturalidad

La investigación realizada mediante la aplicación de encuestas a madres de familia donde se da conocer que el 59% de las embarazadas de la comunidad indígena de Ambatillo Alto, practican el parto domiciliario relacionado con algunos factores tales como: El nivel de educación, inasistencia a los controles prenatales por falta de información por parte del personal de salud, ubicación geográfica, las creencias, costumbres y tradiciones de la población se ven en manifiesto al momento de ser atendidos por la partera del pueblo, las madres de esta localidad ven a esta con un grado de jerarquía razón por la cual se dejan asistir por la misma al momento del parto. Generando complicaciones como las obtenidas mediante la encuesta, las consultas postparto y revisión de historias clínicas son infecciones del cordón umbilical, conjuntivitis, y dermatitis en los neonatos, en las madres infecciones del tracto urinario, infecciones puerperales, desgarros, hemorragias que hasta puede llegar a muertes maternas.

Pero los partos domiciliarios que se practican en la comunidad indígena de Ambatillo Alto no son solo a causa de los factores socioculturales influye también la atención brindada por el personal de salud como sus actitudes que van desde la falta de amabilidad y paciencia, falta de privacidad, no brindar confianza a la paciente al no atender sus inquietudes a esto se suma la insuficiente adecuación cultural, la desvalorización de la medicina ancestral descifrando que en un 77% las madres tienen inconformidad o muestran insatisfacción.

6.3 JUSTIFICACIÓN

La propuesta es importante porque las estrategias que se implementaran para que el personal del Centro de Salud de Ambatillo intervenga con eficiencia en el marco de una misión social e intercultural, en la que no solo se preserva la salud y el bienestar materno infantil sino que se crean las condiciones apropiadas para generar confianza en la comunidades indígenas, a través de una atención cordial, servicio personalizado y la disponibilidad de los recursos e instrumentos necesarios para llevar a cabo un parto institucional que ofrezca las garantías del cuidado integral de salud del recién nacido y de su madre.

Es de utilidad porque se aplicará en el Centro de Salud de la comunidad indígena de la parroquia Ambatillo Alto para mejorar la calidad de vida de las mujeres gestantes de la comunidad y disminuir el porcentaje de partos domiciliarios, sus complicaciones y evitando la mortalidad materno – infantil, con lo cual se aumentan las expectativas de vida de forma digna, vinculando tanto las costumbres y tradiciones ancestrales, con la atención profesional del personal de enfermería en el parto.

La propuesta es novedosa y original porque mediante estas estrategias podremos capacitar a las mujeres embarazadas de la comunidad indígena, sobre la importancia y los beneficios del parto institucional y sobre los riesgos y complicaciones del parto en domicilio manteniendo sus creencias costumbres y tradiciones de igual manera para el personal de salud sobre la calidad de atención brindada a los usuarios.

6.4 OBJETIVOS

6.4.1 Objetivo General

Implementar un programa de capacitación para la promoción del parto institucional con el fin de mejorar la calidad de atención en las mujeres embarazadas por el personal del Centro de Salud de Ambatillo.

Objetivos específicos

- ✓ Socializar el plan de charla a las embarazadas sobre la importancia y los beneficios del parto institucional y sobre los riesgos y complicaciones del parto en domicilio manteniendo sus creencias costumbres y tradiciones
- ✓ Aplicar el plan de capacitación para el personal de salud sobre la calidad de atención en las mujeres embarazadas de la parroquia de Ambatillo alto
- ✓ Disminuir el porcentaje de partos domiciliarios y sensibilizar sobre la importancia del parto institucional.

6.5 ANÁLISIS DE FACTIBILIDAD

6.5.1 Socio Cultural

Es factible el proyecto “plan de capacitación a las embarazadas y personal del Centro de Salud de Ambatillo”, porque ayudara a promocionar la importancia y los beneficios del parto institucional logrando la satisfacción del usuario familia y comunidad gracias a la atención de calidad y calidez brindada por el personal de salud.

6.5.2 Organizacional

De acuerdo al plan de capacitación y promoción de trípticos se mejorara la calidad de atención por parte del personal de salud y de igual manera se reducirá la incidencia de parto domiciliario.

6.5.3 Económico Financiero

La realización de la presente investigación y los costos para la ejecución de las estrategias de la presente propuesta serán asumidos por la investigadora.

6.5.4 Legal

El plan de capacitación a las embarazadas y el personal del Centro de Salud de Ambatillo apoyarán para el cumplimiento de las normas y reglamentos impuestos por el Ministerio de Salud Pública y Salud Intercultural.

6.6 FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICO TÉCNICA

PLAN DE CHARLAS

Primer tema: Control prenatal

Dirigido a: Las mujeres embarazadas

Objetivos:

- Dar a conocer sobre la importancia de los controles mensuales y beneficios del parto institucional.
- Educar a las mujeres embarazadas sobre las complicaciones y riesgos que traen el parto domiciliario.

Definición:

El control prenatal (CPN) son una serie de entrevistas o visitas programadas que realiza la embarazada con el equipo de salud, con el objetivo de vigilar el embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y la crianza.



Objetivo:

EL control prenatal es disminuir la morbimortalidad materno-fetal.

Detección de enfermedades maternas.

Vigilancia del crecimiento, desarrollo y vitalidad fetal.

Preparación física y mental para el parto.

Educación para la salud familiar y la crianza de niño.

Identificar los factores de riesgo.

Diagnosticar la edad gestacional (EG)

Diagnosticar la condición fetal.

Diagnosticar la condición materna.



Para qué sirven los controles del embarazo

- * Para que sepas cómo está tu salud y si tu bebito está creciendo bien.
- * Para que sepas la fecha aproximada del parto.
- * Para que sepas si existe algún peligro y puedas prevenir cualquier sufrimiento o dificultad durante el parto.

Requisitos del control prenatal:

- **Precoz:** Debe efectuarse la primera consulta durante el primer trimestre de la gestación, lo ideal es antes de las doce semanas.
- **Periódico:** La frecuencia de los controles varía según el riesgo del embarazo, requiriendo los de bajo riesgo, un control mensual con un total mínimo de cinco controles.
- **Completo:** Los contenidos mínimos del control deben garantizar el cumplimiento efectivo de las acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud.
- **Amplia cobertura:** Se trata de cubrir a la mayor cantidad de embarazadas posibles. Solo en la medida en que el porcentaje de la población controlada sea alto se puede disminuir las tasas mortalidad materna y Perinatal.

El control prenatal debe estar dirigido:

- A la detección y control de factores de riesgo de embarazo

- A la prevención, detección y tratamiento de la:
 - Anemia,
 - Preeclamsia,
 - Infecciones cervicovaginales e infecciones urinarias,
 - Las complicaciones hemorrágicas del embarazo,
 - Retraso del crecimiento intrauterino y otras patologías intercurrentes del embarazo.



Vigilancia prenatal. En cada consulta de seguimiento se emprenden medidas para valorar el bienestar de la madre y el feto:

Feto

- Frecuencia Cardíaca
- Talla actual y ritmo de cambio
- Volumen de líquido amniótico
- Presentación y actividad (finales del embarazo)



Beneficios adicionales del Control prenatal.

- Despejar dudas sobre el embarazo y el parto.
- Aclarar sobre los miedos y tabúes.
- Lograr mayor acercamiento y confianza hacia el sistema de salud.
- Promover actitud positiva hacia la maternidad y el espaciamiento de los hijos.
- Fomentar la lactancia materna.
- Promover mejoramiento de hábitos de vida familiares.

La alimentación en el embarazo

La gestante debe:

- Consumir tres comidas principales más un refrigerio diariamente.

- Consumir diariamente algún alimento de origen animal, como sangrecita y pescado. También vísceras de color rojo como hígado, bife, bazo y carnes rojas.
- Comer diariamente frutas y verduras de color amarillo intenso, anaranjado y verde oscuro.
- Consumir por lo menos una vez al día un producto lácteo (leche, queso o yogurt).
- Tomar el sulfato ferroso a partir del 4to mes del embarazo hasta los 2 meses después del parto.

Debe evitar tomar o comer la embarazada:

- Alcohol.
- Café o refrescos con cafeína.
- Alimentos potencialmente transmisores de enfermedades: leche y quesos sin pasteurizar, huevos crudos, carne mal cocida, mariscos crudos, chorizo y embutidos poco cocidos.
- Bebidas gaseosas.
- Alimentos muy fritos.
- Alimentos en conserva.



Reglas de higiene adecuadas:

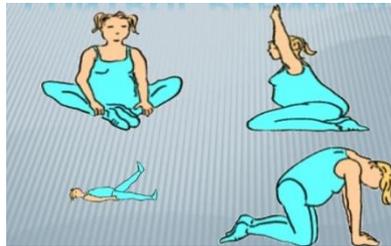
- Vestimenta holgada.
- No fajeros o ligas en miembros inferiores.
- Calzado tacón bajo.
- Trabajo habitual no excesivo o extenuante.
- Evitar ambientes tóxicos o insalubres.
- Baño diario
- No tabaco ni alcohol.
- Relaciones sexuales normales.

Ejercicios.

Objetivos:

Desarrollar y fortalecer los músculos que intervendrán en el parto. Aumentar su elasticidad

- Caminar es aconsejable.
- Los deportes no recomendables. .
- Prácticas de relajación músculo (abdominales, perineales, miembros inferiores).



Expertos señalan que el ejercicio físico moderado y prudente, tiene varios beneficios como:

- Favorece la circulación sanguínea
- Permite relajar el cuerpo y prepararlo para el descanso
- Tonifica y da fortaleza muscular
- Permite mantener una postura ideal
- Mantiene y prepara el cuerpo para el parto
- Acelera la recuperación post-natal

Afectivo

Toda embarazada debe ser bienvenida y atendida con calidez y calidad. Los horarios de atención deben favorecer la concurrencia al control prenatal. Cuanto mayor el número de horas de atención, más elevado el número de mujeres que pueden concurrir. Cumplir con el horario de turnos y reducir el tiempo de espera de las pacientes.



“Es importante cumplir con seis controles prenatales como mínimo, durante los 9 meses de gestación, para llevar una maternidad saludable y segura. El objetivo es detectar en forma oportuna cualquier complicación que pueda poner en peligro la vida de la madre o la del niño por nacer y actuar en forma adecuada para salvar ambas vidas”,

Segundo tema: Maternidad segura

Dirigido a: Las mujeres embarazadas

Maternidad segura

Maternidad Segura intenta reflejar la diversidad de experiencias de mujeres madres, de acuerdo con la desigualdad en la distribución del ingreso, las inequidades relacionadas con el lugar de residencia, origen étnico y género.



Para asegurar una maternidad segura se requiere de un compromiso de toda la sociedad a la salud de las mujeres, madres y recién nacidos y a la aseguración a acceso universal a servicios de calidad.

Tu parto debe realizarse en un establecimiento de salud porque:

- Serás atendida con calidad y calidez de acuerdo a tus costumbres y necesidades.



- Podrás elegir la posición que deseas en el momento de tu parto (horizontal o vertical).
- Podrán identificar, oportunamente, los signos de alarma (en la madre y el bebé).
- Podrán resolver las complicaciones (si se presentan).
- Facilitarán el apego a través del contacto precoz entre la madre y el bebé (contacto piel a piel) así como el inicio inmediato de la lactancia materna.
- El parto se puede presentar algunos días antes o después de la fecha indicada, aun cuando el embarazo se haya desarrollado normalmente, por lo que debes tener preparado todo lo necesario para ti y tu bebé. Es mejor si en el parto estás acompañada por tu pareja o un familiar.

Beneficios:

Educación sobre atención del puerperio

- * Es la atención integral que se te brinda después del parto y hasta los 42 días con la finalidad de detectar oportunamente complicaciones para ti y tu bebé. Recibirás:
 - * Suplemento de hierro y ácido fólico.
 - * Educación en cuidados del puerperio y recién nacido: alimentación, higiene, lactancia materna, cuidados del recién nacido.
 - * Signos de alarma en la madre y el recién nacido.
 - * Orientación/ consejería en salud sexual y reproductiva con énfasis en planificación familiar.



Consecuencias del parto en casa

- El parto es un momento de riesgo para la madre y sobre todo para el bebé si surge alguna complicación.

- Aunque el parto sea asistido por una matrona, puede surgir alguna situación en la que no se disponga del material necesario para desarrollar el parto con normalidad y seguridad. La capacidad para resolver cualquier es mayor en un hospital que en una casa.
- Además si fracasa el parto en casa, la mujer que acude al hospital llega con una baja reserva fetal, es decir, llega con una baja tasa de oxígeno para el recién nacido lo que se traduce en fallos respiratorios en el bebé y problemas en la reanimación.
- La mujer que decide parir en casa debe ser consciente y valorar seriamente el riesgo que puede sufrir el bebé si el parto se complica.

Peligros del parto en domicilio para la madre y el recién nacido:

- ✓ La falta de higiene e iluminación [durante la atención];
- ✓ Falta de concepto de riesgo/complicaciones;
- ✓ No control del trabajo de parto;
- ✓ “Manteada”.
- ✓ Muchas personas en el parto;
- ✓ Corte con elemento sucio;
- ✓ Desgarros frecuentes, no control de sangrado;
- ✓ Falta de atención inmediata del recién nacido;
- ✓ Limpieza insuficiente de ojos; recurre a infecciones.
- ✓ Tardío contacto con el bebé.



Señales de peligro

- * Sangrado vaginal abundante que puede deberse a retención de restos placentarios o por que el útero no se contrae adecuadamente.
- * Dolor de cabeza que no calma con especies medicinales

- * Visión borrosa, está relacionada con aumento de la presión arterial durante el parto.
- * Dolor de la barriga en la parte del bajo vientre que se acompaña de loquios de mal olor puede indicar que hay una infección interna del útero.
- * Fiebre alta, debido a una infección de vías urinarias de los senos o de la matriz.
- * Convulsiones y ataques o desmayo donde la presión arterial ha subido de manera descontrolada que puede ocasionar rápidamente la muerte.
- * Loquios o coágulos de mal olor por una infección de la matriz

PLAN DE CHARLAS

TEMA: Calidad de atención en comunidades indígenas

Dirigido a: Al personal del Centro de Salud de Ambatillo.

Objetivo: Incentivar a brindar atención de Salud con calidad y calidez a las mujeres embarazadas respetando su cultura

¿Calidad de atención?

Es la atención oportuna, personalizada, humanizada, continua y eficiente que brinde el personal de salud, con la aplicación de la ciencia y tecnología médica actual, de acuerdo a los estándares definidos para una práctica profesional, competente y responsable; con el objetivo de lograr la satisfacción del usuario y del prestador de los servicios.

Dimensiones de calidad.

- * Prontitud en la atención
- * Información
- * Trato Humano



- * Privacidad
- * Comodidad
- * Confidencialidad con respeto anamnesis y respeto Ex. físico
- * Consejería: Escucha y Orienta.
- * Presentación Personal.

Empatía

Es la capacidad que posee el profesional de salud para pensar y sentir dentro del mundo interno del usuario.

Beneficios

Los beneficios de que el personal de salud muestre empatía son:

- * Se siente más comprendido
- * Se siente aceptado
- * Nota que tiene permiso para expresar sus emociones
- * Le ayuda a confiar
- * Se siente menos solo con su situación
- * Escucha al profesional con más receptividad
- * Aumenta su autoestima

Ventajas

Para el personal de salud que demuestre empatía:

- Crea un ambiente de conexión, confianza.
- Le ayuda a comprender mejor al usuario
- Crea un ambiente más relajado
- Nota que es más eficaz y eso crea más satisfacción con el trabajo
- Le ayuda a mantener su identidad y rol en la Relación de Ayuda
- Aumenta su sensación de ser “humano”
- Reduce la posible tensión con el usuario.

Interculturalidad:

Es cualquier relación entre personas o grupos sociales de diversa cultura. Por extensión, se puede llamar también interculturales a las actitudes de personas y grupos de una cultura en referencia a elementos de otra cultura.

Interculturalidad y salud: es el ejercicio de la práctica médica académica (de origen occidental) con personas que poseen una cultura diferente, donde se trata de establecer una relación de diálogo con búsqueda de consenso. En otras palabras, la podemos definir como la práctica y el proceso relacional que se establecen entre el personal de salud y los enfermos, donde ambos pertenecen a culturas diferentes, y donde se requiere de un recíproco entendimiento para que los resultados del contacto (consulta, intervención, consejería) sean satisfactorios para las dos partes. Roberto Campos



Promoción de la salud en grupos indígenas

- ✓ Fortalecimiento de la sabiduría y espiritualidad étnica, para armonizar la vida de los humanos con los elementales de las plantas y los animales
- ✓ Incrementar el poder curativo en las familias para mayor independencia en salud.
- ✓ Mejorar las condiciones de vitalidad.



Qué implica trabajar en salud desde una perspectiva intercultural

1. Una relación entre iguales, entre pares, donde se reconozca a la persona.
2. Desarrollar formas de interacción basadas en el vínculo y la expresión de afectos.
3. Generar nuevos canales de comunicación que validen al otro/otra desde sus propias categorías.

4. Promover confianza, libertad, alegría y seguridad en sí mismos.

Estas formas de expresión son operativizadas a través de la palabra como una estrategia no sólo comunicativa sino central en el logro del reconocimiento y del vínculo. En este sentido, el tema de salud desde la perspectiva intercultural no es un enfoque más, sino un tema que apunta a la equidad y a la disminución de la morbimortalidad en este grupo con el fin de alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM).



Implica:

- ✓ Reconocer positivamente la existencia de diversidad (a nivel personal, familiar, de la comunidad, la sociedad y el Estado).
- ✓ Propone el diálogo horizontal y enriquecedor de diferentes culturas.
- ✓ Reconocer, armonizar y negociar las innumerables formas de diferencia que existen en los países de la Región

La Interculturalidad en el Modelo de Atención Integral de Salud: Reconoce la Gestión y Atención de Salud Intercultural: Corresponde a la unidad hacer operativo el mandato constitucional, diseñando los mecanismos que posibiliten la coordinación entre los sistemas de salud occidental y de los pueblos diversos, ancestrales, tradicionales y alternativos, garantizando la atención de las personas usuarias con el debido respeto a sus derechos humanos según su elección, así mismo fomentando la promoción de la salud desde su cosmovisión, proyectando las prácticas saludables.

El reconocimiento de la diversidad cultural implica un DIÁLOGO INTERCULTURAL, cuyo fundamento es el reconocimiento del otro sin barreras, ni jerarquías sociales en el que por una parte el Estado y los pueblos, nacionalidades indígenas, afro ecuatorianos, montubios y mestizos, puedan debatir la prestación de un servicio integral adecuado a su cosmovisión y / o en su defecto

se valore, respete su propio sistema, garantizando el acceso conforme a su elección en un plano de igualdad

Principios del Modelo de Atención Integral de Salud

- Garantía de los derechos de las y los ciudadanos y la corresponsabilidad en el cumplimiento de los deberes hacia los otros, sus comunidades y la sociedad. La garantía de derechos implica generar condiciones para el desarrollo de una vida saludable y el acceso universal a servicios de salud integrales, integrados y de calidad, a través de mecanismos de organización, provisión, gestión y financiamiento adecuados y suficientes para cubrir a toda la población, eliminando las barreras de acceso a la salud. Universalidad: es la garantía de acceso a iguales oportunidades para el cuidado y atención integral de salud de toda la población que habita en el territorio nacional independientemente de la nacionalidad, etnia, lugar de residencia, sexo, nivel de educación, ocupación, ingresos. La articulación y funcionamiento de la Red Pública Integral de Salud y red complementaria para garantizar el acceso a servicios de excelencia a toda la población.
- Integralidad: desde una visión multidimensional y biopsicosocial de la salud individual y colectiva, actuando sobre los riesgos y condiciones que afectan la salud; identificando y potenciando los factores protectores de la salud. Articula acciones de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación, cuidados paliativos de las personas, familias, comunidad y su entorno. Interrelaciona y complementa actividades sectoriales, ciudadanas, y los diversos sistemas médicos (medicina formal / medicinas ancestrales / medicinas alternativas).
- Equidad: Eliminación de diferencias injustas en el estado de salud; acceso a la atención de la salud y ambientes saludables; trato equitativo en el sistema de salud y en otros servicios sociales. La equidad es un requisito para el desarrollo de las capacidades, las libertades y el ejercicio de los derechos de las personas.

- Continuidad: Es el seguimiento al estado de salud de las personas; las familias, el control de los riesgos y factores determinantes para la salud y su entorno; atención de cualquier episodio de enfermedad específica hasta su resolución o su rehabilitación.
- Participativo: Generando mecanismos que contribuyan a la participación activa de las personas y los colectivos en la toma de decisiones sobre las prioridades de intervención, la asignación y el uso de los recursos, y en la generación de una cultura de corresponsabilidad y auto cuidado.
- Desconcentrado: Transferencia de competencias de una entidad administrativa del nivel nacional a otra jerárquicamente dependiente (nivel zonal, distrital, local), siendo la primera la que mantiene la rectoría y asegura su calidad y buen cumplimiento.
- Eficiente, eficaz y de calidad: Optimización y uso racional de los recursos, orientados a la satisfacción de las necesidades de las personas, principalmente de los grupos poblacionales más desprotegidos o en situación de riesgo.
- Que la expresión médico-paciente que reflejaba la relación entre la comunidad y la institución en el anterior modelo, se cambia a la relación equipo de salud-persona sujeto de derechos o ciudadano.
- Que la gestión y atención busque no solo resultados institucionales sino fundamentalmente resultados de impacto social, para mejorar la calidad de vida de la población.



Algunos pasos para el trabajo diario en comunidades indígenas

Elementos	Actitudes
Reconocimiento	<ul style="list-style-type: none"> - Reconocer positivamente la diversidad a nivel personal. - Reconocer y respetar los derechos de los pueblos indígenas. - Respetar la riqueza de la identidad nacional de la que cada uno forma parte. - Cuidar los gestos y expresión corporal en la atención a lo que nos va a expresar verbal y gestualmente la población indígena. - No asumir actitudes discriminatorias y excluyentes por razón de pertenencia étnica, edad, sexo, cultura u otra característica atribuida a las personas. - Reconocer que cada cultura tiene saberes y conocimientos valiosos y que es importante no sólo conocerlos, sino respetarlos y aprender de ellos.
Convivencia	<ul style="list-style-type: none"> - Compartir los conocimientos y saberes de los otros. - Saber escuchar y estar dispuesto a aprender. - No reproducir relaciones de poder al interior del establecimiento ni fuera de él. - Reconocer la riqueza de nuestra diversidad cultural. - Reconocer y valorar los diferentes modos de ver la vida y la salud, la enfermedad, sin pretender imponer la propia visión.
Valoración	<ul style="list-style-type: none"> - Buscar el porqué de las actitudes, conductas y comportamientos de los demás. - No para juzgar, sino para aprender de ellas. - Reflexionar sobre las propias percepciones de la vida, salud y enfermedad. - Entender que no existe cultura superior o inferior; existen culturas diferentes. - Reconocer los valores de la otra cultura desde su propia perspectiva. - Aceptar la vigencia de otras formas de salud, tanto en la comunidad como en las propias prácticas de salud. - Ser sensible a las necesidades del otro. Recordar que ellos están primero.
Interacción	<ul style="list-style-type: none"> - En el trabajo intercultural, la comunicación y dentro de ella la palabra y los gestos, son centrales en el reconocimiento. - ¡Pensar en conjunto! Pensar en equipo, en “ir juntos” uniendo capacidades para enfrentar los problemas de salud. - Compartir, involucrarse, ser parte de.

Orientaciones para lograr relaciones interculturales en salud

Orientaciones	¿Cómo lo hago en salud?
Las comunidades indígenas tienen derecho al ejercicio de los usos y costumbres de su cultura, práctica de la medicina tradicional, vigencia de su organización y forma de elección de sus autoridades, entre otros.	-Reconociendo, respetando y valorando otras formas de conocimientos y saberes locales. - Promoviendo el ejercicio de los derechos de los pueblos indígenas en el empleo de recursos probadamente beneficiosos para el cuidado de la salud.
Reconocer el derecho a la pluralidad étnica, cultural y lingüística dentro del contexto del país como expresión de identidad nacional.	- Reconociendo positivamente la pluralidad étnica, cultural y lingüística de los demás y los propios. - Interesándose por conocer las particularidades socioculturales. - Interesándose por hablar otras lenguas con el compromiso de entender al mismo tiempo la cosmovisión de estos pueblos.
Reconocer las particularidades étnicas y culturales como expresión de diversidad.	Asumiendo positivamente las particularidades étnicas y culturales. - Reconociendo que existen diferentes culturas, ninguna mejor que la otra.
Disposición a aprender de otras culturas	Incorporando progresivamente conceptos, saberes y prácticas nuevas en salud y aplicándolas en el trabajo diario.
Reconocer la capacidad de gestión de los miembros de la comunidad étnica	- Promoviendo la participación de los diferentes actores comunales en la resolución de los problemas de salud de la comunidad
Tener disposición y apertura para promover cambios en la atención de la salud.	Mejorando el trabajo con los pacientes - Introduciendo algunos saberes y conocimientos locales en la atención de la salud como el parto vertical, entre otros
Reconocer la cosmovisión indígena sobre el mundo de la salud y la enfermedad.	- Utilizando en el trabajo diario argumentos de la cosmovisión indígena para fortalecer la promoción de la salud familiar y comunitaria

6.7 METODOLOGÍA MODELO OPERATIVO

Con las estrategias planteadas se pretenderá que las mujeres embarazadas conozcan controles prenatales, beneficios del parto institucional, complicaciones y riesgos del parto domiciliario y que el personal de salud brinde una atención de calidad en estos pacientes respetando su cultura.

6.7.1 Actividades y estrategias

- Elaboración un plan de charla para la mujer embarazada y personal del Centro de Salud de Ambatillo.
- Capacitación a las Embarazadas sobre control prenatal beneficios del parto institucional y complicaciones del parto domiciliario y al personal del Centro de Salud de Ambatillo sobre calidad de atención.

6.7.2 Metas

- Que mediante el plan de charla y la promoción de trípticos las mujeres embarazadas de Ambatillo alto acudan en mayor demanda a los controles prenatales, conozcan los beneficios del parto institucional y se reduzca los partos domiciliarios y por ende sus complicaciones.
- Que el personal de salud brinde un buen trato a las embarazadas respetando su cultura y que mediante ello los pacientes se sientan satisfechos con la atención recibida.

6.7.3 Recursos

Recursos humanos

- Egresada de la carrera de Enfermería.
- Personal del Centro de salud de Ambatillo.
- Mujeres embarazadas de la parroquia de Ambatillo.

Recursos materiales

- Plan de charla, trípticos, material de escritorio e Enfocus.

Recursos financieros

- La propuesta va financiado por la investigadora.

6.8. Plan Operativo

FASES	OBJETIVOS	ACTIVIDADES	ESTRATEGIAS	RESPONSABLES	TIEMPO	METAS
Fase: 0 Planificación de la ejecución de la propuesta	Ejecutar la propuesta de Programa de capacitación para la promoción del parto institucional con el fin de mejorar la calidad de atención en las mujeres embarazadas por el personal del Centro de Salud de Ambatillo.	Recolectar la información Socializar la propuesta con el director del Centro de salud de Ambatillo. Construir lo aprendido del aprendizaje adquirido en la practica Evaluación del aprendizaje	Sensibilización (video) y focus group Capacitaciones, charlas, material comunicacional Dramatizaciones de los tópicos presentados.	La investigadora	Del 13 al 15 de enero de 2015	Fortalecer el contenido de la propuesta.
Fase 1: Recolección de información científica.	Recolectar la información científica	Estudio de tópicos para la difusión de conocimientos entorno al tema. información científica	Sensibilizar al personal de salud y a las mujeres embarazadas con la ayuda de un video Extraer información acerca del parto institucional con el focus group Indagar acerca de los tópicos	La investigadora	el 16 de enero de 2015 (21 personas) por el lapso de 120 minutos	Obtener suficiente información del tema.

			hallados en la lluvia de ideas del focus group.			
Fase 2: Socialización de la propuesta a las mujeres embarazadas y el personal del Centro de Salud.	Socializar la propuesta a las mujeres embarazadas y el personal del Centro de Salud.	Presentar el contenido del programa de educación	1) charla sobre la importancia del control prenatal y beneficios del parto institucional. 2) charla con el tema maternidad segura 3) charla sobre la calidad de atención en comunidades indígenas	La investigadora	el 21 de enero de 2015	Estrategias aplicadas por parte de la investigadora
Fase 3: Ejecución de las actividades del plan de educación para las mujeres embarazadas y el personal del Centro de Salud Ambatillo.	Ejecutar las actividades del plan de educación para las mujeres embarazadas y el personal del Centro de Salud Ambatillo.	Sociabilizar los tópicos Entrega de material comunicacional	Dramatización de los tópicos presentados.	La investigadora	Del 3 al 6 de febrero de 2015	Mejorar conocimientos a las mujeres embarazadas, y al personal del Centro de Salud Ambatillo
Fase 5: Evaluación del aprendizaje.	Evaluar el aprendizaje alcanzado	Verificación de conocimiento del tema tratado.	Realizar preguntas abiertas del tema expuesto.	La investigadora	Del 10 al 16 de febrero de 2015	Madres embarazadas con conocimientos del parto institucional y domiciliario.

Elaborado Por: Jessica Montero

6.9. ADMINISTRACIÓN

La propuesta se realizará con las mujeres embarazadas y el personal de salud que labora en el Centro de Salud de Ambatillo mediante el plan de charla y promoción a través de trípticos.

6.10. PREVISIÓN DE LA EVALUACIÓN

Para determinar si el plan de charlas ha dado beneficio se observa si las embarazadas acuden a los controles prenatales y si tienen como plan de parto asistir a una institución de salud.

De igual manera se monitoriza la calidad de atención del personal del Centro de Salud de Ambatillo en las embarazadas respetando su cultura.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BIBLIOGRAFÍA

- Aguirre, G. (2009) *Programa de salud de la situación intercultural*. Tercera edición. México.
- Arnold, D. Yapita, J. (2012). *Las Wawas del Inka: Hacia la Salud Materna Intercultural en Algunas Comunidades Andinas*. ILCA, La Paz. Pág: 80-87.
- Benson, P. (2010). *Diagnóstico de embarazo y cuidados prenatales*. En: Manual de Obstetricia y Ginecología. 9ª ed. McGraw-Hill Interamericana. Buenos Aires.
- Borda, C. (2001). *Factores condicionantes del parto domiciliario en Bogotá D.C.*
- Bradby, B. (2005). *¿Volveré, no Volveré? Aportes al Diálogo entre Modelos Culturales del Parto*. La Paz.
- Bocker A, Sánchez G, Arévalo M, Espinoza G. (2011). *Promoción de las Medicinas y Prácticas Indígenas en la Atención Primaria en Salud: El Caso de los Quechuas del Perú*.
- Dibbits, I. Terrazas, M. (2013). *El Involucramiento de los Hombres en la Atención de la Salud*. La Paz: Garza Azul. Pág: 175-179.
- Faúndez A (2010). Control Prenatal. En: Obstetricia. Pérez Sánchez, A. Donoso Siña, E. Eds. Publicaciones Técnicas Mediterráneo Ltda. Capítulo 12 - Segunda Edición, página 156-167.
- González, J. (2009). Control del embarazo, en Obstetricia, 4ª. Edición, Masson Salvat Medicina. 151-157
- Leon, D. Walt, G. (2009). *Poverty, inequality and health: an international perspective*. Nueva York: Oxford UP.
- Linares, N. y Lopez, O. (2008). *La equidad en salud: propuestas conceptuales, aspectos críticos y perspectivas desde el campo de la salud en Medicina social* Volumen 3. Bolivia.

- McGinnis, J.M., Williams Russo, P. Knickman J. (2002). *The case for more active policy attention to health promotion*. Health Affairs 21(2): 78-93.
- Ministerio de Salud. (2009) *Antecedentes para apoyar la revisión de los programas de salud pública desde la perspectiva de equidad y determinantes sociales*. Chile: Subsecretaría de Salud Pública.
- Ministerio de Salud Bolivia (2005). Previsión Social. *Guía para la Atención Intercultural de la Salud Materna*. Serie: Documentos Normativos. La Paz – Bolivia. Pág: 106.
- Ministerio de Salud Peru. (2012). *Evaluación anual del área de la Dirección General de Salud de las Personas*. Lima: DGSP/MINSA.
- Ministerio de Salud y Previsión Social (2005). *Guía para la Atención Intercultural de la Salud Materna*. Serie: Documentos Normativos. La Paz – Bolivia.
- Organización Panamericana de la Salud (2010). *Situación de salud en las Américas. Indicadores básicos*. Washington, DC: OPS.
- Schwarcz, R. (1997). *Obstetricia*. Buenos Aires. Pág. 147
- Tamayo R. (2013) “*De la magia primitiva a la medicina moderna.*” 4ta edición México.
- Testa, M. (2010). “*Atención, Primaria o Primitiva de Salud*”. Segunda edición. Buenos Aires, Argentina, OPS.

LINKOGRAFÍA

- Alcolea, S., & Mohamed, D. (2011). Guía de cuidados en el embarazo. (I. N. Sanitaria, Ed.) 9 - 11. Obtenido de <http://www.ingesa.msc.es/estadEstudios/documPublica/internet/pdf/Guiacuidadosembarazo.pdf>
- Alvarez, L. (2012). Los determinantes sociales de la salud: más allá de los factores de riesgo. Rev. Gerenc. Polit. Salud [online]. Recuperado el 15 de diciembre del 2014. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-70272009000200005&lng=en&nrm=iso . ISSN 1657-7027.
- Camacho V, Gálvez A, Murdock M, (2003). Puig C, Escobar A. Atención calificada del parto en América Latina y el Caribe .2003 Disponible en : <http://www.paho.org/Spanish/AD/FCH/WM/Atencioncalificadadelpartoinformefinal.pdf> 10/12/2011
- Centro Internacional de Políticas para el Crecimiento Inclusivo. (Agosto de 2009). El Acceso Equitativo a los Servicios Básicos: Más Allá del Dilema Abastecimiento Público versus Abastecimiento Privado. Poverty In Focus(18), 3. Obtenido de <http://www.ipc-undp.org/pub/esp/IPCPovertyInFocus18.pdf>
- Cimadamore, A. D., Eversole, R., & McNeish, J.-A. (. (2006). Pueblos indígenas y pobreza. Enfoques multidisciplinares. (C. L. Sociales, Ed.) 1. Obtenido de <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/crop/indige/indige.html>
- Climate A. (2014). Definición: Pueblos Indígenas. Obtenido de <http://www.indigene.de/38.html?&L=2>
- Definición ABC. (2014). Definición de Sociocultural. Obtenido de <http://www.definicionabc.com/social/sociocultural.php>
- Delgado, A. M. (2013). ¿Es seguro el parto natural en casa. Obtenido de <http://bebera.com/es-seguro-el-parto-natural-en-casa/>
- González de Dios, J., & Buñuel Álvarez, J. (2010). El parto domiciliario triplica la mortalidad neonatal respecto al parto hospitalario. Artículos.

Evid Pediatr., 6(59), 1. Obtenido de <http://www.intramed.net/contenido.asp?contenidoID=67383>

- Hodnett ED, Downe S, Edwards N, Walsh D.(2008). Centros de Obstetricia con características familiares versus centros de Obstetricia Institucionales Convencionales. Revista Cochrane.. Disponible en :http://bvs.minsa.gob.pe/local/dgsp/168_maternidad-4.pdf
- Martins, C., Almeida, N., & de Mattos, D. (2012). Parto domiciliario planeado: asistido por enfermero obstetra. Enfermería Global, 11(27), 1. Obtenido de http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412012000300016&script=sci_arttext
- Martínez, E. (2008). Demografía. Málaga; Recuperado el 15 de diciembre del 2014. Disponible en: <http://www.eumed.net/coursecon/2/dem.htm>
- Morín, E. (2009). Sociedad y salud. 2º CURSO ESCUELA DE ENFERMERÍA UNIVERSIDAD DE ALICANTE. Recuperado el 22 de octubre de 2014. Disponible en: http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/16003/24/TEMA_6._CONSTRUCCION_SOCIAL_DE_LA_SALUD.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2007). La Salud de los Pueblos Indígenas. Acceso 12 Feb 2014. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs326/es/>.
- Organización Mundial de la Salud. (2012). Mortalidad Materna. Nota descriptiva N°348 [Página en internet]. Mayo de 2012 [Fecha de búsqueda: 10 de marzo de 2014] disponible en:<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>.
- Organización Mundial de la Salud. (2014). La Salud de los Pueblos Indígenas. Octubre 2007 [actualizada en el 2014]. Acceso 12 Feb 2014. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs326/es/>.
- Organización de Naciones Unidas. (2015) Podemos erradicar la pobreza. Objetivos de desarrollo del milenio y más allá de 2015. [Página en internet] [Fecha de búsqueda: 10 de marzo de 2014] disponible en: <https://pod51035.outlook.com/owa/#path=/mail>.

- Organización Panamericana de la Salud. (2010). Diálogo intercultural para el mejoramiento de la calidad materna y neonatal desde el primer nivel de atención del área de Otavalo- Ecuador 2005-2010. Disponible <http://lilita-calderon.blogspot.com/p/mejorando-los-partos-institucionales.html>
- Redacción de Club de las embarazadas. (2014). ¿Qué es el parto domiciliario? Preparando la llegada del bebé. Obtenido de <http://www.clubdelasembarzadas.com/ver-nota/5199/que-es-el-parto-domiciliario>
- Sánchez, G., & Díaz, T. (06 de Octubre de 2011). La salud materna-infantil un factor de incidencia en el desarrollo integral de las personas. El Observador Económico, 1. Obtenido de <http://www.elobservadoreconomico.com/articulo/1175>
- Wagstaff A. (2012). Pobreza y desigualdades en el sector de la salud. Rev Panam Salud Publica [revista en la Internet]. Recuperado el 15 de diciembre del 2014. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892002000500007&lng=es. <http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892002000500007> .
- Yepes, F. (1991). Distribución geográfica de los médicos: Factores que los afectan, Educación Médica y Salud 7(3-4).

CITAS BIBLIOGRÁFICAS – BASE DE DATOS UTA.

- **EBRARY:** World, H. O. (2009). Subsanan las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud: Informe final de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Albany, NY, USA: World Health Organization (WHO). Recuperado el 24 de Febrero de 2015 <http://site.ebrary.com/lib/uta/search.action?p00=determinantes+sociales+d e+salud&fromSearch=fromSearch>
- **EBRARY:** Molina, C. G., & Núñez, D. A. J. (Eds.). (2003). Servicios de salud en América Latina. Washington, DC, USA: Inter-American Development Bank. Recuperado el 24 de Febrero de 2015 <http://site.ebrary.com/lib/uta/search.action?p00=determinantes+sociales+d e+salud&fromSearch=fromSearch>
- **EBRARY:** Kabeer, N. (2006). Lugar preponderante del género en la erradicación de la pobreza y las metas de desarrollo del milenio. Ottawa, ON, CAN: IDRC Books / Les Éditions du CRDI. Recuperado el 24 de Febrero de 2015. <http://site.ebrary.com/lib/uta/search.action?p00=PARTOS+EN+CASA+&fromSearch=fromSearch>
- **EBRARY:** Ahmed, K., Awe, Y. A., & Barnes, D. F. (2005). Environmental Health and Traditional Fuel Use in Guatemala. Herndon, VA, USA: World Bank Publications. Recuperado el 24 de Febrero de 2015 <http://site.ebrary.com/lib/uta/detail.action?docID=10079945&p00=salud+materno+infantil>
- **EBRARY:** Bonfil-Sánchez, Paloma. Mujeres indígenas y derechos en el marco de las sociedades multiétnicas y pluriculturales de América Latina. *Revista de Sociedad, Cultura y Desarrollo Sustentable*. 8(1), 2012. México: Red Universidad Autónoma Indígena de México, 2012. Recuperado el 24 de Febrero de 2015 <http://site.ebrary.com/lib/utasp/detail.action?docID=10680117&p00=salud+en+poblaciones+indigenas>
- **EBRARY:** Vázquez Sandrin, Germán. Fecundidad indígena. México: Editorial Miguel Ángel Porrúa, 2010. Recuperado el 24 de Febrero de 2015 <http://site.ebrary.com/lib/utasp/detail.action?docID=10933966&p00=parto+en+casa+de+mujeres+indigenas>
- **PROQUES:** Menéndez, E.,L. (2011). Las idas y vueltas del conocimiento: El caso de los determinantes sociales de la salud. *Global Health Promotion*, 18(4), 49-58. Recuperado el 24 de Febrero de 2015 <http://search.proquest.com/docview/929696122/75C9E5ABC3814A7CPQ/4?accountid=36765>

- **PROQUES:** Drovetta, R. I. (2009). BIOMEDICINA Y POLÍTICAS DE SALUDREPRODUCTIVA EN UN CONTEXTO RURAL INDÍGENA DE LA PUNA JUJEÑA, ARGENTINA. *Barbaroi*, (31), 139. Recuperado el 24 de Febrero de 2015
<http://search.proquest.com/docview/1426776846/5C6EC9C114CA4527PQ/4?accountid=36765>
- **PROQUES:** Bouché, H. (2001). LA SALUD EN LAS CULTURAS. *Educación XXI*, 4, 61-90 Recuperado el 24 de Febrero de 2015 <http://search.proquest.com/docview/1112229685/DDF32C234A134114PQ/11?accountid=36765>
- **PROQUES:** Ministros analizarán medidas para reducir mortalidad en mujeres indígenas. (2011, Jun 29). Recuperado el 24 de Febrero de 2015
<http://search.proquest.com/docview/874080582/CBA6B8BF58EA484FPQ/1?accountid=36765>

ANEXOS

Anexo N° 1

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA
ENCUESTA DIRIGIDA A LA MADRE DE FAMILIA

Objetivo:

Determinar los factores socio-culturales de las embarazadas y su incidencia en el parto domiciliario en la comunidad indígena de la parroquia Ambatillo Alto.

Instrucciones:

- Sírvase llenar uno de los casilleros de las preguntas que a continuación se detalla.

Encuestador.....

Fecha.....

Cuestionario.

1. ¿Cuál es su nivel de educación?

Analfabeta
Primaria
Secundaria
Superior

2. ¿Usted puede acceder a todos los servicios de salud?

SI NO

3. ¿Asistió a controles prenatales en sus anteriores embarazos?

SI NO

4. ¿El personal de salud responde a sus inquietudes y le informa adecuadamente?

SI NO

5. ¿Las costumbres de su comunidad influyen en la atención del parto?

SI NO

6. ¿Tiene su comunidad alguna tradición con relación al embarazo y al parto?

SI NO

7. ¿Sus creencias influyen en el parto domiciliario?

SI NO

8. ¿Cuándo usted acude a una unidad de salud existe buena comunicación?

SI NO

9. ¿Qué tiempo toma para llegar a la institución de salud?

30-60 min.

Mas 60 min.

10. ¿Los ingresos económicos familiares en su hogar son?

Buenos

Regulares

Malos

11. ¿El parto fue atendido en?

Institucion de salud

Domicilio

12. ¿Qué complicaciones tuvo su hijo después del parto en el domicilio?

Problemas oculares
Problemas de la piel
Infección del cordón umbilical
Ninguno

13. ¿Qué complicaciones tuvo usted después del parto en el domicilio?

Problemas en las vías urinarias
Infecciones posparto
Desgarros
Sangrado
Ninguna

14. ¿El dar a luz en su domicilio le brindó un entorno de tranquilidad, intimidad y confianza?

SI NO

15. ¿Usted recibió el apoyo de su familia cuando dio a luz en su hogar?

SI NO

16. ¿El personal de salud respeta sus creencias, costumbres y tradiciones?

SI NO

17. ¿Tiene usted miedo a los procedimientos durante el parto?

SI NO

18. ¿Tiene confianza en la capacidad técnica del personal de Salud?

SI NO

18. ¿El personal de salud le atiende con amabilidad, paciencia y le brinda confianza y está pendiente de su progreso?

SI NO

20. ¿El tiempo de espera es mucho para recibir atención en una institución de salud?

SI NO

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

Señales de peligro después del parto

- ♦ Sangrado vaginal abundante
- ♦ Dolor de cabeza que no calma con especies medicinales
- ♦ Visión borrosa,
- ♦ Dolor de la barriga en la parte del bajo vientre.
- ♦ Fiebre alta, debido a una infección
- ♦ Convulsiones y ataques o desmayo
- ♦ Coágulos de sangre de mal olor por una infección de la matriz



Maternidad Saludable

“Es el balance del bienestar físico, psicológico y social durante toda la vida reproductiva de la mujer, y no solo la ausencia de complicaciones

TU PARTO DEBE SER PRACTICADO
EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD

UNIVERSIDAD
TÉCNICA DE
AMBATO



Maternidad
Saludable y segura



Vive una **Maternidad Saludable y Segura**

Acude al establecimiento de salud **antes, durante y después**

MATERNIADD SEGURA

Identifica e interviene tempranamente con el equipo de salud, a la mujer y su familia, identificando los riesgos relacionados con el embarazo, parto y puerperio. Se realiza la planificación, intervención y control de los mismos, a fin de lograr una gestación saludable que permita que el parto y el nacimiento ocurran en óptimas condiciones, sin secuelas para la madre y su hijo.

Tu parto debe realizarse en un establecimiento de salud porque:

- Serás atendida con calidad y calidez de acuerdo a tus costumbres y necesidades.
- Podrás elegir la posición que deseas en el momento de tu parto
- Podrán identificar, oportunamente, los signos de alarma (en la madre y el bebé).
- Podrán resolver las complicaciones (si se presentan).
- Facilitarán el apego a la madre y el bebé

Peligros del parto en domicilio para la madre y el recién nacido:

- La falta de higiene e iluminación. Falta de concepto complicaciones;
- No control del trabajo de parto;
- "Mantada";
- Muchas personas en el parto;
- Corte con elemento sucio;
- Desgarros, no control de sangrado;
- Falta de atención inmediata del recién nacido;
- Limpieza insuficiente de ojos; recurre a infecciones.

La vida de tu hijo esta en tus manos

Debes saber

SÍNTOMAS O SIGNOS DE ALARMA

- Pérdida de sangre vía vaginal.
- Contracciones uterinas, antes de la fecha probable de parto.
- Disminución de los movimientos fetales o su ausencia.
- Pérdida de otros líquidos vía vaginal.
- Hinchazón de sus miembros inferiores y resto del cuerpo.
- Dolor de cabeza intenso y permanente Fiebre.
- Náuseas y vómitos intensos y repetidos Orina escasa o molestias al orinar
- Dolor en el epigastrio.



“Es importante cumplir con seis controles prenatales como mínimo, durante los 9 meses de gestación, para llevar una maternidad saludable y segura. El objetivo es detectar en forma oportuna cualquier complicación que pueda poner en peligro la vida de la madre o la del niño por nacer y actuar en forma adecuada para salvar ambas vidas”,



CONTROL PRENATAL



*Cuidad tu vida y de
tu bebe*

Control prenatal

El control prenatal entrevistas o visitas programadas que realiza la embarazada con el equipo de salud, para vigilar el embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y la crianza.



Objetivo:

es disminuir la morbilidad materna o -fetal.

Para qué sirven los controles del embarazo

- Para que sepas cómo está tu salud y si tu bebé está creciendo bien.
- Para que sepas la fecha aproximada del parto.
- Para que sepas si existe algún peligro y puedas prevenir cualquier sufrimiento o dificultad durante el parto.



Apenas sospeches que estás embarazada debes acudir al establecimiento de salud para confirmarlo e iniciar la atención prenatal.

Recuerda que:

- Las visitas regulares al establecimiento de salud hasta el momento del parto permiten detectar y resolver oportunamente cualquier complicación.

Todo parto debe ser atendido por un profesional para evitar complicaciones



