



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
DIRECCIÓN DE POSTGRADO
MAESTRÍA EN INVESTIGACIÓN EDUCATIVA



SIGNIFICADO DEL PARTO VERTICAL PARA LOS/LAS OBSTETRAS.
UNA PROPUESTA EDUCATIVA

Autora: María Alejandra Canelón
Tutor: MSc. Néstor Palacios

Abril, 2015



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
DIRECCIÓN DE POSTGRADO
MAESTRÍA EN INVESTIGACIÓN EDUCATIVA



SIGNIFICADO DEL PARTO VERTICAL PARA LOS/LAS OBSTETRAS.
UNA PROPUESTA EDUCATIVA

Autora: María Alejandra Canelón

Trabajo Especial de Grado presentado ante la Dirección de Postgrado de la Facultad de Ciencias de la Educación de la Universidad de Carabobo, como requisito para optar al grado Académico de Magister en Investigación Educativa.

Abril, 2015



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
DIRECCIÓN DE POSTGRADO
MAESTRÍA EN INVESTIGACIÓN EDUCATIVA



VEREDICTO

Nosotros, Miembros del jurado designado para la Evaluación del Trabajo de Grado titulado: SIGNIFICADO DEL PARTO VERTICAL PARA LOS/LAS OBSTETRAS.UNA PROPUESTA EDUCATIVA”, presentado por la Ciudadana **MARIA ALEJANDRA CANELON**, titular de la Cédula de Identidad N° V – **13.083.529** para optar al título de Magister en Investigación Educativa, estimamos que el mismo reúne los requisitos para ser considerado como: **APROBADO**

Apellido y Nombre

Cedula de Identidad

Firma

Abril, 2015

Dedicatoria

En este momento de grata y laborable culminación de la presente investigación, quiero agradecer y bendecir a todas aquellas personas que estuvieron a mi lado y me motivaron para la culminación de esta gran meta.

A Dios, por darme salud y voluntad para culminar este gran proyecto en mi vida profesional, superar obstáculos y creer que todo es posible, la luz que me guía y me conduce.

A mi madre, por siempre apoyarme, mi mejor amiga, estímulo y motivación, que con sus palabras me alienta a que todo se puede si así lo deseas.

A mi abuela, mi ejemplo a seguir, la llama que enciende los motores de la perseverancia, mi agradecimiento siempre.

A mi familia, un gran apoyo.

A mis amigas Erling, Yoleida por su motivación.

A mi tutor Néstor, por su ayuda y consejos asertivos en esta ardua labor de la investigación.

A todos, que de manera directa e indirectamente me ayudaron a cumplir este gran sueño.

Canelón María Alejandra

Agradecimiento

A Dios por darme vida, salud, motivación para culminar esta gran obra.

A mis Madre, gran ejemplo de lucha y fortaleza, mi gran estímulo y motivación

A mis abuelos, gracias por estar ahí siempre, con su presencia es suficiente para sentir el compromiso de retribuir lo mucho que han dado por mí.

A mi familia, con sus palabras me brindan apoyo en todo momento

A mis compañeros de trabajo quienes colaboraron conmigo para la realización de esta investigación.

A mi tutor Néstor Palacios, por brindarme sus conocimientos.

A Yoleida, por siempre darme apoyo y motivación.

A la profesora Ana Arpaia por su apoyo incondicional

Canelón María Alejandra

Índice General

Agradecimiento.....	pp
Dedicatoria	iii
Índice General.....	iv
Índice de Cuadros.....	vi
Índice de Gráficos.....	viii
Resumen.....	viii
Abstract.....	ix
Introducción.....	x
	1
 CAPÍTULOS	
I .-PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
Planteamiento del problema.....	3
Objetivo General.....	11
Objetivos Específicos.....	11
Justificación.....	11
 II .-MARCO TEÓRICO	
Antecedentes de la investigación.....	15
Fundamentación Teóricos.....	23
Bases Legales.....	49
Cuadro de Operacionalización de Variables.....	55
 III .-MARCO METODOLÓGICO	
Tipo de Investigación.....	56
Diseño de la Investigación.....	57
Población.....	57
Muestra.....	58
Técnica e Instrumentos para la Recolección de Datos.....	58
Instrumento.....	59
Validez.....	59
Confiabilidad.....	60
 IV.- ANÁLISIS E INTREPRETACION DE LOS RESULTADOS	
Análisis e Interpretación de los Resultados.....	62
Conclusiones.....	86
Recomendaciones.....	87
 V .- LA PROPUESTA	
Visión.....	90
Misión.....	90

Objetivos de la Propuesta.....	91
Justificación de la Propuesta.....	91
Factibilidad de la Propuesta.....	93
Programa de Talleres para Sensibilizar al Personal Médico para su Preparación en la atención del Parto Vertical.....	96
Cierre de recomendaciones para la aplicación de Talleres.....	105
Referencias.....	106
Anexos	

Índice de Cuadros

Cuadro	pp
1.- Operacionalizacion de Variable.....	55
2.- Distribución de la Población.....	57
3.- Fisiológica – Anatómicas.....	63
4.-Cultural.....	66
5.- Psicoefectiva.....	71
6.-Patologica.....	74
7.-Legales.....	76
8.-Hormonas.....	78
9.- Recursos Humanos.....	80
10.-Materiales Institucionales.....	82
11.-Educación.....	84

Índice de Gráfico

Gráfico	pp
1.- Fisiológica – Anatómicas.....	63
2.-Cultural.....	66
3.- Psicoefectiva.....	71
4.-Patologica.....	74
5.-Legales.....	76
6.-Hormonas.....	78
7.- Recursos Humanos.....	80
8.-Materiales Institucionales.....	82
9.-Educación.....	84



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
DIRECCIÓN DE POSTGRADO
MAESTRÍA EN INVESTIGACIÓN EDUCATIVA



SIGNIFICADO DEL PARTO VERTICAL PARA LOS/LAS OBSTETRAS.
UNA PROPUESTA EDUCATIVA

1

2 Autora: María Alejandra Canelón

1 Tutor: Néstor Palacios

Fecha. Marzo, 2015

3

4 RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo proponer un modelo educativo de atención de parto vertical con base en su significado para los/las obstetras. En referencia a los aportes teóricos en los que se sustentó la investigación, cabe destacar la Teoría Psicosexual de Freud, Teoría de la Motivación Humana de Maslow, la cientificación del amor de Odent y la despersonalización-des-sexualización de Burgos. Se enmarco en un Proyecto Factible, bajo un enfoque cuantitativo con diseño no experimental, de tipo descriptivo. La población y muestra estuvo conformada por veintinueve (29), médicos y medicas obstetras que laboran en el departamento de obstetricia y Ginecología del Hospital Universitario “Dr. Ángel Larralde”. Como instrumento de recolección de datos se utilizó el cuestionario, la confiabilidad se determinó mediante el alfa de Crombach (α) resultando alta.(0,90), de igual forma, la validez del instrumento se verifico por cinco expertos. El análisis de los datos se procesó a través de interpretaciones estadísticas porcentuales, arrojando como resultado la necesidad de diseñar una propuesta educativa con atención al parto vertical, dicha propuesta está distribuida en ciclos de talleres los cuales realza la importancia, de educar en esta modalidad de parto, como un progreso e innovación en el área obstétrica de la región carabobeña.

Palabras claves: Parto vertical, educación, propuesta educativa, obstetras.

Línea de investigación: Currículo, Pedagogía y Didáctica. Currículo y formación profesional.



**UNIVERSITY OF CARABOBO
FACULTY OF EDUCATION
ADDRESS OF GRADUATE
MASTER OF EDUCATIONAL RESEARCH**



**MEANING OF LABOR FOR VERTICAL / MIDWIVES.
AN EDUCATIONAL PROPOSAL**

Autor: María Alejandra Canelón

Tutor: Néstor Palacios

Date. April, 2015

ABSTRACT

The present study aimed to propose an educational model vertical delivery care based on their meaning for / midwives. Referring to the theoretical contributions in which the research is based, include Freud's Psychosexual Theory, Theory of Human Motivation Maslow, scientization Love Odent and depersonalization-des-sexualization of Burgos. I was framed in a Feasible Project under a quantitative approach with non-experimental, descriptive. The population and sample consisted of twenty-nine (29), medical doctors and obstetricians working in the Department of Obstetrics and Gynecology, University Hospital "Dr. Angel Larralde ". As an instrument of data collection questionnaire was used, the reliability was determined by Cronbach's alpha (α) resulting high. (0.90), similarly, the instrument's validity was verified by five experts. The analysis of data was processed through interpretations percentage, yielding results in the need to design an educational proposal with attention to vertical delivery, the proposal is divided into cycles of workshops which highlights the importance of education in this modality delivery, as progress and innovation in the obstetric area carabobeña region.

Keywords: Vertical birth, education, educational proposal, obstetricians.

Research line: Curriculum, Pedagogy and Teaching. Curriculum and training.

INTRODUCCIÓN

Existe la idea general de que hay una sola manera de parir, y no solo eso, la que se conoce es promocionada como la única, adecuada y beneficiosa tanto para la madre como para el feto. Tener un bebe es conducirse por un camino diferente: es buscar el médico que atenderá el embarazo y parto, buscar el lugar apropiado para la atención del parto, preparase físicamente a través de una alimentación adecuada, es luchar contra los mitos y fantasías que circundan este proceso, en conjunto con los miedos y temores que pueden aflorar en los futuros padres.

Es así como, escuchar el cuerpo y sus emociones, ha sido la tendencia que se viene gestando desde hace unos años, a nivel mundial, en torno a la conexión de la mujer con ella misma, hacer valer sus necesidades, en este importante suceso, el parto, y respetar sus decisiones durante el mismo, surge así la tendencia del parto vertical, atendiendo las leyes de la naturaleza y fuerzas de gravedad para que este evento sea exitoso y gratificante.

También es admitido, que el parto- nacimiento es un proceso cultural dentro de lo que sería la connotación biológica y afectiva, involucrado dentro de una matriz de significación y relaciones de poder que caracterizan y es propiedad de cada sociedad.

Sobre la validez de lo expresado, surge la necesidad de plantear un proyecto educativo, sobre parto vertical en base a los significados que los/las obstetras le asignen, reseñando el aporte tanto en la teoría como en la práctica de tan relevante acontecimiento, tomando en cuenta que a lo largo del tiempo, ha sido aprobada por los profesionales una única posición en el momento del expulsivo y que se mantiene vigente, la posición horizontal o acostada.

Por su parte el parto vertical y con ello su proceso humanizante, hace entrada a Venezuela, como una forma de prestar una atención más cálida y sensible

atendiendo el lenguaje del cuerpo de la mujer embarazada, que como todo mamífero, requiere que sea respetado este momento crucial de la gestación.

El presente trabajo de investigación se desglosa por capítulos iniciando con **capítulo I**, donde se describe el planteamiento del problema así como el objetivo general y los específicos, que dan paso a justificación de la investigación.

Seguidamente el **capítulo II**, donde se describen los antecedentes, referentes teóricos y conceptuales que sustentan la investigación así como las bases legales y seguidamente se muestra la tabla de operacionalización de variables.

Asimismo el **capítulo III**, donde se abordó el aspecto metodológico describiendo la naturaleza, tipo y diseño de la investigación, así como la población y muestra que conformaron la investigación, las técnicas de recolección de datos y validez y confiabilidad de la investigación.

En el **capítulo IV**, se muestra análisis e interpretación de los resultados arrojados del instrumento aplicado a la población los cuales se realizaron en gráficos de barras con su respectiva interpretación, de acuerdo a estos resultados se marcara la pautas a seguir para realizar el **Capítulo V**, donde se da inicio a la Propuesta evidenciándose la importancia de reconocer el parto vertical como una alternativa sana y viable en el campo obstétrico, con repercusión educativa. Finalmente se ubican las referencias y anexos que sustentan la investigación.

CAPITULO I

EL PROBLEMA

Planteamiento del Problema

La capacidad de reproducción humana y su expresión en el producto de la concepción, dado por una serie de mecanismos fisiológicos, ha sido otorgada por el Creador , especialmente a la mujer, constituyendo motivo de estudio por las personas que se dedican al cuidado del binomio madre – hijo, es decir, a los/las obstetras, por el equipo de salud y personal afín que trabajan unidos para lograr un resultado final satisfactorio de este acontecimiento, abarcando los aspectos relacionados a la salud sexual y reproductiva que abraza de manera conjunta a la madre y al hijo.

En la actualidad, la atención del parto y el trato de la mujer embarazada, ha sido , uno de los temas más discutidos, cuestionado, estudiado y defendido en el ámbito de la Salud Pública, tomando en cuenta que , cuando se presta atención a un problema de salud, las medidas para su corrección y los pertinentes cambios que se deberían aplicar, dependen del contexto sanitario de cada país, sin embargo, existen denominadores que son comunes y que llegan a ser procesos globales aplicables a nivel mundial.

De estas evidencias, se observa el interés a nivel mundial, de prestar atención a la mujer, la Organización Panamericana de la salud (OPS, 2004), mediante la unidad de Género y Salud en Octubre de 2004 cristalizó en un plan de trabajo, promover la equidad de género en las Reformas del sector salud en Chile y Perú, haciendo énfasis particular en materia de Salud sexual y Reproductiva.

Así mismo, la Declaración Universal de los Derechos Humanos en 1948 establece en su artículo 25 que: “2. La Maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales...” (Organización Panamericana de la salud, 2004)

A partir del Programa de Acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (1994), se establecieron los puntos a tratar en la atención de la Salud Reproductiva, considerando necesario- “generar mecanismos para la participación comunitaria, en especial, de las mujeres, en todos los niveles del sistema de atención salud”, es por ello que, se le ha dado el papel protagónico a la mujer, en lo que respecta a su salud sexual y reproductiva, igualmente el documento señala la necesidad y la importancia de la equidad de género, eliminar violencia contra las mujeres y asegurar la habilidad de las mismas de controlar su propia fertilidad (ob.cit); ya que son ellas las que pueden experimentar los riesgos directos de salud por el embarazo, parto, puerperio incluso el aborto, así como las diferentes infecciones del aparato reproductor.

Dentro del contexto de los Derechos Humanos ante la salud, y la participación de la mujer en diferentes aspectos de la misma, hay un punto importante y trascendental que dignifica a la mujer, haciendo referencia a la maternidad, la cual es un proceso que abarca la gestación, parto, puerperio y crianza del hijo/a. Sin embargo al analizar los problemas por la cual atraviesan la mayoría de los países, sumergido en la crisis que abarca todos los aspectos, incluyendo el ámbito económico, social y cultural, poco tiempo hay para pensar en el parto y el nacimiento, sobre la importancia en la atención del mismo, que produce la llegada del nuevo ser a un núcleo familiar

Llama la atención que, uno de los detalles a tomar en cuenta en la práctica cultural en cuanto a la atención del parto, es la posición que adopta la mujer en el momento de la expulsión del producto de la concepción, la cual está influenciada por la conducta instintiva que tiene todo mamífero y las normas culturales de la región donde habita.

Es de hacer notar que en Venezuela, la atención del parto en la mayoría de los centros de salud, se hace en posición decúbito dorsal (acostada de espalda). En 2000,

Zigheboim definió el parto como: “el proceso que pone fin al embarazo, con la salida del feto y placenta fuera del útero” (p.261). Una vez que aparecen las contracciones uterinas efectivas, modifican el cuello uterino, el cual, se reblandece para alcanzar los 10 centímetros de dilatación y dar capacidad para el paso transvaginal del feto. Durante este proceso, se genera una curva en ascenso de sensibilidad al dolor, que cuando se presenta, la madre tiende a buscar y adoptar una posición que le permita ser más tolerable al dolor.

A este respecto, desde hace más de una década, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2004), viene difundiendo y propugnando el parto vertical, con la finalidad de brindarle a la mujer la oportunidad de retornar el rol que siempre tuvo de participar activamente durante el parto y proporcionarle el entorno familiar y emocional que conlleva este proceso. En esta apertura conceptual, se reúnen en 1995, la OMS, la Organización Panamericana de la Salud y la Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud de las Américas, donde celebraron una conferencia sobre tecnología apropiada para el embarazo, parto y puerperio, en Fortaleza Brasil, allí se adoptaron unánimemente algunas recomendaciones, una de las cuales señala que:

No se recomienda que la mujer embarazada sea colocada en posición decúbito supino (acostada de espalda) durante el trabajo de parto; ni en la posición obstétrica (acostada de espalda sobre la mesa de parto con las piernas separadas, flexionadas y apoyadas en piñeras o ganchos) para el parto en sí. Más bien se debe alentar a caminar durante el trabajo. Para parir, cada mujer debe tener la libertad de decidir la posición a adoptar.

Como lo señala Camacaro (2000), se deben crear salidas alternativas que permitan que las mujeres vivan una maternidad digna, que se apropien de sus cuerpos y que en el momento del parto puedan decidir sobre la posición para parir (p.24), nadie más que la persona que siente la necesidad de parir sabe que es lo que más le conviene en cuanto a posición. De esta manera se pretende que la parturienta juegue un papel protagónico en la toma de decisiones, llevando a cabo un parto más humanizado, basado en acompañamiento por familiares, dándole apoyo emocional,

permitiendo que la mujer deambule durante el trabajo de parto, así como adoptar la posición más cómoda para parir.

Según Lutz (2007), en la recopilación de folletos y artículos sobre parto humanizado, señala que” es aquel cuyo objetivo es que todas las mujeres vivan esta experiencia de la forma más enriquecedora, a la vez que tengan la libertad sobre la forma como desea que nazcan sus bebés”. Una de las claves para la humanización del parto es que las mujeres sean las protagonistas en los procesos del parto y del nacimiento.

A estos elementos, la OMS (1985), recomienda que” los estados e instituciones competentes, promueven investigaciones que evalúen las tecnologías usadas durante el periodo perinatal, en búsqueda de las más apropiadas para cada realidad, con la intervención de la mujer en la preparación de criterios para la selección de técnicas y/o creación de nuevas técnicas evaluando su eficacia, seguridad y aceptabilidad (ob.cit).

Sin embargo, en casi todos los centros de salud , realizan rutinas asistenciales sistematizadas, por parte de los obstetras, que están englobadas en un patrón de conducta que se repite múltiples veces y que mecánicamente debe asumir toda parturienta que ingresa para trabajo de parto, en esta secuencia de acciones hacia un parto institucionalizado y medicalizado se impone la posición de litotomía, entendiéndose esta como:” la mujer acostada con las piernas abiertas y colgadas en estribos”, la cual se asume como una conducta estereotipada y tecnocrática para la atención de parto de bajo riesgo, proporcionando despersonalización y enajenación de la madre, al estar acostada e inmóvil, y en muchos casos con cinturones electrónicos que midan la frecuencia cardíaca fetal, sumándole la colocación de soluciones endovenosas que imposibilitan el libre cambio de posición si la paciente así lo refiere, es un procedimiento médico que responde a criterios, sujetos al conocimiento e ideologías vigentes.

Al respecto, la disciplina obstétrica avala la posición de litotomía, lo cual se puede confirmar al realizar una revisión en los libros que se utilizan en la especialidad, con los cuales son formados los/las obstetras, en los diferentes

hospitales a nivel nacional, así lo refiere Uranga (1985), “la posición es la tocoginecológica en la cama dura de parto”. Avanzando un poco en el tiempo se observa la apreciación de Aller (1999), quien indica que “la paciente pasa a sala de partos y se coloca en una mesa especial en posición de litotomía y se procede a la preparación quirúrgica de la zona”. En el año 2003, Cabero considera que:

El parto es un momento muy concreto en la reproducción humana y, a pesar de las distintas tendencias existentes en cuanto a su posible manejo, nos dirigimos por el parto hospitalario y conducido medicamente, utilizando todos los recursos técnicos disponibles, pero con todos los tintes de humanización necesarios y observando tanto los aspectos éticos ineludibles en toda actuación médica, como las legales (p. 438).

Mientras tanto y a pesar de esta tendencia hacia la posición de litotomía, se puede conseguir en libros obstétricos de más reciente actualización donde se apoya otras posiciones para el parto, tal como lo señala Cunningham, Levero, Blom, Hauth, Gillstrap y Wenstrom (2006), “se puede lograr el parto con la madre en una diversidad de posiciones. La más ampliamente usada y a menudo la más satisfactoria es la litotomía dorsal” (p.428).

De esta manera, la posición de litotomía es vista como la posición más idónea para el nacimiento del recién nacido pero ¿Quien toma en cuenta las necesidades o el sentir de la paciente embarazada? , en la práctica es de conocimiento en el ámbito médico que esta posición facilita al obstetra manejar cualquier complicación y es más cómoda en cuanto a la atención del parto, sin tomar en cuenta que la misma naturaleza le da la libertad a la madre de escoger la posición que la haga sentir más cómoda, confortable y segura, la cual una vez que visualiza el proceso de parto la conduce a crear y a afianzar vínculos afectivos con el nuevo ser.

Por su parte la posición para parir podrá ser reconocida solamente si se haya preparada para situarse en diferentes perspectivas, vinculadas a su experiencia durante la escena sexual, es así que sea cual sea su elección acostada, parada, acuclillada, de rodillas, es simplemente una elección propia aceptando y reconociendo que dicha posición sea cual sea le creará vínculos con el equipo

obstétrico. Se considera que así como no existe una posición única, estandarizada para las relaciones sexuales, tampoco debería existir una posición única para el parto como eventos naturales del ser humano

Es por ello que, el proceso del parto conlleva una atención masificada, tecnocrática, con patrones culturales bien establecidos, por lo cual, todos los partos tienden a ser parecidos, esta atención también incluye otros elementos involucrados en la atmosfera psico-afectiva de la madre, en primera instancia el aislamiento de los familiares, donde, una vez que la madre ingresa a sala de partos se encuentra aislada en un área común con otras madres, a baja temperatura, desnudas, donde sus genitales son expuestos a la vista del equipo de salud, percibida como un objeto de trabajo, el cual hay que rasurar y colocar un enema evacuante para cumplir con las normas de asepsia y antisepsia, su cuerpo es manipulado muchas veces sin su propio consentimiento. Se convierte esto en una escena cargada de simbolismos, prejuicios, angustias y ansiedad, los cuales son aspectos ligados íntimamente a la sexualidad.

De acuerdo con esto, una vez que la parturienta se convierte en un “campo de trabajo”, está lista para obedecer en su papel de sumisión, sometida a las órdenes del personal de salud para tener un parto satisfactorio. En lo que se refiere al ámbito sexual, se puede considerar la desexualización del parto que no es más que la negación de la carga sexual, al estimar la atención del parto como un acto médico “esterilizado”, bajo los cánones de limpieza y normas descritas para su atención. Al respetar la sexualidad del parto se da un lugar protagónico y digno a la mujer y a su aparato genital.

Vinculado a lo antes expuesto, el conocimiento de la sexualidad en la mujer le permite adoptar la mejor posición para el momento del parto. Estos elementos han hecho que exista una faceta de insatisfacción con la asistencia obstétrica institucional y altamente tecnificada, que dirige su mirada hacia la mujer como objeto del trabajo médico, en la mayoría de las instituciones se reclama un trato más humano y digno del ser humano al considerar el parto como un proceso natural y espontáneo sin tanta intromisión médica ;sin embargo, contradictoriamente Cabero (2003), señala : “ esta apreciación parece extremista... pero también se considera injusta ya que la

hospitalización del parto ha aportado incuestionables ventajas para la óptima protección materno-fetal”.(p.18)

Al tomar en cuenta, la premisa de que la mayoría de las mujeres les cuesta alcanzar su autonomía emocional, social, sexual, económica, debido a condicionantes referidas a género, esto les impide durante el parto imponerse y hasta revelar sus deseos de parir en una determinada posición , por lo cual aceptan estar tumbadas en una cama, receptivas a ser manejada por el equipo de salud, de tal manera, de actuar sumisamente para mantener la dignidad y el trato cordial con el personal, por miedo a ser maltratada y hasta en determinados casos humilladas.

Volviendo la mirada hacia el parto, aun cuando existan las condiciones favorables siempre supone una agresión, ya que acostada sobre su espalda, el útero gestante comprime los grandes vasos que con cada contracción disminuye el flujo útero placentario y el paso del feto por el canal de parto se hace traumático. Es por ello que Cabero (2003), refiere que” los escasos centímetros que separan al feto del mundo exterior se convierten muchas veces en el camino más largo, peligroso y trascendental de toda su vida” (p.427).

Dentro de ese aspecto de la posición del cuerpo durante el parto, se deduce que la naturaleza no ha previsto que la mujer permanezca acostada durante su trabajo de parto, puede movilizarse las veces que quiera de acuerdo a su comodidad, el paradigma de la medicalización del parto ejerce un control en la posición y posesión corporal de la mujer, manteniéndola “acostada” bajo el control de quien la “acuesta”, es así como Burgos (2003), refiere que el cuerpo pide ponerse en cuclillas:

Esta situación proporciona que, la enorme cantidad de hormonas que produce el organismo de una embarazada en el momento del parto mezclado con la sensación imperiosa de empujar, le hacen comportarse de un modo desinhibido y espontaneo. Por ello, suele seguir las necesidades de su cuerpo colocándose de pie, a cuatro patas o en cuclillas, en la posición en que más fácilmente se va a encajar el bebe.

Como seguimiento a esta actividad, es sabido que la posición horizontal para la atención del parto, es la posición más practicada en los centros de salud, por los

menos en Venezuela. Este modelo de atención discrepa con las posiciones propias de un parto humanizado, así como lo señala Lais (2006), Doctora en servicio Social.

En efecto, en el parto humanizado la mujer adopta libremente la posición más eficaz, cómoda y placentera para parir, es así como lo sugiere la OMS en sus recomendaciones en el año 1996, a lo largo de la historia se evidencia que la atención del parto la mayoría de las veces ocurría en posición vertical y esa práctica se ha mantenido en las poblaciones indígenas en la mayor parte de los países incluyendo Venezuela.

Como complemento a lo antes expuesto, se viene observando paulatinamente esa ola de cambio, de cultura y prácticas, y en búsqueda de un parto más humano comienza a difundirse en países como E.E.U.U (Howard, 1958), Uruguay (Caldeyro Barcia, 1974), Brazil (Parcior Nick, 1979), México (Norma oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993) Venezuela (Gaceta oficial, 2007), la tendencia del parto vertical y con ello el parto humanizado.

Lo antes descrito denota la esperanza de que es posible transformar el paradigma hacia el rescate de una vieja, pero desusada practica que en su tiempo tuvo muchas ventajas no solo en el área psico-afectiva de la madre, sino también ventajas que desde el punto de vista científico está implícito en este acontecimiento natural y fisiológico, excluyendo aquellos estados patológicos que ameritan otro tipo de atención obstétrica.

Llama la atención en el centro de salud Hospital Universitario “Dr., Ángel Larralde”, el cual cuenta con una sala de partos con 6 camas en sala de parto y 2 camas ginecológicas para la atención del parto, el parto horizontal es la única opción de parto vaginal para embarazadas de bajo riesgo, las camas ginecológicas tiene la opción de ser adaptadas para el parto vertical , sin embargo esta propiedad es desconocida para la mayoría del personal que labora en sala de partos; es por ello que, durante el trabajo de parto se le indica a la paciente mantenerse en decúbito supino, sin poder sentarse, deambular o adoptar cualquier otra posición que no sea la horizontal; a pesar de contar con el recurso físico para la práctica del parto vertical, por esta razón una vez expresado el tema a investigar, se plantan las siguientes

Interrogantes:¿Qué opinión tiene el y las obstetras Ginecólogos sobre el parto vertical y su proceso humanizante?¿Cuáles indicadores participan en el proceso de parto vertical como factores protectores? ¿Cuáles son las ventajas de diseñar un modelo de propuesta de atención al parto vertical?

Objetivos de la Investigación

Objetivo General

Proponer un modelo Educativo de atención de parto vertical con base en su significado para los/las obstetras.

Objetivos Específicos

Diagnosticar de los significados que tienen los/las obstetras sobre el parto vertical y su proceso humanizante.

Determinar la factibilidad de la propuesta del modelo de atención al parto vertical en lo referente a tiempo, espacio, recursos humanos e infraestructura.

Diseñar un modelo de propuesta educativa de atención de parto vertical.

Justificación de la Investigación

En la búsqueda de humanizar el parto, recobrar viejas prácticas, realizadas por los antepasados, disminuyendo el tecnicismo de un proceso que debería ser natural y fisiológico surge la disociación de la manera convencional de atención del parto, como una necesidad de seguir las leyes de la naturaleza frente a este evento, refiriéndose específicamente al parto vertical. Es demandar una vieja pero desusada práctica para lograr rescatar los elementos psico-afectivos asociados a este proceso,

en vías de alcanzar un impacto social en la población Carabobeña, quienes no conocen otra forma de parir sino la posición horizontal.

Es por ello, que al revisar la literatura sobre esta tendencia del parto, que vuelve al ruedo en los actuales momentos y que forma parte ética y legalmente dentro del marco de ley en Venezuela, se hace necesario la transformación del paradigma, que de manera inquietante y esperanzadora reclama la población materna lo que lograra un impacto positivo en las madres y en los índices de morbi- mortalidad materna y perinatal, cuyo objetivo es disminuir la elevada intervención médica y dar paso a la actuación de la propia naturaleza, ocasionando de esta manera un impacto social en la población.

Para tal efecto, la práctica del parto vertical nunca dejó de realizarse en la población indígena y que surge con mayores ventajas y beneficios de lo que tradicional y monótonamente se ha venido ejecutando en la fase final de resolución del embarazo.

De la misma forma, se considera relevante destacar el aporte educativo al personal médico y en general al equipo de salud, quienes tendrán la ardua labor de prestar un servicio de mejor calidad acorde a las necesidades del paciente, y de esta manera disminuir el impacto psicológico y psicoafectivo que influye negativamente en la fisiología de la madre, disminuyendo al mismo tiempo la capacidad de la contracción del musculo uterino, hecho que ocurre cuando la paciente es llevada a una institución y se rodea de un ambiente hospitalario donde se cumplen pautas y normativas de atención, así es reseñado por Camacaro (2000):

Las mujeres se llenan de miedos, temores y ansiedades que nadie en el ámbito hospitalario puede sosegar porque esos/as profesionales son también reproducción de una cultura académica que no se da cuenta de la morbilidad espiritual, por ponerle algún nombre accesible al lenguaje médico. Por eso, esos daños ocasionados a las mujeres no son referidos en cifras y en perfiles epidemiológicos, quedan ocultos entre los índices tradicionales de salud que hablan de ausencia o presencia de enfermedad, pero no pueden decir nada del malestar mental, afectivo, espiritual, a pesar de que en la definición de salud de la OMS se contemple como aspecto importante para alcanzar una mejor calidad de vida. (p.97).

Hilvanando un poco, lo anteriormente expuesto, esta tendencia de parto vertical traerá una trascendencia y evolución única en la vida de toda paciente embarazada, lo cual es relevante desde el punto de vista asistencial, ya que se pretende dar el papel protagónico en este evento que siempre le ha pertenecido y que ha sido subestimado en la toma de decisiones por parte del personal de salud, al permitírsele la posibilidad de adoptar la postura que prefiera en o fuera de la cama, siempre que dicha postura no interfiera con el control del estado fetal y de la actividad uterina.

Partiendo de los supuestos anteriores, se infiere que no es necesario estar acostada en la cama, sobre su espalda y que debe gozar de la libertad de ponerse de pie, sentarse o andar en la fase de dilatación, siempre que las condiciones clínicas lo permitan

Contrario a lo anterior, en las Escuelas de Medicinas del país se aprende a atender partos en las diferentes variedades de posiciones en el que viene el polo fetal (presentación cefálica o podálica), a través del canal del parto pero no se aprende a atender a la madre cuando adopta una posición diferente a la horizontal, tomando en cuenta que la atención del parto debe basarse en la seguridad y comodidad de la mujer durante el mismo y debe ser el pilar en los que las/los obstetras se apoyen para la atención de esta práctica ancestral, se pretende de esta manera lograr un impacto educativo en el grupo de especialistas, para la sensibilización ante este evento.

Con lo anteriormente expuesto, el presente trabajo pretende realzar los beneficios del parto vertical no solo para la madre, el feto, sino también para el médico y el equipo que labora con él, como un aporte innovador a la obstetricia con la cual somos formados la mayoría de los Obstetras en el país, a su vez; querer alcanzar el reconocimiento de la población, de contar con un centro Universitario Hospitalario tipo IV, al institucionalizarse este tipo de parto, que a su vez constituye un Centro de referencia para toda la comunidad carabobeña.

Como otra forma de contribuir a la adquisición de esta práctica, es pertinente mencionar que actualmente en Venezuela existe desde el año 2011 un protocolo de atención del embarazo, parto y puerperio, donde se puntualiza la atención frente al

parto vertical, tal como es referida dentro del contexto legal de la Ley Orgánica de la mujer a una vida libre de violencia. Es importante y necesario en la población de obstetras la propuesta de un modelo de atención al parto vertical en base a los significados, que ellos tienen sobre esta modalidad de parto.

De esta manera, y con todo lo anteriormente referido, se pretende lograr con esta investigación un apoyo, aporte e iniciativa a otros estudios e investigaciones, encaminadas a seguir la ruta que conduzca hacia la práctica del parto vertical y su proceso humanizante.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

En el presente capítulo se describen los antecedentes que guardan una importante relación con la investigación, fundamentación teóricas que las sustentan, y las bases legales en las que se apoya por los aspectos esenciales de la investigación. Seguidamente se ubican los antecedentes que guardan estrecha relación con la investigación.

Antecedentes Históricos

A lo largo de la edad antigua, media y de Renacimiento existen ilustraciones que plasman sillas para el parto en posición sentada. Al hacer mención a la arqueología, sale en evidencia figuras que muestran a diosas y a mujeres pariendo desnudas en posición vertical, una de ellas, con 6000 años de antigüedad, es la Diosa CatalHuyuk pariendo sentada. Lo que hace pensar que el parto vertical se remonta hacia los inicios de la humanidad. Hasta el siglo XVII, la única forma de parir era la posición vertical, siguiendo la fisiología normal del cuerpo, tal como lo señala un estudio realizado por la Subsecretaría de Innovación y Calidad (2012), el parto vertical es “aquel en el cual el torso de la mujer y su canal pelviano oscilan dentro de un ángulo de 45° y 90° con respecto al plano horizontal”.

Asimismo, para el año 1738 el médico francés Mauriceau, argumentó que, la parturienta acostada en la cama, facilita la exploración y la asistencia obstétrica con la realización de los fórceps. Además en la década del 70, para aliviar los dolores de parto, se usaba la anestesia peridural afianzando más el uso de la

posición horizontal, una vez, que recibe la analgesia se dificulta a la paciente adoptar una posición diferente a la que tiene acostada en la cama.

En una revisión realizada al artículo, “Parto vertical: La forma más apropiada para dar a luz”, (2005), hace referencia como a partir del siglo XVII, en occidente, se adoptó la posición supina, como reflejo de una moda francesa en el cual la reina María Antonieta, dio a luz acostada, ya que portaba un vestido con armadura que requería mayor esfuerzo del médico para la atención del mismo. Es así, como se explica, por comodidad de la persona que atiende el parto, ya sea por facilitar la visibilidad del operador frente a lo que está sucediendo o por la aplicación de instrumentos que agilicen la salida del bebe, la transición de la atención verticalizada del parto a la atención horizontal.

Antecedentes de la investigación

Camacaro (2000), en su investigación titulada “***La Experiencia del parto. Proceso de la mujer o acto médico***”, la cual tuvo como objetivo reconstruir de manera inductiva y sistemática una matriz conceptual que permita analizar las diferentes dimensiones de lo subjetivo-construido por mujeres que han experimentado dos formas diferentes de parir : parto medicalizado- parto natural.

La metodología utilizada fue la cualitativa, de esta manera, se genera un conocimiento que permita sistematizar un análisis comparativo de los impactos que ocasiona en la salud y en la vida de las mujeres un parto medicalizado y un parto natural, en el cual se obtuvieron 18 entrevistas enfocadas, realizadas a mujeres multíparas que tuvieron experiencia de parto en el Hospital Central de Maracay y en la sala de partos de Turmero, lugares donde la atención del parto se concibe y se asiste de maneras diferentes.

Como analogía a la presente investigación se propone como objetivo generar un conocimiento dirigido a los especialistas, tomando en cuenta lo que para ellos significa un parto vertical. Como resultados de esta investigación, se logró conocer a través de la lectura crítica de los fragmentos discursivos que ilustran la experiencia

del parto en la sala de Turmero, donde se encuentra un personal capacitado para manejarse en un modelo holístico del parto, lo cual es uno de los alcances a futuro de la presente investigación, una vez realizado el diagnóstico a través del conocimiento de los significados que le asignan los especialistas a este tipo de parto para alcanzar su capacitación.

Algunas mujeres desconocían la posibilidad de parir sentadas, en cuclillas incluso en su imaginario aceptan como natural que les impongan la posición de su cuerpo para parir, lo que aun demuestra la enajenación de la autonomía corporal y psíquica, aspectos que en Turmero no ocurría por la visión humanística que tienen sobre el parto. Lo contrario ocurre en el Hospital de Maracay quienes persisten con una práctica interventora y medicalizada, enajenando a la mujer de su proceso de parto con pérdida de la autonomía sobre su propio cuerpo.

Dentro del mismo orden Fernández y Oliver (2005), realizaron un trabajo de investigación en España, titulado ***“Influencia de la Condición Corporal de Novilla Manbi al parto en el comportamiento reproductivo posparto”***, cuyo objetivo principal era observar pautas de comportamiento en mujeres inmigradas durante el parto que puedan tener un origen cultural, y que puedan ser objeto de dificultad en la atención sanitaria, para lo cual utilizaron la metodología cualitativa. Es bien sabido que España, se ha convertido en un país receptor de inmigrantes procedentes de países en vías de desarrollo. Las mujeres inmigradas conforman una población joven, encontrándose la mayoría de ellas en edad reproductiva, por lo que la atención del parto constituye una demanda prioritaria en este colectivo. Muchas vienen con otra cultura que les facilita tener partos en otra variedad de posición, sin embargo, en Occidente la atención al parto se realiza en el medio hospitalario, caracterizándose por altos niveles de medicalización.

Utilizaron como técnica de recolección de datos la observación participante, que incluye conversaciones informales, y veinte entrevistas semi-estructuradas, llevadas a cabo entre los meses de Enero a Mayo de 2002 en las áreas de tocología y paritorio de un hospital público de andaluz. Como criterio de selección ha bastado la competencia lingüística en castellano y la disposición a colaborar de estas pacientes.

Los datos obtenidos en cada observación y entrevista fueron registrados en un diario de campo, procediendo después a su codificación y análisis cualitativo.

En lo que respecta a los resultados en cuanto a vivencia y percepción del parto, se realizó comparaciones entre las mujeres, que por su procedencia geográfica y por ende una inclinación cultural característica, solicitaban tener sus partos en posición vertical, sin embargo, se encontraban en otro País, cuya cultura era la atención del parto horizontal en instituciones de salud; allí pedían les sea respetada la posición vertical para parir, demostrando de esta manera la realización de un parto más espontáneo y rápido.

Es así, como con la presente investigación, se espera a través de los significados de los especialistas, exponer las ventajas del parto vertical, y transformar la cultura tecnocrática institucionalizada del parto, hacia un parto más espontáneo, que respeta la posición que elija la paciente en el periodo expulsivo, lo que supone educar en la cultura de atención del parto.

Seguidamente Llanca, Ramos, Torres y Dalma (2006), realizaron una investigación titulada ***“Percepción de los Profesionales Gineco –Obstetras de la Atención con enfoque Intercultural a las pacientes obstetricias en el ámbito de la ciudad de Tacna”***. Se utilizó como instrumento de recolección de datos la encuesta-entrevista con una población de treinta médicos y doscientos cincuenta obstetras, de lo cual se tomó una muestra del cuarenta por ciento de la población. Como resultado obtuvieron que el 97,5% de los centro de atención no se ha implementado la atención al parto vertical, solo en un 2,5% se ha implementado parcialmente.

Los profesionales de la salud ginecólogos y obstetras, manejan adecuadamente conceptos de interculturalidad, la mayor parte de ellos no han recibido formación universitaria, consideran que la atención con enfoque intercultural es un derecho, una necesidad y que se justifica para esa población. Existe, además, un adecuado conocimiento de las normas técnicas para la atención del parto vertical, a pesar de ello no se ha implementado, teniendo como principal causa la falta de capacitación, motivación e inadecuada infraestructura. Este es uno de los trabajos que se realizó con la percepción de los especialistas en cuanto a la atención del parto vertical; en la

investigación presente, es a través de los significados que le confieren los especialistas a esta modalidad de parto lo que generara un conocimiento para educar, motivar al médico en la atención del mismo.

Asimismo Gayeski y Bruggemann (2006), realizaron una investigación llamada **“Percepciones de Puerperas sobre la vivencia durante el parto en posición vertical y horizontal”**, la investigación se realizó bajo un enfoque cualitativo con puerperas cuyas edades estaban comprendidas entre 20 y 37 años, todas parieron en posición vertical en el último parto, siendo que el anterior fue en posición horizontal. El trabajo se realizó bajo una metodología cualitativa de naturaleza exploratoria, atendidas en el Hospital Universitario de la Universidad Federal de Santa Catarina, Brasil. Se entrevistaron a diez puerperas que dieron a luz en la posición vertical y horizontal de Noviembre 2006 a Febrero 2007, con la utilización de entrevistas semi-estructuradas grabadas a partir de un guion temático, a través, del análisis temático del discurso se identificaron las ideas centrales y las expresiones claves, a partir de las cuales fue construido el discurso del sujeto colectivo.

Los resultados obtenidos fueron: los aspectos positivos de la posición vertical fueron superiores que los aspectos positivos que las pacientes mencionaban sobre el parto horizontal, tales como: sensación de comodidad, posibilidad de moverse, reducción del esfuerzo de expulsión y del dolor, participación más activa de la mujer, la posición vertical es más cómoda, más fácil y más rápida para la expulsión del bebé, la fuerza es mejor dirigida reduciendo el esfuerzo, participa más la parturienta y ve el nacimiento de su hijo, la recuperación postparto es más rápida. Mientras que el parto horizontal, aporta pocos beneficios como: es un parto rápido debido a la episiotomía, genera más seguridad para la paciente y sensación de ser más “ayudada”, es más confortable. Al relacionarlo con la presente investigación, se trata de recoger las mismas impresiones con respecto al parto vertical desde la visión del obstetra como ayudante y participe de este evento importante

En este mismo orden de idea se encontró el trabajo realizado por Chávez, Arcaya, Arias, Surca, Infante, (2006), titulado **“Rescatando el autocuidado de la salud Durante el embarazo, el parto y al recién nacido: Representaciones Sociales**

de mujeres de una comunidad nativa en Perú”, estuvo enmarcado en un estudio cualitativo con el objetivo de conocer el autocuidado tradicional de las mujeres nativas durante el embarazo, el parto y el recién nacido: representaciones sociales de mujeres de una comunidad nativa en Perú, desde una perspectiva etnográfica donde se incorporó creencias, experiencias, actitudes, pensamientos y reflexiones de las mujeres nativas. La investigación se desarrolló en la comunidad nativa de SIB que pertenece al pueblo indígena Shipiboconibo, del departamento de Ucayali, en la selva oriental peruana, en la que participaron dieciséis mujeres, entre madres gestantes.

El trabajo de campo comprendió dos momentos: el primero de contacto inicial con la comunidad, el segundo momento curso con el ingreso al campo y convivencia en la comunidad por quince días, donde fueron efectuadas entrevistas semi-estructuradas como técnica principal de recolección de datos. En los resultados encontraron que existe un respeto por el pudor de la mujer, la posición que adopta en el parto y enterrar la placenta o shama. La posición vertical (cucullas, inclinada) que adoptan al momento del parto, les da mayor comodidad y facilidad para expulsar al bebe, a diferencia de la horizontal que les parece incomoda, impersonal y de poco respeto por su cuerpo.

Dice en una de las entrevista “mi mama me enseñó a dar a luz arrodillada y en esa posición lo he hecho”, es uno de tantos trabajos que apoya la ventaja de la posición vertical, y su relación con el desarrollo de la actual investigación permite proporcionar una nueva visión que plantee retos en los profesionales de la salud a fin de brindar servicios culturalmente pertinentes y respetando el saber popular, al indagar en los médicos los significados que para ellos obtengan con la atención de un parto en esta variedad de posición.

En el mismo orden de ideas, Brusco (2008), realizó un trabajo titulado “***Modelo de Unidad para la Humanización en la asistencia del Parto y el nacimiento a la Gestantes que ingresan a la Sala parto de Turmero, Estado Aragua***”, la investigación se basó en un diseño no experimental, tipo descriptivo, donde se determinó y analizó la información proporcionada por las usuarias de dicha sala de partos, la población estuvo conformada por setenta usuarias, cuyo parto fue atendido

en la sala de partos de Turmero, la muestra estuvo representada por quince elementos, la recolección de datos fue a través de un cuestionario constituido por ítems relacionados con la atención, que se les proporcionó cuando acudieron a la sala de partos.

Los resultados que se obtuvieron a lo referente sobre, información acerca de la posición durante el proceso de parto y nacimiento, el 60% de las usuarias refirieron que si habían recibido información y el 40% señaló que no, de igual manera se les preguntó sobre si las tranquilizaron cuando se sintieron angustiadas el 80% respondió que sí , en cuanto al ítem correspondiente a la deambulaci3n durante el proceso de parto el 73,3% refiri3 que sí y al preguntársele sobre si las creencias culturales fueron respetadas en relaci3n al parto el noventa y tres, tres por ciento dijo que sí. Como se observa este trabajo guarda relaci3n con la presente investigaci3n al poner en evidencia la necesidad de un parto humanizado a partir de la visi3n de las pacientes, con lo cual se pretende que desde la visi3n del obstetra se pueda alcanzar la atenci3n del parto vertical en el Hospital.

Finalmente, Faneite, Feo y Toro, (2012), en su trabajo titulado “ ***Grado de Conocimiento de Violencia Obstétrica por el Personal de Salud***”, cuyo objetivo general era determinar el grado de conocimiento de violencia obstétrica y sus implicaciones legales, mediante un estudio descriptivo, transversal, a través de la aplicaci3n de una encuesta a quinientas personas pertenecientes al equipo de salud que labora en el área obstétrica de diferentes centros hospitalarios, aplicaron un instrumento tipo encuesta que abarco los objetivos de la investigaci3n, la muestra estuvo constituida por ciento cincuenta y ocho médicos obstetras , ciento quince enfermeros, ciento trece residentes de obstetricia, sesenta y seis otros(estudiantes, camareras, transportadoras, entre otras) . En los resultados se observ3 que al ser interrogados si tenían conocimientos de alguna Ley que protegiera a la mujer en contra de cualquier tipo de violencia, las respuestas fueron: un 87%, manifestaron que si tenían conocimiento de los cuales 45,7% realmente conocen la existencia de la Ley Orgánica de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia; 13% la desconocen. Igualmente, existían ítems donde se interrogaba si en la instituci3n contaban con los

medios necesarios para la atención del parto vertical, en el cual, la mayoría de los participantes contestaron que no.

Durante la discusión de este trabajo se señala que las instituciones de formación médica no se enseñan la atención del parto vertical ni sus posibles bondades, quizás porque en esas instituciones no existen los medios para la atención de este tipo de parto, ni existe el personal capacitado para ello. Lo que confirman con este estudio, donde casi la totalidad de los participantes manifestaron no tener dicha experiencia por falta de medios necesarios para su atención. En la presente investigación se pretende abarcar un poco más, con respecto a los detalles relacionados con este tipo de parto, así como la disponibilidad de espacio físico para ejecutarlo.

En las recomendaciones del trabajo, Faneite y otros (obcit) hacen hincapié en difundir la Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia a todo el personal de salud, especialmente al que labora en el área obstétrica y promover el estudio de la asistencia del parto vertical en las escuelas de medicina para capacitar a los médicos en este tipo de parto. Es uno de los trabajos pioneros en investigar el conocimiento que tiene el personal de salud sobre esta Ley, que si bien fue promulgada en el país, no es tan difundida a nivel de maternidades y centros de salud donde se atiende partos.

Es importante resaltar, que el presente trabajo, es un trabajo inédito, que indaga los significados de los especialistas en obstetricia, con relación al parto vertical, el cual es un tipo de parto que a pesar de los beneficios para la paciente, no es aplicado en la gran mayoría de los centros de salud en Venezuela, sea por falta de conocimiento o por falta de entrenamiento, a pesar de estar sustentado legalmente; por lo cual, crear una propuesta educativa desde la visión del médico, es el objetivo a lograr, a sabiendas que el obstetra juega papel vital e imprescindible en este evento, que hasta los momentos es el único responsable de un parto que llega a feliz término.

De igual manera, en la atención del parto participan varios profesionales de la salud, que contribuyen a que la experiencia en muchos casos sea gratificantes y en otros no, su participación en esta propuesta se hace imperante, para que la conducta a

tomar, cuando se lleve a cabo dicha atención sea idónea. Si bien es cierto que el parto vertical es un comportamiento instintivo de todos los mamíferos, hay que recordar que es una conducta instintiva de la madre mas no del médico , quien en los actuales momentos ha venido preparándose de acuerdo a los cánones académicos en un tipo de parto que avala la horizontalización de la paciente , lo cual logra complacer las exigencias médicas, puesto que si el médico es el responsable del bienestar materno-fetal, durante todo su crecimiento y desarrollo , es lógico pensar que para su atención también se adopten posturas que proporcionen al obstetra calidad de atención y manejo fácil de los últimos 5 a 30 minutos que marcan un desenlace feliz en cuanto a gestación se refiere y esta postura ha permanecido instalada en la cultura venezolana durante mucho tiempo como lo es , la posición horizontal.

La meta del obstetra es cumplir y vigilar un desarrollo adecuado del feto dentro del vientre materno, cuidar que el confort intra- amniótico se mantenga durante las 40 semanas de gestación, vigilar la salud materna, y finalmente la atención garantizada y eficaz de un parto, que marca definitivamente la vida de todos los agentes implicados, incluyendo el núcleo familiar de la madre.

Fundamentación Teórica

Sumergidos en las dificultades de la vida cotidiana, el día a día, la actual situación socio-político-económica del país, la transformación de los valores culturales, éticos, los problemas económicos que golpea en diferente medidas a las clases sociales, la escasez de productos básicos, la inflación, el desempleo, la disminución de la calidad de vida, la inseguridad y las altas tasas de mortalidad, en total, un sinfin de ámbitos que cada día captura la atención del colectivo; poco tiempo hay para pensar sobre los aspectos que engloba el parto vertical y su atención, las implicaciones y trascendencia que para la madre y el núcleo familiar tiene la llegada del nuevo ser.

Teoría Psicosexual y Freud.

En la teoría sexual infantil se señala que la mujer ha perdido el pene o nunca lo ha tenido, y la madre será señalada como culpable, es por ello, que en muchas culturas se refiere a que el hombre tiene algo y que a la mujer le falta algo, por lo cual se siente castrada, en el psicoanálisis la cultura le ofrece una supuesta ecuación simbólica “ natural”: podrá tenerlo a través de un hijo (Franco,2011) ; lo que explica que la castrada no es la mujer sino el hombre ya que la mujer suplanta la falta fálica con la procreación de un hijo que posee lo que ella no tiene, el castrado es el, en realidad lo que la mujer puede tener es una regresión al estado originario fusional, a la procreación, algo que el hombre no puede hacer.

En esta dualidad fálico-castrado se origina la sexualidad femenina y masculina, que anatómicamente se interpreta en que el hombre tiene el pene y la mujer carece de él, por lo tanto la mujer es ese continente negro de Freud. En la organización social patriarcal la mujer es vista como lo otro del hombre, la mujer no existe. Lo que está claro es que la mujer y el hombre no son completos, porque no poseen ambos sexos.

La capacidad de parir, el ciclo ovulatorio, la capacidad de amamantar no conduce a que la hembra sea mujer, el portar un pene no conduce automáticamente al hombre. En esta sensación de estar incompleta surge el apego o fusión a la madre, lo que hace requirente la pronta intervención paterna para que desplace ese apego al padre. Esta sensación de estar incompletas, en determinadas ocasiones lleva a las mujeres a ser sumisas, otras a ser rebeldes, y otras a pelear con la madre, por haberlas privado y hay quienes se ven obligadas a atravesar la maternidad. Es a partir del siglo XX como lo señala Franco (2011):

que la mujer en su intento por re-presentarse ante los otros- se produjo una alteración notable y radical en su subjetividad y en su psique (afectando sus registros identificatorios y pulsionales); esto se ha efectuado de manera colectiva, anónima, cotidiana por las mismas mujeres, sin que ellas se representaran explícitamente las finalidades; (en todo este tiempo) durante las 24 horas del día, en casa, en el trabajo, en la cocina, en la cama, en la calle, ante los niños, ante el marido lo que no les ha impedido seguir transitando con ese deseo que nos permite sobrevivir y devenir humano.

Freud concibe a la feminidad bajo tres perspectivas “penisneid” la renuncia o inhibición de la vida sexual, la masculinidad la persistencia de poseer elementos de virilidad y la salida propiamente femenina, bajo la ecuación simbólica pene=hijo. Freud concibe a la mujer aquella que es capaz de orientar la ausencia fálica en el amor de un hombre, que en primer instante será el padre (complejo de Elektra), luego el esposo esperando encontrar el sustituto fálico a través de un niño.

Teoría de la Motivación Humana de Maslow

Es relevante tener en cuenta que transformar paradigmas, es un proceso continuo susceptible a resistencia de parte de las personas involucradas en el proceso educativo, es por ello que la motivación humana juega un papel transcendental. Es así que una vez que se satisfacen las necesidades básicas en referencia al conocimiento adquirido a través de la academia, como médicos, nos vemos en la necesidad de obtener y desarrollar nuevo conocimientos que permitan una actualización continua y así lograr ser unos profesionales competentes y a la altura de los requerimientos que exige la población que depende de nuestro trabajo.

Vivimos en una época en lo que todo se ha hecho más complejo, tecnológico, dejando atrás ciertas prácticas y conocimientos obstétricos que pasan a ser antaño frente al modernismo y tecnicismo que nos acompaña. Es por ello, que tal vez, sea un momento propicio para intentar a través de la educación, una nueva herramienta, para unir el recurso humano en el campo de la obstetricia con los recursos materiales, para así, integrar los elementos necesarios y lograr mejorar la atención médica y por ende la calidad de preparación del equipo médico, a través de las técnicas educativas.

Muchas generaciones de obstetras han crecido convencidos de que los conocimientos adquiridos son pilares sólidos, de estructura rígidas, no modificables, no es así, puesto que la cultura y el avance arterial de la sociedad- internet, ha permitido que el conocimiento viaje a la velocidad de un rayo y se propague cual epidemia a millones de personas en cuestión de segundos.

En el mismo orden de ideas, el compromiso con la realidad humana y los valores éticos del profesional de la salud reclaman de manera incansable la búsqueda del conocimiento; desde el punto de vista humanista surge la necesidad de auto-realización, de hacer lo que la persona “nació para hacer”, tal como lo muestra la jerarquía de necesidades propuesta por Abraham Maslow quien propone en la “Teoría de la Motivación Humana”, una jerarquización de necesidades y factores que el hombre va satisfaciendo gradualmente una tras otra, ya que una vez resuelta una necesidad surge otra, hasta llegar a un nivel superior de satisfacción personal y profesional.”

De acuerdo a este modelo, a medida que el hombre satisface sus necesidades surgen otras que cambian o modifican el comportamiento del mismo; considerando que solo cuando una necesidad está “razonablemente” satisfecha, se dispararía una nueva necesidad (Colvin y Rutland 2008).

De acuerdo con lo anterior, Maslow expone la necesidad de auto-realización como la del “desarrollo del ser”, la cual hace referencia al quehacer del individuo (Koltko, 2006).Es así que como médicos y más aún como especialistas en la obstetricia, donde la educación juega un papel vital en la preservación bio-psico-social del binomio madre e hijo, es categórico cubrir la necesidad de auto-realización, ya que no basta con hacer el trabajo diario en la atención al paciente sino hacerlo bien, honrando las palabras del discurso medico basándose en “No hacer daño”.

A pesar de que desde 1996 la Organización Mundial de la Salud (OMS), ha recomendado que la mujer deba adoptar la posición que ella prefiera a la hora del parto, evitando estar largos periodos de tiempo en posición supina, es bien sabido que es la posición que prevalece en la mayoría de las maternidades del país.

No obstante, en Venezuela a pesar de la tecnología, la población Warao que vive en el “Delta del Rio Orinoco” mantiene la costumbre del parto vertical, como lo señala FraymaArrechdera (2011) “al momento de parir la mujer Warao se sienta sobre un tronco bajo una palmera de la cual pueda sujetarse. Del mismo modo, si el

parto se produce en la casa, se prepara un rincón limpio donde se guinda una esfera o un mecate para que la parturienta pueda agarrarse”.

Esta misma tendencia es ejercida en la mayoría de las poblaciones indígenas en otros países, donde mantienen dicha práctica que a su vez está impresa en un marco legal, como sucede en México, que tienen La Norma Oficial Mexicana (NOM-007-SSA2-1993) , respetando las diferentes posiciones que desea adoptar la madre durante el trabajo de parto y parto propiamente dicho, en esa región la posición vertical , es parte de los conocimientos y elementos que forman parte de la cultura indígena (ob.cit), en Ecuador, La Norma Técnica Nacional de Atención de Parto Vertical, propone que durante la dilatación y expulsión, la mujer adopte libre posición y movilidad y masajes no perturbadores y consentidos (Paz, González y Gambirazio, 2009).

Aunado a lo anteriormente expuesto, se describe que, desde el siglo XVI, cuando Mauriceau acostó a las gestantes para parir, se han escrito numerosos aspectos que permiten comparar las ventajas y desventajas del parto vertical con respecto al parto horizontal. Al respecto una mujer acostada, en una cama, donde no puede deambular ni ponerse de cuclillas, la figura médica se adueña del parto, esta tendencia patriarcal favorece el trato de la parturienta, como una niña, subestimándola y culpabilizándola si el parto dura más de lo normal, cuando en realidad es la misma posición horizontal, la que alarga el parto, al dificultar el paso del feto por un canal estrecho, sin poder hacer uso de la fuerza de gravedad.

En el mismo orden de ideas, la subsecretaria de Innovación y Calidad, a través de su obra: La posición tradicional de atención del parto (parto vertical), en los servicios de salud (2012), señala las siguientes ventajas y desventajas de cada una de las modalidades de parto:

Ventajas del Parto Horizontal:

- 1) Mayor comodidad para el médico en la atención del parto
- 2) Favorece la revisión médica
- 3) Disminuye el riesgo de pérdida sanguínea.

Desventajas del Parto Horizontal:

- 1) Produce inadecuada ventilación pulmonar a la madre al recostarse sobre su espalda.
- 2) Reducción del aporte de oxígeno al feto.
- 3) Hipotensión arterial en la madre.
- 4) Contracciones uterinas débiles.
- 5) Se disminuyen los diámetros pélvicos durante la salida del feto.
- 6) Dificulta la distensión del periné.
- 7) Favorece los desgarros perineales.
- 8) Los miembros inferiores actúan como peso muerto.
- 9) La madre no visualiza como su hijo emerge de su interior.
- 10) Favorece la depresión postparto y el rechazo madre- niño.
- 11) Aumenta la tasa de cesáreas.

Ventajas del Parto Vertical:

- 1) Aumenta la oxigenación tanto de la madre como del bebé
- 2) Favorece el encaje y descenso de la presentación (cabeza fetal).
- 3) Aumento de la superficie de salida del feto
- 4) Los miembros inferiores ayudan al pujo.
- 5) La abertura de los músculos abductores ayudan abrir el canal vaginal y la vulva.
- 6) Disminución de los riesgos de compresión aorto-cava y mejor oxigenación al recién nacido.
- 7) Contracciones uterinas fuertes y eficientes.
- 8) Menor uso de oxitocina.
- 9) Disminuye el tiempo de dilatación y expulsivo (salida del feto).
- 10) Amniorrhexis espontánea, mientras más tardía más se protege la cabeza del feto.

- 11) Las complicaciones del alumbramiento se hacen menos frecuentes.
- 12) Evita el prolapso del cordón umbilical.
- 13) En los aspectos psicoafectivos: produce reducción del dolor, sensación de control, de participación, satisfacción.
- 14) Pone en marcha la memoria de funciones biológicas naturales, la vagina adquiere identidad propia como canal expulsivo.

Desventajas del Parto Vertical:

- 1) Aumenta el riesgo de hemorragia
- 2) Incomodidad en la atención por parte del médico.
- 3) La posición cuclillas puede presentar desventajas en mujeres occidentales que no tengan un total entrenamiento y resistencia muscular para permanecer en cuclillas por largo tiempo.

Como se puede observar, las ventajas del parto vertical son mayores que las ventajas del parto Horizontal, entonces ¿Cuál es la limitante de poner en práctica esta modalidad de parto, la cual fue la primera que por instinto la realizaban nuestros ancestrales?; señala el Dr. González (2014):” por los efectos mecánicos , el canal del parto logra abrirse 2 cms. Mas en cuclillas o en posición vertical que cuando la madre esta acostada, lo que favorece que haya menos casos en los que los hombros del bebe, se atoren”.

Inclinada o Totalmente Tumbada

Ya desde el antiguo Egipto se conoce de testimonios grabados de las mujeres arrodilladas sobre piedras o ladrillos sagrados, o bien acucilladas, como antecedentes de las sillas paridoras que se usaron por centurias desde el mundo grecorromano. Durante los siglos XVII y XVIII, en los albores del nacimiento de la obstetricia científica, poco a poco se fue constituyendo un saber médico en el que el partero hombre toma el lugar de la comadrona. Una vez que la mujer le fue ordenado tomar una posición acostada para el acto de parir, el médico lideriza la aplicación de

maniobras y la utilización de instrumental para que el parto se dé en el tiempo establecido y sin complicaciones, si estas llegasen a presentarse, la posición de la paciente es ideal para atender cualquier complicación, incluyendo las atonías uterinas como complicación frecuente.

En tal sentido se puede decir que hoy en día los obstetras imponen la posición de litotomía para la atención del parto, como una conducta automática y estereotipada, opacando la voz de la naturaleza que le dice a la mujer cual es la posición idónea para ella. La posición vertical ha venido mostrando ventajas, frente a otras posiciones, aparte de que permite a cada mujer estar en un plano de igualdad espacial frente a los otros asistentes con los que interactúa simétricamente. Burgos, ha señalado que: Esta posición de dependencia que la compulsa a estar en manos de los otros tiene un enorme significado simbólico. Acostada, no alcanza con su mirada a sus genitales y la imposibilidad de movimiento la inhibe de estar conectada con sus impulsos y sensaciones físicas y emocionales.

Siguiendo con el esfuerzo de parir es una actividad humana que requiere un empeño subjetivo y una necesidad de contacto de los pies con la tierra. Esta práctica de acostarlas en una cama, silenciando el grito de la naturaleza expresada en un cuerpo inmóvil, denotando una práctica totalmente patriarcal, donde el cuerpo médico sordo ante este clamor del cuerpo, se apropia de este proceso, desvalorizando a la parturienta, con tan solo el hecho de no escucharlas se incurre en un acto de violencia y despersonalización de la paciente embarazada. Bernardo (2004), señala que desde la existencia de María, la madre de Jesús, el parto vertical se llevaba a cabo sin complicación ya que en el relato del nacimiento del hijo de Dios no se menciona partera alguna que la acompañase, por lo cual supone que el parto de María fue un parto agachada o en cuclillas, más aun cuando se tenía que atender sola.” El mandato aceptado por María de "hágase en mí según su voluntad", es decir la del dios masculino, ha sido otro elemento simbólico para subordinar el cuerpo y la conciencia de la mujer durante el parto horizontal al poder del médico patriarcal”

¿Qué sucede en Venezuela? Hacia el camino de la humanización

Venezuela no es la excepción a esa ola de respeto hacia el cuerpo de una mujer en labor de parto, a pesar que en la academia obstétrica aún no se han plantado los objetivos que permita al médico formarse bajo ese estigma de humanización.

A los obstetras se les enseña a percibir el nacimiento dentro del marco de referencia médico más que entenderlo como un proceso natural. En el modelo médico, el embarazo y el parto son enfermedades que requieren de diagnóstico y tratamiento. Una de las pioneras en parto vertical en el país ha sido la Dra. Eva Gundberg, médico obstetra que mientras realizaba postgrado en la Maternidad Concepción Palacios dictó 10 cursos sobre parto vertical, sin embargo las reformas para la atención del parto no se dieron, tal vez por orgullo o miedo por parte de los obstetras de implementar esta práctica.

Desde 1981 la Clínica la floresta ha sido sede del parto vertical, ubicada en Caracas, bajo su dirección y siendo ella una mujer que tuvo 6 hijos todos por parto vertical, señala que la sociedad moderna ha transformado la mujer en un robot, no la creen capaz de llevar a la perfección la culminación de este periodo reproductivo. A parte de la Ley Orgánica por el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia y los protocolos de atención del parto creado en el año 2011 bajo la dirección de la Dra. Eugenia Sader, Ministra del Poder Popular Para la Salud durante ese año, donde se promueve el parto vertical en Venezuela, surge en el 2012 el Programa Maternidad Segura a nivel de la Red de ambulatorios y Hospitales Del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales, cuyo objetivo fundamental está basado en disminuir el índice de Morbi- mortalidad materna promoviendo una atención eficiente y Humanizada, en cuanto a la recepción de la paciente en la institución y tratamiento adecuado, así como suministrar información eficaz en casos de la misma atención y surgimiento de complicaciones, extensiva a sus familiares.

Evolución del Esqueleto Humano al Proceso de Parto.

El siglo XX trajo consigo cambios importantes que repercutieron en la atención del parto, perdiéndose la manera natural de parir, pasando de una posición vertical a una horizontal. Llama la atención, como la mayoría de los mamíferos y

primates tienen sus partos en forma “sencilla”, incluyendo al mamífero que más se asemeja al hombre y que incluso es utilizado en trabajos de experimentación ya que sus resultados son extrapolados al humano como lo es el chimpancé o Gorilas. En estas especies las hembras atienden sus partos ellas mismas, sin necesidad de que sea ayudada por su compañero ni nadie más.

El trabajo de parto en el humano puede durar en promedio entre 8 a 12 horas, el cual requiere monitoreo continuo, para vigilar cualquier complicación en la progresión del mismo, así mismo durante la atención del expulsivo, se requiere la ayuda de un equipo de salud, quienes se encargaran de recibir al recién nacido y terminar de alumbrar la placenta y anexos ovulares que queden en el interior del útero, así como también revisar el canal del parto para descartar desgarros que produzcan hemorragias que pongan en peligro la vida materna. De igual manera la atención del recién nacido en determinadas situaciones requiere la presencia de un subespecialista, en este caso un neonatólogo que facilite los primeros cuidados del nuevo ser.

Como lo señala Maldonado y Duran (2011) “el proceso mismo del nacimiento cefálico es difícil y complejo”. Es sabido que la cabeza fetal humana es grande con respecto a otros primates. La dimensión de la cabeza es solamente un poco más pequeña que las dimensiones de la pelvis, lo que hace que muchas veces se dificulte su paso por el canal del parto, si a esto le asociamos la posición horizontal de la madre al parir, el esfuerzo del pujo en esta posición es menor, y la posición general del cuerpo del feto comprime las estructuras presentes en el dorso de la madre, si en determinados casos se presenta una distocia de hombro, a pesar de que existen maniobras para solventar la situación esta posición dificulta aún más su extracción, por lo cual se debe buscar una posición que permita que los diámetros de la pelvis se amplíen para permitir el paso del feto por el “canal de angustia”. Si analizamos una de las maniobras utilizadas en la distocia de hombros como lo es la Maniobra de Mc Roberts:”

Con dos ayudantes se realiza flexión de las piernas y abducción de las caderas maternas, colocando los muslos sobre el abdomen. Endereza la lordosis lumbosacra

lo que aplana el promontorio, y rota la sínfisis del pubis cranealmente disminuyendo el ángulo de inclinación de la pelvis, permitiendo la liberación del hombro anterior. Hace disminuir las fuerzas necesarias para liberar el hombro fetal al aumentar la eficiencia del pujo”. El mismo resultado se puede conseguir si la paciente se coloca en cuclillas, disminuyéndose el índice de morbilidad materna y perinatal.

La parte evolutiva también guarda importancia al momento del parto, cuando el humano comenzó a utilizar el bipedalismo como medio habitual de locomoción, para sostener la cabeza, se llevaron a cabo modificaciones en los huesos y en las partes blandas, lo que trajo como consecuencia que la pelvis se volviera un poco más estrecha, para poder sostener el peso del cuerpo.

Si se compara el parto de un chimpancé con el del humano, se observa que durante el parto del primate el recién nacido sale viendo hacia la cara de la madre, quien lo jala para limpiarle sus secreciones lamiéndolo, parto asistido por ella solamente, en el humano el recién nacido en la mayoría de los casos sale con la cara mirando hacia el coxis, si a esto le asociamos que la madre se encuentra completamente tumbada sin observar lo que está pasando hacia su zona caudal , ya que en la mayoría de los partos horizontales se colocan sabanas estériles que impiden que la madre observe su proceso de parto, entonces la autoayuda no sería posible bajo estas circunstancias , aparte de que se pierden los vínculos afectivos que implica ver el nacimiento del ser que emerge del interior de la misma.

Una complicación adicional son las rotaciones por las cuales tiene que pasar el feto con las diferentes partes del cuerpo para cruzar el canal del parto, así lo refiere Maldonado y Duran (2011), expresan que:

Es necesario que el feto rote su cabeza y tronco para poder nacer. La entrada a la pelvis (desde la cavidad abdominal) tiene un eje mayor que en sentido lateral, es decir, entre el lado derecho el izquierdo de la pelvis. Entonces el feto entra al canal del parto viendo hacia un lado. Más adelante, a la mitad de la pelvis, el eje mayor de esta va de adelante hacia atrás, o del sacro al pubis, por lo que la cabeza del niño tiene que rotar y la cara ve hacia el sacro de la madre. Al final del parto, los hombros del bebe tienen que “escabullirse” por el canal del parto, pues su diámetro es ligeramente mayor que el diámetro de la pelvis. Lo

que ilustra porque puede haber retrasos y complicaciones en un proceso complicado y prolongado (p.89).

En un parto vertical, el descenso se facilita por la acción de la gravedad, siguiendo las leyes de la naturaleza. Es por todo ello que, la madre lejos de ser un material de trabajo médico, es en definitiva la protagonista de este capítulo de su vida, a merced de lo que pueda solicitar o sugerir para su atención y minimizar el miedo, los tabúes y los traumas que puede acarrear cuando no se cumplen las expectativas durante este proceso. A parte que para muchas de ellas es un evento primario en sus vidas y para otras es repetir la experiencia con reforzamiento positivo o negativo de su anterior parto.

Como es sabido la visita a un doctor de cualquier especialidad, crea angustia y temor en la mayoría de los seres humanos, mucho más cuando se trata de un ginecólogo obstetra, cuando la parte a ser asistida es precisamente la parte del cuerpo que menos se exhibe y que forma parte de la identidad de cada mujer, como son los genitales. Permitir que sean manipulados por personas extrañas es un acto de “valentía” por parte de la paciente. Tomar las riendas de su reproducción es un derecho ineludible y con basamentos legales.

Hasta los momentos se conoce que el embarazo y el parto es un fenómeno fisiológico que tiene como resultado el nacimiento de un nuevo ser. Por ser un evento fisiológico no debe ser considerado como una enfermedad, al contrario, es una situación especial y momentánea que solo dura de 9 a 10 meses, durante la cual, ocurre la formación y desarrollo del embrión. A lo largo de este tiempo, el feto no solo recibe la nutrición de su madre sino que desarrolla capacidades cognoscitivas y conductuales, así como la capacidad auditiva, visual, desarrollo y crecimiento en el resto de los órganos y, otras esferas como el aprendizaje.

El parto es un acontecimiento que marca el fin de la gestación y el comienzo del puerperio, caracterizado por el dolor físico y la aparición de emociones y sentimientos ante la llegada del bebé. Como lo señala Odent (2008), la tecnología ha permitido el intervencionismo médico durante el parto, el aumento del número de cesáreas en los centros de salud por tratarse de una técnica rápida para el parto, sin

tomar en cuenta las necesidades fisiológicas del binomio madre e hijo y la necesidad de apego, es decir, la capacidad de amar a los otros o a sí mismo, que solo lo pueden lograr a través de la secreción natural de oxitocina , hormona que no sólo permite la salida del feto que estimula las contracciones uterinas y la lactancia materna, sino que también actúa en el cerebro y produce el apego.

Álvarez (2010), señala en su libro” Parir sin miedo” , la necesidad de que la mujer tenga un parto más placentero y por sus propios medios, la mujer podría autodirigir su parto sin miedo, ni errores y así evitar ponerse a disposición de manos ajenas, pues la inteligencia racional de la cual está dotada supera el instinto.

Mamiferizar el Parto.

Odent (2010), señala: “ que existe la imperante necesidad de recordar que la mujer es un “mamífero” y como todo mamífero sabe que hacer a la hora del parto, lo que la diferencia de otros animales es precisamente la evolución del neocortex, por eso el parto en humanos es más difícil”, porque existen inhibidores dados por el neocortex, para que la paciente adopte una posición fisiológica y el parto fluya naturalmente, se hace necesario no estimular al neocortex, para lo cual la mujer debe de estar en un espacio en silencio y alejada de cualquier interferencia humana, ya que tan solo la observación de este proceso por parte de otras personas ajenas hace que se estimulen otras sustancias como la adrenalina que inhibe este proceso natural e incrementa el miedo. Tal conducta, puede ser observada en otros mamíferos, más aun aplicable a la especie humana.

Sin embargo, a lo largo de la historia cada vez se hace más intervención de la tecnología para este proceso vital. En organismos de salud, pública y privada, donde se imparten enseñanzas de obstetricia, la cesárea ha tomado un papel fundamental, ha sido practicada como la intervención médica que se realiza para salvar la vida de la madre o del feto; si se presenta la más mínima alteración durante el trabajo de parto.

A este respecto, tanta es la práctica de esta intervención que actualmente puede tener una duración de aproximadamente veinte minutos considerando factores como: facilidad para colocar una anestesia peridural, omisión de suturación de planos

anatómicos; ya que estos se unen solos posteriormente, de la habilidad de las manos del cirujano ya que por la práctica de realizar este tipo de intervención, múltiples veces, se acorta el tiempo quirúrgico, aún más si trabaja en hospital público, donde la afluencia de pacientes es muy alta.

Es así, como el parto se ha medicalizado e institucionalizado, con tecnicismo imperante en cada región, de acuerdo a sus costumbres y creencias, “los patrones culturales han enfatizado las dificultades del nacimiento humano y las han amplificado a través de las creencias rituales”.

En el mismo orden de ideas, Schmid (2012), propone que en las ciudades industrializadas ,donde el tiempo tiene un valor económico y por tanto un propósito determinado, todos los procesos se vuelven lineales , es la condición del bienestar continuo sin alternancia, aquí prevalece el modelo tecnológico y lineal del parto. Lo que demuestra que las mujeres que se encuentran más cerca de los eventos de la naturaleza, y que asumen los acontecimientos cíclicos de la vida con naturalidad como lo son: las menstruaciones, el climaterio, menopausia, de forma natural, son mujeres que toleran mejor aún más, el dolor de parto y tienen partos más fisiológicos. La tecnología pretende controlar la naturaleza ponerla a su servicio y esconder nuestra debilidad originaria.

Igualmente, la tecnología intenta eliminar el dolor de parto. La alternativa es un parto con dolor, atroz, debido a la inmovilidad, a las posturas anti fisiológicas a las intervenciones médicas y/o instrumentales, a las condiciones inhumanas de la asistencia. Con tan pocas opciones las pacientes recurren a la analgesia peridural o tecnológica reforzando el concepto de que el cuerpo de ella es una máquina, trae como consecuencia que después del nacimiento la mujer no experimenta la intensa gratificación provocada por las endorfinas que se siente tras un parto natural. En la sociedad venezolana, es de importancia recuperar rituales positivos en el momento del parto, si la sensación de parto es natural y gratificante, entonces porque transformar esta experiencia, en algo desagradable y traumático.

De lo anteriormente expuesto, se conoce que el parto es un evento transcendental en la vida de la mujer y del contexto familiar y social que la rodea, en

la cual ella en un estado de sumisión y obediencia deja en manos del tecnicismo el desenvolvimiento de este hecho, que cada día la conduce más a la inmovilidad e incomodidad , donde la única que debe emitir juicios, decisiones y la que experimenta el dolor es ella , por lo tanto la postura y conducta ante el parto debe ser asumida por ella en el principal papel protagónico de su vida, aquí es determinante mencionar lo que dice, Burgos (2003) “ El cuerpo de la mujer caja de resonancia y ámbito de expresión de cambios y emociones suele ser sometido, maltratado, inmovilizado, domesticado en función de un parto conducido que exigirá quietud, silencio y obediencia” Algunas cosas están empezando a cambiar, afortunadamente. La imagen de una mujer pariendo acostada, rodeada de desconocidos que le dicen como empujar mientras el padre aguarda fuera lleva camino de pasar a la historia .

En Venezuela, apenas viene surgiendo la tendencia de un parto humanizado, sin embargo, se necesita comprender de un todo la fisiología del parto para dar cabida a una atención más protagónica en el rol de la mujer en ese momento como lo señala Olza (2005) transformar la cultura de la cesárea por el parto puede ser desastrosa , como lo señala la teoría de la “ científicación del amor” , según esta teoría, el nacimiento medicalizado, la negación de los aspectos primordiales de la especie humana darán lugar a sociedades cada vez más violentas, fruto de las alteraciones en la capacidad de amar de sus individuos.

Los argumentos científicos: “La científicación del amor “.

Según Odent en la Conferencia denominada” Parto Libre y Consciente”, dada en Bruselas, en Octubre 2006, señaló que hay tres perspectivas científicas que permiten entender por qué es importante el respetar las necesidades fisiológicas de la madre y el bebé:

- 1) La etiología: según observaciones sobre los mamíferos se sabe que el nacimiento es primordial en el proceso de apego.
- 2) La epidemiología: problemas durante el nacimiento coinciden con dificultades de la capacidad de desarrollar el apego.

- 3) Los efectos de las hormonas sobre el comportamiento: se creía que la oxitocina tenía solamente efectos mecánicos (expulsión de la leche durante la lactancia, contracciones uterinas durante el parto). Estudios han demostrado la influencia de esta hormona sobre el comportamiento incluyendo el comportamiento maternal. Si se parte por cesárea se impide la propia producción de la hormona natural y que esta actúe en el cerebro. Esta interferencia a los procesos fisiológicos ocurre porque existe deseos de disminuir el poder de las mujeres ¿o es la lucha de alejarse de la naturaleza y acercarse a la cultura? ¿Deseo de controlar la vida?

Para que se dé la liberación adecuada de esta hormona, es necesario que la madre durante el parto tenga un ambiente tranquilo, no tener frío, estar en compañía de la persona que ella elija. En cuanto a la posición, generalmente señala Odent, es asimétrica, estas posiciones buscan eliminar estímulos visuales y también liberar venas y arterias que pasan por la pelvis.

Humanización del Parto. El parto como Acontecimiento Natural.

¿Si el parto es un evento que corresponde a la naturaleza intrínseca en los mamíferos incluyendo al hombre, porque en el transcurrir del tiempo ha hecho que los partos sean desplazados de las casas donde anteriormente se atendían en compañía de comadronas, a las instituciones de salud. Esta institucionalización del parto, ha incrementado el uso de medicamentos que tratan de disminuir el tiempo estipulado para dicho trabajo de parto, a la vez que trata de disminuir los dolores característicos, ya que con solo la intervención de la parte médica se expone el cuerpo de la mujer a la disposición y decisión de lo que el médico o la enfermera consideran que es lo mejor para ella en ese momento, a sabiendas que, quien siente necesidades fisiológicas, afectivas y dolores de parto es “ella”, nadie más que ella sabe que necesita y quiere para tener un parto placentero. Al respecto Saletti (2008), señala:

Al designar el ser madre, como un hecho estrictamente natural, la ideología patriarcal sitúa a las mujeres dentro del ámbito de la

reproducción biológica, negando su identidad fuera de la función materna. El deseo de las mujeres no cuenta, porque se supone integrado en el orden de los discursos legitimados del sistema. El hecho de que seamos las mujeres las que parimos es invariable; esta posibilidad biológica de las mujeres se convierte en un mandato social a través de la afirmación del instinto materno universal en las mujeres.

Dicha afirmación garantizará que se asuma -y que ella misma asuma- que tiene la obligación de ser madre, y en segundo lugar, que gracias a ese instinto la maternidad biológica se transforme en maternidad sociológica, en hecho social, logrando que las diferencias biológicas entre los sexos se conviertan en la base del sometimiento femenino. El mito del instinto maternal, supuestamente natural e intrínseco, predestina a las mujeres a ser madres para que posteriormente se dediquen con prioridad al cuidado de los niños/as que den a luz, resaltando que no se encuentra ningún correlato equivalente en el caso del varón. La maternidad, y en especial su ejercicio, condicionan la conciencia maternal.

El mito del instinto maternal es un claro exponente de la utilización de datos biológicos (como el útero, el embarazo o el parto) con fines de opresión y aislamiento de la mujer en la función reproductiva. Deja así de ser natural por la manipulación y reinterpretación social a la que se somete. Manipulación que confecciona el «eterno maternal», concepto acuñado por PatriceDiQuinzio (1999), para referirse a la formación ideológica dominante, que especifica los atributos de la maternidad y articula la feminidad en términos de maternidad sobreentendida.

En relación con las implicaciones, se construye la maternidad de las mujeres como natural e inevitable, el «eterno maternal» dictamina que toda mujer debe querer y debe ser madre, determinando que las que no manifiesten estas cualidades requeridas o/y se nieguen a ejercerlas son desviadas o deficientes como mujeres.

De acuerdo con lo señalado, recordando el rol de la mujer en la maternidad y el desenvolvimiento de este proceso, en el parto, se hace imperante dar una visión más humanística de este acontecimiento donde las conductas y acciones que en el entorno se desenvuelve vaya encaminado hacia un acto de sensibilidad, y que respete los deberes y derechos que tiene la embarazada así como sus necesidades físicas,

mentales, espirituales, culturales y sociales. Por tanto la humanización del parto debe comenzar desde la gestación donde se le garantice a la paciente un ambiente psicoafectivo armónico, tomando en consideración que en esta etapa los sentimientos de ella se exponen en su máxima expresión y donde cualquier temor, inquietud o incomodidad es percibido en la misma proporción tanto por la madre como por el niño.

Reforzando lo anterior, por Odent (2007), reseña que el estado emocional de la mujer embarazada puede tener efectos a largo plazo en aspectos como la sociabilidad, la agresividad o el desarrollo de alguna alteración en la capacidad para amar. Ahora bien ¿Por qué el parto es doloroso? Existe una estrecha relación entre el parto y la excitación sexual, según Rodrigañez (2009), el útero late como un corazón cuando existe una energía excitante, este latido se traduce en movimientos hacia arriba y hacia abajo que puede ser visible desde el exterior con la excitación. Esta situación hace que se contraiga el musculo uterino con un movimiento descendente que ayuda al descenso del feto.

El nacimiento es un acto sexual que sería igualmente placentero si la sexualidad de la mujer no tuviera una alta carga patriarcal, las relaciones de Poder de la sociedad que obliga a hacer funcionar el aparato reproductor de la mujer sin deseo y sin proceso de excitación sexual.

Dentro de ese marco se proyecta el modelo de mujer patriarcal: una falsa percepción de sus cuerpos, con una orientación exclusivamente falocéntrica de su anhelo emocional, que debe acompañar la relación de sumisión al hombre. Para parir con placer, hay que empezar por explicar a las niñas que tienen útero, que cuando se llenan de emoción y de amor, palpita con placer y que una vez que se entienda la sexualidad de la mujer, lograr la interconexión de las partes nerviosas voluntarias e involuntarias y alcanzar el equilibrio con la totalidad del cuerpo con el resultado de un parto placentero, (Rodrigañez, 2009).

En síntesis, si tomamos en cuenta los diferentes elementos que en el pasar del tiempo se han creado para hacer del parto todo un evento de acciones asistenciales que en definitiva se hacen para facilitar el trabajo del operador, quien actúa como

interventor, y, cuya variable es la madre fácilmente manipulable , en un estado completo de sumisión , ante la premisa de que es el medico el que tiene el control; se han diseñado acciones tales como el rasurado perineal, colocación de enemas evacuantes , colocación de vía intravenosa y con ello la colocación de oxitócina sintética , estas acciones no deberían llevarse a cabo en la aplicación de un modelo de atención al parto humanizado.

Igualmente se conoce que una vez ingresada al hospital la paciente pasa a sala de parto donde no es posible la presencia de familiares debido a la cantidad de paciente que se atiende en un centro público, humanizar ese momento sugiere la presencia de un acompañante seleccionado por la embarazada .Como punto principal que compete a esta investigación se tiene que en el parto humanizado se le permite a la paciente deambular libremente durante el transcurrir del trabajo de parto y adoptar la posición que ella desee en el momento del expulsivo.

Despersonalización- Des-sexualizacion. El grito uterino, la sordera del obstetra.

Burgos hace referencia al cuerpo de la embarazada como “objeto de trabajo”, la finalidad del personal de salud es que la paciente obedezca a las indicaciones que se les sugiere para lograr el objetivo, un parto medicalizado con manipulación de la variable tiempo con el uso de oxitócicos, en esta condición se somete “el grito uterino” lleno de movimientos y sonidos traducidos en dolor que pulsan internamente por encontrar cauce en su cuerpo”amordazado”.

Mientras tanto, la des-sexualizacion, es entendida como la negación de la carga sexual del parto, si el parto es un acto sexualizado e íntimo, entonces la participación del personal de salud debe respetar el protagonismo de la mujer. El conocimiento sexual del propio cuerpo, le permite a la madre adoptar la posición que más le satisfaga durante el expulsivo, la posición vertical le permite a la paciente estar en un mismo plano en conjunto con el equipo de salud y así poder interactuar y ver el nacimiento de su bebe.

Al respecto, esta carga sexual, viene plasmada e implícita en las relaciones culturales, y habla de la dificultad que tienen algunas mujeres de alcanzar su

autonomía emocional, corporal, por lo que muchas veces estas capacidades y fuerza de acción y expresión pasan desapercibidas ante sus ojos y los de los demás. Es así que, aceptan el papel de minusvalía a las exigencias que el personal le indique, sin tener dominio y menos de imponerse frente a dichas exigencias.

De la misma manera, uno de los aspectos de la des-sexualización es el rasurado, en el cual se coloca a la paciente en una etapa pre púber guardando un significado simbólico, que es retrocediéndola a la etapa de su vida sin vellos separando la función sexual de la función reproductora y preparando el campo para la realización de la episiotomía rutinaria, que permite tener una visión más clara de la parte anatómica debiendo estar bien iluminada y ante los ojos del personal médico, quien manipulará los genitales, para dirigir el parto. Acostada, por supuesto, su mirada está dirigida hacia el techo, sin la posibilidad de presenciar el nacimiento de su prole, caso contrario de lo que sucede con el resto de los animales.

El discurso Médico Frente a Este Evento “El Parto”.

Existe una gran contradicción al recordar el Discurso Médico cuando indica que “no se debe hacer daño” y su relación con el parto. El hombre en busca de una mejor calidad de vida ha intentado invadir diferentes campos de la medicina, crear medidas y alternativas que devuelvan la salud del ser humano de una forma beneficiosa y efectiva; sin embargo en esta búsqueda desenfrenada de conocimientos para hacer el bien, queda en el olvido el desenvolvimiento, desarrollo o evolución normal de lo que se considera enfermedad. En la evolución de la enfermedad, la misma pasa por varias etapas, en donde se pueden aplicar medidas de prevención y atención dependiendo del nivel donde se encuentre: atención primaria, secundaria y terciaria.

Al respecto y con lo señalado anteriormenete, surge la interrogante: ¿Por qué se han creado medicamentos, y se ha impuesto una determinada posición a un proceso que no es considerado enfermedad? ,es un evento normal y natural donde existen una serie de adaptaciones fisiológicas en el cuerpo de la madre que permite la implantación, desarrollo y crecimiento del embrión, es así como Moore (1989),

señala que :” el desarrollo del individuo comienza en la fecundación ,cuando un espermatozoide se une con un ovulo para formar una célula única llamada cigoto (del griego zigotós , que significa unido por yugo), esta célula marca el inicio de cada uno de nosotros como un ser” único”.

También se admite que, así como existe una vía de entrada de los gametos para dar origen al huevo fecundado, existe una vía de salida, que ocurre una vez que, la proliferación y crecimiento de estas células con aporte de material genético tanto materno como paterno, complete su formación, la sabiduría de la naturaleza ha hecho que este fenómeno, el parto, se dé, de manera espontánea. Cada vez son más las intervenciones que los médicos realizan en torno al parto, investigaciones sobre qué tipos de medicamentos sirven para aminorar el dolor de parto y su repercusión en el feto , el uso de medicamentos como la oxitocina , cuyo uso data desde 1943 , cuando se obtuvo la oxitocina sintética y se comenzó a usar vía endovenosa en el cual Page, demostró que era un potente uterotónico (Aller,1996), incluso el uso de mezclas de medicamentos, que en conjunto permiten una dilatación cervical más rápida acelerando el parto.

Igualmente se menciona, maniobra conocida como, maniobra de Hamilton, que sirve para estimular el reflejo de Ferguson facilitando la liberación de oxitocina endógena y por consiguiente acelera la dilatación cervical.

A estos elementos se agregan otros como es, encontrar en las salas de partos de los diferentes hospitales, camas totalmente horizontales con estribos para que la paciente se acueste y levante las piernas durante el expulsivo, en esas camas no se alza el espaldar para que la madre adopte una posición vertical, y algunas de ellas traen ligas o cinturones que se amarran a las piernas de las embarazadas para evitar el movimiento de las mismas.

Como se acaba de señalar, todo lo mencionado forma parte del conjunto de acciones que ejecuta el médico en torno a este evento “fisiológico”. Ahora bien ¿Porque existen complicaciones? Lo espontaneo y natural es lo más idóneo, aun así se pueden presentar complicaciones las cuales en estos casos se incrementa en vista del intervencionismo medico sumado al temor que siente la paciente cuando acude a

un centro hospitalario (ya sea por experiencias vividas de otras pacientes, familiares o por la propia experiencia en ocasiones anteriores) lo que obstaculiza el adecuado desenvolvimiento del parto.

Hasta el presente, los datos aportados por el servicio de epidemiología del Hospital “Dr. Ángel Larralde”, señalan que, es el segundo hospital a nivel nacional que cuenta con el mayor número de muertes maternas, factor que incrementa aún más la intervención médica y el tecnicismo, aun estando presente en sala de parto equipos modernos que funcionan como monitores de frecuencia cardiaca fetal, cuyos electrodos son colocados en el vientre materno una vez que ingresa la paciente, una alteración en dicha frecuencia, indica que la intervención se hace necesaria ya sea agilizando el parto vaginal o decidiendo intervención quirúrgica (cesárea).

Unas ideas y reflexión al respecto, es considerar que el parto vertical es posible en embarazos controlados de bajo riesgo, sin otros factores asociados, en aquellas madres que gocen de buena salud al igual que él bebe, lo que resultaría en una disminución del intervencionismo médico, confiando en la naturaleza y en la acción de la gravedad, que sería el equivalente al reflejo de Ferguson para que el parto se lleve a cabo sin problemas. Al respecto, Camacaro (2009) señala que:

Este tipo de atención va en una escalada que no tiene fin, las parturientas aun sin ser embarazadas de alto riesgo, son tipificadas como pacientes para poderlas tratar como tales. Las acuestan con sueros intravenosos para garantizar una forma rápida de actuar, por si acaso ellas presentan una emergencia, pero entonces, la vía en vena no las deja deambular; esto trae como consecuencia que las contracciones y dilatación son más lentas, entonces les pasan por la vía intravenosa un oxitócico para aumentar las contracciones y al aumentarlas son más dolorosas, lo que aumenta el estrés de la mujer y obviamente de quienes la atienden. Por otra parte al acostarla en posición d litotomía disminuye la fuerza de encajamiento del recién nacido/a y la fuerza de la mujer para pujar, lo cual conduce a la episiotomía para mayor abertura vaginal; eso trae más sangrado y vías de infecciones...(s/p)

En las poblaciones indígenas, el parto vertical funciona muy bien, más aun en un hospital tipo IV, que cuenta con quirófano anexo para solventar cualquier eventualidad, en lugar de utilizar colchonetas y sogas se emplearía camas ginecológicas con inclinación de espaldar para la atención vertical.

Así el discurso medico se ajustara más a la realidad, al permitir que la propia madre de acuerdo a sus necesidades dadas por el momento, abra su mente y su cuerpo para dejar salir de su interior un cumulo de células que darán origen al nuevo ser.

Una visión Cultural:

Existe una gran separación entre dos esquinas, en el cual se tiene de un lado las prácticas tradicionales de atención del parto y por otro lado el uso de la tecnología y practicas modernizadas incluyendo el uso de medicamentos que adquieren un papel protagónico en el ambiente que envuelve el parto. Maldonado-Duran (2011) refiere que: “la atención del parto por médicos, no se diga ya por obstetras, es un fenómeno históricamente reciente que solo se ha generalizado en las últimas generaciones en centros urbanos (libro azul ops). En otros tiempos el parto era vivenciado por la madre, el padre, familiares y la partera, la atención del mismo en centros hospitalarios ha hecho que esta individualización se pierda debido a la gran demanda de pacientes que acude a estos servicios en busca de una medicina más tecnificada.

Dentro del enfoque cultural a parte del significado que se le asigna al “dolor”, la posición del parto también tiene un origen cultural, es así, como encontramos que en mesoamérica y el norte de África (Obermeyer, 2000) y regiones rurales de Perú (Brockner y col., 2001) la mujer pare en posición vertical, cosa que paso en desuso, a raíz de la adopción de la posición horizontal.

La posición de cuclillas es adoptada por muchas culturas aborígenes en el mundo, más sin embargo, se tiene la creencia de que las prácticas y costumbres de sociedades pobres y no industrializadas forman parte del pasado, y que la sociedad debería avanzar conforme lo hace el resto del mundo, es probable que dichas prácticas tradicionales ejercen un efecto protector para la mujer, ya que al tener el apoyo de los familiares y permitirle a ella adoptar la posición que desee durante el

expulsivo, le da la confianza y el cariño necesario que la haga sentir valorada como mujer, si esto no sucede se puede manifestar en trastornos antes o después del parto.

Por lo tanto no se debe descartar estos puntos tradicionales, solo porque son anticuados, la concatenación de prácticas ancestrales con las modernas, sugiere un mayor equilibrio sobre todo en la fase de resolución del embarazo, tal como lo reseña Maldonado-Duran: “en muchos países se da un sincretismo entre las practicas más antiguas, alternativas y tradicionales, a las que se combinan estrategias medicas más modernas y oficiales (instituto nacional de salud pública, 1999). (p.83).

La “madre” Como Protagonista o Co-Protagonista

Dada las condiciones de espacio y de recursos materiales en las cuales se desarrolla la atención del parto en los Centros de salud en el país, el crecimiento poblacional quienes son atendidos en centros hospitalarios de larga data de construcción, y que la misma población demanda una ampliación y actualización de los materiales e insumos utilizados para dicha atención, la mujer embarazada ejerce un papel coprotagonico en cuanto al parto se refiere. Si bien es el Ser que alberga otro Ser, no es sino el médico (obstetra, residente, interno o bachiller de la carrera medica), quienes emiten una serie de ordenes las cuales son impresas en un documento médico- legal, donde se prescriben soluciones y medicamentos que facilitan el aceleramiento del parto.

Por lo cual la paciente debe permanecer acostada para que la solución descienda, al tiempo que se cuenta con un espacio reducido para atender a dichas pacientes, y facilitar la labor del médico quien cada 30 minutos le corresponde evaluar parámetros como dinámica uterina, foco cardiaco fetal y por lo menos cada 4 horas tacto vaginal para evaluar la progresión de la presentación (descenso de la cabeza fetal).

Por lo tanto no es sino la posición horizontal la que facilita dichas actuaciones, es de esperarse que el parto propiamente dicho se desencadene de la misma manera, ya que a esto se suma que durante el expulsivo pueden presentarse complicaciones que son más fáciles de resolver en posición horizontal.

El Parto Vertical en América.

En Argentina, el gobierno de Néstor Kirchner ha presentado un proyecto para "humanizar el parto". Este reconoce el derecho de la parturienta a estar acompañada por una persona de su confianza durante el parto. Hay países donde en clínicas privadas también se permite esta compañía, pero es apenas un primer paso, insuficiente para cambiar las prácticas médicas del parto horizontal. Sin embargo, parecería ser más adecuado que la mujer esté acompañada con la persona que ella elija preferentemente una mujer que previamente haya vivido la experiencia del parto. Este acompañamiento se realiza con la finalidad de que la persona que acompaña a la paciente, respete dignamente el momento del parto y no crear vínculos de complicidad ante el accionar médico.

En Perú, en el año 2005 se creó y aprobó la Norma Técnica para la Atención del Parto Vertical con Adecuación Intercultural, la cual se difundió en los establecimientos de salud a nivel nacional, con prioridad a las zonas rurales y andinas, en la cual la paciente llena una ficha donde se le pregunta qué posición prefiere para dar a luz, y se dictan los lineamientos para la atención adecuada del parto vertical, donde el personal de salud tiene que verificar y acondicionar la sala de partos con camilla o silla adecuada para el parto vertical, soga colgada de una viga, colchoneta en el piso, cubierta con campos sobre los cuales nacerá el bebé (Estrategia sanitaria Nacional de salud sexual y reproductiva, 2005).

En Ecuador existe la Octava Versión de la Normativa Técnica Nacional de Atención de Parto Vertical (2008), en donde se exponen los derechos de la embarazada a decidir sobre la manera de llevar su labor de parto, sea caminando, bailando, en el agua, comiendo, bebiendo, paseando, acostada o durmiendo, o cualquier otra forma que ella decida, la posición para parir: sentada, semi-sentada, parada, en cuclillas, etc. Derecho a expresar libremente las emociones: jadeando, gritando, riendo, llorando, gimiendo, etc. Igualmente esta normativa está enmarcada dentro de las regulaciones

de la constitución Política de la Republica de Ecuador y de las regulaciones que a nivel mundial barca el embarazo y el parto.

En Colombia, se radica proyecto de ley, que modifica la Ley 100 de 1993, por el cual se declara “urgencia vital” la atención integral del servicio de salud materna, dentro del Sistema de Seguridad Social en Salud. Colombia sería el tercer país de América Latina en adoptar estas nuevas guías de atención de la salud materna, y , una innovación en la práctica ginecobstétrica, el parto vertical, con el propósito de reconocer los usos y costumbres de las mujeres indígenas, afrocolombianas y las que así lo decidan para el momento del alumbramiento.

En Guatemala, En enero de 2010, se publican y difunden las Normas de atención en Salud Integra para el primero y segundo nivel del Ministerio de salud pública y asistencia social, con vigencia para cinco años donde indica que los proveedores de atención del parto deben: informar a las mujeres sobre la variedad de opciones que existen en cuanto a la posición para el parto, reptar la elección de las mujeres y el acompañamiento de un familiar o comadrona.

Posición de la Cama Durante el Parto

Tal como lo señala Bing (1998), todavía no han sido diseñadas las camillas en la cual una mujer pueda dar a luz de manera incorporada. Sin embargo en el Hospital” Dr. Ángel Larralde”, existe la camilla horizontal que puede adaptarse fácilmente a la posición vertical. Aun cuando se cuenta con este recurso, la mayoría del personal desconoce que se puede usar tanto para parto horizontal como para parto vertical. Es relevante resaltar que una vez que estas camas ginecológicas fueron incorporadas a la sala de partos del hospital, los técnicos que las instalaron no dieron explicación acerca de su uso. Bing describe la cama de parto como tradicional como: “dura, plana y estrecha”.

También señala que cuando las camas son horizontales, la alternativa para tener un parto inclinado es colocar almohadas tanto en la espalda como en la cabeza de la paciente, que les permita mantenerse erguidas en un ángulo entre 40 a 45°. Como complemento, para que el parto sea satisfactorio, es necesario conocer la

fisiología y el comportamiento del útero, para entender los efectos positivos que la posición vertical le proporcione al cuerpo materno, a lo cual Bling señala:

Aunque el útero es un musculo de movimientos involuntarios – como el corazón o el estómago- , se ve afectado por las emociones. De la misma manera que notéis que los latidos del corazón se os aceleran cuando tenéis miedo u os enfadáis, o que el estómago se os contrae si estáis muy nerviosas, el útero también reacciona a la ansiedad. Si os ponéis muy tensas, el útero puede contraerse repetidamente, sin que por desgracia eso tenga ningún efecto (p.108)

Por lo tanto, es importante realizar ejercicios de relajación que en muchos de los casos es difícil mantener la concentración en los mismos debido al agitado ambiente que se vive en los hospitales, lleno de tensión no solo para las pacientes sino también para el personal de salud. Es así como una vez que se entienda la manera como se comporta el útero en el momento del parto, es más comprensible pensar que a las anteriores acotaciones se suma la posibilidad de adoptar una posición cómoda para la paciente, al respecto Bling señala que:

No hace falta darle muchas vueltas para caer en la cuenta que dar a luz en cuclillas es mucho más lógico y fisiológicamente acertado, además de permitir que la mujer este más cómoda. A ningún otro mamífero se le ocurriría parir echado de espaldas con las patas hacia arriba (p.96)

En realidad es importante señalar que dos tercios de las mujeres a nivel mundial todavía dan a luz en posición vertical. Finalmente se puede mencionar que la posición e incluso el diseño de las mesas de parto están cambiando poco a poco, claro ejemplo son las camas de parto que están ubicadas en la reciente inaugurada maternidad de alto riesgo de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”, las cuales presentan unas barras metálicas que permiten a la paciente utilizarlas como apoyo y sumar fuerza a las técnicas de empuje durante la dilatación completa.

Bases Legales

A lo largo de los años se puede observar el mejoramiento y las reformas que se le han hecho a las leyes para situar a la mujer en una condición homogénea con respecto al hombre en cuanto a salud sexual y reproductiva. En este contexto la OPS en el año 2004, señala que los derechos sexuales y reproductivos se encuentran protegidos por la legislación internacional referente a derechos humanos, como lo son:

Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948); Convención Internacional para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer (1981); la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (El Cairo,1994);Programa de Acción de la Conferencia Mundial de la Mujer, Beijing(1995), entre otros. (Reforma del sector salud y derechos p. 33), teniendo en cuenta que en las sociedades y en las diferentes culturas existen distintas formas de entender el binomio salud-enfermedad, y distintos acercamientos a las manifestaciones y respuestas que el cuerpo emite al ambiente.

Estas iniciativas internacionales motivo a que a nivel nacional surgieran legislaciones relacionadas a la protección de la mujer, las cuales están representadas por:

La Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1999), artículo 83, establece:

La salud es un derecho social fundamental, obligación del Estado, que lo garantizara como parte del derecho a la vida. El estado promoverá desarrollara políticas orientadas a elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso a los servicios. Todas las personas tienen derecho a la protección de la salud, así como el deber de participar activamente en su promoción y defensa, y el cumplir con las medidas sanitarias y de saneamiento que establezca la ley, de conformidad con los tratados y convenios internacionales suscritos y ratificados por la república.

La carta magna así señala que toda la población tiene derecho a la salud, a su promoción y defensa, ofrecer una alternativa en cuanto a la atención médica, es totalmente legal, es lo que se quiere obtener con este trabajo ofreciendo una

herramienta adicional, para mejorar la atención en cuanto a parto se refiere, a disposición de la colectividad en general si tomamos en cuenta que la propuesta educativa está dirigida al sector público, siendo este el sector más desfavorecido.

Seguidamente el artículo 55 se refiere a que:

Toda persona tiene derecho a la protección por parte del Estado a través de los órganos de seguridad ciudadana regulados por ley, frente a situaciones que constituyan amenaza, vulnerabilidad o riesgo para la integridad física de las personas, sus propiedades, el disfrute de sus derechos y el cumplimiento de sus deberes. En donde se hace referencia igualmente al disfrute de derechos en todos los ámbitos de la vida incluyendo la salud.

Con lo dicho anteriormente, los aportes y beneficios que se obtengan en el sector salud para el bien de la población, en este caso las mujeres embarazadas, dentro de los derechos que le confiere la ley, están incluidos en este marco constitucional. Así mismo, se hace importante resaltar que el Estado ha provisto al Hospital Carabobo de una Cama para la atención del parto, la cual se adapta a la posición vertical, constituyendo un avance y apoyo a esta iniciativa, en la institución, contando con una herramienta adicional que en conjunto con el resto del equipamiento garantizara una mejor calidad en la atención obstétrica.

Igualmente el Artículo 21.2 señala que:

La ley garantizara las condiciones jurídicas y administrativas para que la igualdad ante la ley sea real y efectiva; adoptara medidas positivas a favor de personas o grupos que puedan ser discriminados, marginados o vulnerables; protegerá especialmente a aquellas personas que por algunas de las condiciones antes especificadas, se encuentren en circunstancias de debilidad manifiesta y sancionara los abusos o maltratos que contra ELLAS se cometan. En donde podemos apreciar, el explícito tinte de igualdad de género, y la defensa ante hechos en contra de dicha igualdad.

La equidad en salud, se asienta en una visión de la salud como derecho humano fundamental, en lo que el Estado, tiene la obligación de garantizarla. Es así como posteriormente surge la Ley Orgánica sobre el derecho de las Mujeres a Una

Vida libre de Violencia (2007) , que tiene un apartado dirigido al sector salud, más específicamente en al campo sexual y reproductivo, lo que constituye un ALERTA para garantizar la calidad y buena atención de este sector vulnerable, la Mujer.

Así mismo, la Ley Orgánica para la protección del Niño y Adolescente, en el artículo 44 hace referencia a que

El Estado debe proteger la maternidad. A tal efecto, debe garantizar a todas las mujeres servicios y programas de atención gratuitos y de la más alta calidad durante el embarazo, el parto, y la fase postnatal. Adicionalmente debe asegurar programas de atención dirigidos específicamente a la orientación y protección del vínculo materno-filial de todas las niñas y adolescentes embarazadas o madres.

El parto vertical, como alternativa de atención, puede ser realizado en madres adolescentes cuyo control ha sido de bajo riesgo y satisfactorio, tomando en cuenta que es el target de edad que ocupa las estadísticas más altas en cuanto a la atención de salud, como lo es el embarazo y parto en adolescentes.

En ese mismo orden de ideas, la Ley Orgánica por el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (obcit) establece que “la violencia de género queda delimitada claramente por el sujeto que la padece: las mujeres”.

La violencia obstétrica no es más que el término utilizado para describir los maltratos y abusos en la atención de la paciente obstétrica, por parte del equipo de salud, es por ello que a continuación se hace mención del artículo relacionado con la presente investigación.

En el artículo 51 de dicha ley, se consideran actos constitutivos de violencia obstétrica los ejecutados por el personal de salud, consistente en:

1. Obligar a la mujer a parir en posición supina y con las piernas levantadas, existiendo los medios necesarios para la realización del parto vertical.
2. Practicar el parto por vía de la cesárea, existiendo condiciones para el parto natural, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer.

3. Alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo. Mediante el uso de técnicas de aceleración, sin obtener el conocimiento voluntario, expreso e informado de la mujer.

Esta ley, impresa en la gaceta oficial número 38.647, incluye la violencia obstétrica, en donde se señala no solo la buena atención de la paciente embarazada sino también el derecho que tiene la mujer de escoger la posición en la cual prefiera parir y se sienta más cómoda independientemente de la posición que en muchos casos es impuesta por el médico obstetra en base a sus necesidades. Es tan tangible la ley que los protocolos de atención de parto creado por el Ministerio del Poder Popular para la salud del año 2011, se enmarcan dentro de este parámetro en donde se hace mención al parto vertical en contraposición con los lineamientos adscritos en los currículos del programa de postgrado de obstetricia, donde la enseñanza está limitada a la atención del parto horizontal.

Se pretende con la presente investigación, retomar esta práctica englobada en el marco legal venezolano, a través de la educación al grupo de profesionales que hasta hace poco tomaba el protagonismo en este proceso vital y mágico de la mujer embarazada.

En el mismo orden de idea, la Ley de Igualdad de Oportunidades para la Mujer (1999): garantiza los derechos de la mujer frente a agresiones que lesionen su dignidad y su integridad física, SEXUAL, emocional o psicológica, esta ley dio entrada a la Defensoría de los Derechos de la Mujer, ahora dependientes del Ministerio del Poder Popular para la Mujer y la Igualdad de Género.

De estas evidencias , se otorga a la Mujer, la posibilidad de hacer valer sus derechos, en todos los ámbitos, incluyendo la salud reproductiva, dejando a un lado la discriminación y el maltrato, en que algunos momentos es sometida, resguardando la integridad física , y , el trato respetuoso hacia ella y al momento trascendental del embarazo y parto .

Igualmente lo que se ha logrado con la Ley de la Mujer A Una Vida Libre de Violencia y los protocolos de atención en Salud del año 2011. Independientemente ,

se trate de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, o el resto de las leyes antes citadas, existen artículos donde se garantiza una atención adecuada en el sector salud que dignifique a la mujer y proteja la maternidad como algo sagrado, con el fin de disminuir las tasas de mortalidad materna y fetal.

Por último, sin excluir el parte médico que guarda un papel fundamental en este aspecto de la salud como es la reproducción sexual de la mujer, se considera necesario mencionar los artículos 1 y 2 del Código de Deontología Médica, el cual establece en el artículo 1: “El respeto a la vida y a la integridad de la persona humana, el fomento y la preservación de la salud como componente del bienestar social. Constituye en todas las circunstancias el deber primordial del médico”; Artículo 2” El médico debe considerar como una de sus obligaciones fundamentales el procurar estar informado de los avances del conocimiento médico. La actitud contraria no es ética, ya que limita en alto grado su capacidad para suministrar al paciente la ayuda requerida”.

La educación, herramienta fundamental para mantener la actualización en materia de salud, es el punto de encuentro para dar a conocer a los obstetras las ventajas y beneficios del parto vertical, conservando los lineamientos que usualmente se llevan a cabo para la atención del parto. Considerar la multidimensionalidad, forma parte de la actitud del médico. El derecho a la salud, y su legislación, es un progreso adecuado continuo y deliberado de las políticas públicas y de su impacto efectivo en la salud de las colectividades. Los médicos tienen obligaciones inmediatas que pueden ser exigidas por las pacientes de exigibilidad de derechos, que garantizan una atención sin discriminación, cordial y efectiva hacia las pacientes embarazadas.

La conceptualización de la salud defendida como derecho humano provee de herramientas para posicionar a la salud como prioridad en el País y en toda América Latina, así aumenta la responsabilidad de los gobiernos y el compromiso del sector salud de proporcionar los medios y fines para lograr la consecución del bienestar físico, mental y sexual de la mujer y no simplemente la ausencia de enfermedad.

Cuadro 1**OPERACIONALIZACION DE VARIABLES**

Objetivos específicos	Variables	Definición conceptual	Dimensiones	Indicadores	Item
Diagnosticar los significados de los/las obstetras sobre parto vertical	Significado del parto vertical	Se entiende por parto vertical aquel en el cual el torso de la mujer y su canal pelviano oscilan dentro de un Angulo de 45° y 90° con respecto al plano horizontal	Fisiologica-anatomicas	Descenso y dilatación del cuello uterino	1,2,5,9
			Cultural	Elección del parto vertical	3,4,17,24
			Psicoafectiva	Vínculos afectivos	10,12,20, 22.
			Patológica	Riesgo	6,13,18,19
	Significado del parto vertical	Se entiende por parto vertical aquel en el cual el torso de la mujer y su canal pelviano oscilan dentro de un Angulo de 45° y 90° con respecto al plano horizontal	Legales	Ley orgánica por el derecho de la mujer a una vida libre de violencia	14,21,23
			Hormonales	Hormona oxcitocina	15
Determinar la factibilidad de la propuesta del modelo de atención al parto vertical en lo referente al tiempo, espacio, recursos humanos e infraestructura			Recursos humanos	Médicos	16
			Materiales institucionales. Estructura física	Cama de parto vertical Sala de partos	8 8
Diseñar un modelo de propuesta de atención del parto vertical			Educación	Capacitación Taller educativo	7,11,25

Fuente: Canelón (2015)

CAPITULO III

MARCO METODOLÓGICO

En este capítulo se hace referencia al tipo de investigación, diseño de la investigación, los instrumentos utilizados, población, muestra, métodos e instrumentos para recolección de datos, validez y confiabilidad del instrumento, el procedimiento utilizado para la recolección de la información, y las técnicas de tabulación y análisis de los datos.

Tipo de Investigación

El modelo propuesto, está enmarcado en la modalidad de proyecto factible; definido por Hernández, Fernández y Baptista (2010), el cual expresa que:

La modalidad de proyecto factible consiste en la elaboración y desarrollo de una propuesta de un modelo operativo viable para solucionar problemas, requerimientos o necesidades de organizaciones o grupos sociales; puede referirse a la formulación o políticas, programas, tecnologías, métodos o procesos. El proyecto factible debe tener apoyo en una investigación de campo... (p. 14).

El estudio está apoyado, en una investigación de tipo descriptiva, que según Hernández y Otros (op.cit.), consiste..."en el análisis sistemático de problemas con el propósito de descubrirlos, explicar sus causas y efectos, entender la naturaleza y factores constituyentes o predecir su ocurrencia" (p. 191); pero su confección y estructura están en el marco del proyecto factible. Este proyecto se desarrolló en tres fases: diagnóstico, factibilidad y elaboración de la propuesta. En el caso específico de la presente investigación propone un modelo Educativo de atención de parto vertical con base en su significado para los/las obstetras.

Diseño de Investigación

La investigación se enmarca dentro del diseño no experimental, Palella y Martins (2006), hace referencia que “es la que se realiza sin manipular en forma deliberada ninguna variable. El investigador no sustituye intencionalmente las variables independientes.”(p.96), ya que se pretende por medio de esta investigación hacer un diagnóstico, sobre los significados acerca del parto vertical y así elaborar la propuesta de un modelo que permita atender eficientemente este tipo de parto, el cual no se ha realizado en el Hospital donde se realiza el estudio, para hacer el diagnóstico se recolectaron datos obtenidos a través de un cuestionario que fue aplicado al personal médico que labora en sala de partos.

Población y Muestra

Población

La población según Hernández, Fernández y Baptista (2006), es el “conjunto de todos los casos que concuerden con una serie de especificaciones, debe situarse claramente en torno de sus características de contenido, de lugar y de tiempo”(p. 210). La población correspondiente a la presente investigación estuvo conformada por veintinueve (29), médicos y medicas obstetras que laboran en el departamento de obstetricia y Ginecología del Hospital Universitario “Dr. Ángel Larralde”

Cuadro 2 Distribución de la Población

Población	Turno		Total
	Mañana	Tarde	
Médicos/as obstetras que laboran en el departamento de obstetricia y Ginecología del Hospital Universitario “Dr. Ángel Larralde”	14	15	29

Fuente: Canelón (2015)

Muestra

En cuanto a la muestra Arias (2006), las define como “el conjunto de operaciones que se realizan para estudiar la distribución de determinados caracteres de la totalidad de la población” (p.76). Para seleccionar la muestra se considera lo reseñado por el autor quien describe que “las poblaciones pequeñas o finitas no se selecciona muestra alguna para no afectar la validez de los resultados”. (p.77).

En vista de que la población es pequeña se tomó en cuenta todos los elementos para el estudio; considerando un muestreo censal, que según Arias (op.cit.), “es aquella porción que representa toda la población”. (p.78). De este modo, la muestra fue equivalente veintinueve (29), médicos y médicas obstetras que laboran en el departamento de obstetricia y Ginecología del Hospital Universitario “Dr. Ángel Larralde”

Técnica para la Recolección de Datos

En la presente investigación, se abordó significativamente el problema, debido a que la investigadora busco la recolección de los datos a través de un cuestionario desde las fuentes primarias, como lo son médicos y médicas obstetras que laboran en el departamento de obstetricia y Ginecología del Hospital Universitario “Dr. Ángel Larralde”

Por otra parte, Hernández y Otros (2006), expresan acerca de la recolección de datos que “implica elaborar un plan desarrollado de procedimientos que nos conduzcan a reunir datos con un propósito específico” (p.198).

De lo antes señalado por Hernández y Otros (op.cit.), las encuestas son aquellas que comprenden procedimientos y actividades que permiten obtener información necesaria para dar respuesta a la investigación. Dentro de esta perspectiva en la investigación se aplicó la técnica de la encuesta a través de un cuestionario basado como instrumento de diecisiete (25) ítems con alternativas policotómicas cerradas,

con cinco (5) alternativas de respuesta las cuales fueron: siempre, casi siempre, a veces, algunas veces y nunca,(ver anexo –A) En este orden de ideas, dicho autor marca el cuestionario como una fuente impresa en un método aplicable sobre la investigación, permitiendo recabar respuesta del objeto en estudio.

Instrumento

Para Hernández y Otros (2006), señala que el cuestionario “consiste en un conjunto de preguntas respecto de una o más variable a medir” (p. 217). Para comprobar la existencia de la problemática, se estructuro como instrumento un cuestionario, con el objetivo de medir las variables en estudio. El instrumento que se utilizó fue un cuestionario con escala numérica, el cual midió opiniones de una población hacia un fenómeno, denominadas escalas porque se forman de continuo de valores decreciente y creciente.

El cuestionario fue conformado por 25 ítems, con cinco (5) alternativas de respuesta: siempre, casi siempre, a veces, algunas veces y nunca, donde se le asignó por parte de los expertos un puntaje de 5, 4, 3, 2, 1, para su calificación. El instrumento se estructura de la siguiente manera: una hoja que contiene los datos de identificación de los médicos y médicas que midieron la variable investigada y la tabla de preguntas

Validez

Dentro de este marco, Hernández y Otros (2006) “La validez se refiere al grado en que un instrumento realmente mide la validez que pretende medir” (p. 201), Se consideró la opinión de cinco especialistas en la materia, dos (2) médicas obstetras-Perinatólogas con Maestría en Salud Publica, dos (2) Magister en Educación Mención Investigación Educativa, y (1) asesor estadístico, quienes aportaron sus conocimientos para la validez de contenido, corrección en la redacción de los ítems, la correlación de los mismos con los objetivos planteados, dimensión de las variables

en conjunto con sus indicadores, así como también la claridad, redacción, presentación, coherencia de los aspectos relacionados con el parto vertical presentes en el instrumento.

Los mismos emitieron sus juicios con respecto a los ítems del cuestionario a partir de su redacción, y pertinencia con los objetivos a partir de las dimensiones e indicadores que los definen, dichos expertos revisaron de manera individual y por separado el cuestionario tomando en cuenta su claridad y pertinencia con los contenidos y por último sus observaciones a los ítems planteados.

Confiabilidad

La confiabilidad de un instrumento de medición según Hernández y otros (2006), se "... refiere al grado en que su aplicación repetida al mismo sujeto en objeto, produce iguales resultados" (p. 42). Para la confiabilidad del presente estudio se realizó una prueba piloto a diez (10), médicos y medicas obstetras que laboran en el departamento de obstetricia y Ginecología del Hospital Universitario "Dr. Ángel Larralde".

Los resultados se abordaron utilizando el método Alfa de Crombach (α) el cual es aplicable para medir instrumento cuya respuestas son policotómicas ya que se valoró la homogeneidad interna existentes entre las respuestas a las distintas opciones de la escala. Esto implica que el margen de resultado es confiable de (0,90), esto significa que la investigación realizada está enmarcada dentro de un rango de confiabilidad muy alto, calculado con la siguiente fórmula:

$$\alpha = \left[\left(\frac{K}{K-1} \right) \left(1 - \frac{\sum S_i^2}{S_t^2} \right) \right]$$

De aquí se desprende que en todo instrumento de medición subyace un error, es decir, un instrumento será más confiable cuanto menos sea su error, lo que significa que cuando se efectúan los cálculos de confiabilidad de un instrumento, el máximo

coeficiente posible es de 1 y el mínimo es de 0, que trae como consecuencia que los valores de la confiabilidad se ven entre 0 y 1; mientras más cerca el coeficiente este de uno, el cuestionario será más confiable por el contrario mientras más se aleje de uno, es menos confiable. El instrumento es alto y positivo con un valor de la confiabilidad de 0,90.

CAPÍTULO IV

INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Una vez obtenida la información, mediante la aplicación de los instrumentos y las respuestas emitidas por los sujetos que conformaron la población y muestra en estudio, se procedió a la tabulación y análisis de datos, para ello se presentan a través de representaciones de barras porcentuales, donde se aprecia la frecuencia de respuestas emitidas por los sujetos utilizando la estadística descriptiva, a través de tablas y su representaciones gráficas todo ello permitió la interpretación confiable de los resultados.

Al tratarse esta de una investigación de tipo descriptiva y naturaleza cuantitativa, se ha decidido utilizar el análisis de frecuencias y la representación en forma de porcentajes, lo cual permitió una mejor visualización y objetividad en la interpretación de los datos. Es decir, los datos recolectados son presentados a través de cuadros estadísticos en los que aparecen las frecuencias y porcentajes de las respuestas dadas por los sujetos encuestados en los renglones del instrumento aplicado. Lo anterior se aplica para cada sub-dimensión.

Posterior a la tabulación de los resultados, se incluye un gráfico (Barras) para lograr la comparación porcentual de las opiniones emitidas por el grupo encuestado a los planteamientos insertados en cada ítem. Además a cada cuadro se le da su respectiva interpretación por el conjunto agrupado por medio de las opiniones emitidas en formas porcentuales y representadas por sub-dimensiones, para con ellos establecer las conclusiones sujetas a los objetivos previstos en la investigación.

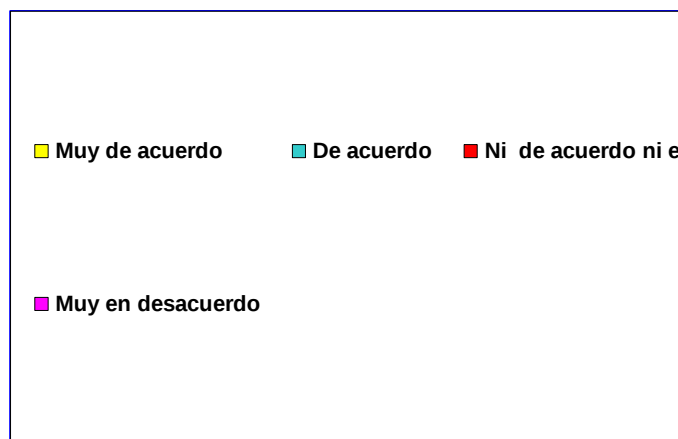
Variable:Significado del Parto Vertical
Dimensión:Fisiológica-Anatómicas
Indicador: Componentes fisiológico y anatómicos
Ítems 1,2, 5 y 9

Cuadro 3Fisiológica-Anatómicas

ITEM	Muy de acuerdo		De acuerdo		Ni de acuerdo ni en desacuerdo		Desacuerdo		Muy en desacuerdo		Total	
	F	%	F	%	f	%	f	%	f	%	F	%
1	10	34,5	15	51,7	1	3,4	2	6,9	1	3,4	29	100
2	13	44,8	14	48,3	1	3,4	0	0	1	3,4	29	100
5	10	34,5	8	27,6	7	24,1	3	10,3	1	3,4	29	100
9	10	34,5	16	55,2	0	0	2	6,9	1	3,4	29	100

Fuente: Datos obtenidos de la aplicación del cuestionario a los/las obstetras del Hospital Universitario “Ángel Larralde” en la dimensión Fisiológica-Anatómicas en el indicador Componentes fisiológico y anatómicos por Canelón (2013)

Grafica 1Fisiológica-Anatómicas



Fuente: Datos obtenidos de la aplicación del cuestionario a los/las obstetras del Hospital Universitario “Ángel Larralde” en la dimensión Fisiológica-Anatómicas en el indicador Componentes fisiológico y anatómicos por Canelón (2013)

Interpretación: Para la variable, dirigida al Significado del Parto Vertical, de los profesionales inmersos en el estudio, bajo la dimensión Fisiológica-Anatómicas en su indicador Componentes fisiológico y anatómicos, ante el Ítem N° 1 “Tener un parto en posición vertical facilita la retropulsión del cóccix y acorta la expulsión del feto”, el treinta y cuatro coma cinco por ciento (34,5%) se manifestó muy de acuerdo, el cincuenta y uno coma siete por ciento (51,7%) seleccionaron De acuerdo, el tres coma cuatro por ciento (3,4%) Ni de acuerdo ni en desacuerdo, continuando con un seis coma nueve por ciento (6,9%) para Desacuerdo y culminando con un el tres coma cuatro por ciento (3,4%) Muy en desacuerdo. Lo que evidencia que casi la totalidad seleccionaron la alternativa de acuerdo con el ítem; lo cual da una visión acerca del significado anatómico y de la fisiología de la mujer, que el médico le adjudica a esta función humana y que establece vínculo con una de las tantas ventajas del parto vertical que son las adaptaciones fisiológicas corporales para permitir la salida del feto del claustro materno.

En cuanto al ítem N° 2, sobre “Colocarse en posición cuclillas favorece el descenso del feto y la dilatación del cuello uterino”, se inclinaron el cuarenta y cuatro coma ocho por ciento (44,8%) se manifestó muy de acuerdo, el cuarenta y ocho coma tres por ciento (48,3%) seleccionaron De acuerdo, el tres coma cuatro por ciento (3,4%) Ni de acuerdo ni en desacuerdo, continuando con un cero por ciento (0%) para Desacuerdo y culminando con un el tres coma cuatro por ciento (3,4%) Muy en desacuerdo.

En este apartado se puede observar que la gran mayoría de los especialistas están inclinados hacia la hipótesis de que la posición cuclillas favorece el descenso y dilatación del cuello uterino, que en teoría es totalmente cierto ; así lo señala el

trabajo realizado por Fernández y Oliver (2005), en el cual señala que por las diferencias de cultura en la atención del parto en España, al momento de acudir una mujer de Ecuador solicita ser colocada en cuclillas y de inmediato se hace inminente la salida del bebé. Igualmente así lo señala el trabajo realizado por Gayeski y Bruggeman (2006), quienes reportan entre los resultados obtenidos que la posición vertical reduce el esfuerzo de expulsión y alivia el dolor, es una posición fácil y más cómoda para la expulsión del bebé.

En cuanto al ítem N° 5, sobre “En el parto vertical el favorecido es el feto que por fuerza de gravedad avanza suavemente por el canal del parto”, se inclinaron el treinta y cuatro coma cinco por ciento (34,5%) se manifestó muy de acuerdo, el veintisiete coma seis por ciento (27,6%) seleccionaron De acuerdo, el veinticuatro coma uno por ciento (24,1%) Ni de acuerdo ni en desacuerdo, continuando con un diez coma tres por ciento (10,3%) para Desacuerdo y culminando con un el tres coma cuatro por ciento (3,4%) Muy en desacuerdo. Lo cual reafirma una vez más uno de los beneficios del parto vertical, tomando en cuenta el bienestar fetal, y la acción de la gravedad.

En cuanto al ítem N° 9, sobre “Durante el parto en posición vertical se debe explicar a la paciente como respirar y pujar”, se inclinaron el treinta y cuatro coma cinco por ciento (34,5%) se manifestó muy de acuerdo, el cincuenta y cinco coma dos por ciento (55,2%) seleccionaron De acuerdo, el cero coma uno por ciento (0%) Ni de acuerdo ni en desacuerdo, continuando con un seis coma nueve por ciento (6,9%) para Desacuerdo y culminando con un el tres coma cuatro por ciento (3,4%) Muy en desacuerdo.

Se observa el 89,7 % , es decir la gran mayoría de los especialistas apoyan la idea de que se debe explicar a la paciente como adaptar su cuerpo a este proceso de trabajo que le permitirá llevar a feliz término el embarazo, tomando en cuenta que hablar con la paciente crea un estado de empatía en el cual a medida que el medico socialice con la paciente, la paciente se tornara más colaboradora , y tendrá mayor confianza para que el evento se desenvuelva de forma más fluida, igualmente ayudarlas mediante sugerencias acerca de la forma de respirar forma parte de la humanización del parto, y

está incluido dentro de los consejos que se emiten durante la preparación previa al parto.

Variable: Significado del Parto Vertical

Dimensión: Cultural

Indicador: Participación activa de la madre y pasiva por parte del medico

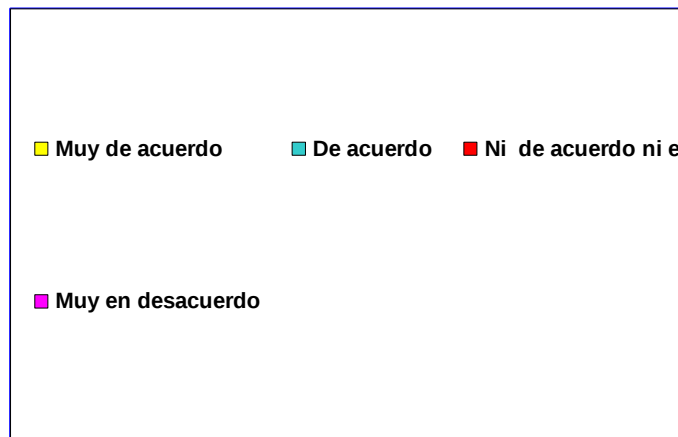
Ítems 3, 4, 17, 24

Cuadro 4Cultural

ITEM	Muy de acuerdo		De acuerdo		Ni de acuerdo ni en desacuerdo		Desacuerdo		Muy en desacuerdo		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	F	%
3	2	6,9	8	27,6	7	24,1	9	31,0	3	10,3	29	100
4	5	17,2	5	17,2	6	20,7	11	37,9	2	6,9	29	100
17	7	24,1	11	37,9	5	17,2	5	17,2	1	3,4	29	100
24	13	44,8	11	37,9	2	6,9	2	6,9	1	3,4	29	100

Fuente: Datos obtenidos de la aplicación del cuestionario a los/las obstetras del Hospital Universitario “Ángel Larralde” en la dimensión Cultural en el indicador Participación activa de la madre y pasiva por parte del médico por Canelón (2013)

Grafica 2Cultural



Fuente: Datos obtenidos de la aplicación del cuestionario a los/las obstetras del Hospital Universitario “Ángel Larralde” en la dimensión Cultural en el indicador Participación activa de la madre y pasiva por parte del médico por Canelón (2013)

Interpretación: Para la variable, dirigida al Significado del Parto Vertical, de los profesionales inmersos en el estudio, bajo la dimensión Cultural en su indicador Participación activa de la madre y pasiva por parte del médico, ante el Ítem N° 3 “En la posición vertical el obstetra se limita solo a visualizar la salida del feto”, el seis coma nueve por ciento (6,9%) se manifestó muy de acuerdo, el veintisiete coma seis por ciento (27,6%) seleccionaron De acuerdo, el veinticuatro coma uno por ciento (24,1%) Ni de acuerdo ni en desacuerdo, continuando con un treinta y uno coma cero por ciento (31,0%) para Desacuerdo y culminando con un seis coma nueve por ciento (6,9%) Muy en desacuerdo. Aquí se observa un aspecto que llama la atención del investigador, si juntamos los porcentajes pertenecientes a las categorías muy de acuerdo y de acuerdo resulta en un 34,5%, al sumar los porcentajes de los ítems en desacuerdo y muy en desacuerdo resulta en un 37,9%, a pesar de inclinarse los especialistas levemente hacia el ítem en desacuerdo se observa la duda al respecto del cuestionamiento enunciado sobre la participación del obstetra en la atención del periodo expulsivo.

La atención del parto vertical dentro del concepto de parto humanizado , trata básicamente que la paciente tenga un trato sensible y acorde al acontecimiento partiendo del hecho de que el parto es un proceso fisiológico y como tal , la paciente debería ser quien dirija su parto, estando el medico atento a cualquier eventualidad , es a través de esta premisa que Michel Odent uno de los grandes estudiosos del Parto Vertical, hace recordar que la mujer como buen mamífero sabe que hacer a la hora del parto, estar relajada y familiarizada por lo menos con su médico, ya que la sola observación por parte de personas ajenas aumenta la producción en la madre de adrenalina que inhibe la naturalidad del proceso incrementando el miedo. De esto se

puede deducir que se aumente la participación materna y que el medico sea un apoyo y ayuda desde una visión menos interventora, de esta manera se evitarían las maniobras de extracción del feto para salida del hombro anterior y el posterior y luego del cuerpo.

Es importante acotar que una vez que ocurra el parto, el médico se encargara del tratamiento de la placenta y sus anexos, así como la revisión del canal del parto, recordando que una de las desventajas del parto vertical es precisamente la hemorragia postparto que puede tener diferentes causas entre las cuales se menciona los desgarros y laceraciones. En caso opuesto se observa que el 24,1% no estuvo ni de acuerdo ni en desacuerdo, cuya interpretación se traduce en la duda sobre si participar o no en la extracción del feto. Lo que aporta información a la investigación para ser tratado en la elaboración y aplicación a futuro de la propuesta educativa.

En cuanto al ítem N° 4, sobre “El personal de salud debe adecuarse a la posición elegida por la paciente.”, se inclinaron el diecisiete coma dos por ciento (17,2%) se manifestó muy de acuerdo, el diecisiete coma dos por ciento (17,2%) seleccionaron De acuerdo, el veinte coma siete por ciento (20,7%) Ni de acuerdo ni en desacuerdo, continuando con un treinta y siete coma nueve por ciento (39,7%) para Desacuerdo y culminando con un el seis coma nueve por ciento (6,9%) Muy en desacuerdo. En el presente ítem se observa que la gran mayoría de los especialistas están en desacuerdo o muy en desacuerdo de que el personal se adecue a la posición que elija la paciente. Es de conocimiento de los especialistas que el personal de salud (enfermeras, camareras, residentes, bachilleres), deben conocer y manejar todos los detalles referentes a parto vertical, puesto que es el personal que está al lado del obstetra para garantizar la adecuada atención al parto, si es decisión de la paciente parir verticalmente es una decisión que hay que respetar, por lo cual se necesita la colaboración del personal para ayudar afectivamente a la madre y poder brindarle el apoyo necesario para una atención eficaz. Tal como lo señala Camacaro en su trabajo de investigación, la imposición de la posición horizontal enajena la autonomía corporal y psíquica de la mujer. En el mismo, las pacientes exponen que la atención

del parto en la maternidad de Turmero cuya atención es humanizada, las enfermeras aportan ayuda psicológica a la paciente.

En contraste con el siguiente resultado, Burgos señala que, la des-sexualización, es la negación de la carga sexual del parto y si este es un acto sexualizado e íntimo, entonces el personal de salud debe respetar el protagonismo de la mujer, darle una connotación más humana, sin resistencia a adecuarse a las solicitudes de la embarazada. Reforzar este aspecto, es de gran importancia, para sensibilizar al personal con respecto a este punto.

En cuanto al ítem N° 17, sobre “La decisión de la paciente de tener un parto vertical, es un factor cultural”, se inclinaron el veinticuatro coma uno por ciento (24,1%) se manifestó muy de acuerdo, el treinta y siete coma nueve por ciento (37,9%) seleccionaron De acuerdo, el diecisiete coma dos por ciento (17,2%) Ni de acuerdo ni en desacuerdo, continuando con un diecisiete coma dos por ciento (17,2%) para Desacuerdo y culminando con un el tres coma cuatro por ciento (3,4%) Muy en desacuerdo. En la medida que se difunda la información y forme parte de los protocolos de atención en los hospitales y maternidades (ya está establecido en Venezuela, por lo menos en teoría), se transformara el paradigma en cuanto a la atención del parto, siendo esta, una opción que lejos de ser un atraso aportara múltiples beneficios al binomio madre-hijo. La decisión para una madre con embarazo de bajo riesgo de tener uno u otro tipo de parto, forma parte de la cultura y es lo que ha predominado en las poblaciones indígenas, aprender de otras generaciones o de otras poblaciones incluso del mismo país, constituye un avance que permite aprovechar mejor los recursos técnicos en casos que realmente lo ameriten. Así como lo señala Fernández y Oliver (2005), en Occidente existe una alta medicalización en cuanto a la atención del parto. En la cultura intervencionista occidental se espera que las mujeres acepten todas las normas y cuidados que les brinden. En comparación con el trabajo realizado por Brusco (2008), en el cual le preguntaron a las parturientas si se les respetaba las creencias culturales con relación al parto el 93,3 % dijo que si, lo que demuestra que a pesar de no haber una instrucción en cuanto al tema tanto las pacientes, como los médicos encuestados en la

presente investigación están de acuerdo que el parto vertical es un factor cultural que merece respeto.

En cuanto al ítem N° 24, sobre “El parto vertical promueve una participación más activa de la madre”, se inclinaron el cuarenta y cuatro coma ocho por ciento (44,8%) se manifestó muy de acuerdo, el treinta y siete coma nueve por ciento (37,9%) seleccionaron De acuerdo, el seis coma nueve por ciento (6,9%) Ni de acuerdo ni en desacuerdo, continuando con un seis coma nueve por ciento (6,9%) para Desacuerdo y culminando con un el tres coma cuatro por ciento (3,4%) Muy en desacuerdo. Es lógico pensar que si la decisión de tener un parto en forma vertical está en manos de la madre, siempre y cuando tenga la posibilidad de las dos opciones y que constituyan embarazos de bajo riesgo, el hecho de tomar esa decisión crea una participación activa de la madre como protagonista de esta etapa de su vida, al igual que lo señala Gayeski, Bruggemann (2006), desde la visión de la paciente, refieren la participación más activa de la parturienta y ve el nacimiento de su hijo, la recuperación postparto es más rápida.

Variable: Significado del Parto Vertical

Dimensión: Psicoafectiva

Indicador: Parto humanizado con mayores vínculos afectivos madre-hijo

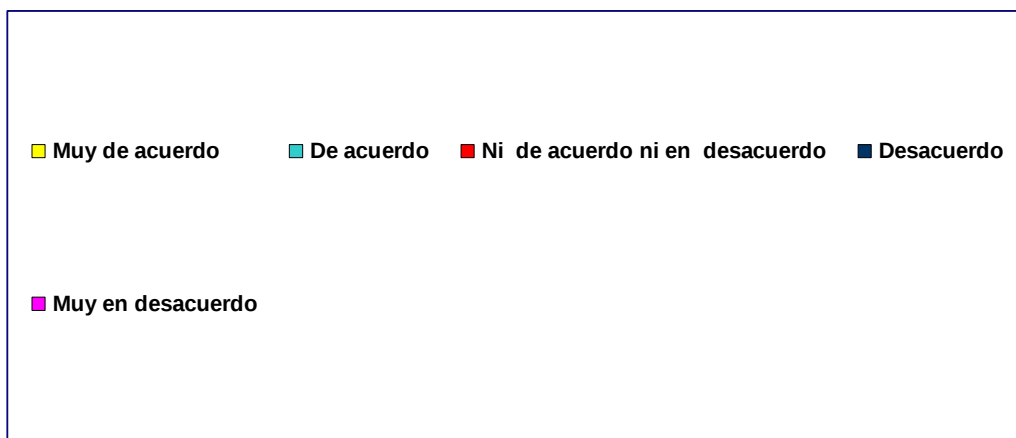
Ítems 10,12, 20, 22.

Cuadro 5Psicoafectiva

ITEM	Muy de acuerdo		De acuerdo		Ni de acuerdo ni en desacuerdo		Desacuerdo		Muy en desacuerdo		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	F	%
10	12	41,4	8	27,6	7	24,1	0	0	2	6,9	29	100
12	4	13,8	11	37,9	9	31,0	3	10,3	2	6,9	29	100
20	3	10,3	11	37,9	8	27,6	5	17,2	2	6,9	29	100
22	6	20,7	8	27,6	10	34,5	4	13,8	1	3,4	29	100

Fuente: Datos obtenidos de la aplicación del cuestionario a los/las obstetras del Hospital Universitario “Ángel Larralde” en la dimensión Psicoafectiva en el indicador Parto humanizado con mayores vínculos afectivos madre-hijo por Canelón(2013)

Grafica 3Psicoafectiva



Fuente: Datos obtenidos de la aplicación del cuestionario a los/las obstetras del Hospital Universitario “Ángel Larralde” en la dimensión Psicoafectiva en el indicador Parto humanizado con mayores vínculos afectivos madre-hijo por Canelón (2013)

Interpretación: Para la variable, dirigida al Significado del Parto Vertical, de los profesionales inmersos en el estudio, bajo la dimensión Psicoafectiva en su indicador Parto humanizado con mayores vínculos afectivos madre-hijo, ante el Ítem N° 10 “Parir verticalmente ofrece múltiples ventajas anatómicas –psicoafectivas”, el cuarenta y uno coma cuatro por ciento (41,4%) se manifestó muy de acuerdo, el veintisiete coma seis por ciento (27,6%) seleccionaron De acuerdo, el veinticuatro coma uno por ciento (24,1%) Ni de acuerdo ni en desacuerdo, continuando con un cero por ciento (0%) para Desacuerdo y culminando con un el seis coma nueve por ciento (6,9%) Muy en desacuerdo.

En cuanto al ítem N° 12, sobre “Parir en forma vertical crea vínculos afectivos entre la madre y el feto”, se inclinaron el trece coma ocho por ciento (13,8%) se manifestó muy de acuerdo, el treinta y siete coma nueve por ciento (37,8%) seleccionaron De acuerdo, el treinta y siete coma nueve por ciento (37,9%) Ni de acuerdo ni en desacuerdo, continuando con un treinta y uno por ciento (31%) para Desacuerdo y culminando con un el seis coma nueve por ciento (6,9%) Muy en desacuerdo. La mayoría de los obstetras están de acuerdo, que no solo se crean vínculos afectivos, sino que también la posición vertical, permite observar todo el proceso de parto, caso contrario ocurre con la posición horizontal, donde la mayoría de las veces, la paciente presenta un campo estéril que les impide ver sus genitales.

En esta esfera afectiva de crear vínculos, surge la analogía con la teoría psicosexual de Freud, quien señala desde la perspectiva del psicoanálisis que el hombre tiene algo y la mujer le falta algo, por lo cual la mujer se siente castrada, a través de la cultura, le ofrece una supuesta ecuación simbólica, en lo que podrá tener lo que le falta a través de un hijo, enalteciendo la maternidad en la mujer que el hombre no puede realizar. De igual manera, Freud concibe a la mujer aquella que orienta la ausencia fálica en el amor de un hombre, que en primer lugar será su papa, luego al esposo, esperando encontrar el sustituto fálico a través de un niño. Es importante, resaltar como especialista en el área, que el primer contacto madre-hijo debe hacerse de inmediato, la liberación de hormonas produce el apego y resulta eficiente y exitosa el proceso de lactancia materna, además el contacto visual y táctil en los primeros minutos de vida, marcan el vínculo afectivo entre ambos para toda la vida.

En cuanto al ítem N° 20, sobre “Los obstetras consideran que es una experiencia gratificante atender un parto en posición vertical”, se inclinaron el diez coma tres por ciento (10,3%) se manifestó muy de acuerdo, el treinta y siete coma nueve por ciento (37,9%) seleccionaron De acuerdo, el veintisiete coma seis por ciento (27,6%) Ni de acuerdo ni en desacuerdo, continuando con un diecisiete coma dos por ciento (17,2%) para Desacuerdo y culminando con un el seis coma nueve por ciento (6,9%) Muy en desacuerdo. La mayoría de los especialistas están de acuerdo en este aspecto, y es posible que esta técnica novedosa produzca gratificaciones y resultados exitosos tanto para la madre como para el médico.

En cuanto al ítem N° 22, sobre “El parto vertical significa parto más humanizado”, se inclinaron el veinte coma siete por ciento (20,7%) se manifestó muy de acuerdo, el veintisiete coma seis por ciento (27,6%) seleccionaron De acuerdo, el treinta y cuatro coma cinco por ciento (34,5%) Ni de acuerdo ni en desacuerdo, continuando con un trece coma ocho por ciento (13,8%) para Desacuerdo y culminando con un el tres coma cuatro por ciento (3,4%) Muy en desacuerdo.

Variable: Significado del Parto Vertical
Dimensión: Patológica
Indicador: Hemorragia postparto
Ítems 6, 13, 18, 19

Cuadro 6 Patológica

ITEM	Muy de acuerdo		De acuerdo		Ni de acuerdo ni en desacuerdo		Desacuerdo		Muy en desacuerdo		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	F	%
06	13	44,8	11	37,9	3	10,3	0	0	2	6,9	29	100
13	6	20,7	6	20,7	11	37,9	5	17,2	1	3,4	29	100
18	2	6,9	4	13,8	9	31,0	0	0	13	44,8	29	100
19	1	3,4	6	20,7	9	31,0	7	24,1	7	24,1	29	100

Fuente: Datos obtenidos de la aplicación del cuestionario a los/las obstetras del Hospital Universitario “Ángel Larralde” en la dimensión Patológica en el indicador Hemorragia postparto por Canelón (2013)

Grafica 4 Patológica

■ Muy de acuerdo ■ De acuerdo ■ Ni de acuerdo ni en desacuerdo
■ Muy en desacuerdo

Fuente: Datos obtenidos de la aplicación del cuestionario a los/las obstetras del Hospital Universitario “Ángel Larralde” en la dimensión Patológica en el indicador Hemorragia postparto por Canelón (2013)

Interpretación: Para la variable, dirigida al Significado del Parto Vertical, de los profesionales inmersos en el estudio, bajo la dimensión Patológica en su en su indicador Hemorragia postparto, ante el Ítem N° 6 “La atención del parto en posición vertical exige mayor cuidado por la posibilidad de un expulsivo brusco”, el cuarenta y cuatro coma ocho por ciento (44,8%) se manifestó muy de acuerdo, el treinta y siete coma nueve por ciento (37,9%) seleccionaron De acuerdo, con un diez coma tres por ciento (10,3%) Ni de acuerdo ni en desacuerdo, continuando con un cero por ciento (0%) para Desacuerdo y culminando con un el seis coma nueve por ciento (6,9%) Muy en desacuerdo. Lo que evidencia que casi la totalidad seleccionaron las alternativas de acuerdo con el ítem.

En cuanto al ítem N° 13, sobre “El parto vertical tiene como complicación la hemorragia postparto”, se inclinaron el veinte coma siete por ciento (20,7%) se manifestó muy de acuerdo, el veinte coma siete por ciento (20,7%) seleccionaron De acuerdo, el treinta y siete coma nueve por ciento (37,9%) Ni de acuerdo ni en desacuerdo, continuando con un diecisiete por ciento (17,2%) para Desacuerdo y culminando con un el tres coma cuatro por ciento (3,4%) Muy en desacuerdo.

En cuanto al ítem N° 18, sobre “El parto vertical es considerado un riesgo médico para la paciente”, se inclinaron el seis coma nueve por ciento (6,9%) se manifestó muy de acuerdo, el trece coma ocho por ciento (13,8%) seleccionaron De acuerdo, el

treinta y uno por ciento (31%) Ni de acuerdo ni en desacuerdo, continuando con un cero por ciento (0%) para Desacuerdo y culminando con un el cuarenta y cuatro coma ocho por ciento (44,8%) Muy en desacuerdo.

En cuanto al ítem N° 19, sobre “Se corre riesgo con el recién nacido si la madre tiene un parto en posición vertical”, se inclinaron el tres coma cuatro por ciento (3,4%) se manifestó muy de acuerdo, el veinte coma siete por ciento (20,7%) seleccionaron De acuerdo, el treinta y uno coma uno por ciento (31%) Ni de acuerdo ni en desacuerdo, continuando con un veinticuatro coma 1 por ciento (24,1%) para Desacuerdo y culminando con un el veinticuatro coma uno por ciento (24,1%) Muy en desacuerdo.

Variable: Significado del Parto Vertical

Dimensión: Legales

Indicador: Ley de La Mujer a una Vida Libre de Violencia

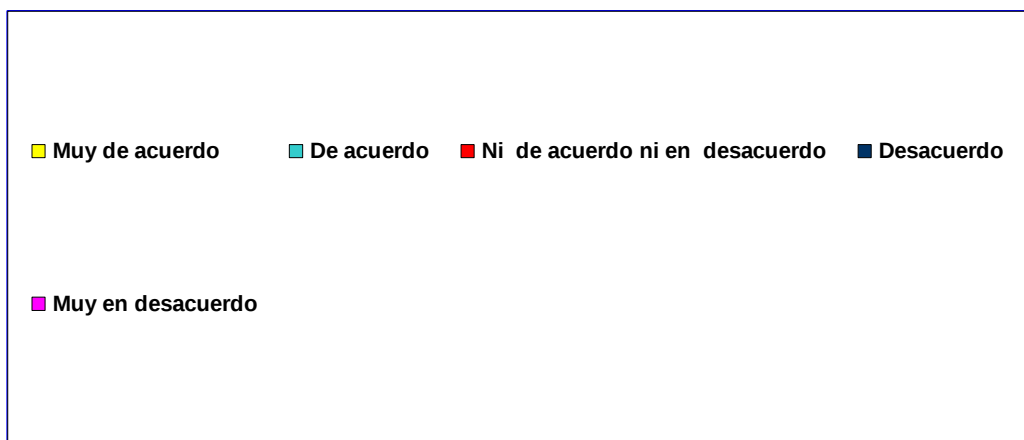
Ítems 14, 21, 23

Cuadro 7 Legales

ITEM	Muy de acuerdo		De acuerdo		Ni de acuerdo ni en desacuerdo		Desacuerdo		Muy en desacuerdo		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	F	%
14	7	24,1	10	34,5	11	37,9	0	0	1	3,4	29	100
21	7	24,1	9	31,0	7	24,1	0	0	3	10,3	29	100
23	19	65,5	7	24,1	1	3,4	0	0	2	6,9	29	100

Fuente: Datos obtenidos de la aplicación del cuestionario a los/las obstetras del Hospital Universitario “Ángel Larralde” en la dimensión Legales en el indicador Ley de La Mujer a una Vida Libre de Violencia por Canelón (2013)

Grafica 5 Legales



Fuen

te: Datos obtenidos de la aplicación del cuestionario a los/las obstetras del Hospital Universitario “Ángel Larralde” en la dimensión Legales en el indicador Ley de La Mujer a una Vida Libre de Violencia por Canelón (2013)

Interpretación: Para la variable, dirigida al Significado del Parto Vertical, de los profesionales inmersos en el estudio, bajo la dimensión Legales en su en su indicador Ley de La Mujer a una Vida Libre de Violencia, ante el Ítem N° 14 “La Ley de la Mujer a una vida libre de violencia avala el parto vertical”, el veinticuatro coma uno por ciento (24,1%) se manifestó muy de acuerdo, el treinta y cuatro coma cinco por ciento (34,1%) seleccionaron De acuerdo, el treinta y siete coma nueve por ciento (37,9%) Ni de acuerdo ni en desacuerdo, continuando con un cero por ciento (0%) para Desacuerdo y culminando con un el tres coma cuatro por ciento (3,4%) Muy en desacuerdo.

En cuanto al ítem N° 21, sobre “Parir en posición vertical forma parte de los derechos sexuales y reproductivos de una mujer”, se inclinaron el veinticuatro coma uno por ciento (24,1%) se manifestó muy de acuerdo, el treinta y uno por ciento (31%) seleccionaron De acuerdo, el inclinaron el veinticuatro coma uno por ciento (24,1%) Ni de acuerdo ni en desacuerdo, continuando con un cero por ciento (0%) para Desacuerdo y culminando con un el diez coma tres por ciento (10,3%) Muy en desacuerdo.

En cuanto al ítem N° 23, sobre “Los obstetras deben conocer las leyes que avalan las modalidades de parto”, se inclinaron el sesenta y cinco coma cinco por ciento (65,5%) se manifestó muy de acuerdo, el veinticuatro coma uno por ciento (24,1%) seleccionaron De acuerdo, el tres coma cuatro por ciento (3,4%) Ni de acuerdo ni en desacuerdo, continuando con un cero por ciento (0%) para Desacuerdo y culminando con un el seis coma nueve por ciento (6,9%) Muy en desacuerdo.

Variable: Significado del Parto Vertical

Dimensión: Hormonales

Indicador: Liberación de oxitocina

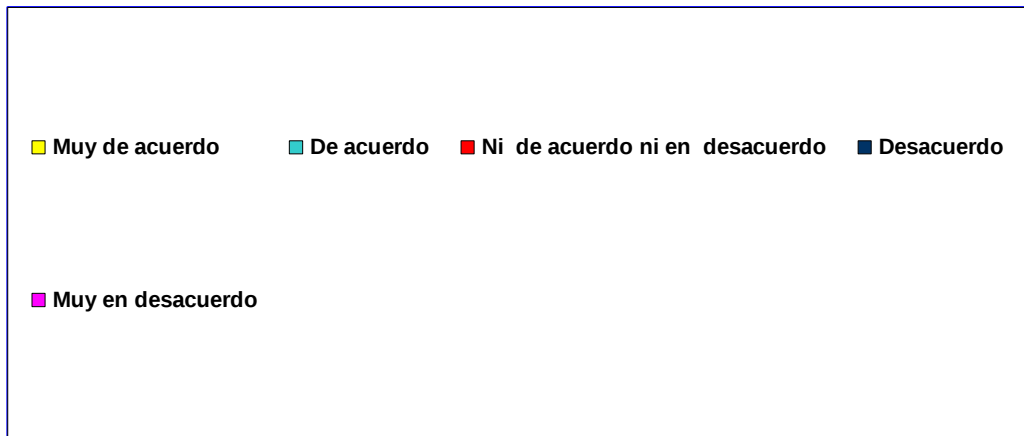
Ítems 15

Cuadro 8Hormonas

ITEM	Muy de acuerdo		De acuerdo		Ni de acuerdo ni en desacuerdo		Desacuerdo		Muy en desacuerdo		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	F	%
15	5	17,5	8	27,6	7	24,1	4	13,8	5	17,2	29	100

Fuente: Datos obtenidos de la aplicación del cuestionario a los/las obstetras del Hospital Universitario “Ángel Larralde” en la dimensión Hormonas en el indicador Liberación de oxitocina por Canelón (2013)

Grafica 3Hormonas



Fuen

te: Datos obtenidos de la aplicación del cuestionario a los/las obstetras del Hospital Universitario “Ángel Larralde” en la dimensión Hormonas en el indicador Liberación de oxitocina por Canelón (2013)

Interpretación: Para la variable, dirigida al Significado del Parto Vertical, de los profesionales inmersos en el estudio, bajo la dimensión Hormonas en su en su indicador Liberación de oxitocina, ante el Ítem N° 15 “Durante el parto vertical se libera Oxitocina “la hormona del Apego” , reforzando la capacidad de amar de los seres humanos”, el diecisiete coma cinco por ciento (17,5%) se manifestó muy de acuerdo, el veintisiete coma seis por ciento (27,6%) seleccionaron De acuerdo, el veinticuatro coma uno por ciento (24,1%) Ni de acuerdo ni en desacuerdo, continuando con un trece coma ocho por ciento (13,8%) para Desacuerdo y culminando con un el diecisiete coma dos por ciento (17,2%) Muy en desacuerdo. Lo que evidencia que casi la totalidad seleccionaron las alternativas de acuerdo con el ítem.

Variable: Significado del Parto Vertical

Dimensión: Recursos Humanos

Indicador: Equipo de salud (obstetras, residentes, enfermeras, camareras, peditras, neonatólogos)

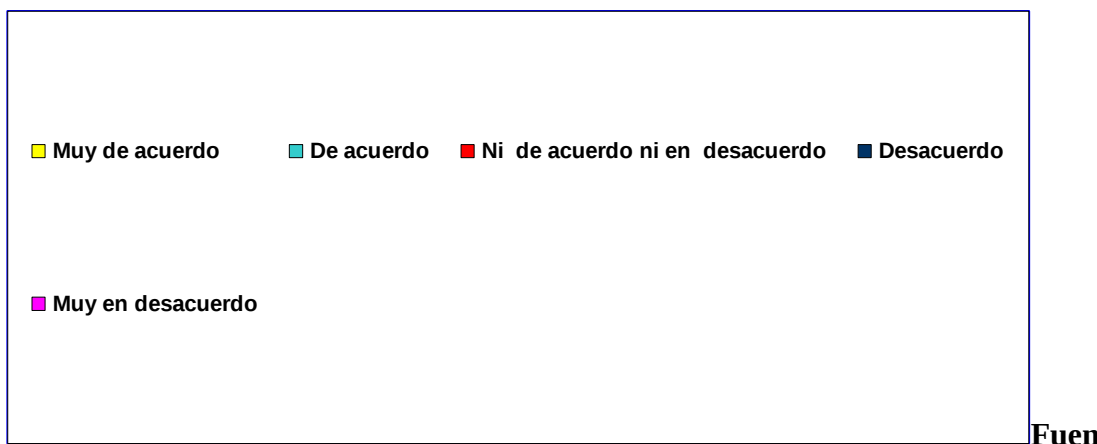
Ítems 16

Cuadro 9 Recursos Humanos

ITEM	Muy de acuerdo		De acuerdo		Ni de acuerdo ni en desacuerdo		Desacuerdo		Muy en desacuerdo		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	F	%
16	8	27,6	8	27,6	8	27,6	0	0	5	17,2	29	100

Fuente: Datos obtenidos de la aplicación del cuestionario a los/las obstetras del Hospital Universitario “Ángel Larralde” en la dimensión Recursos Humanos en el indicador Equipo de salud por Canelón (2013)

Grafica 7 Recursos Humanos



Fuente: Datos obtenidos de la aplicación del cuestionario a los/las obstetras del Hospital Universitario “Ángel Larralde” en la dimensión Recursos Humanos en el indicador Equipo de salud por Canelón (2013)

Interpretación: Para la variable, dirigida al Significado del Parto Vertical, de los profesionales inmersos en el estudio, bajo la dimensión Recursos Humanos en su indicador Equipo de salud, ante el Ítem N° 16 “El médico es quien decide que paciente es la adecuada para un parto un parto vertical”, el veintisiete coma seis por ciento (27,6%) se manifestó muy de acuerdo, el veintisiete coma seis por ciento (27,6%) seleccionaron De acuerdo, el veintisiete coma seis por ciento (27,6%) Ni de acuerdo ni en desacuerdo, continuando con un cero por ciento (0%) para Desacuerdo y culminando con un el diecisiete coma dos por ciento (17,2%) Muy en desacuerdo. Lo que evidencia que casi la totalidad seleccionaron las alternativas de acuerdo con el ítem.

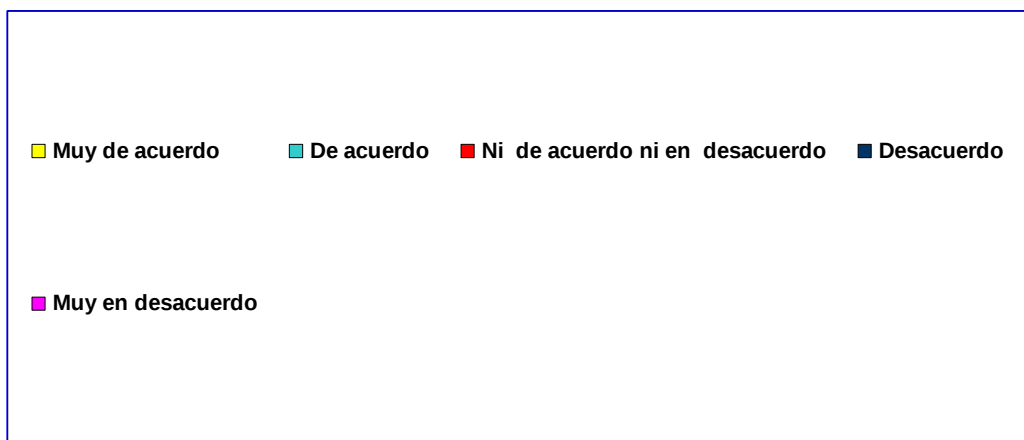
Variable: Significado del Parto Vertical
Dimensión: Materiales Institucionales
Indicador: Cama para parto Vertical
Ítems 8

Cuadro 10 Materiales Institucionales

ITEM	Muy de acuerdo		De acuerdo		Ni de acuerdo ni en desacuerdo		Desacuerdo		Muy en desacuerdo		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	F	%
8	2	6,9	5	17,2	10	34,5	9	31,0	3	10,3	29	100

Fuente: Datos obtenidos de la aplicación del cuestionario a los/las obstetras del Hospital Universitario “Ángel Larralde” en la dimensión Materiales Institucionales en el indicador Cama para parto Vertical por Canelón (2013)

Grafica 8 Materiales Institucionales



Fuen

te: Datos obtenidos de la aplicación del cuestionario a los/las obstetras del Hospital Universitario “Ángel Larralde” en la dimensión Materiales Institucionales en el indicador Cama para parto Vertical por Canelón (2013)

Interpretación: Para la variable, dirigida al Significado del Parto Vertical, de los profesionales inmersos en el estudio, bajo la dimensión Materiales Institucionales en su en su indicador Cama para parto Vertical, ante el Ítem N° 8 “En Venezuela la atención del parto vertical requiere una gran inversión económica”, el seis coma nueve por ciento (6,9%) se manifestó muy de acuerdo, el diecisiete coma dos por ciento (17,2%) seleccionaron De acuerdo, el treinta y cuatro coma cinco por ciento (34,5%) Ni de acuerdo ni en desacuerdo, continuando con un treinta y uno coma cero por ciento (31,0%) para Desacuerdo y culminando con un el diez coma tres por ciento (10,3%) Muy en desacuerdo. Lo que evidencia que casi la totalidad seleccionaron las alternativas de acuerdo con el ítem.

Variable: Significado del Parto Vertical

Dimensión: Educación

Indicador: Taller educativo para los/las obstetras sobre parto vertical

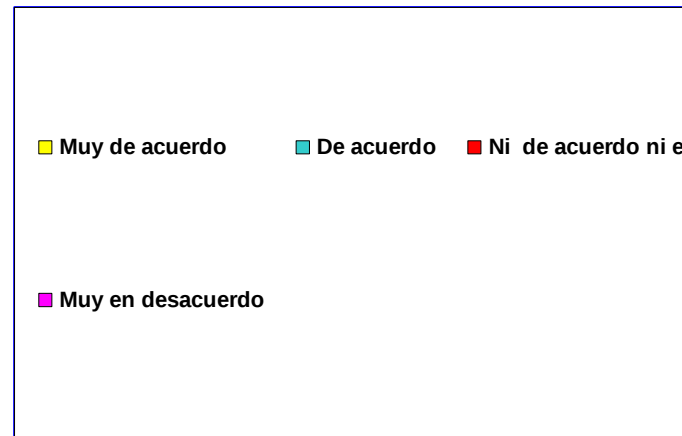
Ítems 7,11, 25

Cuadro 11 Educación

ITEM	Muy de acuerdo		De acuerdo		Ni de acuerdo ni en desacuerdo		Desacuerdo		Muy en desacuerdo		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	F	%
7	17	58,6	7	24,1	3	10,3	1	3,4	1	3,4	29	100
11	4	13,8	12	41,4	10	34,5	1	3,4	2	6,9	29	100
25	21	72,4	5	17,2	2	6,9	0	0	1	3,4	29	100

Fuente: Datos obtenidos de la aplicación del cuestionario a los/las obstetras del Hospital Universitario “Ángel Larralde” en la dimensión Educación en el indicador Taller educativo para los/las obstetras sobre parto vertical por Canelón (2013)

Grafica 9Educación



Fuente: Datos obtenidos de la aplicación del cuestionario a los/las obstetras del Hospital Universitario “Ángel Larralde” en la dimensión Educación en el indicador Taller educativo para los/las obstetras sobre parto vertical por Canelón (2013)

Interpretación: Para la variable, dirigida al Significado del Parto Vertical, de los profesionales inmersos en el estudio, bajo la dimensión Educación en su en su indicador Taller educativo para los/las obstetras sobre parto vertical, ante el Ítem N° 7 El diseño de un taller educativo para que los obstetras adquirieran conocimientos sobre la atención del parto vertical en el Hospital beneficia la atención de la paciente obstétrica “Tener un parto en posición vertical facilita la retropulsión del cóccix y acorta la expulsión del feto”, el cincuenta y ocho coma seis por ciento (58,6%) se manifestó muy de acuerdo, el veinticuatro coma uno por ciento (24,1%) seleccionaron De acuerdo, el diez coma tres por ciento (10,3%) Ni de acuerdo ni en

desacuerdo, continuando con un tres coma cuatro por ciento (3,4%) para Desacuerdo y culminando con un el tres coma cuatro por ciento (3,4%) Muy en desacuerdo.

En cuanto al ítem N° 11, sobre “Transformar el paradigma del parto horizontal por el parto vertical es el objetivo de la obstetricia moderna”, se inclinaron el trece coma ocho por ciento (13,8%) se manifestó muy de acuerdo, el cuarenta y uno coma cuatro por ciento (41,4%) seleccionaron De acuerdo, el treinta y cuatro coma cinco por ciento (34,5%) Ni de acuerdo ni en desacuerdo, continuando con un tres coma cuatro por ciento (3,4%) para Desacuerdo y culminando con un el tres coma cuatro por ciento (3,4%) Muy en desacuerdo.

En cuanto al ítem N° 25, sobre “Un taller educativo sobre parto vertical ampliara las expectativas del médico”, se inclinaron el setenta y dos coma cuatro por ciento (72,4%) se manifestó muy de acuerdo, el diecisiete coma dos por ciento (17,2%) seleccionaron De acuerdo, el seis coma nueve por ciento (6,9%) Ni de acuerdo ni en desacuerdo, continuando con un cero por ciento (0%) para Desacuerdo y culminando con un el tres coma cuatro por ciento (3,4%) Muy en desacuerdo.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

La mezcla entre la gran cantidad de hormonas que produce el cuerpo de una mujer embarazada en el momento del parto y la sensación de pujar hace que la parturienta se comporte de una manera espontánea y deshinibida. Es por esto que suele seguir las necesidades de su cuerpo colocándose de pie, acuclillada, en cuatro patas, en aquella posición que facilite el encaje del feto.

Se pudo percibir el gran interés de los residentes de postgrado por conocer y practicar esta modalidad de parto constituyendo una novedad para los mismos, por lo cual sería de fácil receptividad y aplicación de esta técnica al contar, en el centro donde se llevó a cabo la investigación, de una cama para parto vertical y horizontal.

Se logró determinar los significados que los especialistas le otorgan al parto vertical, y a través del diagnóstico de los mismos se diseñó la propuesta que permite la capacitación del personal.

Se obtuvieron aspectos relevantes como la inquietud del obstetra de asumir una actitud activa o pasiva, que permita la participación o no durante el expulsivo, considerando el trato adecuado de la paciente ya que es una posición adoptada por ella, que facilita aún más esta etapa.

Se diseñó la propuesta educativa desde la perspectiva del médico con todos los elementos necesarios para su aplicación.

Se determinó la factibilidad de la propuesta al contar en la institución con los recursos materiales, humanos y financieros. La mayor inversión económica corresponde a la adquisición de la cama de parto, y en el hospital las dos camas de atención al parto se adaptan a la posición vertical.

La propuesta del modelo de atención al parto vertical, no solo puede ser aplicado a los médicos, sino también al resto del equipo de salud e incluso a la comunidad, previo al diagnóstico respectivo por cada grupo de estudio. La propuesta será explicada con detalles en el capítulo V.

Recomendaciones

- Dar a conocer a través de la Universidad de Carabobo, los resultados de la presente investigación para que se tome en cuenta el tema de Parto Vertical y ser incorporado a los objetivos programáticos del pensum de la carrera de medicina y durante el postgrado de Obstetricia y Ginecología.
- Llevar a cabo la propuesta educativa en los dos centros hospitalarios centrales del estado Carabobo, para que así se pueda prestar el servicio con pleno

conocimiento, tanto en la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” como en el Hospital Universitario “Dr. Ángel Larralde”, aprovechando los recursos aportados por el estado.

- Sensibilizar al personal de salud sobre el rescate de esta práctica ancestral, siempre en beneficio del paciente.
- Aplicar la propuesta educativa para la adquisición de conocimiento por parte del personal de salud.
- Educar a la comunidad en especial las mujeres, sobre los derechos que tienen a la hora de ser atendidas en una maternidad.
- Promover la investigación sobre parto vertical, para demostrar los beneficios acerca de esta modalidad de parto, ya que los estudios son escasos, más aun en Venezuela.
- Aplicar la propuesta y poner en práctica este tipo de parto, tanto en centros públicos como privados, de tal manera de poder incluir a un mayor número de beneficiarias y no ser una técnica exclusiva de una minoría.
- Divulgar la información del presente proyecto, a través de charlas, conferencias en congresos, publicación en revistas, para sensibilizar a los especialistas sobre parto vertical y su proceso humanizante.
-

Limitaciones

Una de las limitaciones y quizás la más importante es la falta de tiempo que tiene el Obstetra, para llenar un cuestionario, por lo que muchas veces hubo que esperar al lado del mismo para que llenaran el cuestionario ya que en varias ocasiones olvidaban el instrumento y lo extraviaban. Al mencionar de que existía la posibilidad de abordarlos fuera de la institución para llenar el instrumento, referían que mejor no,

que rápidamente lo podían hacer, 2 de los encuestados se llevaron el cuestionario por lo cual hubo la necesidad de suministrarles de nuevo el instrumento.

Otra limitación es el cuestionamiento que pudieron expresar verbalmente hacia esta técnica, al referir que el parto vertical es consecuencia del socialismo, enmarcándolo dentro de los deseos del gobierno por retomar prácticas ya olvidadas.

CAPITULO V

PROPUESTA

La presente propuesta está dirigida al equipo de salud que se desempeña en la sala de partos del Hospital IVSS Universitario” Dr. Ángel Larralde” de Valencia Edo. Carabobo, para que sean educados en la atención de parto vertical en embarazos de bajo riesgo. Esta iniciativa permitirá innovar en el área obstétrica la atención del parto al seguir los lineamientos de la Organización Mundial de la Salud, y así poder brindar un mejor servicio a la comunidad carabobeña desde un hospital tipo IV.

Esta modalidad de parto, que viene utilizándose desde hace mucho tiempo en otros países, y en Venezuela se mantiene la práctica en algunas regiones indígenas. Lograr que este tipo de parto, sea atendido, en uno de los Hospitales de referencia en la región Carabobeña, constituye un gran avance e innovación, en materia obstetrica, además que permite incorporar aspectos referentes a la humanización y al trato adecuado de la mujer en esta etapa de gran sensibilidad e importancia.

En tal sentido la propuesta tiene como objetivo establecer un ***Programa de Talleres, para Sensibilizar al personal médico, para su preparación en la atención del parto vertical***, como una opción en la atención del parto en embarazadas de bajo riesgo.

El parto vertical, viene de tiempos atrás, antes de que se conociera la anestesia epidural, el parto vertical era el más frecuente porque, se creía que la postura vertical facilitaba la expulsión del bebé con menos esfuerzos de la madre. Pero con el paso del tiempo y los conocimientos actuales de fisiología han demostrado que el parto vertical, al permitir la acción de la fuerza de la gravedad dentro del útero, permite que el nacimiento del bebé sea más rápido y menos traumático.

Cada vez son más los especialistas que se decantan por las ventajas del parto vertical y también la OMS (Organización Mundial de la Salud) no está de acuerdo con el parto en posición horizontal porque la madre no puede controlar de la misma forma su cuerpo y por tanto ella y el bebé sufren más durante todo el proceso.

De acuerdo a lo anterior, descrito la implementación de esta técnica, desde un hospital IV, sería muy beneficiosa, lo cual permitirá solventar cualquier eventualidad al no contar con quirófano anexo a la Sala de partos, hasta los momentos; este tipo de actividad solo se realiza en el ambulatorio de la Candelaria en Maracay.

Visión

Sensibilizar y capacitar al personal Especialista en la atención del parto vertical, para mejorar la atención de salud en el área obstétrica, como parte del proceso humanizante de este evento, innovando en la rama de la obstetricia.

Misión

Dar atención de calidad en el área obstétrica, accesible a la mayoría de la población carabobeña, ejercida en uno de los principales centros de salud de la región.

El programa de Talleres, para Sensibilizar al personal médico, para su preparación en la atención del parto vertical, comprende un ciclo de talleres los cuales consta de 40 horas teórico-prácticas, Contará con la participación de Especialistas en la materia como: psicólogo, psicoterapeuta, abogado, enfermera, neonatólogo, sexólogo, partera, Obstetra con experiencia en parto vertical. Los talleres estarán divididos en tres ciclos los cuales se describen a continuación:

- 1.- Taller dirigidos al personal médico, lo cual le permitirá dar opciones a la paciente al poder elegir la posición del parto.
- 2.- Sensibilizar, al personal médico a la hora de asistir un parto vertical.
- 3.- Incentivar, los valores del respeto, confianza, solidaridad, amor entre el médico y la paciente.

Objetivos de la Propuesta

Objetivo General

Sensibilizar al personal médico, para su preparación en la atención del parto vertical, como una opción en la atención del parto en embarazadas de bajo riesgo.

Objetivos específicos

- 1) Intercambiar opiniones acerca de los elementos psicológicos y legales que integraran dicha propuesta.
- 2) Sensibilizar y capacitar al personal médico en la aplicación de esta modalidad de parto.
- 3) Ejecutar acciones dirigidas en la atención del parto vertical.

Justificación de la Propuesta

A través del desempeño del obstetra –ginecólogo en su rol diario, en el trabajo que ejerce tanto en el sector público como privado, ha llevado al especialista, a aprender y a aplicar lo que la escuela de obstetricia enseña, entre tantas maniobras que se realizan cursando ellas con nombres propios, técnicas específicas, instrumental, entre otras. Tiene que adquirir no solo el conocimiento sino también la habilidad y destreza para aplicar dicho conocimiento de una manera rápida y eficaz para llevar a feliz término el proceso gestacional ya que se trata de 2 vidas humanas.

Sin embargo, y a pesar de que la historia así lo señala, existe una opción más al parto vaginal, donde la actuación del médico llega a minimizarse ya que se deja que la propia naturaleza haga su función; el parto en posición vertical vuelve a ser tema de discusión al ser recomendado por la OMS y estar incluido en legislaciones en varios países del mundo incluyendo la Ley Orgánica por el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, en nuestro país.

La mujer en este gran papel protagónico, se ha dejado de percibir como un ser pensante y en cierta medida se ha subestimado su capacidad de reproducción al ser, el médico, el personaje interventor y autoritario que manipula en muchos casos este evento natural, así como la aplicación de técnicas y maniobras que la mayoría de las veces se hace innecesarias cuando se trata de partos de bajo riesgo, por ejemplo cuando se emplea la aplicación de fórceps profiláctico durante el periodo expulsivo en un parto que bien pudiese darse sin la utilización de dicho instrumental. ¿ Por qué no darle confianza a la mujer para que realice su papel durante la reproducción? Las largas jornadas de trabajo, un número elevado de pacientes que requieren atención obstétrica, conlleva a realizar procedimientos quirúrgicos ante la más mínima alteración, así como cumplir con un determinado número de cesáreas y partos durante las horas de trabajo, a sabiendas que la productividad de un servicio se mide por el número de casos resueltos, sin dejar a un lado la calidad en la atención, lo anterior forma parte de un conjunto de elementos que sumados dará como resultado rapidez en cuanto a la atención obligando a los médicos a ir en sentido contrario de lo que la propia naturaleza estaría dispuesta a ofrecer.

Es por lo antes expuesto que esta propuesta ofrece la posibilidad de explorar cuales son los significados que los obstetras tienen hacia el parto vertical, para así orientar el diseño de lo que sería la enseñanza de esta modalidad de parto que todavía no se ha institucionalizado, para así aplicar el parto vertical en el centro hospitalario y de esta manera, darle un significado más humanístico al parto, al ofrecer una mejor calidad de servicio, cubriendo las necesidades de la población y ampliar el abanico de opciones de atención, usando como punto de partida los obstetras como miembro activos de este proceso, no solo porque son los que llevaran a cabo el trabajo, sino porque a raíz del significado y connotación que le asignen a este proceso partirá la elaboración del taller.

Por estas razones y una vez que se lleve a cabo dicha iniciativa, sirva de centro piloto para que otras instituciones de salud asuman el compromiso de adoptar esta práctica, con lo cual se disminuiría los riesgos de morbi- mortalidad materna y perinatal. La aplicación del taller y por ende la práctica de este tipo de parto, servirá

para que los estudiantes de cuarto, quinto y sexto año de la carrera de medicina que realicen sus pasantías de obstetricia por el hospital Carabobo, Especialistas y demás miembros del equipo de salud, tendrán la opción de aprender y aplicar el parto vertical, en cuyos pensum de estudio no está incluido dentro de los objetivos de la asignatura, ampliar la gama de conocimientos siempre es beneficioso mucho más y es para el bienestar de una comunidad, sin contar que muchos de ellos realizan el cumplimiento del artículo 8 en zonas indígenas que están lejanas a cualquier centro de salud ,como lo es el caso del Estado Bolívar y Amazonas.

La finalidad de este taller no es reemplazar el parto horizontal que para el colectivo es la única opción de parto vaginal, sino ofrecer algo adicional en pro de la humanización y naturalización del parto, cuyo resultado final seguirá siendo preservar la salud materno fetal con las implicaciones que trae este proceso, lejos de traumas, malos recuerdos, experiencias desagradables y autoritarismo por parte del equipo de salud.

El mundo cambia a una velocidad vertiginosa. Es imposible adivinar como viviremos en el futuro. Lo único que sabemos es que hará falta mucha imaginación y creatividad para transformarnos y afrontar los nuevos retos. Desarrollar talentos dará un giro radical al entorno laboral, como lo señala Robinson (2009).

Los aires de cambio, trae consigo resistencia, si se toman en cuenta las múltiples ventajas del parto vertical, dejar a decisión de la paciente la elección de la posición en el periodo expulsivo, es un adelanto y le da una connotación más humana a este momento , así como en las relaciones sexuales es válido adoptar la posición que más le satisfaga a las personas, así también es válido durante el trabajo de parto y parto , donde el mismo proceso tiene una duración de hasta 12 horas, es ilógico no permitir una postura antialgica y el parto vertical es una opción.

Factibilidad de la Propuesta

La factibilidad de la propuesta para el diseño de los talleres educativo a la atención del parto vertical dirigido a los/las obstetras que laboran en sala de partos

del Hospital Carabobo, será estudiada desde el punto de vista económico, espacio físico, recursos humanos, aspecto social.

Factibilidad Económica

En cuanto al apoyo económico no se requiere de mayores inversiones, ya que el personal de salud lo tiene la institución, para la aplicación del taller se cuenta con un salón de usos múltiples en sala de Hospitalización Maternidad Sur donde diariamente se realizan actividades académicas con el personal y residentes del postgrado de obstetricia. Igualmente el material de apoyo puede ser reproducido por la institución.

Vale la pena resaltar, que en la institución se cuenta con una cama para la atención del parto que puede adaptarse a la posición vertical y que puede graduarse de acuerdo al ángulo de inclinación en la cual la paciente se sienta más cómoda.

Factibilidad de recursos humanos

El hospital cuenta con 29 especialistas los cuales hacen guardia por sala de partos cada 6 días 24 horas en atención directa con el paciente y familiares que acuden a la emergencia obstétrica, por lo cual el taller está diseñado para que este personal sea capacitado en la atención al parto vertical, igualmente parte de los facilitadores como enfermera, psicólogo, sexólogo, terapeuta psicosocial forman parte del hospital. Se invitara expertos que provenga de otras instituciones para que comparta conocimientos relativos a este tipo de atención.

Factibilidad Social

Esta corriente ideológica que se viene desarrollando en países como Perú, Argentina, Bolivia, Uruguay, México, toca la puerta a nuestro país para ofrecer la oportunidad de una opción más de lo que se venía haciendo tradicionalmente con la atención del parto enmarcado dentro de lo que se llama la humanización del parto, iniciándose esta travesía con la preparación de los obstetras que a través de

explicaciones científicas, asimilen y ejecutan acciones encaminadas a ofrecer esta alternativa a la población gestante. La sociedad en busca de mejoras y con miras a satisfacer sus necesidades pide un trato más natural y humanizado en lo que respecta a ese momento importante en la vida de toda mujer que da por terminado el proceso de la gestación. Es de esperar que la comunidad médica responda abiertamente a esta propuesta y se logre una adecuada receptividad en la población.

Supuestos básicos

En esta tendencia de cambios y transformaciones que caracterizan los aspectos médicos, no tardaría, en aparecer algún elemento relacionado con el parto, a pesar que puede tratarse de una conducta estereotipada y hasta patentada, es casi instantáneo para el obstetra acostar a la paciente para la atención del parto. Venezuela no podía negarse a esta tendencia, y hoy en día las leyes lo apoyan y la población lo reclama. Tomar en cuenta la opinión del obstetra para realizar un diagnóstico de esta situación, constituye un reto, ya que son conductas que constituyen un dogma en la obstetricia. A partir de los significados de los médicos se elabora la siguiente propuesta, que al ser llevada a cabo, aumentara la calidad de la atención, y, pretende aportar los conocimientos necesarios que, para algunos obstetras serán nuevos y para otros es cristalizar una idea previamente establecida. A continuación se presenta el diseño de la propuesta.

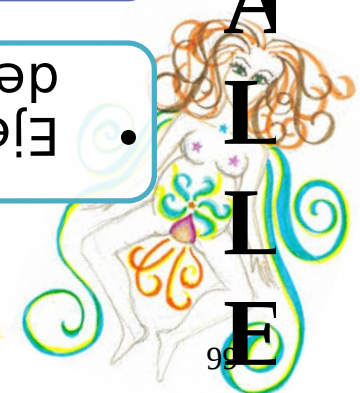
***Programa de
Talleres, para
Sensibilizar al
Personal Médico,
para su Preparación***

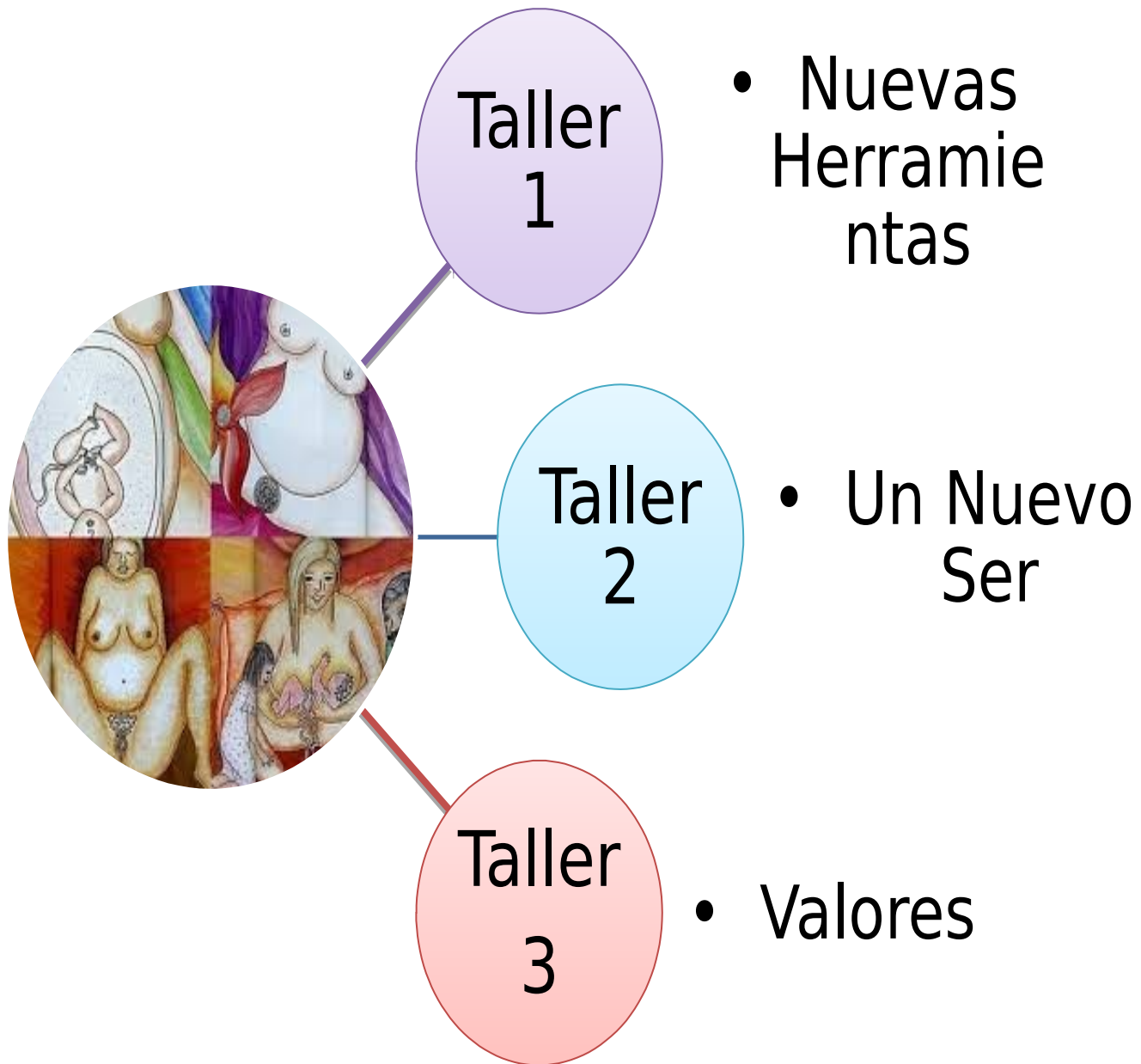
OBJETIVOS DE LA PROPUESTA

OBJETIVOS GENERAL: Sensibilizar al personal médico, para su preparación en la atención del parto vertical, como una opción en la atención del parto en embarazadas de bajo riesgo

OBJETIVOS ESPECIFICOS

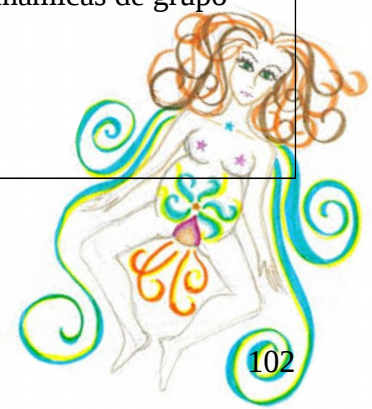
1. Intercambiar opiniones acerca de los elementos psicológicos y legales que integran dicha propuesta.
2. Sensibilizar y capacitar al personal médico en la aplicación de esta modalidad de parto.
3. Ejecutar acciones dirigidas en la atención del parto vertical.







Objetivo General: Proporcionar a los participantes herramientas que permitan de manera eficaz y responsable realizar un trabajo de parto vertical				Duración 16 horas académicas Distribución Prácticas: 10 Horas Teoría: 6 Horas
Objetivos Específicos	Contenidos	Recursos	Estrategias Metodológicas	Estrategias de Evaluación
Historia y el Parto Vertical	Proyección de videos con casos de parto vertical	Recursos humanos como un facilitador, participantes y especialistas en la materia, Proyector, computador, lápices, hojas blancas, marcadores acrílicos, resaltadores, marcadores de colores, láminas de papel bond, pizarra acrílica, ejercicios estructurados y dirigidos.	Material de apoyo y la conformación de equipos estratégicos.	mesas de trabajo ¿Qué es el parto vertical? experiencias
Espacio Físico para la realización del parto vertical	Tipo de cama ginecológica			Integración de los participantes tanto de forma individual y grupal, -Evaluar las actividades e el taller a través de dinámicas de grupo
El parto vertical y la adolescencia	La lópna con respecto al parto en la adolescencia			
Implicaciones legales del parto vertical	Discusión de la ley de la mujer a una vida libre de violencia			





TALLER 2

UN NUEVO

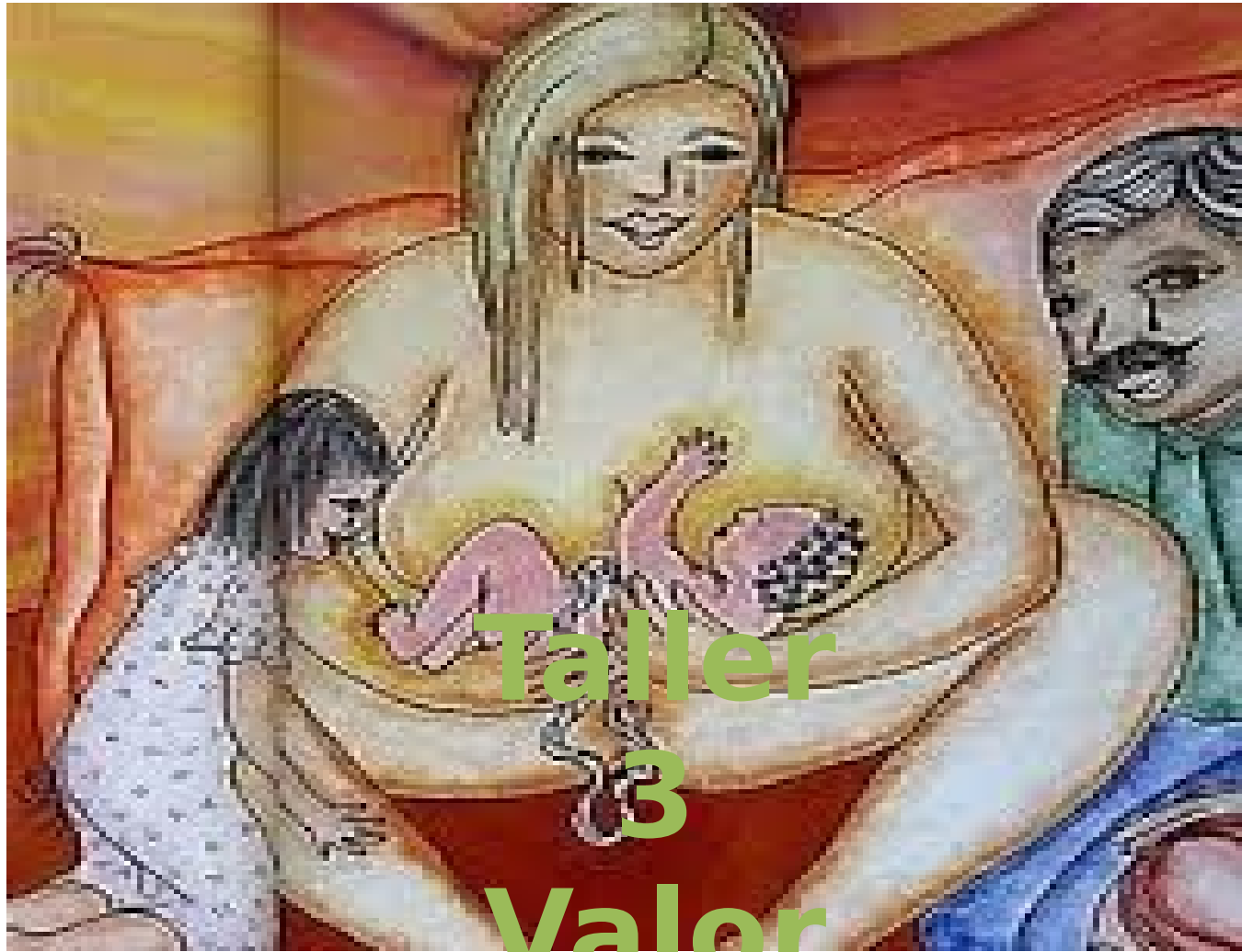
SER

Objetivo General:Sensibilizar, al personal médico a la hora de asistir un parto vertical y dar la bienvenida al nuevo ser.

Duración
16 horas académicas
Distribución
Prácticas: 10 Horas
Teoría: 6 Horas

Objetivos Específicos	Contenidos	Recursos	Estrategias Metodológicas	Estrategias de Evaluación
Aspectos Psicológicos que enmarcan el proceso del parto	Terapia Psicosocial tipos de pacientes que se beneficiaran del parto vertical	Recursos humanos como un facilitador, participantes y especialistas en la materia, Proyector, computador, lápices, hojas blancas, marcadores acrílicos, resaltadores, marcadores de colores, láminas de papel bond, pizarra acrílica, ejercicios estructurados y dirigidos.	Material de apoyo y la conformación de equipos estratégicos.	-Integración de los participantes tanto de forma individual y grupal, -Evaluar las actividades realizadas durante el taller a través de dinámicas de grupo
Analizar la importancia de la planificación y control de un embarazo, para realizar un parto vertical.	Planificación e Importancia del control de embarazo			





Objetivo General: Incentivar, los valores del respeto, confianza, solidaridad, amor entre el médico y la paciente.			<u>Duración</u> 16 horas académicas <u>Distribución</u> Prácticas: 10 Horas Teoría: 6 Horas	
Objetivos Específicos	Contenidos	Recursos	Estrategias Metodológicas	Estrategias de Evaluación
Conocimiento de Valores, Sociales, Educativos y Culturales	Proyección de videos donde se reflejen los valores.	Recursos humanos como un facilitador, participantes y especialistas en la materia, Proyector, computador, lápices, hojas blancas, marcadores acrílicos, resaltadores, marcadores de colores, láminas de papel bond, pizarra acrílica, ejercicios estructurados y dirigidos.	Material de apoyo y la conformación de equipos estratégicos.	-Integración de los participantes tanto de forma individual y grupal, -Evaluar las actividades realizadas durante el taller a través de dinámicas de grupo



Cierre de recomendaciones para la aplicación de Taller

Para la realización del taller, es necesario que la Especialista en terapia psicosocial, aplique técnicas de terapia grupal, para preparar el cuerpo y mente, para así lograr mayor receptividad en el grupo y una planificación participativa.

La planificación de la propuesta, toma en cuenta la carga horaria de trabajo del médico de esta manera, solo se dedicara un 50% de dicho tiempo para la ejecución de la actividad en un tiempo limitado. Por lo cual las estrategias a utilizar y los recursos estarán estrechamente relacionados para el alcance los objetivos.

Con respecto a las estrategias, se diseñaran mesas de trabajo y círculos de discusión que permitan obtener, el máximo rendimiento de cada participante y se intercambiaran ideas de acuerdo al conocimiento que se tiene del tema. Se pretende a través de los medios necesarios para alcanzar los objetivos, la participación de personal especializado en la materia, de esta manera aumenta la calidad del taller.

La aplicación del proyecto tiene como objetivo aumentar la eficiencia de la atención obstétrica en el Hospital “Dr. Ángel Larralde”, elevando su probabilidad de éxito en el logro de los objetivos dirigidos a la madre y al hijo en innovando en materia de salud. De esta manera, el hospital “Dr. Ángel Larralde”, una vez que comience a realizar la práctica del parto vertical, se convertirá en centro pionero en el sector público, a nivel de la región. Y centro de salud a nivel nacional constituyendo el primer hospital tipo IV, donde se realice tal actividad.

La actividad práctica puede ser realizada perfectamente en sala de partos de la institución, la cual se encuentra dotada de los recursos necesarios, incluyendo la cama de parto, que en número de dos , forman parte del equipamiento de dicha sala.

El personal será motivado, con el uso de material de apoyo, tiempo corto de descanso, actividades dinámicas y retroalimentación, aunque la mayor motivación es adquirir conocimientos innovadores y ser pioneros en la práctica de este importante proceso humano.

Por último, es de hacer notar, que solo con la aplicación del cuestionario, despertó el interés de especialistas y residentes, sobre el tema, el objetivo de la propuesta se lograra a cabalidad y será medido en la práctica médica.

Referencias

- Arias, F. (2006). *El Proyecto de Investigación. Introducción a la Metodología científica*. (4º ed.). Caracas: Episteme.
- Aller (1999) *Manual de Instrumentación Quirúrgica*. Recuperado el 12 de junio de 2014. Disponible en: <http://es.slideshare.net/edisambul/manual-de-instrumentacin-quirurgica>
- Álvarez (2010), **Parir sin miedo**. Recuperado el 10 de junio de 2014. Disponible en: <http://www.obstare.com/FichaArticulo~x~Parir-sin-Miedo~IDArticulo~66.html>
- Alvarez, A. (2010). *Parir sin miedo*. Editorial OB STARE. Disponible: <http://www.obstare.com/FichaArticuloParir-sin-miedoIDarticulo-66.html> [consulta: 2014, Enero 15].
- Bernardo (2004), *Interculturalidad*. Ed. Abya-Yala. Quito, Ecuador.
- Bing, E. (1998). *Ejercicios para un parto fácil*. Ed. Integral. Barcelona, España.
- Bisquerra, R. (1988). *Métodos de Investigación Educativa*. Barcelona, España.
- Brocker y col., (2001) *Salud e interculturalidad en américa latina*. Recuperado el 02 de junio de 2014. Disponible en: http://quotha.net/readings/Fernandez_Salud_y_interculturalidad_en_AL_2006.pdf
- Brusco, C. (2008). *Modelo de Unidad para la Humanización en la asistencia del parto y el nacimiento a las gestantes que ingresan a la Sala de Partos de Turmero, Estado Aragua*. Tesis de Especialización en Ginecología y Obstetricia, Universidad de Carabobo, Valencia.
- Cabero, L. (2003). *Tratado de ginecología obstetricia y medicina de la reproducción*. España, Madrid.
- Camacaro, M. (2000). *La experiencia del parto. Proceso de la mujer o acto médico*. Maracay: Universidad de Carabobo.
- Carrey, M. (2010, Enero 27). **Periódico de Aragon: Entrevista a M. Odent, Obstetra y especialista en parto natural** [Periódico. Transcripción en línea]. Aragon: Facultad de Medicina de la Universidad de Zaragoza. Disponible: <http://www.elperiodicodearagon.com/m/noticias/aragon-zaragoza-experto-parto-natural>.
- Chávez, R. Arcaya, M. García, G. Sierra, T. Infante, M. (2006). *Rescatando el autocuidado de la salud durante el embarazo, el parto y al recién nacido: representaciones sociales de mujeres de una comunidad nativa en Perú*. Scielo

- Brasil** [Revista online], 16. Recuperado el 23 de mayo 2013. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/SO104-07072007000400012>
- Código de deontología médica. Recuperado el 13 de junio de 2014. Disponible en: http://www.castello.san.gva.es/exp/hgcs/web-udmfc/ud/residentes/legislacion/CODIGO_DEONTOLOGICO.pdf
- Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (Decreto N°5908). (1999, Diciembre) Gaceta Oficial, 36.860, Diciembre 1999.
- Cunningham, F., Levero, K., Bloom, S., Hauth, J., Gilstrap, L., Wenstrom, K. (2006). **Obstetricia de Williams**. Mexico, D.F.
- Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948) París, Francia.
- El Psicoanalítico. Número 7, Octubre 2011. (Revista On Line). Recuperado el 12 de mayo de 2014. Disponible en: <http://www.elpsicoanalitico.com.ar/num7/ep-7.pdf>
- Faneite, J. Feo, A. Toro, J. (2012). **Grado de Conocimiento de Violencia Obstétrica por el personal de salud. Obstetricia y Ginecología**, 72(1), 4-12.
- Fernández y Oliver (2005), **Influencia de la condición corporal de novillas Mambí al parto en el comportamiento reproductivo posparto Influence of the body condition of Mambí heifers at parturition on the postpartum reproductive performance**. Recuperado el 10 de mayo de 2013. Disponible en: <http://www.oalib.com/paper/2191361#.U-GjBiabvIU>
- Frayma Arrechdera (2011) **Donde hay un doctor para mujeres**. Recuperado el 14 de noviembre de 2013. Disponible en: http://es.hesperian.org/hhg/Where_Women_Have_No_Doctor:Cap%C3%ADtulo_6:_El_embarazo_y_el_parto?gclid=CjwKEAjwpIefBRCuir7wy-f1kCwSJADXBi2a_Y20i4mmymSQz71nY_GhuI-TN-d_hu7BY2URpa5ixBoC-f_w_wcB
- Gayeski, M. Bruggemann, O. (2006). **Revolução em Enfermagem 2009** [Revista online], 17. Recuperado el 23 de mayo de 2013. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n2/es-03.pdf>.
- Güezmes García, A. (2004). **Reforma del sector salud y Derechos sexuales y reproductivos**. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud.
- Hurtado y Toro, (2005) **Paradigmas y Métodos de investigación en tiempos de cambio**, 5 Edición. Carabobo Venezuela
- Hernández, R., Fernández, C. y Batista, Pilar (2006). **Metodología de la investigación**. México: McGraw-Hill.

- Lais (2006), **Salud Sexual y Reproductiva** Recuperado el 04 de octubre de 2013.
Disponible en: <http://www.unfpa.org.pe/publicaciones/2006.htm>.
- Ley de Igualdad de Oportunidades para la Mujer (1999) Recuperada el 23 de octubre de 2013. Disponible en: <http://www.defensoria.gob.ve/dp/index.php/leyes-mujer-y-familia/1345>.
- Ley Orgánica de Protección de Niños Niñas y Adolescentes. (2007). Recuperado el 2 de agosto de 2013. Disponible en: http://www.ministeriopublico.gob.ve/c/document_library/get_file?p_l_id=29594&folderId=14478&name=DLFE-319.pdf
- Ley orgánica sobre el derecho de la mujer a una vida libre de violencia (2011) Recuperado el 20 de octubre de 2013. Disponible en: http://venezuela.unfpa.org/doumentos/Ley_mujer.pdf
- Llanca Ramos, L. Ramos, P. Torres, D. (2006). **Percepción de los profesionales gineco- obstetras y obstetras de la atención con enfoque intercultural a las pacientes obstétricas en el ámbito de la ciudad de Tacna. Ciencia y Desarrollo.** [Revista online], 10. Recuperado el 18 de abril de 2013. Disponible en: <http://www.unjbg.edu.pe/coin2/pdf/01011002106.pdf>
- Maldonado y Duran (2011) **El Bebe Emocional.** Recuperado el 15 de agosto de 2013. Disponible en: <http://articulosbebeemocional.blogspot.com.es/>
- Ministerio de Salud. (2005). **Norma Técnica para la atención del parto vertical con adecuación intercultural.** Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Perú: autor.
- Odent, M. (2008). **Parto libre y consciente.** Conferencia Michel Odent posted by ecohumanist in parirlibremente, Bruselas.
- Organización Mundial de la Salud (OMS, 2004), **Informe sobre la salud en el mundo 2004 - cambiemos el rumbo de la historia.** Recuperado el 24 de junio de 2013 Disponible en: <http://www.who.int/whr/2004/es/>.
- Organización Nueve lunas. (2005) **Atención humanizada del parto y nacimiento.** Recuperado el 12 de junio de 2014. Disponible en: <http://www.nuevelunas.org.mx/PARTOHUMANIZADO.pdf>
- Pagés, G., Aller, J. (1999). **Obstetricia moderna.** Venezuela, Caracas
- Palella, S. y Martins, F. (2006). **Metodología de la investigación cuantitativa.** 2ª ed. Caracas: FEDUPEL.

[Parto vertical: La forma mas apropiada para dar a luz. Posicion acucillada.](#)

Recuperado el 14 de febrero de 2013. Disponible en:
<http://www.cantv.net/mujer/resena.asp?id=84661&cat=3&fresena=TRUE>

DiQuinzioP. (1999), *The Imposibility of mother hood: feminist, individualism, and the problem of mothering*.Ed. Routledge. Nueva York, USA.

Paz, M; González, D; Gambirazio, Z. (2009.Noviembre). ***Normas y Regulaciones sobre pertinencia cultural de los servicios y la atención en salud materna: estado de arte y retos pendientes en tres países andinos:*** Ponencia presentada en el seminario taller Interculturalidad y Ejercicio de los Derechos en la Subregion Andina con énfasis en la salud sexual y salud reproductiva para el fortalecimiento del SumakKawasay; Quito.

Pernalette N. y Pinto A. (2007) ***Apuntes de Estadística***. Universidad de Carabobo. Venezuela

Protocolos de atención del parto. Recuperado el 14 de enero de 2014. Disponible en:
<http://www.nacer.udea.edu.co/pdf/capacitaciones/hc/03-atencion.pdf>

Rodrigañez, C. (2009), ***Pariremos con placer***. Recuperado el 22 de agosto de 2013. Disponible en <https://sites.google.com/site/casildarodriganez/pariremos-con-placer>

Saletti (2008), Recuperado el 8 de enero de 2014. Disponible en
<http://www.nacer.udea.edu.co/pdf/capacitaciones/hc/03-atencion.pdf>

Schmid, V. (2012). ***El dolor del parto***. Editorial OB STARE. Disponible:http://www.Obstare.com/ficha_articulo-x-el-dolor-del-parto-ID_articulo-66.html. [Consulta: 2014, Enero16].

Secretaria de Salud, Subsecretaria de Innovación y Calidad. (s.f). ***La posición tradicional de atención del parto (parto vertical), en los servicios de salud***.Mexico:autor.

Subsecretaria de Innovación y Calidad (2012) ***Medicina intercultural. Experiencias y aportes para el fortalecimiento de los servicios de la salud. Texto digital***. Recuperado el 12 de junio de 2014. Disponible en:
<http://www.calameo.com/read/0009121840200378dddec>

Tamayo, M. (2009) ***El Proceso de la Investigación Científica***. 4ta. Edición, México: Limusa

Universidad Pedagógica Experimental Libertador UPEL. (2009). ***Manual de Trabajos de Grado de Especialización y Maestría y Tesis Doctorales***. (4a ed.)

Uranga (1985) ***Propuesta teórica feminista en relación al concepto de maternidad.***
Recuperado el 22 de agosto de 2013. Disponible en:
http://www.ugr.es/~esmujer/pdf/Saletti_Cuesta_articulo_revista_clepsydra.pdf

Zilghelboin, I. y Guarilia, D. (2000). ***Clínica obstétrica.*** Caracas.

ANEXOS

[Anexo - A]

CUESTIONARIO



Estimado Colega:

El siguiente cuestionario se realiza con la finalidad de realizar una investigación acerca del Significado del parto vertical para los/las obstetras. Los datos aportados por usted son estrictamente confidenciales. Se agradece de antemano su colaboración. Marque con una (X) la opción que considere pertinente.

A continuación se presenta una serie de preguntas en las que usted debe de plasmar su opinión al respecto, dentro del paréntesis utilizando como respuesta la siguiente escala

- 1- Muy de acuerdo
- 2- De acuerdo
- 3- Ni de acuerdo, ni en desacuerdo
- 4- En desacuerdo
- 5- Muy en desacuerdo.

Escriba con letra clara y legible donde así se indique.

[Anexo – A-1]

Datos de Identificación.

Edad_____ Institución donde realizo

postgrado_____

Tiene algún estudio adicional? _____ Indique cual?

Ha leído sobre parto vertical? Si _____

no _____

De ser afirmativa su respuesta, indique la fuente :

- Durante sus estudios de postgrado de obstetricia y ginecología?
si _____ no _____
- De algún congreso medico? si _____ no _____
- En el hospital donde trabaja? si _____ no _____
- En una revista? Si _____ no _____
- Otro _____ Indique cual: _____

[Anexo – A-2]

ítems	1	2	3	4	5
Tener un parto en posición vertical facilita la retropulsión del cóccix y acorta la expulsión del feto					

Colocarse en posición cuclillas favorece el descenso del feto y la dilatación del cuello uterino					
En la posición vertical el obstetra se limita solo a visualizar la salida del feto					
El personal de salud debe adecuarse a la posición elegida por la paciente.					
En el parto vertical el favorecido es el feto que por fuerza de gravedad avanza suavemente por el canal del parto.					
La atención del parto en posición vertical exige mayor cuidado por la posibilidad de un expulsivo brusco					
El diseño de un taller educativo para que los obstetras adquieran conocimientos sobre la atención del parto vertical en el Hospital beneficia la atención de la paciente obstétrica.					
En Venezuela la atención del parto vertical requiere una gran inversión económica.					
Durante el parto en posición vertical se debe explicar a la paciente como respirar y pujar.					
Parir verticalmente ofrece múltiples ventajas anatómicas –psicoafectivas					
Transformar el paradigma del parto horizontal por el parto vertical es el objetivo de la obstetricia moderna.					
Parir en forma vertical crea vínculos afectivos entre la madre y el feto					
El parto vertical tiene como complicación la hemorragia postparto					
La Ley de la Mujer a una vida libre de violencia avala el parto vertical					
Durante el parto vertical se libera Oxitocina “la hormona del Apego” , reforzando la capacidad de amar de los seres humanos					
El médico es quien decide que paciente es la adecuada para un parto un parto vertical					
La decisión de la paciente de tener un parto vertical, es un factor cultural					
El parto vertical es considerado un riesgo médico para la paciente					
Se corre riesgo con el recién nacido si la madre tiene un parto en posición vertical					
Los obstetras consideran que es una experiencia gratificante atender un parto en posición vertical					
Parir en posición vertical forma parte de los derechos sexuales y reproductivos de una mujer					
El parto vertical significa parto más humanizado					
Los obstetras deben conocer las leyes que avalan las modalidades de parto					
El parto vertical promueve una participación más activa de la madre					
Un taller educativo sobre parto vertical ampliara las expectativas del medico					

[Anexo – B]
Confiabilidad

Sujeto /Item	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	Puntaje Total
1	2	2	5	4	2	2	1	3	2	3	3	5	3	3	4	1	2	3	3	2	2	3	1	2	1	64
2	2	2	3	2	2	3	2	3	2	3	3	3	2	2	2	3	3	3	4	3	2	3	2	2	2	63
3	1	1	4	4	3	2	1	3	1	1	4	1	1	4	1	1	3	4	4	1	1	1	1	1	1	50
4	2	1	4	4	1	1	1	5	2	1	3	2	2	2	2	2	1	4	4	2	2	2	2	1	1	54
5	1	1	5	1	4	1	1	3	1	1	2	3	3	3	2	1	1	5	2	5	5	4	1	2	3	61
Si2	0,3	0,3	0,7	2,0	1,3	0,7	0,2	0,8	0,3	1,2	0,5	2,2	0,7	0,7	1,2	0,8	1,0	0,7	0,8	2,3	2,3	1,3	0,3	0,3	0,8	
																									5,00	Si2
																									37,30	St2
																									0,13	Si2/St2
																									0,87	1 - Sp*q/St2
																									1,04	(k/k-1)
																									0,90	Alfa

[Anexo – C]

Tipo de Cama Ginecológica para Parto Vertical

