

Educación prenatal y psicoprofilaxis en el parto en libre posición: enfoque para un nacimiento natural y consciente

Prenatal education and psychoprophylaxis in free-position childbirth: approach to a natural and conscious birth

Palacios-Moreira Vanessa Del Rocío

Facultad de Posgrado, Especialidad Orientación Familiar,
Universidad Técnica de Manabí. Portoviejo, Ecuador.

Correo: vpalacios8984@utm.edu.ec

ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0006-6842-8793>

Jalil-Vélez Nadya Judafeet

Universidad Técnica de Manabí. Portoviejo, Ecuador.

Correo: nadya.jalil@utm.edu.ec

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-9722-9965>

RESUMEN

El parto humanizado es un enfoque que privilegia la autonomía y dignidad de la mujer durante el alumbramiento, promoviendo su participación activa y toma de decisiones en un ambiente de apoyo emocional. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) señala que la interculturalidad en la salud busca integrar prácticas tradicionales y convencionales, lo que ha influido en la evolución del parto a nivel mundial, especialmente en Europa y Latinoamérica. El Ministerio de Salud Pública (MSP) destaca que el parto humanizado implica un intercambio de saberes basados en la experiencia para garantizar un nacimiento respetado. No obstante, persisten barreras culturales y de acceso a los servicios de salud que dificultan su implementación. Este método natural, libre de intervenciones farmacológicas, permite a la gestante recuperar el control sobre su cuerpo y redefinir la experiencia del parto, minimizando el sufrimiento fetal. En respuesta a la necesidad de reforzar el protagonismo femenino en este proceso, el parto humanizado se ha convertido en una alternativa que favorece una experiencia de maternidad positiva, basada en el respeto a los derechos y creencias de cada mujer.

Palabras claves: Educación prenatal, Parto humanizado, Psicoprofilaxis obstétrica, gestantes, Nacimiento natural.

ABSTRACT

Humanized childbirth is an approach that prioritizes women's autonomy and dignity during childbirth, promoting their active participation and decision-making in an emotionally supportive environment. The Pan American Health Organization (PAHO) notes that interculturalism in health seeks to integrate traditional and conventional practices, which has influenced the evolution of childbirth worldwide, especially in Europe and Latin America. The Ministry of Public Health (MSP) emphasizes that humanized childbirth involves an exchange of knowledge based on experience to ensure a respectful birth. However, cultural barriers and access to health services persist that hinder its implementation. This natural method, free of pharmacological interventions, allows pregnant women to regain control over their bodies and redefine the birth experience, minimizing fetal distress. In response to the need to strengthen female agency in this process, humanized childbirth has become an alternative that promotes a

Información del manuscrito:

Fecha de recepción: 19 de marzo de 2025.

Fecha de aceptación: 14 de mayo de 2025.

Fecha de publicación: 20 de julio de 2025.

positive motherhood experience, based on respect for the rights and beliefs of every woman.

Keywords: Prenatal education, Humanized childbirth, Obstetric psychoprophylaxis, pregnant women, Natural birth.

1. INTRODUCCIÓN

En los centros de salud, se ha observado que el personal obstétrico en ocasiones asume un rol protagónico en el parto, desplazando a la gestante. Esto ha generado un incremento en cesáreas y en la morbilidad materna y neonatal, lo que ha impulsado la promoción del parto humanizado.

Este modelo de atención se pretende lograr mediante la aserción de los beneficios que puede tener la gestante al momento del alumbramiento, además de revelar el rendimiento y calidad en la participación de un equipo del personal de salud en cuanto al cuidado en el momento del alumbramiento, respetando el rol que debe cumplir y desempeñar cada miembro de este proceso y sus competencias en este proceso.

En los últimos tiempos, los avances científicos y tecnológicos han permitido el desarrollo y la aplicación de algunas técnicas para iniciar, acelerar y regular el proceso fisiológico del parto, tratando siempre de maximizar los resultados perinatales. Nos obstante, pese a los avances existentes, la definición de trabajo “normal” no se ha estandarizado.

Es así como la psicoprofilaxis obstétrica enfatiza un tipo de trabajo de parto en el que las gestantes pueden elegir libremente, siempre que la paciente y su pareja o principal familiar de apoyo reciban la orientación familiar adecuada durante el embarazo, así como también dependerá de lo que se registre en su historia médica y obstétrica. En Ecuador, muchos centros médicos privados ofrecen el trabajo psicoprofiláctico, lo que desafortunadamente no es una alternativa muy común en los centros de salud pública.

Según la Organización Mundial de la Salud (2022), se estima que, en el mundo mediante parto normal, nacen aproximadamente 140 millones de niños/as por año. No obstante, a pesar del adelanto y aparecimiento de nuevos conocimientos en lo respecta a nacimientos, la definición de normalidad que se ha ido extendiendo en torno al parto, no se ha universalizado ni estandarizado.

Las formas convencionales en las que normalmente se ha venido realizando un parto, han tenido un notable progreso de nuevas técnicas aplicables al mismo, permitiendo éstas el inicio, la aceleración, culminación, vigilancia y culminación del proceso fisiológico del alumbramiento, ejercicios que, además de pretender mejorar el resultado del parto en las gestantes y sus bebés, también inducen al uso de medicalización creciente en este proceso, conllevando a su vez a aminorar la capacidad de una mujer al parir, dando como resultado una experiencia personal negativamente del parto.

Para Lothian (2009), el parto psicoprofiláctico, describe un método en el que se minimiza la interposición médica para el tratamiento del dolor en el desarrollo de este. En respuesta a esta problemática surge el “parto humanizado”, entendiéndose como aquel en el que tiene relevante importancia, las creencias y elecciones en cuanto al tipo de alumbramiento que una gestante quiere para su bebé.

Es importante además entender que, su ejecución tiene dos perspectivas: la primera que nace bajo la óptica y deseos de la madre y la segunda en la que prima el bienestar del bebé entendiéndose que en muchas ocasiones el cuadro clínico de la criatura no permita un parto normal, aun cuando su madre desee acudir a esta alternativa.

El parto humanizado, que le otorga a la madre la libre elección de este en cuanto a su preferencia conforme a su ideología, culturalidad o creencias, solo será viable una vez que se haya verificado y garantizado el bienestar y derecho a la vida de la criatura; en dónde además interviene el accionar de los profesionales de la salud, mismos que basaran su atención en principios más humanísticos, sirviendo así de soporte emocional, y no solo clínico, para la madre durante el parto. (Fray, 2018).

Varios estudios han coincidido concluyentemente en que, el desarrollo de un parto humanizado, dan como resultado, el que la gestante tenga una mejor experiencia al momento del parto, así como el hecho de que el acompañamiento no solo físico, sino también emocional al momento del mismo incide positivamente en su proceso normal, pudiendo inclusive llegar a tener un efecto analgésico en la parturienta, minimizando así, la percepción del dolor en ella, y por tanto, incrementando su nivel de satisfacción (Macías et al., 2018).

La educación prenatal/psicoprofiláctica tiene un impacto positivo en la experiencia del parto en libre posición, favoreciendo la autonomía de la gestante, reduciendo la percepción del dolor y mejorando los resultados materno-neonatales en los centros de salud de Manabí.

Dadas las consideraciones anteriores, esta investigación persigue como objetivo general es analizar la influencia de la educación prenatal/ psicoprofiláctica como proceso de apoyo para el parto en libre posición de gestantes en los centros de salud de Manabí, con el fin de promover un parto humanizado que respeta la autonomía y bienestar de la madre y el recién nacido.

Asimismo, los objetivos específicos formulados son: a) Identificar los beneficios de la educación prenatal/psicoprofiláctica en la preparación física, emocional y teórica de las gestantes para un parto humanizado; b) Examinar las barreras culturales y estructurales que dificultan el acceso a la educación prenatal y al parto humanizado en los centros de salud de Manabí; c) Determinar el nivel de conocimiento y preparación del personal de salud sobre la atención del parto humanizado y la psicoprofilaxis obstétrica.

2. MARCO TEÓRICO

En los centros de salud, se ha observado que el personal obstétrico en ocasiones asume un rol protagónico en el parto, desplazando a la gestante. Esto ha generado un incremento en cesáreas y en la morbilidad materna y neonatal, lo que ha impulsado la promoción del parto humanizado (Cobeta & Pérez, 2020).

Este modelo de atención se pretende lograr mediante la aserción de los beneficios que puede tener la gestante al momento del alumbramiento, además de revelar el rendimiento y calidad en la participación de un equipo del personal de salud en cuanto al cuidado en el momento del alumbramiento, respetando el rol que debe cumplir y desempeñar cada miembro de este proceso y sus competencias en este proceso (Colmenares & Ramírez, 2024).

Diversos estudios han destacado que, a pesar de los avances científicos y tecnológicos, la definición de un “parto normal” no se ha estandarizado, y muchas veces se ve influenciada por factores culturales, médicos y sociales que afectan la elección del método de parto (Argüello & Mateo, 2014).

En este sentido, la psicoprofilaxis obstétrica enfatiza un tipo de trabajo de parto en el que las gestantes pueden elegir libremente, siempre que la paciente y su pareja o principal familiar de apoyo reciban la orientación familiar adecuada durante el embarazo (Ortíz et al., 2021). Este enfoque promueve una mayor autonomía para la mujer y refuerza la importancia de los valores culturales y emocionales en el proceso del parto (Laica et al., 2024).

De acuerdo con Garófalo & Moyon (2023), la interculturalidad en el ámbito de la salud es fundamental para lograr un parto humanizado. Esta se refiere a la integración entre el sistema tradicional y el convencional, reconociendo las distintas costumbres que las gestantes pueden tener en su proceso de maternidad.

En la misma línea, la Organización Panamericana de la Salud (2020) ha destacado la necesidad de un enfoque más inclusivo que respete las creencias y valores de las mujeres durante el proceso de nacimiento. La integración de prácticas culturales de las parteras ancestrales, como se sugiere en los estudios de Burgaleta et al (2025), es esencial para avanzar hacia un modelo de atención más respetuoso y eficiente.

A nivel internacional, la forma de medicar e instituir un parto se ha visto transformada por factores como nuevas costumbres, migración y la evolución de la tecnología en la biomedicina (Solórzano et al., 2021).

En países de Europa y América Latina, el parto humanizado ha comenzado a

ser considerado como una alternativa adecuada para mejorar la calidad del nacimiento, reduciendo las intervenciones médicas innecesarias y promoviendo la participación activa de la mujer en su experiencia (Johannsen, 2016).

En el caso de Ecuador, el Ministerio de Salud Pública (MSP, 2020) ha implementado programas para promover un parto respetuoso, en libre posición, que considera la importancia de una atención más personalizada, empática y culturalmente pertinente (Vallejos, 2024).

Sin embargo, existen barreras significativas, como las limitaciones estructurales de los centros de salud públicos, la falta de capacitación del personal médico y el desconocimiento de las gestantes sobre sus derechos y opciones durante el parto (Mora, 2024). Estas barreras dificultan el acceso y la implementación efectiva de modelos de atención centrados en la mujer.

Según un estudio reciente de Ortega et al. (2024), la educación prenatal tiene un impacto directo en la experiencia del parto, favoreciendo la autonomía de la gestante y reduciendo la percepción del dolor. La educación basada en el conocimiento de las técnicas de respiración, relajación y posturas adecuadas es clave para que las mujeres se sientan empoderadas durante el trabajo de parto, lo que a su vez mejora los resultados materno-neonatales (Ortiz, 2014).

El acompañamiento emocional durante el parto desempeña un papel fundamental en el bienestar de la gestante, ya que contribuye significativamente a la reducción de la ansiedad, el dolor y la percepción de miedo. Contar con una red de apoyo conformada por profesionales de la salud, familiares o personas de confianza genera un ambiente de seguridad y tranquilidad, favoreciendo el desarrollo natural del proceso de alumbramiento. La presencia de un acompañante que brinde soporte emocional no solo ayuda a disminuir la sensación de vulnerabilidad, sino que también fortalece el vínculo entre la madre y el recién nacido, promoviendo un inicio positivo en la maternidad.

Estudios han demostrado que este respaldo puede facilitar el trabajo de parto, haciendo que las contracciones sean más efectivas y reduciendo la necesidad de intervenciones médicas. Además, el apoyo emocional permite que la mujer se sienta escuchada y respetada, dándole la confianza necesaria para asumir un rol activo en la toma de decisiones sobre su parto. En conjunto, estos factores

contribuyen a transformar la experiencia del alumbramiento en un momento más placentero y enriquecedor, en el que la gestante se siente empoderada y acompañada en uno de los eventos más trascendentales de su vida. (Jayasundara et al., 2024).

Es relevante también considerar los estudios de Fray (2018) y Macías et al. (2018), que coinciden en que el parto humanizado contribuye a una experiencia más satisfactoria y menos traumática para la madre, dado que se fomenta la participación activa de la mujer en la toma de decisiones sobre su salud y bienestar. En este contexto, el trabajo de parto no solo se considera desde un punto de vista médico, sino también desde la dimensión emocional y psicológica, lo que implica un enfoque integral de la salud (Westbrook, 2015).

Otros autores, como Lassi et al. (2014), han analizado el impacto de las intervenciones mínimas durante el parto en la salud materna y neonatal, sugiriendo que el parto humanizado reduce la necesidad de procedimientos invasivos y acelera la recuperación postparto.

Asimismo, los estudios de Martínez & Karchmer (2021), refuerzan la idea de que el acompañamiento emocional es fundamental para disminuir la percepción del dolor y generar un ambiente más tranquilo y controlado durante el parto. En este sentido, la incorporación de técnicas de relajación, como las propuestas por Choez & Cárdenas (2023), ha demostrado ser eficaz para aumentar la satisfacción de las mujeres durante el trabajo de parto.

Es importante también recordar que las barreras culturales siguen siendo un desafío en muchos contextos. Según la investigación de Navarro y Pérez (2023), las diferencias culturales entre las gestantes y los profesionales de la salud pueden crear tensiones y desconfianza, lo que dificulta la implementación del parto humanizado. De igual manera, la falta de formación en psicoprofilaxis obstétrica para los equipos de salud, como mencionan Martínez & Karchmer (2021), sigue siendo un obstáculo significativo en muchos países.

En resumen, el objetivo de un parto humanizado es devolverle a la gestante el poder de decidir sobre su cuerpo y cómo quiere que se desarrolle su proceso de alumbramiento, minimizando el sufrimiento fetal y permitiendo que la mujer viva

esta experiencia de manera más natural y consciente (Fray, 2018; Henao, 2022). Este enfoque busca integrar la psicoprofilaxis obstétrica como una herramienta esencial para reducir la intervención médica innecesaria y aumentar la satisfacción de las mujeres al momento de dar a luz.

De acuerdo con Orts (1983), la psicoprofilaxis es la preparación física y psicológica que implica a los padres como pareja, para lograr el nacimiento de la manera más natural y segura mediante un parto consciente y activo, pero sin sufrimiento. Asimismo, Morales et al. (2014) mencionan que este método incluye acciones como: ejercicios obstétricos, relajación y manejo de la respiración; para preparar a las gestantes, y para sus parejas, actividades como el manejo del embarazo y preparación para el nacimiento del bebé. También los autores enfatizan en que, de acuerdo con la etapa de preparación, la psicoprofilaxis se divide en cinco tipos:

1. **Psicoprofilaxis prenatal:** refiriéndose a la preparación general, teórica, física y psicoafectiva que se brinda a la gestante durante el embarazo, misma que debe iniciarse entre el quinto y sexto de gestación; aunque se considera que nunca es tarde para la preparación.
2. **Psicoprofilaxis intranatal:** es la preparación integral, teórica, física y psicoafectiva que se da a la embarazada durante la labor de parto, priorizando una experiencia positiva en el proceso de este.
3. **Psicoprofilaxis postnatal:** es la preparación integral, teórica, física y psicoafectiva que se brinda a la madre después del parto, su propósito es lograr la óptima recuperación de la mujer. Este proceso se da generalmente durante el periodo de puerperio mediano, y en muchos casos se amplía hasta los primeros meses del periodo de lactancia exclusiva.
4. **Psicoprofilaxis de emergencia:** Se refiere a la preparación que se da a la gestante cuando ya está a pocos días para la fecha probable de alumbramiento, o estando ya en la labor de parto. El objetivo principal de este tipo de psicoprofilaxis es lograr la tranquilidad, colaboración y participación de la gestante para ayudar a controlar sus emociones.
5. **Psicoprofilaxis en situaciones especiales:** Se define como la

preparación prenatal integral que se brinda a los casos cuya gestación no reúne las condiciones ideales, por lo que, dependiendo de cada situación especial, demandará una atención basada en las necesidades específicas de cada madre. (Morales et al., 2014).

De acuerdo con lo antes mencionado, existen distintos tipos de preparación para el parto psicoprofiláctico:

1. **Preparación física:** En el que se brinda a la gestante un entrenamiento de acuerdo con sus condiciones generales y obstétricas para que pueda alcanzar beneficios corporales y mentales, que comúnmente se logran mediante técnicas de actividades respiratorias, de relajación neuromuscular, posiciones antálgicas y/o masajes localizados, entre otros. (Sapién et al., 2008).
2. **Preparación psicoafectiva:** Se refiere al apoyo emocional y tranquilidad que se da a la paciente y a su pareja, para que puedan disfrutar de la llegada del bebé sin temores, promoviendo en ellos seguridad y bienestar constante. (Sapién et al., 2008).
3. **Preparación teórica:** Es la información pertinente y oportuna que se brinda a la embarazada para que conozca y entienda sobre los factores relacionados con su embarazo y el alumbramiento, ayudándola así a sentirse tranquila, segura, y empoderada sobre los cuidados de salud y generando en la gestante una cultura de prevención. (Morales et al., 2014).

De la misma manera, existen algunas técnicas de la psicoprofilaxis obstétrica, entre las que se destacan las siguientes:

1. **Técnicas de relajación:** Es una técnica alternativa mediante el uso de manipulaciones de los tejidos blandos del cuerpo ejercida especialmente con las manos para lograr el alivio de molestias, relajación, mejorar la circulación y oxigenación, misma que puede ser de manera profunda o progresiva, intentando que la gestante alcance un estado de reposo a nivel físico y mental, y con ello ahorrarle energías, aliviar molestias y mejorar la capacidad de concentración de la madre.

2. **Técnicas de respiración:** Hace énfasis en las diferentes formas de la oxigenación pulmonar, intentando mejorar la aeración en la paciente y el bebé, dependiendo del momento y la necesidad de la gestante, con lo cual logrará también mayor comodidad y tranquilidad, logrando una relajación y control de las molestias propias de cada fase del trabajo de parto.
3. **Técnicas de vinculación:** Se refiere a las dinámicas que buscan propiciar el lazo afectivo en la pareja respecto a la llegada del hijo(a).
4. **Calistenia:** Son aquellos movimientos suaves, rítmicos y progresivos que se utilizan especialmente al iniciar la preparación física de la gestante con el propósito de que alcance una mayor comodidad, elasticidad y flexibilidad durante los movimientos en la labor de parto.
5. **Aromaterapia:** Es una técnica alternativa que, a través del uso de fragancias, aceites esenciales y aromáticos logran promover la salud y bienestar del cuerpo, la mente y las emociones.
6. **Esferodinamia:** Se refiere al entrenamiento físico con el uso de una pelota de plástico inflada, que ayuda a facilitar algunos movimientos y posturas que apoyando significativamente en la preparación física prenatal y postnatal de la madre.
7. **Hidroterapia:** Técnica en la que se usa el agua como recurso para facilitar la preparación prenatal, en especial en el área física, y que además por sus características, ayuda en los movimientos y flexibilidad, minimizando así el esfuerzo físico y molestias en la gestante.
8. **Terapia con música:** Enfatiza una manera alternativa terapéutica para que la madre sienta motivación, relajación, meditación y estimulación en el proceso y desarrollo de la psicoprofilaxis obstétrica, con lo que se consigue un mejor estado psicofísico y optimiza el estado emocional, cognitivo y espiritual en la madre y su pareja durante su preparación para el alumbramiento. (Morales et al., 2014).

3. METODOLOGÍA

El presente estudio se desarrolló bajo un enfoque mixto, combinando técnicas cuantitativas y cualitativas, lo que permitió tener una visión integral sobre la

influencia de la educación prenatal y la psicoprofilaxis obstétrica en la experiencia del parto en libre posición (Martínez & Karchmer, 2021). De acuerdo con Hernández et al. (2020), los estudios mixtos resultan fundamentales en el área de la salud materna, ya que permiten recoger tanto datos estadísticos como testimonios vivenciales que enriquecen la comprensión de la problemática.

Se seleccionaron 40 gestantes atendidas en centros de salud de Manabí, dividiendo la muestra en dos grupos comparativos:

- ✓ **Grupo 1:** 20 gestantes que recibieron educación prenatal y psicoprofilaxis.
- ✓ **Grupo 2:** 20 gestantes que no recibieron este tipo de preparación.

Según Ortega et al. (2023), la elección de grupos comparativos en estudios sobre prácticas obstétricas es una estrategia adecuada para evaluar el impacto real de las intervenciones educativas en el parto. Asimismo, Poma (2023) enfatiza que el análisis comparativo entre grupos permite medir los efectos de la psicoprofilaxis en variables como dolor, ansiedad y satisfacción materna.

Procedimiento de las técnicas e instrumentos

Para la recolección de la información, se utilizaron entrevistas al personal de salud, una técnica que según Gómez & Ortiz (2020), es indispensable para conocer las percepciones, actitudes y barreras que enfrentan los profesionales al momento de aplicar un parto humanizado. Se elaboró una guía de entrevista semiestructurada, que permitió explorar en profundidad temas relacionados con:

- ✓ Conocimientos sobre educación prenatal y parto humanizado.
- ✓ Experiencia en atención de partos en libre posición.
- ✓ Percepción de barreras y desafíos en la implementación del parto humanizado (Camargo et al., 2022).

De acuerdo con Vázquez Navarrete et al. (2006), las entrevistas semiestructuradas ofrecen flexibilidad y profundidad, adecuándose al contexto hospitalario y al perfil del personal. Las entrevistas fueron grabadas (previo consentimiento informado) y transcritas para su análisis cualitativo.

Además, se realizó una revisión de registros clínicos, técnica que ha sido

validada como una fuente primaria de datos en estudios de intervención obstétrica (Santos & Ramírez, 2021). Los datos obtenidos incluyeron:

- ✓ Cantidad de partos en libre posición registrados en los últimos años.
- ✓ Frecuencia de uso de intervenciones médicas (cesáreas, analgesia, episiotomías, etc.).
- ✓ Resultados materno-neonatales (complicaciones, satisfacción materna).

Siguiendo los lineamientos éticos propuestos por la Organización Mundial de la Salud (2022), se garantizó la confidencialidad de la información y el consentimiento informado de las participantes.

Análisis de datos

El análisis cuantitativo se realizó mediante estadística descriptiva e inferencial, con el fin de identificar relaciones entre la educación prenatal, la psicoprofilaxis y el tipo de parto (Vázquez Navarrete et al., 2006). Por otro lado, el análisis cualitativo se llevó a cabo mediante categorización temática, siguiendo las pautas de Braun y Clarke (2021), para identificar las percepciones, barreras y beneficios de la aplicación del parto humanizado.

Finalmente, los resultados fueron interpretados y contrastados con estudios recientes y normativas internacionales, lo que permitió elaborar un informe con conclusiones y recomendaciones que promuevan la implementación efectiva de la educación prenatal y del parto humanizado en los centros de salud de Manabí (Lavanderos & Díaz, 2021).

4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Tabla 1: Interpretación y presentación de resultados

Variable	Preparadas (%)	No Preparadas (%)
<i>Parto libre posición</i>	70%	30%
<i>Percepción de menor dolor (vs dolor intenso)</i>	65%	35%
<i>Satisfacción con el parto</i>	85%	15%
<i>Cesáreas realizadas (vs parto vaginal)</i>	22%	78%
<i>Acompañamiento durante el parto</i>	75%	25%

Fuente: Elaboración propia (2025)

Gráfico 1: Comparación de Variables

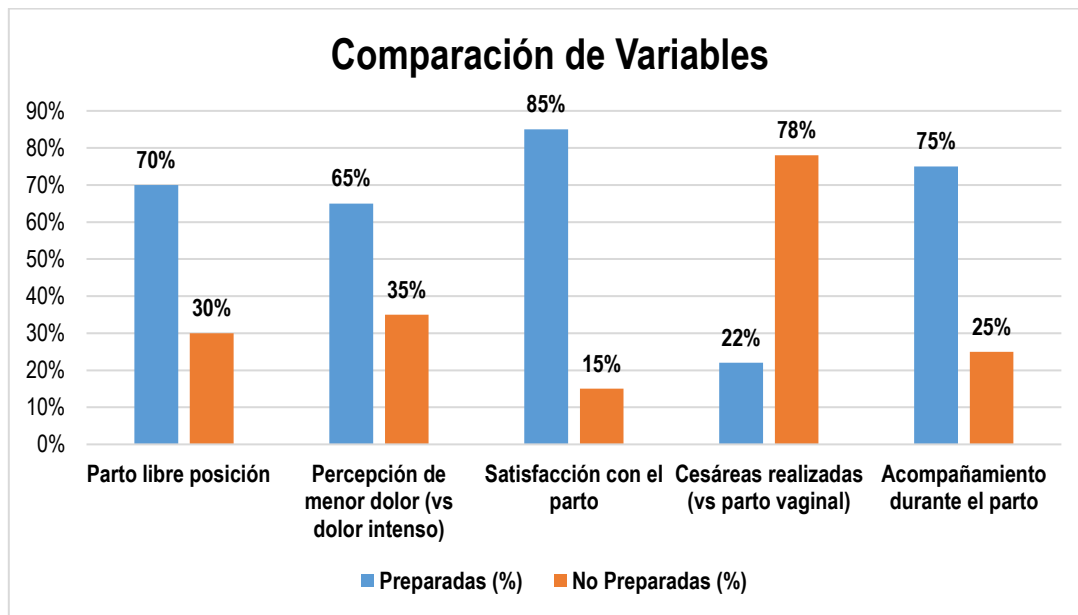


Gráfico 2: Parto libre posición



Según el Gráfico 2 se dice que el 70% de mujeres preparadas eligieron parto en libre posición mientras el 30% de mujeres no preparadas no pudieron elegir, dicho esto, la educación prenatal influye directamente en la elección de parto en libre posición.

Gráfico 3: Percepción de menor dolor

Según el Gráfico 3 se dice que el 65% de mujeres preparadas experimentaron menos dolor. Mientras el 35% de mujeres no preparadas tuvieron mucho dolor ya que la educación prenatal reduce significativamente la percepción del dolor.

Gráfico 4: Satisfacción con el parto

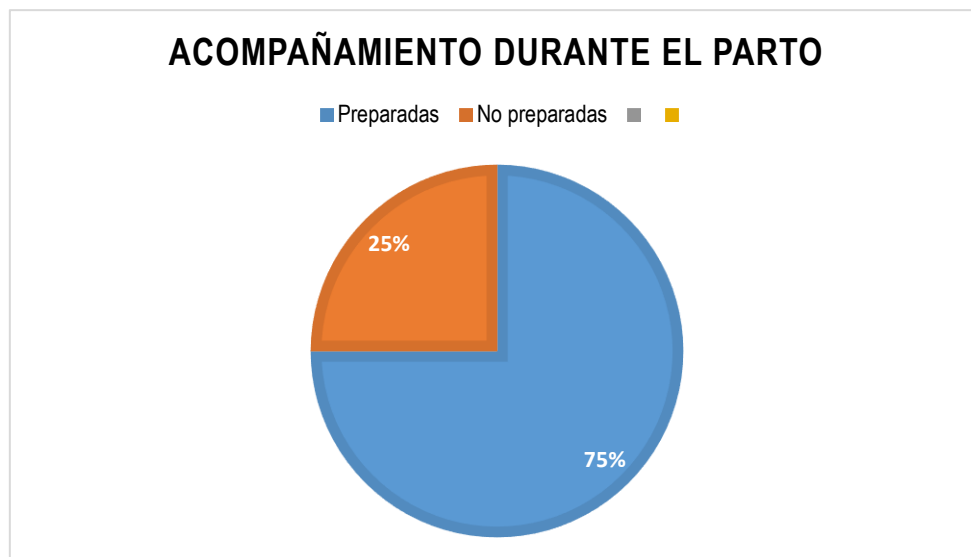
Según el Gráfico 4 se dice que el 85% de mujeres preparadas estuvieron satisfechas. Mientras tanto el 15% de mujeres no preparadas no manifestaron esa satisfacción. Por lo tanto, la mayor satisfacción es en mujeres preparadas con psicoprofilaxis y educación prenatal.

Gráfico 5: Cesáreas realizadas



Según el Gráfico 5 se dice que el 22% de mujeres preparadas no tuvieron cesáreas. Mientras tanto el 78% de mujeres no preparadas si tuvieron que realizarles cesárea. Por lo tanto, la educación prenatal disminuye las cesáreas innecesarias.

Gráfico 6: Acompañamiento durante el parto



Según el Gráfico 6 indica que el 75% de mujeres preparadas estuvieron acompañadas de su pareja o algún familiar. Mientras tanto el 25% de mujeres no preparadas no estuvieron acompañadas. Por lo tanto, la psicoprofilaxis fomenta el acompañamiento emocional durante el parto.

Discusión

El estudio sobre la influencia de la educación prenatal y la psicoprofilaxis en el parto en libre posición resalta la importancia de brindar a las gestantes información y herramientas que les permitan tomar decisiones informadas sobre su proceso de alumbramiento. Se evidencia que el parto humanizado, basado en el respeto a la autonomía de la madre, es una alternativa que mejora la experiencia materna y reduce la intervención médica innecesaria.

La investigación “Psicoprofilaxis obstétrica. La realidad actual” de Martínez y Karchmer (2021) respalda la importancia de la educación prenatal y la psicoprofilaxis en el proceso de parto, destacando que estas estrategias permiten a las gestantes asumir un rol activo en su alumbramiento. Según los autores, el acceso a programas de psicoprofilaxis obstétrica contribuye a reducir la ansiedad y el miedo, favoreciendo un parto más natural y menos medicalizado. Sin embargo, también señalan que la disponibilidad de estos programas es limitada en instituciones públicas, lo que representa una barrera para muchas mujeres. En este sentido, la investigación reafirma la necesidad de fortalecer la educación prenatal como un derecho fundamental para garantizar una experiencia materna respetuosa y consciente

Uno de los aspectos clave es el impacto positivo de la educación prenatal en la preparación física y emocional de la gestante. Las técnicas de respiración, relajación y posiciones adecuadas permiten una mayor confianza y control sobre el proceso de parto, lo que a su vez disminuye la percepción del dolor y reduce la ansiedad. Además, la participación de la pareja o un acompañante de confianza en este proceso fortalece el apoyo emocional y la sensación de seguridad de la madre.

La investigación “Educación prenatal y su relación con el tipo de parto: una vía hacia el parto natural” de Soto et al. (2006) respalda la importancia de la educación prenatal en la preparación física y emocional de la gestante, destacando que la implementación de programas educativos durante la gestación reduce significativamente la necesidad de intervenciones médicas innecesarias.

Según los hallazgos del estudio de Soto et al. (2006), las técnicas de respiración, relajación y posiciones adecuadas no solo mejoran la confianza y el control de la mujer sobre su proceso de parto, sino que también disminuyen la tasa de cesáreas y el uso de oxitocina durante el trabajo de parto. Además, la presencia de un acompañante de confianza, como la pareja o una doula, fortalece el apoyo emocional y contribuye a una experiencia de parto más positiva y menos medicalizada.

Sin embargo, persisten barreras en la implementación de este modelo en los centros de salud públicos. La falta de capacitación del personal médico en parto humanizado, las limitaciones en infraestructura y la resistencia a cambiar los protocolos tradicionales de atención obstétrica dificultan la adopción de la psicoprofilaxis y el parto en libre posición. Además, factores culturales y el desconocimiento de las gestantes sobre sus derechos y opciones de parto contribuyen a que muchas mujeres sigan optando por métodos convencionales sin explorar alternativas que podrían beneficiarlas.

La investigación “Psicoprofilaxis Obstétrica y Estimulación Prenatal” de Aguirre Espinoza (2012), confirma que la implementación de la psicoprofilaxis obstétrica enfrenta desafíos en los centros de salud públicos, principalmente debido a la falta de capacitación del personal médico y la resistencia a modificar protocolos tradicionales. La autora enfatiza que la educación prenatal y la estimulación temprana pueden mejorar significativamente la experiencia del parto, reduciendo la ansiedad y el dolor mediante técnicas de relajación y respiración. Sin embargo, también señala que la infraestructura limitada y el desconocimiento de las gestantes sobre sus derechos obstaculizan la adopción de estos métodos. Para superar estas barreras, Aguirre Espinoza (2012) propone fortalecer la formación de los profesionales de la salud y promover campañas de concienciación dirigidas a las gestantes, con el objetivo de fomentar un parto más humanizado y respetuoso.

Finalmente, los hallazgos del estudio confirman que la psicoprofilaxis obstétrica y el parto en libre posición pueden representar una estrategia efectiva para mejorar la calidad de la atención materna en Manabí. Sin embargo, su implementación requiere esfuerzos coordinados entre el sistema de salud, las

gestantes y sus familias para superar los desafíos actuales y consolidar un modelo de atención más respetuoso y centrado en la madre y el bebé.

5. CONCLUSIONES

El presente estudio evidencia la influencia positiva de la educación prenatal y la psicoprofilaxis obstétrica en la experiencia del parto en libre posición, promoviendo la autonomía materna y reduciendo el uso de intervenciones médicas innecesarias. Se confirma que las gestantes que reciben una preparación adecuada tienen mayor confianza, menor percepción del dolor y una experiencia de parto más satisfactoria, lo que refuerza la importancia de fortalecer estos programas en los centros de salud de Manabí.

A pesar de los beneficios del parto humanizado, su implementación en el sistema de salud pública sigue enfrentando barreras culturales, estructurales y de capacitación del personal médico, lo que limita su acceso y aplicación. Es fundamental sensibilizar a los profesionales de la salud sobre la importancia de respetar la autonomía de la gestante y brindar opciones seguras y respaldadas científicamente, como el parto en libre posición.

REFERENCIAS

- Aguirre Espinoza, C. (2012). Psicoprofilaxis obstétrica y estimulación prenatal. Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote. Chimbote, Perú. https://files.uladech.edu.pe/docente/09400711/Psicoprofilaxis_Obstetrica_y_Estimulacion_Prenatal/Sesion_0/TEXT0%20PPO-EPN.pdf
- Argüello, H., & Mateo, A. (2014). Parteras tradicionales y parto medicalizado, ¿un conflicto del pasado? Evolución del discurso de los organismos internacionales en los últimos veinte años. *LiminaR*, 12(2), pp. 13-29. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-80272014000200002&lng=es&tlng=es
- Braun, V., & Clarke, V. (2021). Thematic analysis: A practical guide. SAGE Publications.
- Burgaleta, E., Quilumba, M., Arias, B. & Molina, D. (2025). Percepción de las Parteras Ancestrales de Ecuador sobre las Condiciones Laborales, la Relación con el Sistema Público de Salud y el Reconocimiento

- Comunitario. Revista Veritas De Difusão Científica, 5(3), pp. 2948–2971.
<https://doi.org/10.61616/rvdc.v5i3.386>
- Camargo, G., Güezgüan, J., Sánchez, N., Barragán, J., Huamanga, B., & Soto, R. (2022). Comportamiento clínico del parto vertical y en posición de litotomía en dos centros de salud de Cusco, Perú. *Ginecología y obstetricia de México*, 90(3), pp. 222-233.
<https://doi.org/10.24245/gom.v90i3.7133>
- Choez, J. & Cárdenas, F. (2023). Ventajas del parto humanizado en mujeres gestantes en Latinoamérica. *LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades*, IV(2), p. 5059. ISSN en línea: 2789-3855. Asunción, Paraguay.
<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/9586194.pdf>
- Chiquito, C. & Sánchez, V. (2022). Rol de enfermería en la promoción del parto humanizado. *Brazilian Journal of Health Review*, 5(4), pp.16786-16800
DOI: <https://doi.org/10.34119/bjhrv5n4-232>
- Cobeta, C. & Pérez, C. (2020). Humanización del proceso de cesárea. [Trabajo de Grado] Universidad Autónoma de Madrid. Madrid, España.
https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/691643/cobeta_garcia_carolina.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Colmenares, J., & Ramírez, B. (2024). Volvamos al parto humanizado. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*, 84(3), pp. 316-328.
<https://doi.org/10.51288/00840313>
- Fray, E. (2018). Accionar de enfermería en la atención del parto culturalmente adecuado. [Trabajo de Grado] Universidad Nacional de Chimborazo. Riobamba, Ecuador.
<http://dspace.unach.edu.ec/bitstream/51000/5051/1/UNACH-EC-FCS-ENF-2018-0017.pdf>
- Garófalo, K., & Moyon, J. (2023). Enfoque intercultural de enfermería en el parto humanizado. [Trabajo de Grado] Universidad Nacional de Chimborazo. Riobamba, Ecuador.
<http://dspace.unach.edu.ec/bitstream/51000/11406/1/Gar%C3%B3falo%20Manzano%2C%20K%20y%20Moyon%20Moyon%20J%282023%29%20Enfoque%20intercultural%20de%20enfermer%C3%ADa%20en%20el%20parto%20humanizado%28Tesis%20de%20Pregrado%29%20Univer%20Nacional%20de%20Chimborazo%2C%20Riobamba%2C%20Ecuador.pdf>
- Gómez, Á. & Ortiz, M. (2020). Parto humanizado: percepción de profesionales de la salud sobre facilitadores y barreras al acompañamiento de las gestantes durante el trabajo de parto. [Trabajo de Grado] Universidad

Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia.
<https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/78858>

- Henao, D. (2022). Gestación y parto humanizado. Congreso Internacional de Ginecología y Obstetricia, Universidad de Antioquia, pp. 213-224. https://revistas.udea.edu.co/index.php/ginecologia_y_obstetricia/article/download/346863/20808522/253896
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2020). Metodología de la investigación: Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta (7.^a ed.). McGraw-Hill.
- Jayasundara, D, Jayawardane, I., Weliange, S., Jayasingha, T., & Madugalle, T. (2024). Impact of continuous labour companion- who is the best: A comprehensive meta-analysis on familiarity, training, temporal association, and geographical location. MedRxiv. <https://doi.org/10.1101/2024.02.02.24302191>
- Johannsen, J. (2016). Parto humanizado, la información es poder. Gente Saludable. <https://blogs.iadb.org/salud/es/parto-humanizado/>
- Laica, S., Ramos, A., & Jiménez, H. (2024). La psicoprofilaxis obstetrica y su importancia en el periodo gestacional. Gac méd estud, 5(2). <https://revgacetaestudiantil.sld.cu/index.php/gme/article/view/485>
- Lassi, Z., Salam, R., Das, J., & Bhutta, Z. (2014). Essential interventions for maternal, newborn and child health: background and methodology. Reprod Health, 11. doi: 10.1186/1742-4755-11-S1-S1.
- Lavanderos, S., & Díaz, C. (2021). Recomendaciones basadas en la evidencia para alcanzar un parto respetado. Revista chilena de obstetricia y ginecología, 86(6), pp. 563-572. <https://dx.doi.org/10.24875/rechog.m21000034>
- Lothian, J. (2009). Safe, Healthy Birth: What Every Pregnant Woman Needs to Know. The Journal of Perinatal Education, 18(3), pp. 48-54. <https://org.doi/10.1624/105812409X461225>
- Macías, M., Haro, J., Piloso, F., Galarza, G., Quishpe, M. & Triviño, M. (2018). Importancia y beneficios del parto humanizado. Dominio de las Ciencias, 4(3), pp. 392-415. ISSN: 2477-8818 <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6560206&orden=0&info=link>
- Martínez, A., & Karchmer, S. (2021). Psicoprofilaxis obstétrica. La realidad actual. Acta médica Grupo Ángeles, 19(3), pp. 361-367. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-72032021000300361&lng=es&tlng=es

- Mora, A. (2024). Desafíos en el acceso a partos interculturales en la atención primaria de salud, Ecuador. *Revista de Investigación, Formativa, Innovación y Aplicaciones*, 6(1). DOI: <https://doi.org/10.3407>
- Mora, T. (2023). Psicoprofilaxis obstétrica y su impacto en la autonomía materna. *Ginecología y Obstetricia*, 36(2), 21-28.
- Morales, S., Guibovich, A., & Yábar, M. (2014). Psicoprofilaxis obstétrica: actualización, definiciones y conceptos. *Horizonte Médico (Lima)*, 14(4), pp. 53-57.
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-558X2014000400010&lng=es&tlng=es
- Navarro, M., & Pérez, R. (2023). Barreras culturales en la implementación del parto humanizado en diversos contextos. *Ginecología Cultural*, 12(4), 103-109.
- Organización Mundial de la Salud. (2022). *Guía ética para la investigación en salud con seres humanos*. OMS.
- Organización Panamericana de la Salud. (2020). *Estrategias para un parto respetuoso en la región de las Américas*. OPS.
- Ortega, E., López, G., & Fernández, R. (2024). La educación prenatal y el control de la percepción del dolor durante el parto. *Journal of Maternal Health*, 15(2), 44-51.
- Ortega, L., Zambrano, M., & Pérez, T. (2023). Evaluación de la psicoprofilaxis obstétrica y su impacto en el parto en libre posición. *Revista Materno Infantil*, 20(1), 66-74.
- Ortiz, C. (2014). Educación prenatal y su influencia en la experiencia del parto: un enfoque hacia el parto humanizado. [Trabajo de Grado] Universidad de Cantabria. Cantabria, España.
<https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/5229/OrtizFernandezC.pd%20f?sequence=1>
- Poma, T. (2023). Efectos de la psicoprofilaxis obstétrica en el trabajo de parto en gestantes atendidas en el hospital Santa María del Socorro enero a diciembre 2022. [Trabajo de Grado] Universidad Nacional "San Luis Gonzaga". Ica, Perú.
<https://repositorio.unica.edu.pe/server/api/core/bitstreams/a711d89b-3b3d-4932-ba6d-14386644396f/content>
- Santos, V., & Ramírez, H. (2021). Registros clínicos como fuente de datos en la investigación en salud materna. *Gaceta Médica*, 18(1), 39-47.

- Sapién, J., Córdoba, D., & Salquero, M. (2008). Cuidado psicoprofiláctico del embarazo: experiencias de mujeres y hombres. *Psicol. Soc.* 20(3). <https://doi.org/10.1590/S0102-71822008000300014>
- Solórzano, H., Villalobos, N., & Gorozabel, J. (2021). Abordaje obstétrico intercultural en la atención sanitaria comunitaria: Obstetric intercultural approach in the community health care. *REDIELUZ*,10(2), pp. 56-62. <https://produccioncientificaluz.org/index.php/redieluz/article/view/35518>
- Soto, C., Teuber, H., Cabrera, C., Marín, M., Cabrera, J., Da Costa, M., & Araneda, H. (2006). Educación prenatal y su relación con el tipo de parto: una vía hacia el parto natural. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 71(2), pp. 98-103. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262006000200005>
- Vallejos, A. (2024). Conocimiento y percepciones de mujeres sobre la atención de parto humanizado: estudio de caso en el Cantón Antonio ante de la Provincia de Imbabura, en el año 2023. [Trabajo de Grado] Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Quito, Ecuador. <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/5229/OrtizFernandezC.pd%20f?sequence=1>
- Vázquez Navarrete, M., Ferreira Da Silva, M., Fernández Delgado, M. & Vargas, I. (2006). Introducción a las técnicas cualitativas de investigación aplicadas en salud. https://www.researchgate.net/publication/343065213_Introduccion_a_las_tecnicas_cualitativas_de_investigacion_aplicadas_en_salud
- Westbrook, L. (2015). El parto humanizado: perspectivas de profesionales en las maternidades públicas de Buenos Aires. Independent Study Project (ISP) Collection. 2245. https://digitalcollections.sit.edu/isp_collection/2245