

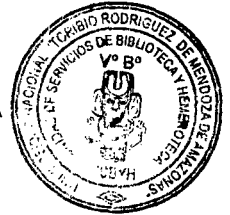


UNIVERSIDAD NACIONAL
TORIBIO RODRÍGUEZ DE MENDOZA
DE AMAZONAS



16 SEP 2014

FACULTAD DE ENFERMERÍA



**"PERCEPCIÓN DEL PARTO VERTICAL Y HORIZONTAL EN
LAS MUJERES DEL CENTRO DE SALUD LUYA - AMAZONAS -
2013".**

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE : LICENCIADA EN ENFERMERÍA

**AUTORA : BR. ENF. MARGARITA CHUQUIBALA
VARGAS**

ASESORA : MS.C. SONIA TEJADA MUÑOZ

CHACHAPOYAS - AMAZONAS - PERÚ

2014

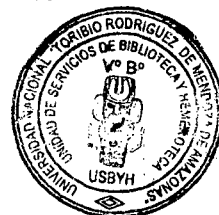


**UNIVERSIDAD NACIONAL TORIBIO
RODRÍGUEZ DE MENDOZA DE
AMAZONAS**



16 SEP 2013

FACULTAD DE ENFERMERÍA



**“PERCEPCIÓN DEL PARTO VERTICAL Y HORIZONTAL EN
LAS MUJERES DEL CENTRO DE SALUD LUYA-AMAZONAS-
2013”.**

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO : LICENCIADA EN ENFERMERÍA

**AUTORA : BR. ENF. MARGARITA CHUQUIBALA
VARGAS**

ASESORA : MS.C. SONIA TEJADA MUÑOZ

CHACHAPOYAS – AMAZONAS -PERÚ

2014

DEDICATORIA

A Dios por concederme la vida y brindarme sabiduría en mi camino.

A mis padres, por su incondicional apoyo en mi sistema de creencias, haciéndome comprender que yo soy la fuerza creadora de mi porvenir.

A la Ms. C. Sonia Tejada Muñoz, asesora de éste trabajo de investigación, por guiarme en el desarrollo del presente estudio.

AGRADECIMIENTO

A Dios por la bendición que derrama sobre mí, para que éste trabajo se haga con mayor dedicación y que el mismo sea de mucho beneficio, para las futuras generaciones que opten por la carrera de Enfermería.

A los docentes de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas, por su apoyo desinteresado y su consentimiento para el desarrollo del presente trabajo.

Al Especialista en Ciencias Filosóficas Cieza Fonseca Lenin, por su apoyo activo e incondicional en el desarrollo del presente estudio.

Un agradecimiento especial al jurado de tesis, por sus acertadas sugerencias en el desarrollo del presente estudio.

A las mujeres del Centro de Salud Luya que experimentaron la etapa de parto ya sea vertical u horizontal entre los meses abril-setiembre, por su colaboración para así poder hacer la realización de éste trabajo.

**AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL TORIBIO RODRÍGUEZ DE
MENDOZA DE AMAZONAS**

Ph. D. Dr. Hab. Vicente Marino Castañeda Chávez.

Rector.

Dr. José Roberto Nervi Chacón

Vicerrector Académico (e).

Dr. Ever Salomé Lazaro Bazán

Vicerrector Administrativo (e).

Mg. Enf. Gladys Bernardita León Montoya

Decana (e) de la Facultad de Enfermería.

VISTO BUENO DE LA ASESORA

Yo, Ms. C. Tejada Muñoz Sonia, identificada con DNI: 33409092, con domicilio legal en Av. Libertad 480, actual docente asociada a tiempo completo de la Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza – Amazonas, Facultad de Enfermería.

DOY VISTO BUENO, al informe final de tesis denominado: **“Percepción del parto vertical y horizontal en las mujeres del centro de Salud Luya-Amazonas-2013”**, realizado por la Srta. Chuquibala Vargas Margarita, para optar el título de Licenciada en Enfermería.

Por tanto

Firmo la presente para mayor constancia

Chachapoyas, 01 de mayo del 2014

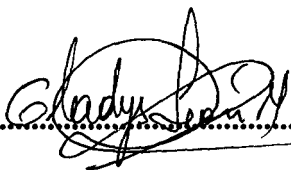

.....

Ms. C Sonia Tejada Muñoz

DNI: 40623694

JURADO EVALUADOR

(Resolución Decanatural N° 043-2013-UNTRM-VRAC/F.E)



.....
Mg. Enf. Gladys Bernardita León Montoya

Presidenta

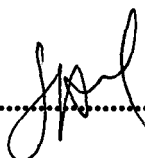
UNIVERSIDAD NACIONAL
TORIBIO RODRIGUEZ DE MENDOZA
DE AMAZONAS

FACULTAD DE ENFERMERÍA

.....
ASUNTÓ EL ACCESITARIO

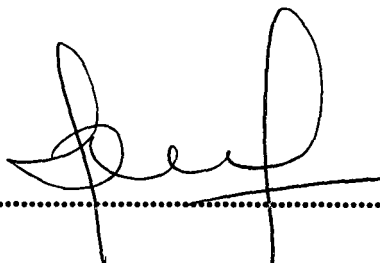
Ms. María del Pilar Rodríguez Quezada

Secretaria



.....
Lic. Enf. Sonia Celedonia Huyhua Gutierrez

Vocal



.....
Mg. Enf. Zoila Roxana Pineda Castillo

Accesitaria

ÍNDICE DE CONTENIDO

	Pág.
Dedicatoria	i
Agradecimiento.....	ii
Autoridades universitarias	iii
Visto bueno de la asesora	iv
Jurado evaluador	v
Índice de contenidos	vi
Índice de tablas	vii
Índice de gráficos.....	viii
Índice de anexos	ix
Resumen	x
Abstract.....	xi
I. INTRODUCCIÓN	
II. MARCO TEÓRICO	
2.1. Percepción.....	16
2.2. El parto.....	19
2.3 Parto vertical.....	20
2.4 Parto horizontal.....	24
2.5 Teorías y/o modelos.....	27
III. MATERIAL Y MÉTODOS	
3.1 Tipo y diseño de investigación	29
3.2 Universo Muestral.....	29
3.3 Métodos, técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	30
3.4 Análisis de datos.....	31
IV. RESULTADOS	32
V. DISCUSIÓN	39
VI. CONCLUSIONES	48
VII. RECOMENDACIONES	49
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	50
ÍNDICE DE ANEXOS	53

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
TABLA 01 : Percepción del parto vertical y horizontal en las mujeres del Centro de Salud Luya-Amazonas-2013.....	32
TABLA 02 : Percepción del parto vertical y horizontal según dimensión dolor en las Mujeres del Centro de Salud Luya-Amazonas-2013.....	33
TABLA 03 : Percepción del parto vertical y horizontal según dimensión seguridad en las mujeresdel Centro de Salud Luya-Amazonas-2013.....	34
TABLA 04 : Percepción del parto vertical y horizontal según dimensión facilidad en las mujeres del Centro de Salud Luya-Amazonas-2013.....	35
TABLA 05 : Percepción del parto vertical y horizontal según dimensión satisfacción en las mujeres del Centro de Salud Luya-Amazonas-2013.....	36
TABLA 06 : Percepción del parto vertical y horizontal según dimensión acompañamiento familiar en las mujeres del Centro de Salud Luya-Amazonas-2013.....	37
TABLA 07 : Percepción del parto vertical y horizontal según dimensión creencias y costumbres en las mujeres del Centro de Salud Luya-Amazonas-2013.....	38

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
GRÁFICO 01 : Percepción del parto vertical y horizontal en las mujeres del Centro de Salud Luya-Amazonas-2013.....	32
GRÁFICO 02 : Percepción del parto vertical y horizontal según dimensión dolor en las mujeres del Centro de Salud Luya-Amazonas-2013.....	33
GRÁFICO 03 : Percepción del parto vertical y horizontal según dimensión seguridad en las mujeres del Centro de Salud Luya-Amazonas-2013.....	34
GRÁFICO 04 : Percepción del parto vertical y horizontal según dimensión facilidad en las mujeres del Centro de Salud Luya-Amazonas-2013.....	35
GRÁFICO 05 : Percepción del parto vertical y horizontal según dimensión satisfacción en las mujeres del Centro de Salud Luya-Amazonas-2013.....	36
GRÁFICO 06 : Percepción del parto vertical y horizontal según dimensión acompañamiento familiar en las mujeres del Centro de Salud Luya-Amazonas-2013.....	37
GRÁFICO 07 : Percepción del parto vertical y horizontal según dimensión creencias y costumbres en las mujeres del Centro de Salud Luya-Amazonas-2013.....	38

ÍNDICE DE ANEXOS

	Pág.
ANEXO 01 : Operacionalización de variable.....	53
ANEXO 02 : Cuestionario de percepción.	55
ANEXO 03 : Validez de los instrumentos.....	58
ANEXO 04 : Confiabilidad de los instrumentos	63

RESUMEN

El presente estudio se realizó con el objetivo de determinar la percepción del parto vertical y horizontal en las mujeres del Centro de Salud Luya-Amazonas-2013. La investigación fue de enfoque cuantitativo, de tipo exploratorio, descriptivo simple de corte longitudinal. El universo muestral estuvo conformado por 36 mujeres que pasaron la experiencia de parto, de las cuales 23 eligieron el parto vertical y 13 el parto horizontal. Se utilizó como método: la encuesta, la técnica del cuestionario y el instrumento un cuestionario de percepción elaborado por la investigadora, cuya validez fue (8.88178) y confiabilidad (0.8). Los datos fueron procesados en el programa (SPSS versión 15.0). Como resultados se tiene que: el 91.3% (21) presenta percepción buena y el 8.7% (2) percepción regular respecto al parto vertical. En relación al parto horizontal el 69.2% (9) tiene percepción regular y el 30.8% (4) percepción buena. Según dimensión dolor en el parto vertical el 52.2% (12) tiene una percepción buena. En relación al parto horizontal el 53.8% (7) tiene percepción regular; según dimensión seguridad en el parto vertical el 87% (20) tiene percepción buena. En relación al parto horizontal el 61.5% (8) tiene percepción regular; según dimensión facilidad en el parto vertical 100% (23) tiene percepción regular. En relación al parto horizontal el 38.4% (5) tiene percepción mala; según dimensión satisfacción en el parto vertical el 73.9% (16) tiene percepción buena. En relación al parto horizontal el 92.3% (12) tiene percepción regular; según dimensión acompañamiento familiar en el parto vertical el 100% (23) tiene percepción buena. En relación al parto horizontal el 53.8% (7) tiene percepción buena; según dimensión creencias y costumbres en el parto vertical el 100% (23) tiene percepción buena. En relación al parto horizontal el 100% (13) tiene percepción regular. Conclusión la percepción que tienen las mujeres del Centro de Salud Luya es buena con respecto al parto vertical, en relación al parto horizontal tiene percepción regular.

Palabras claves: Percepción, parto vertical, parto horizontal.

ABSTRACT

The following research project aimed to determine the perception on vertical and horizontal birth on women from Health Center Luya-Amazonas-2013. The research was quantitative approach, exploratory, simple descriptive with longitudinal cut. The universe sample was formed by 36 women that passed the birth experience, 23 chosen the vertical birth and 13 horizontal birth. The survey, the questionnaire technique was used as method and as an instrument a perception questionnaire made by the researcher, whose validity was (8.88178) and reliability (0.8). The data were processed on the program (SPSS 15.0 version). As results: 91.3% (21) present a good perception and 8.7% (2) present a regular perception with respect to the vertical birth. On relation to horizontal birth 69.2% (9) have a regular perception and 30.8% (4) have a good perception. According to ache dimension on vertical birth 52.2% (12) have a good perception. In relation to horizontal birth 53.8% (7) have a regular perception; according to security dimension on vertical birth 87% (20) have a good perception. In relation to horizontal birth 61.5% (8) have a regular perception; according to vertical easy birth 100% (23) have a regular perception. In relation to horizontal birth 38.4% (5) have a bad perception; according to satisfaction on vertical birth 73.9% (16) have a good perception. In relation to horizontal birth 92.3% (12) have a regular perception; according to family accompaniment on vertical birth 100% (23) have good perception. In relation to horizontal birth 53.8% (7) have a good perception; according to believes and costumes dimension on vertical birth 100% (23) have a good perception. In relation to horizontal birth 100% (13) have a regular perception. Conclusion: the perception that the women have on the health center from Luya is good with respect to the vertical birth, on relation to horizontal birth have a regular perception.

Key words: perception, vertical birth, horizontal birth

I. INTRODUCCIÓN

En el marco de respeto por los derechos sexuales y reproductivos, y bajo la definición de Salud Sexual y Reproductiva, la OPS en el año 1995, hace referencia a tener un parto seguro y criar hijos saludables y deja en claro que el dar a luz y nacer son momentos decisivos para la vida del ser humano, se hace necesario entonces, la presencia de profesionales formados con enfoque de género y equidad, competentes, capaces de apoyar y reforzar emocionalmente a la mujer, educar, así como de respetar y hacerla participe en la toma de decisiones, para que la mujer tenga la oportunidad de protagonizar su propio cuidado en mantener su bienestar y el de su feto, que parece haberle sido arrebatado por la excesiva y a veces innecesaria intervención (Oyarzun, et al 2007).

En la historia de la medicina se da cuenta de que en todo el mundo los partos eran atendidos por mujeres y en posición vertical como un fenómeno natural. También era así en Europa donde se les llamó comadronas. En la edad media el parto seguía estando en manos de las mujeres y de las parteras, sin embargo, los nacientes colegios médicos que tuvieron un auge durante el renacimiento (formados por varones) y la persecución de muchas parteras experimentadas acusadas de brujería, cambió esta situación.

Al expropiarse la atención del parto por el modelo médico, se transformó progresivamente la concepción del parto como una enfermedad que requería ser atendido por los médicos, y a la parturienta en una paciente débil y sin conciencia que debía permanecer en posición horizontal en la cama y más tarde en el hospital. Esta inmovilidad y debilitamiento psicofísico estaba sustentado por otras posiciones sexuales, sociales y religiosas de opresión. El parto horizontal en la cama matrimonial es consecuente con la postura de la mujer durante el acto sexual y está asociado con estar enferma en la cama y con entregar el cuerpo al accionar del médico. (Torres Matus, L. 2003).

Con la práctica del parto horizontal, no sólo se perdió la naturalidad del parto tradicional sino también poco a poco se ha ganado la desconfianza de muchas mujeres debido al temor que presentan al tener que mostrarse ante el personal de salud y no encontrar respeto por sus creencias y culturas. En tal sentido en la actualidad se está dando el privilegio a que sean las gestantes las que elijan la posición en la que encuentren mayor satisfacción para dar a luz y así el parto no se convierta en algo traumático para las mujeres, sino más bien en un deseo único de ser madre a pesar del dolor que pueda existir. (Flores, G. 2011.).

Asimismo en el parto horizontal o deshumanizado, como muchos suelen denominarlo, la mujer pierde identidad, nadie la llama por su nombre, no se le informa amablemente sobre el desarrollo del parto, se la acuesta sobre una camilla incómoda, no se le permite caminar para trasladarse hasta la sala de partos, y por supuesto no puede gritar sin ser castigada. En éste contexto, la mayoría de los partos son inducidos, es decir, que deliberadamente se acelera o se atrasan las contracciones según la disponibilidad de los horarios del personal médico (Burgo, C 2004).

La importancia del presente estudio radica que en los hospitales, centros y puestos de salud de la Región Amazonas no se está brindando el valor necesario a la atención del parto vertical, a pesar de que el Ministerio de Salud (MINSA) lo establece como norma para todos las instituciones de salud, por ser este tipo de parto el que más se adapta a la fisiología femenina.

También las mujeres que han pasado la experiencia del parto expresan que el personal de salud impone la atención durante el parto. Por lo que no se respetan sus creencias y costumbres y son atendidas en posición horizontal; a pesar de que sus antepasados comentaron que daban a luz de forma vertical y no necesariamente en un hospital sino que eran atendidas por parteras o curiosas, quienes tenían respeto por sus costumbres, su privacidad y sobre todo se adaptaba más a su realidad.

La presente investigación se realiza porque en la realidad en la que se vive se ha escuchado a diversas mujeres que se quejan de la atención que brinda el personal de salud durante el parto, no se respetan sus creencias y costumbres; no se toma en cuenta su privacidad y no se les permiten manifestar sus dudas o quejas y hasta muchas veces son maltratadas psicológicamente por el personal que lo atiende; por lo que la parturienta siente el temor de expresar lo que cree que es mejor; sus pensamientos o inquietudes son quedadas en vacío porque no les otorgan la confianza absoluta que necesitan.

Con el presente estudio se pretende cambiar esta realidad mejorando la calidad de atención a la parturienta, cubriendo todas sus necesidades y enfatizando las diferentes realidades que poseen cada persona, diferentes creencias, culturas y costumbres. Respecto a la atención del trabajo de parto; se sabe que muchas mujeres sienten el temor de asistir al centro de salud y el tener que mostrarse al personal que lo atiende. Por lo que optan ser atendidas por una partera, vecina o un familiar de su confianza, quienes le brindarán

seguridad, respeto y sobre todo estará de acorde con las creencias y costumbres de la parturienta.

En tal sentido desde hace poco se está implementando en los hospitales, centros y puestos de salud la atención para el parto vertical, esto es algo sumamente interesante y se espera que se ponga en práctica en todas las parturientas que así lo prefieran; ya que se sabe que es una herramienta básica para movilizar y organizar los recursos institucionales y comunitarios, con el fin de dar una atención oportuna y de calidad a las mujeres gestantes; de lo contrario se continuará incrementando a que más mujeres elijan el parto domiciliario y asimismo las complicaciones también sigan aumentando.

Es así que se plantea la siguiente interrogante: ¿Cuál es la percepción del parto vertical y horizontal en las mujeres del Centro de Salud Luya-Amazonas-2013?, cuyo objetivo general fue determinar la percepción del parto vertical y horizontal en las mujeres del Centro de Salud Luya-Amazonas-2013y los objetivos específicos fueron Identificar la percepción del parto vertical respecto a dolor, seguridad, facilidad, satisfacción, acompañamiento familiar y creencias-costumbres en las mujeres del Centro de Salud Luya-Amazonas-2013 e Identificar la percepción del parto horizontal respecto al dolor, seguridad, facilidad, satisfacción, acompañamiento familiar y creencias-costumbres en las mujeres del Centro de Salud Luya-Amazona - 2013.

II. MARCO TEÓRICO

2.1 PERCEPCIÓN

Definición.

Es la imagen mental que se forma con ayuda de la experiencia y necesidades, resultado de un proceso de selección, organización e interpretación de sensaciones. Es la acción y efecto de percibir. Es una sensación correspondiente a la impresión material de los sentidos (Casares, J 1998).

Es una acción o efecto de percibir, es una sensación interior que resulta de una impresión material hecha en nuestros sentidos. Es la forma de idear el fenómeno sin mediación normal de los sentidos, comprobada estadísticamente. (Real Academia de la lengua española, 2010).

Es un proceso cíclico de carácter activo, constructivo relacionado por procesos cognitivos superiores y que transcurren en el tiempo (Gonzales, P. 2010).

Es el proceso cognitivo de la conciencia que consiste en el reconocimiento, interpretación y significación para la elaboración de juicios en torno a las sensaciones obtenidas del ambiente físico y social. (Vargas, M 1994).

Este último concepto de percepción será usado para el presente estudio de investigación.

Características.

Subjetiva. Son las reacciones a un estímulo varían de un individuo a otro.

Selectiva. Es cuando no existe la percepción todo al mismo tiempo y selecciona su campo perceptual en función de lo que desea percibir.

Temporal. Es cuando se percibe en forma evolucionada a medida que se van realizando las experiencias. (Casares, J 1998).

Componentes.

Las sensaciones. Son la respuesta directa e inmediata a una estimulación de los órganos sensoriales. Se relacionan en 3 elementos: un estímulo, órgano sensorial y una relación sensorial.

Los inputs internos. Son las que caracterizan a cada persona y que cargan de distinto significado a los estímulos y son la necesidad, motivación y experiencia. (Vargas, M 1994).

Fases.

Selección. El individuo percibe parte de los estímulos que recibe de acuerdo con sus características personales, es decir que interviene de forma inconsciente seleccionando los mensajes que llegan.

Organización. Los estímulos seleccionados se organizan y clasifican en la mente del individuo configurando un mensaje.

Interpretación. Proporciona significación a los estímulos organizados. (Vargas, M 1994).

Tipos. (Según Gonzales, P. 2010).

Percepción visual. Es aquella sensación interior del conocimiento, resultante de un estímulo o impresión luminosa registrada por los ojos.

Percepción auditiva. Es la que funciona por medio de estímulos auditivos asociándolos a experiencias previas.

Percepción táctil. Es una función mental que nos permite identificar diferentes texturas, tales como los estímulos detectados mediante el tacto.

Percepción gustativa. Es la que ayuda a diferenciar los sabores tal como los estímulos salados, dulces, ácidos y amargos detectados por medio de la lengua.

Percepción olfativa. Es la que ayuda identificar los diversos tipos de olores percibidos mediante el sentido del olfato.

Categorías.

Buena. Es cuando las mujeres toleran positivamente el dolor, se sienten seguras, satisfechas, encuentran mayor facilidad, existe la compañía del familiar y sobre todo sus creencias y costumbres son tomadas en cuenta.

Regular. Las mujeres toleran en parte el dolor, sienten cierta seguridad, limitada satisfacción, cierta facilidad, tienen en parte la compañía del familiar y sus creencias y costumbres son tomadas en cuenta en un intervalo medio.

Mala. Las mujeres no toleran el dolor, sienten inseguridad, se sienten insatisfechas, no encuentran facilidad, no existe la compañía del familiar y sus costumbres y creencias no se respetan y no son tomadas en cuenta.

Dimensiones del parto.

Dolor. Es una experiencia personal y subjetiva, que difiere de una a otra persona según el momento. (Tineo, A. 2011).

Seguridad. Es la sensación de tranquilidad y serenidad, no se siente amenazada e intimidada y confía en sus propios recursos transmite esa confianza por medio del lenguaje corporal. Es la ausencia de riesgo o la confianza en algo en alguien. (Real Academia de la Lengua Española).

Facilidad. Calidad de fácil, disposición para hacer una cosa sin gran esfuerzo y condiciones que facilitan alguna actividad. (Real Academia de la Lengua Española).

Satisfacción. Sentimiento de bienestar o placer que se tiene cuando se ha colmado u deseo o cubierto una necesidad. (Real Academia de la Lengua Española).

Acompañamiento familiar. La familia es el elemento central de nuestra existencia la cual cuyo apoyo genera mayores posibilidades y perspectivas frente a los conflictos y contribuye significativamente en el desarrollo de habilidades para tomar decisiones y resolver dificultades. (Real Academia de la Lengua Española).

Costumbres y creencias. Son modalidades evidentes de comportamiento que constituyen formas culturalmente aprobadas y aceptables de comportarse en

situaciones específicas. (Norma técnica para la atención de parto vertical con adecuación intercultural. Ministerio de salud, 2005).

Las creencias son declaraciones mentales y verbales en las cuales se reflejan el conocimiento y las valoraciones de un individuo en relación a. (Norma técnica para la atención de parto vertical con adecuación intercultural. Ministerio de salud, 2005).

2.2 El parto

Definición.

Es el periodo caracterizado por la presencia de contracciones uterinas dolorosas, coordinadas, que progresivamente aumentan en frecuencia, intensidad y duración, que dilatan el cuello uterino y culminan con la expulsión del producto de la concepción. (Tineo, A. 2011).

Se define como el acto fisiológico de la mujer mediante el cual, el producto de la concepción ya viable, es desalojado del útero a través del canal vaginal y puesto en contacto con el mundo exterior. (Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal).

Etapas. (Según Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud).

Primera etapa: Esta compuesta por dos fases:

❖ **Fase latente.** Es el periodo del parto que transcurre entre el inicio del parto y los 4cm de dilatación del cuello uterino.

❖ **Fase activa.** Es el periodo del parto que transcurre entre los 4 y los 10 cm de dilatación del cuello uterino.

Segunda etapa. Es aquella que transcurre entre el momento en que se alcanza la dilatación completa y el momento en que se produce la expulsión fetal. A su vez se subdivide en dos fases.

❖ **Periodo expulsivo pasivo.** Dilatación completa del cuello, antes o en ausencia de contracciones involuntarias de expulsivo.

❖ **Periodo expulsivo activo.** Cuando el feto esta invisible ó existen contracciones de expulsivo en presencia de dilatación completa ó Pujos maternos en presencia de dilatación completa con ausencia de contracciones de expulsivo.

Tercera etapa:

❖ **Periodo de alumbramiento.** Se da desde que culmina la salida del feto hasta el fin de la salida de la placenta.

Clasificación.

Parto eutócico. Es un parto normal, en el que no se identifican alteraciones en su transcurso: el feto se encuentra en posición fetal cefálica y flexionada, su salida tendrá lugar por vía vaginal.

Parto distócico. Es cuando son necesarias maniobras o intervenciones quirúrgicas. Las causas de este tipo de parto pueden deberse a problemas del propio mecanismo materno ante el parto u otras causas específicas, que se dividen en maternas y fetales. (Tineo, A. 2011).

2.3 Parto vertical

Definición.

Es aquel en el que la gestante se coloca en la posición vertical mientras que el personal de salud que atiende el parto se coloca delante o detrás de la gestante, espera y atiende el parto. (Norma técnica para la atención de parto vertical con adecuación intercultural: Ministerio de salud, 2005).

La posición vertical es aquella en la cual el torso de la mujer y su canal pelviano oscilan dentro de un ángulo de 45 ° y 90° con respecto al plano horizontal.(Plan Nacional de Salud: Política intercultural de la Secretaría de 2007-2012).

Periodos. (Según: Plan Nacional de Salud: Política intercultural de la Secretaría de 2007-2012).

Periodo de dilatación. La mujer debe elegir la posición que prefiera. No se recomienda la posición supina durante la fase de dilatación porque presenta una serie de problemas desde el punto de vista fisiológico. El caminar o estar de pie estimula

las contracciones, favorece el descenso del feto y la dilatación del cuello uterino haciendo que las contracciones sean más eficientes y menos dolorosas.

Periodo expulsivo. La intervención del personal de salud está limitada a la recepción del bebe, a realizar las maniobras correspondientes cuando hay circular de cordón, a detectar y atender cualquier complicación que pudiera pasar en esta etapa.

Periodo de alumbramiento. El personal debe atender en posición horizontal y el personal de salud procederá a realizar el alumbramiento dirigido facilitando el acortamiento del tercer periodo de trábalo de parto y la disminución del sangrado.

Posiciones. (Según: Norma técnica para la atención de parto vertical con adecuación intercultural: Ministerio de salud, 2005).

Posición de cuclillas variedad anterior. Es una de las posiciones de mayor preferencia de la zona rural, facilita la separación de las articulaciones entre los huesos pelvianos, lo cual aumenta el diámetro pélvico, favoreciendo el descenso del feto por el canal del parto.

Posición de cuclillas variedad posterior. El personal de salud realiza los procedimientos, adoptando una posición cómoda que le permita proteger el periné colocando su rodilla en la región superior del sacro de la parturienta y luego adecuarse para el alumbramiento dirigido.

Posición de rodillas. El personal de salud realizará los procedimientos obstétricos del periodo expulsivo estando cara a cara con la gestante y luego se adecuara para realizar el alumbramiento dirigido.

Posición sentada y semi sentada. El personal de salud realizará los procedimientos obstétricos del periodo expulsivo y posteriormente se adecuara para realizar el alumbramiento dirigido.

Posición cogida de la soga. El personal de salud realizará los procedimientos obstétricos del periodo expulsivo y luego se adecuará para realizar el alumbramiento dirigido. La gestante sujeta una soga colgada para favorecer a la salida del feto quien por la fuerza de gravedad avanza por el canal de parto suave y calmadamente.

Fisiología.

En la posición vertical el útero de la gestante, al no comprimir los grandes vasos, la aorta y la vena cava, no ocasiona alteraciones en la circulación materna y en la irrigación placentaria; y por ende no afecta la cantidad de oxígeno que recibe el feto. Existe un mejor equilibrio ácido base fetal en el periodo de dilatación y en el expulsivo facilitando la transición de fetoneonatal.

La acción positiva de las fuerzas de la gravedad también favorece el encaje y el descenso del feto, se estima que la madre gana entre 30-40 mmHg en valores de presión intrauterina. Asimismo la acción contráctil de la prensa abdominal y las contracciones uterinas favorecidas impulsan al feto hacia la abertura bulbar como única salida. (Norma técnica para la atención de parto vertical con adecuación intercultural: Ministerio de salud, 2005).

Ventajas. (Según: Plan Nacional de Salud: Política intercultural de la Secretaría de 2007-2012).

Efectos respiratorios: El peso del útero, bebé, placenta, líquido amniótico y sangre, favorecen que la matriz descienda y no se ejerza presión sobre los pulmones. Esto aumenta la capacidad respiratoria y por consiguiente la oxigenación de la madre y el bebé. El respirar con menor resistencia, también ayuda a la relajación de la madre que ya no siente inquietud por que no puede respirar bien.

Efectos mecánicos y de la gravedad: La acción positiva de las fuerzas de la gravedad favorece el encaje y descenso del feto, estimándose que la madre gana entre 30 a 40 milímetros de mercurio en valores de presión intrauterina cuando adopta la posición vertical. Esta postura también favorece una mejor acomodación del feto para su paso a través de la pelvis ("ángulo de dirección"). Una vez iniciado el trabajo de parto la inspiración profunda que realiza la mujer hace descender el diafragma, lo cual se complementa con la acción contráctil de la prensa abdominal: entre ambas acciones se impulsa al bebe hacia la abertura vulvar, como única salida. El bebe, una vez iniciado su descenso, estimulado por las contracciones uterinas y por su propio peso, no puede retroceder. Las curvaturas de la columna forman parte de este mecanismo. Se cuenta con evidencia radiológica de mayores diámetros pélvicos de salida, antero posterior y transversal, lo que da lugar a un aumento de la superficie total de salida al

asumir las posiciones en cuclillas y de rodillas. Hay aumento de los diámetros del canal de parto: 2 cm. en sentido antero posterior y 1 cm. en el transversal. El modelaje cefálico fetal es menor. La posición vertical determina que el ángulo de encaje sea menos agudo favoreciendo el encaje y la progresión del feto. Los miembros inferiores constituyen un punto de apoyo que facilita el mecanismo del pujo.

Efectos musculares. Insertos en la articulación pubiana (en las ramas descendentes del pubis, en la parte interior de la ingle, y muy cerca de la parte interior de la rodilla), se encuentran los músculos abductores. Esta musculatura no tiene a su cargo impedir violaciones, sino colaborar en apertura de la sínfisis pubiana, es decir, ayudar a abrir el canal vaginal y la vulva para permitir la salida del cuerpo del bebé. Para llevar a cabo esta acción, es necesario que la parturienta esté sentada o en cuclillas, de manera que los músculos se tensen y ejerzan su fuerza sobre la zona que debe abrirse; cuando la mujer está acostada se anula la acción fisiológica de esta musculatura. Acostarla implica privarla de un instrumento clave para parir.

Disminución de los riesgos de compresión aortocava y mejoría de los resultados ácido-base en los recién nacidos. Con ello se previene la aparición de dos cuadros que pueden originar sufrimiento fetal.

Eficiencia de la combinación matriz - prensa abdominal. Se establece una sinergia entre las contracciones uterinas más fuertes y eficientes que la posición vertical estimula, con el esfuerzo del diafragma y músculos abdominales durante el pujo. Esto implica también menor uso de la oxitócina y menos riesgos de alteraciones de los latidos cardíacos fetales.

Disminuye la duración del trabajo de parto, tanto la del periodo de dilatación como la del expulsivo.

16 SEP 2014

La terminación espontánea es más frecuente, reduciéndose la incidencia de episiotomías y desgarros. Las complicaciones del alumbramiento son menos frecuentes.

La posición vertical evita el prolapso de cordón, pues no deja hueco entre la cabeza y el cuello. Aún cuando la bolsa de aguas esté rota y con la presentación no encajada, no se desaconsejan la deambulación y la posición vertical.



Desventajas. (Según: Plan Nacional de Salud: Política intercultural de la Secretaría de 2007-2012).

Aumenta el riesgo de pérdida de sangre.

Las posiciones que asumen las parteras tradicionales para atender el parto pueden resultar muy incómodas para los médicos. Sin embargo existen una serie de posturas, sillas y bancos obstétricos en los que tanto la parturienta como el médico, se pueden encontrar cómodos.

La posición en cuclillas, que a menudo se denomina la posición más natural, puede presentar una desventaja en mujeres occidentales que no tengan el entrenamiento y la resistencia muscular para permanecer en cuclillas durante un considerable período de tiempo. Esto puede ser particularmente cierto para las mujeres occidentales que ya no se acuclillan para defecar.

2.4 Parto horizontal

Definición.

Es aquel en la gestante se coloca en posición acostada u horizontal, mientras que el personal de salud se coloca al costado. (Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud).

Etapas. (Según Reeder, M.1992).

Periodo de dilatación. Se inicia con los primeros síntomas del trabajo de parto verdadero y termina con la dilatación total del cérvix.

Periodo expulsivo. Se inicia cuando el cérvix está totalmente dilatado y termina con el nacimiento del niño, encontramos 2 fases.

❖ **Fase temprana no expulsiva.** La dilatación es completa y no existe deseo de pujar ya que la presentación fetal no ha descendido.

❖ **Fase avanzada expulsiva.** Es cuando el feto se posiciona en la parte de la pelvis produciéndose el deseo de punto materno.

Periodo de alumbramiento. Se inicia después del nacimiento del niño y termina con la expulsión de la placenta.

Fisiología. (Según: Norma técnica para la atención de parto vertical con adecuación intercultural: Ministerio de salud, 2005).

El útero de la gestante podría comprimir los grandes vasos, la aorta y la vena cava originando disminución del gasto cardiaco, hipotensión y bradicardia; asimismo puede ocasionar alteración de la irrigación de la placenta y por ende reducción en la cantidad de oxígeno que recibe el feto. Esto se traduce en cambios significativos en los latidos fetales llegando al sufrimiento fetal si el periodo expulsivo se prolonga.

Los miembros inferiores al permanecer inmobilizados y actuar como peso muerto no permiten los esfuerzos para el pujo ni los movimientos pélvicos de acomodamiento de los diámetros del polo cefálico fetal con los de la madre no favoreciendo la expulsión final.

Los diámetros intrapelvicos maternos alcanzan su mayor valor cuando los muslos de la madre se flexionan sobre su propio abdomen por lo que podría disminuir los diámetros pélvicos maternos transversos y anteroposteriores.

La actividad abdominal uterina tiende a ser más débil. La necesidad de pujar se toma más dificultosa debido a que se requiere de un mayor esfuerzo que no es favorecido por la fuerza de gravedad.

La compresión nerviosa ejercida por la presión sobre las piernas colgadas en los estribos aumentan la carga adrenérgica y es incómoda.

La posición de litotomía con las piernas colgadas estira el periné pudiendo favorecer los desgarros.

Esta posición no permite que la cabeza fetal ejerza una presión sostenida sobre el periné, dificultando la distensión eficaz e incomodidad.

Ventajas. (Según: Plan Nacional de Salud: Política intercultural de la Secretaría de 2007-2012).

Favorece la comodidad del médico en la atención del parto, la cual es importante para su óptimo desempeño.

Favorece la revisión médica.

Disminuye el riesgo de pérdida sanguínea.

Desventajas. (Según: Plan Nacional de Salud: Política intercultural de la Secretaría de 2007-2012).

Efectos respiratorios. La posición horizontal de la madre favorece que el útero, en conjunto con el peso del producto, placenta, líquido amniótico y sangre del flujo útero-placentario, se expanda hacia el tórax y reduzca la capacidad pulmonar produciendo inadecuada ventilación pulmonar de la madre. Ello favorece la hipoxia materna en conjunto con las deficiencias en la forma de respirar, todo lo cual puede repercutir a su vez en hipoxia fetal.

Efecto Poseiro. Es la reducción del flujo de sangre materna a la placenta debido a la compresión de los grandes vasos (aorta, vena cava y arterias ilíacas) contra la columna vertebral. El peso acumulado del bebé (2,800 a 3,200 grs), útero (1,100 grs), placenta (600 grs), líquido amniótico (900 grs) y flujo sanguíneo útero placentario (650 grs), produce un efecto mecánico comprimiendo estos vasos con consecuencias que pueden ser graves. Se disminuye el gasto cardíaco y se depleta la post carga, disminuye el retorno venoso y se abate el volumen sistólico. Se produce consecuentemente hipotensión arterial. La paciente presenta palidez, sudoración, náusea, vómito, inquietud, somnolencia y lipotimia, puede ocasionar alteración de la irrigación de la placenta, y por ende reducción el aporte de oxígeno que recibe el bebé, repercutiendo a su vez, en la acumulación del CO₂. Esto se traduce en cambios significativos en los latidos fetales verificables por el monitoreo llegando al sufrimiento fetal si el periodo expulsivo se prolonga. Con ello se producen una cascada de efectos muy peligrosos que pueden terminar con la muerte fetal: caída del PH fetal, aumento de hidrogeniones, interferencia en el funcionamiento enzimático, disminución de las reservas de glucógeno, alteración del metabolismo del potasio, cambios tisulares irreversibles y finalmente falla miocárdica.

Efectos mecánicos. La ausencia del apoyo de la gravedad y los vectores de fuerza, producen que el parto se dificulte. Debido a la curvatura de los huesos de la columna, el bebé tiene que subir, para luego bajar. Esto aumenta la resistencia y la ineficiencia de las contracciones uterinas. También en esta posición se pueden disminuir los diámetros pélvicos maternos transversos y antero posteriores.

Efectos fisiológicos. La actividad contráctil uterina tiende a ser más débil en posición horizontal. La compresión nerviosa, ejercida por la presión sobre las piernas colgadas en los estribos aumenta la carga adrenérgica, además de la incomodidad propia de esta situación.

Efectos psicológicos. Cuando el parto se realiza con la parturienta acostada, el nacimiento del hijo se produce detrás del vientre materno cuyo volumen oculta lo que sucede tras de él, donde los profesionales manipulan su cuerpo sin que ella disponga de control acerca de lo que sucede. Tampoco podrá mirar cómo su hijo emerge desde su interior. Acostada no tiene más perspectiva que el techo de la sala de partos; lo que conduce a la vivencia de hijo que le fue "sacado" del interior de su cuerpo sin que ella pudiese participar.

Aumento en el índice de cesáreas. El aumento de los casos de sufrimiento fetal, hipoxia de la madre, ineficiencia de las contracciones uterinas, y aumento del temor y no colaboración de la madre, son condiciones que favorecen los índices alarmantes del número de cesáreas reportados en algunos estados en nuestro país.

2.5 Teorías y/o modelos.

Madeleine Leininger.

Esta investigación se sustenta en la teoría de Madeleine Leininger denominada "teoría de la diversidad y universalidad de los cuidados culturales" la cual está basada en su convicción de que las personas de culturas diferentes pueden ofrecer información y orientar a los profesionales para recibir la clase de cuidados que desean o necesitan de los demás. La cultura determina los patrones y estilos de vida que tiene influencia en las decisiones de las personas, esta teoría ayuda a la enfermera a descubrir y documentar el mundo del paciente y utiliza sus puntos de vista étnicos, sus conocimientos y sus prácticas en conjunción con una ética apropiada (conocimiento profesional) como base para adoptar acciones y decisiones profesionales coherentes con los modos culturales.

Los cuidados culturales conforman la teoría integral de enfermería más amplia que existe, ya que tiene en cuenta la totalidad y la perspectiva holística de la vida humana y la existencia a lo largo del tiempo, incluyendo factores culturales sociales, la visión del mundo, la historia y los valores culturales, el contexto ambiental, las expresiones

del lenguaje y los modelos populares (genéricos) y profesionales. La teoría de los cuidados culturales puede ser inductiva y deductiva, al derivarse de conocimientos étnicos (interno) y ético (exterior). La teoría propuesta debe verse en términos holísticos o dentro de dominios específicos de interés.

La teorista menciona también que **para el futuro** la enfermera debe esforzarse para explicar el uso y el sentido de la asistencia, de forma que los cuidados, valores, creencias y modos de vida culturales suministren una base precisa y fiable para la planificación y puesta en marcha eficaz de una asistencia específica de cada cultura y para la identificación de los rasgos comunes o universales de esta actividad. (Tomey, Marriner. Et. al.1999).

III. MATERIAL Y MÉTODOS

3.1 Tipo y diseño de investigación. El presente trabajo de investigación fue descriptivo simple de tipo exploratorio; de corte longitudinal ya que los fenómenos serán evaluados en un periodo de tiempo establecido. (Canales, F. 2005).

Diagrama de estudio: Descriptivo simple de dos casillas que se representa a continuación:

$M_1 \leftarrow O_1$

$M_2 \leftarrow O_2$

Donde:

$M_1 =$ Muestra 1

$M_2 =$ Muestra 2

$O_1 =$ Percepción del parto vertical.

$O_2 =$ Percepción del parto horizontal

3.2 Universo muestral.

La presente investigación tuvo como universo a 36 mujeres que pasaron la experiencia de parto en el Centro de Salud Luya; tomando en cuenta los criterios de inclusión y exclusión que le dieron carácter de homogeneidad, de las cuales 23 mujeres experimentaron parto vertical y 13 mujeres el parto horizontal.

Criterios de inclusión:

- ❖ Mujeres que experimentaron el tipo de parto vertical u horizontal en el intervalo de tiempo del mes de abril-setiembre del 2013.
- ❖ Las mujeres primíparas y multíparas.

Criterios de exclusión:

- ❖ Mujeres que presentaron complicación durante el trabajo de parto.
- ❖ Mujeres que no deseen participar del estudio considerando consentimiento informado.

3.3 Métodos, técnicas e instrumentos de recolección de datos.

- ✓ **Método:** El método utilizado fue la encuesta.(Canales, F. 2005).
- ✓ **Técnica:** Se utilizó el cuestionario. (Canales, F. 2005).
- ✓ **Instrumento:** Se utilizó un formulario de cuestionario para la recolección de datos elaborado por la investigadora, se sometió a juicios de expertos para su validación determinando un valor obtenido fue de 8.88178 el cual supera a lo teórico(1.64) (Anexo 03), se aplicó la prueba piloto en 8 mujeres que pasaron la experiencia de parto elegidas del vertical y horizontal de lo que se obtuvo 0.8 de confiabilidad, obtenido a través de la prueba estadística del coeficiente de Alfa de Crombach lo que indicó que el instrumento fue fuertemente confiable (Anexo 04).El instrumento estuvo conformado de 24 ítems (Anexo 02) que componen las seis dimensiones para identificar la percepción de las mujeres con experiencia de parto. Se utilizó la escala dicotómica cuya puntuación para cada ítem fue:

- SI.....2
- NO.....1

Con excepción de los ítems 2, 3, 4, 10 y 11, que si contesta NO el puntaje es 2 y si contesta SI el puntaje es 1.

El rango real del instrumento fue:

- Puntaje máximo del instrumento.....48
- Puntaje mínimo del instrumento.....24

El rango global de la percepción fue de:

- ❖ Si el valor del instrumento se ubica entre los rangos de 40-48 puntos fue clasificado como percepción buena.
- ❖ Si el valor del instrumento se ubica entre los rangos de 32-39 puntos fue clasificado como percepción regular.
- ❖ Si el valor del instrumento se ubica entre los rangos de 24-31 puntos fue clasificado como percepción mala.

El rango real para las dimensiones fue:

- ❖ Dolor (ítems 1-4) con un puntaje de 4 a 8, se categorizó la percepción para ésta y el resto de las dimensiones en: 4-5 como percepción mala, 6-7 como percepción regular y de 8 como percepción buena.

✓ **Procedimiento de recolección de datos**

- Se emitió un documento a la decana de la Facultad de Enfermería para que canalice la solicitud de autorización a la Jefa del Centro de Salud Luya a fin de que se nos conceda la autorización de ingresar al establecimiento de Salud.
- Una vez obtenido la carta de autorización se canalizaron los medios para obtener una lista de las personas que formaran parte de la población en estudio.
- Seguidamente se realizaron las visitas domiciliarias a cada una de las personas integrantes de la lista para hacer firmar el consentimiento informado. Estas visitas se realizaron los primeros días del siguiente mes de haber producido los partos.
- Finalmente se aplicó el instrumento de las dos variables en distintos momentos.

3.4 Análisis de datos.

La información final fue procesada en el software SPSS versión 15.0; el cual sirvió para la elaboración de tablas estadísticas. Los resultados se muestran en frecuencias y distribución porcentual en tablas estadísticas. Asimismo se presentan en gráfico de barras.

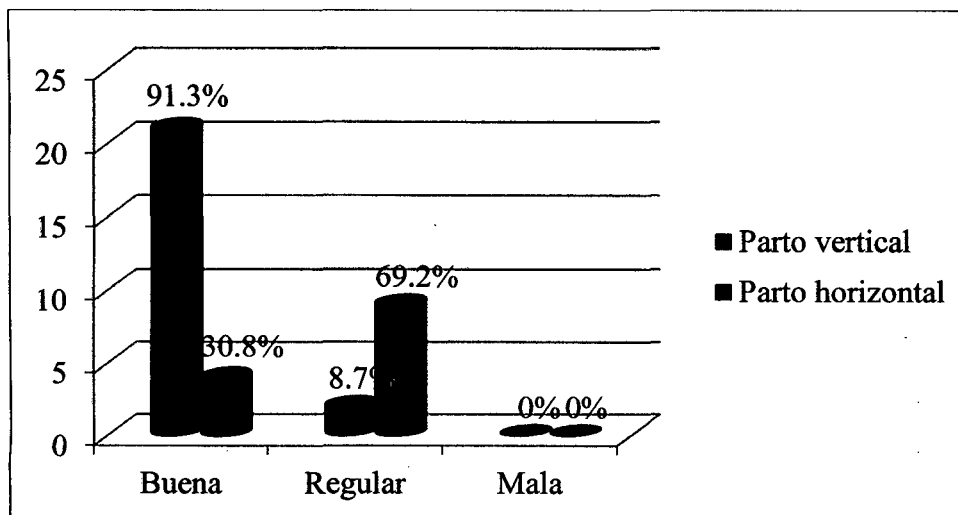
IV. RESULTADOS

TABLA N°01: Percepción del parto vertical y horizontal en las mujeres del Centro de Salud Luya- Amazonas-2013.

PERCEPCIÓN DEL PARTO.	VERTICAL		HORIZONTAL	
	fi	%	fi	%
Buena	21	91.3	4	30.8
Regular	2	8.7	9	69.2
Mala	0	0	0	0
TOTAL	23	100	13	100

Fuente: Cuestionario de percepción elaborado por la autora Luya-Amazonas-2013

GRÁFICO 01: Percepción del parto vertical y horizontal en las mujeres del Centro de Salud Luya- Amazonas-2013.



Fuente: Tabla N° 01

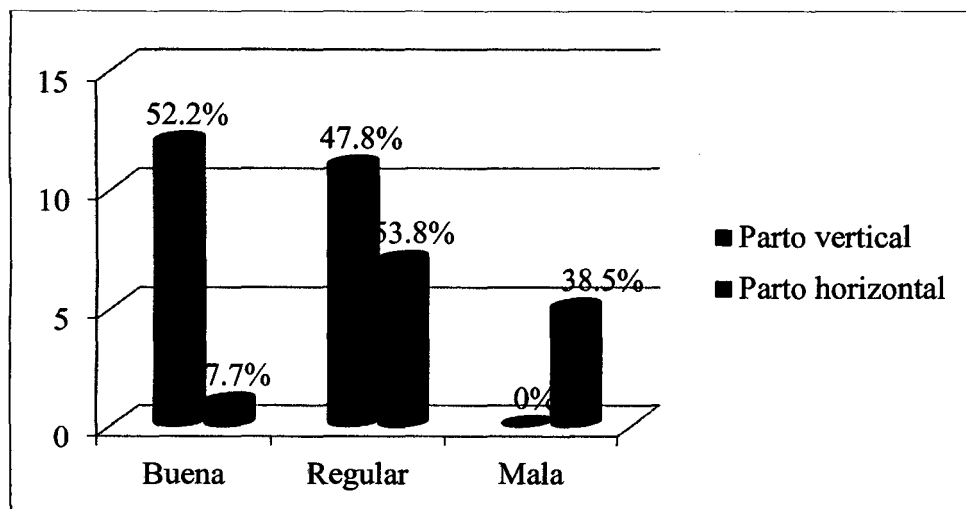
INTERPRETACIÓN: En la tabla/ gráfico 01 se observa que del 100% (23) de mujeres atendidas por parto vertical en el Centro de Salud Luya; el 91.3% (21) tienen una percepción buena y el 8.7% regular. En relación a las mujeres atendidas por parto horizontal, del 100% (13), el 69.2% (9) tienen una percepción regular y el 30.8% (4) tienen una percepción buena.

TABLA N°02: Percepción del parto vertical y horizontal según dimensión dolor en las mujeres del Centro de Salud Luya-Amazonas-2013.

PERCEPCIÓN SEGUN DIMENSIÓN DOLOR	VERTICAL		HORIZONTAL	
	fi	%	fi	%
Buena	12	52.2	1	7.7
Regular	11	47.8	7	53.8
Mala	0	0	5	38.5
TOTAL	23	100	13	100

Fuente: Cuestionario de percepción elaborado por la autora Luya-Amazonas-2013

GRÁFICO 02: Percepción del parto vertical y horizontal según dimensión dolor en las mujeres del Centro de Salud Luya-Amazonas-2013.



Fuente: Tabla N° 02

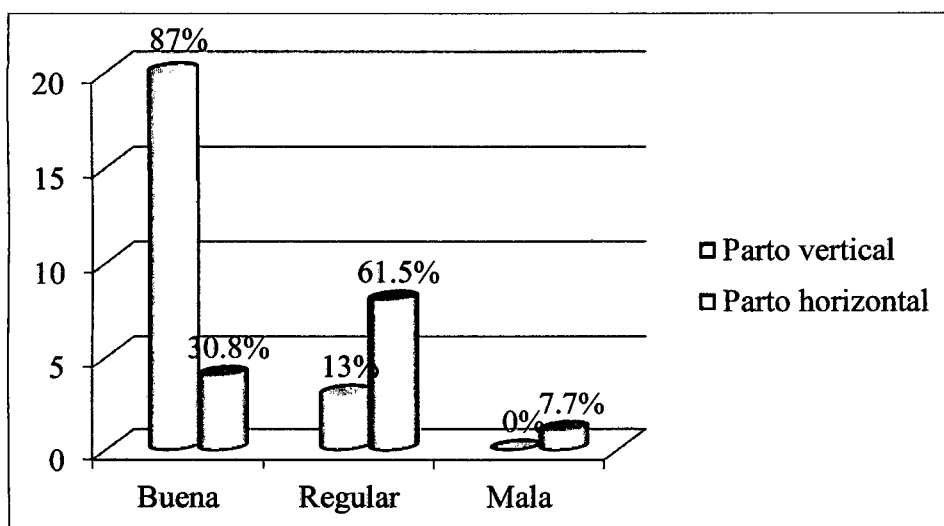
INTERPRETACIÓN: En la tabla/gráfico 02 se observa que del 100% (23) mujeres atendidas por parto vertical según dimensión dolor el 52.2% (12) tienen una percepción buena, el 47.8% (11) tienen una percepción regular, siendo el 0% las mujeres que tienen una percepción mala. En relación a las mujeres atendidas por parto horizontal según dimensión dolor el 53.8% (7) tienen una percepción regular, el 38.5% (5) tienen una percepción mala y el 7.7% (1) tienen una percepción buena.

TABLA N° 03: Percepción del parto vertical y horizontal según dimensión seguridad en las mujeres del Centro de Salud Luya-Amazonas-2013.

PERCEPCIÓN SEGÚN DIMENSIÓN SEGURIDAD	VERTICAL		HORIZONTAL	
	fi	%	fi	%
Buena	20	87	4	30.8
Regular	3	13	8	61.5
Mala	0	0	1	7.7
TOTAL	23	100	13	100

Fuente: Cuestionario de percepción elaborado por la autora Luya-Amazonas-2013

GRÁFICO 03: Percepción del parto vertical y horizontal según dimensión seguridad en las mujeres del Centro de Salud Luya-Amazonas-2013.



Fuente: Tabla N° 03

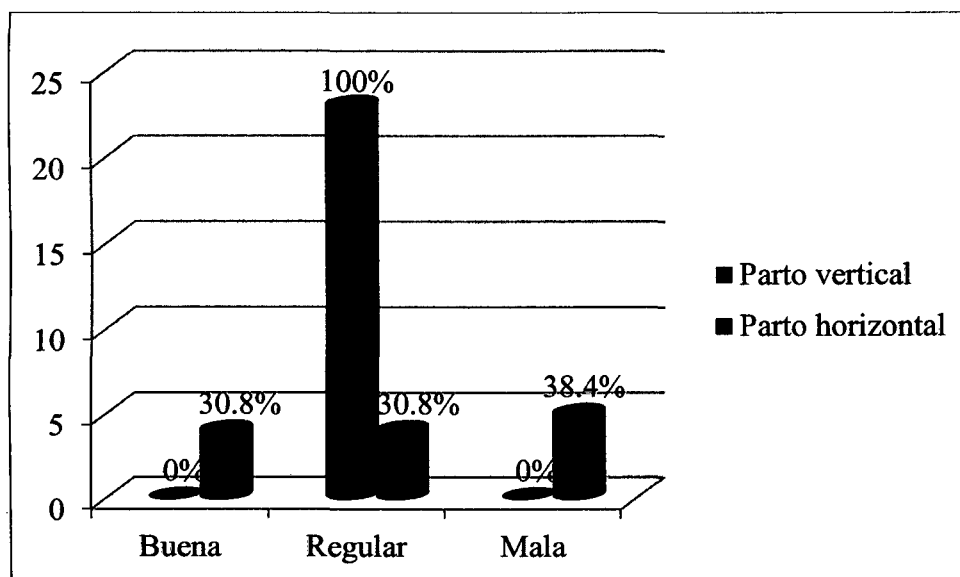
INTERPRETACIÓN: En la tabla/ gráfico 03 se observa que del 100% (23) mujeres atendidas por parto vertical según dimensión seguridad el 87% (20) tienen una percepción buena, el 13% (3) tienen una percepción regular, siendo el 0% las mujeres que tienen percepción mala. En relación a las mujeres atendidas por parto horizontal según dimensión seguridad del 100% (13), 61.5% (8) tienen una percepción regular, el 30.8% (4) tienen una percepción buena y el 7.7% (1) tienen una percepción mala.

TABLA N°04: Percepción del parto vertical y horizontal según dimensión facilidad en las mujeres del Centro de Salud Luya-Amazonas-2013.

PERCEPCIÓN SEGÚN DIMENSIÓN FACILIDAD	VERTICAL		HORIZONTAL	
	fi	%	fi	%
Buena	0	0	4	30.8
Regular	23	100	4	30.8
Mala	0	0	5	38.4
TOTAL	23	100	13	100

Fuente: Cuestionario de percepción elaborado por la autora Luya-Amazonas-2013

GRÁFICO N° 04: Percepción del parto vertical y horizontal según dimensión facilidad en las mujeres del Centro de Salud Luya. Amazonas-2013.



Fuente: Tabla N° 04

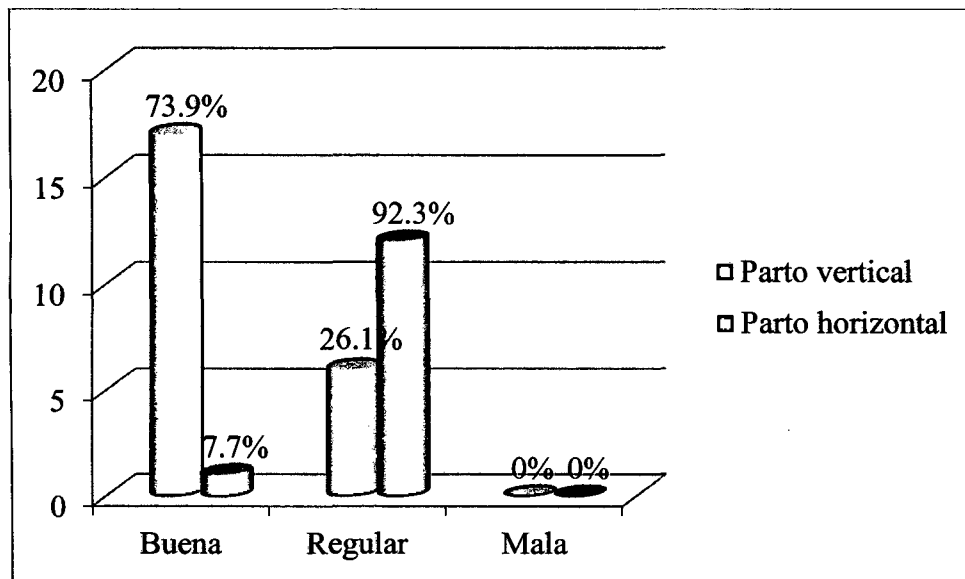
INTERPRETACIÓN: En la tabla/gráfico 04. se observa que del 100% (23) de mujeres atendidas por parto vertical según dimensión facilidad, el 100% (23) tienen una percepción regular. En relación a las mujeres atendidas por parto horizontal según dimensión facilidad del 100% (13) de mujeres que experimentaron este tipo de parto, el 38.4% (5) tienen una percepción mala, el 30.8% (4) tienen una percepción buena y el 30.8% (4) tienen una percepción regular.

TABLA N°05: Percepción del parto vertical y horizontal según dimensión satisfacción en las mujeres del Centro de Salud Luya-Amazonas-2013.

PERCEPCIÓN SEGÚN DIMENSIÓN SATISFACCIÓN	VERTICAL		HORIZONTAL	
	fi	%	fi	%
Buena	17	73.9	1	7.7
Regular	6	26.1	12	92.3
Mala	0	0	0	0
TOTAL	23	100	13	100

Fuente: Cuestionario de percepción elaborado por la autora Luya-Amazonas-2013

GRÁFICO N° 05: Percepción del parto vertical y horizontal según dimensión satisfacción en las mujeres del Centro de Salud Luya-Amazonas-2013.



Fuente: Tabla N° 05

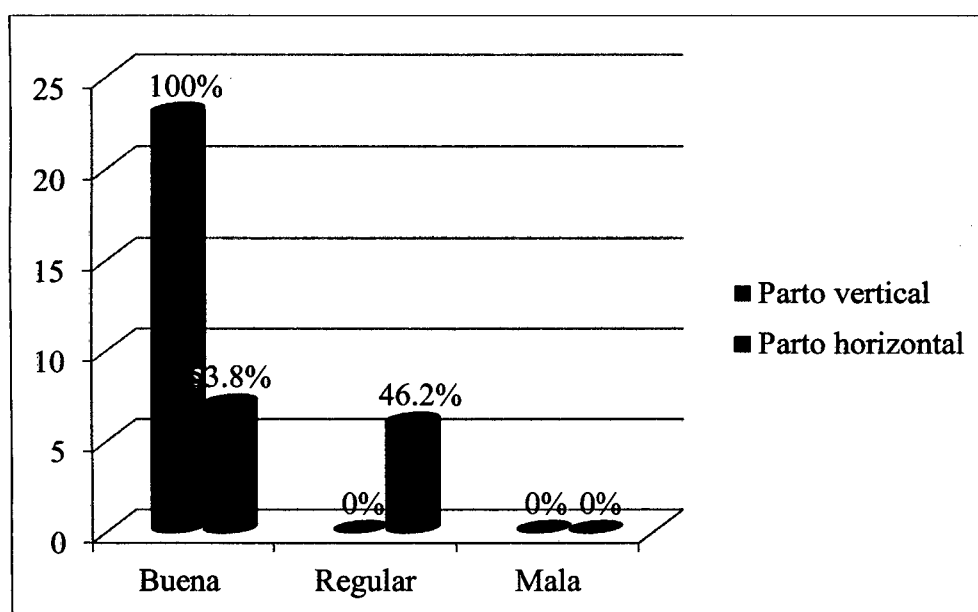
INTERPRETACIÓN: En la tabla/gráfico 05 se observa que del 100% (23) de mujeres atendidas por parto vertical en la dimensión satisfacción, el 73.9% (16) tienen una percepción buena, el 26.1% (6) tienen una percepción regular, siendo el 0% de las mujeres que tienen percepción mala. En relación a las mujeres atendidas por parto horizontal según dimensión satisfacción del 100% (13) el 92.3% (12) tienen una percepción regular y el 7.7% (1) tienen una percepción buena.

TABLA N° 06: Percepción del parto vertical y horizontal según dimensión acompañamiento familiar en las mujeres del Centro de Salud Luya-Amazonas-2013.

PERCEPCIÓN SEGÚN DIMENSIÓN ACOMPañAMIENTO FAMILIAR	VERTICAL		HORIZONTAL	
	fi	%	fi	%
Buena	23	100	7	53.8
Regular	0	0	6	46.2
Mala	0	0	0	0
TOTAL	23	100	13	100

Fuente: Cuestionario de percepción elaborado por la autora Luya-Amazonas-2013

GRÁFICO N°06: Percepción del parto vertical y horizontal según dimensión acompañamiento familiar en las mujeres del Centro de Salud Luya-Amazonas-2013.



Fuente: Tabla N° 06

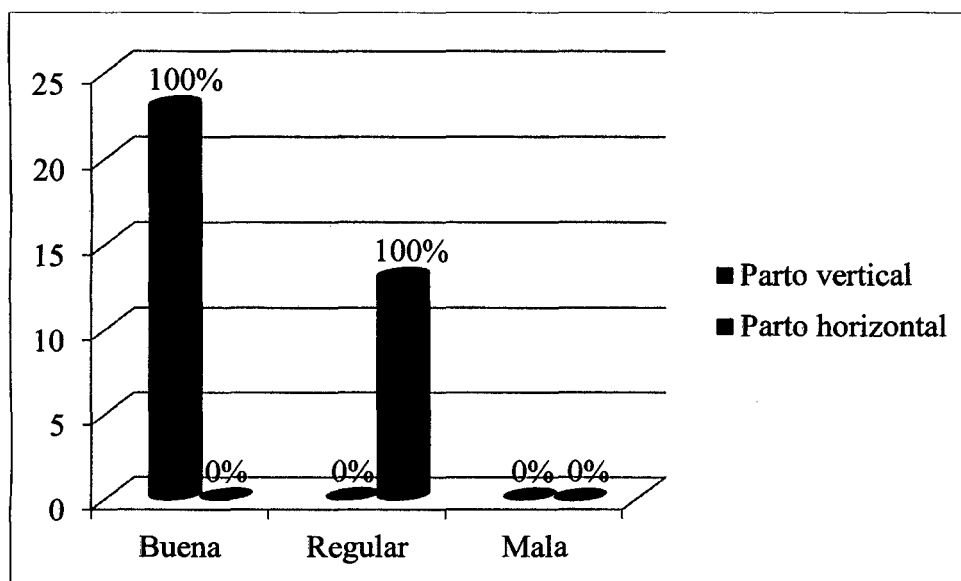
INTERPRETACIÓN: En la tabla/gráfico 06 se observa que del 100% (23) de mujeres atendidas por parto vertical según dimensión acompañamiento familiar, el 100% (23) tienen una percepción buena. En relación a las mujeres atendidas por parto horizontal según dimensión acompañamiento familiar del 100% (13); el 53.8% (7) tienen una percepción buena y el 46.2% (6) tienen una percepción regular.

TABLA N° 07: Percepción del parto vertical y horizontal según dimensión creencias y costumbres en las mujeres del Centro de Salud Luya-Amazonas-2013.

PERCEPCION SEGÚN DIMENSION CREENCIAS Y COSTUMBRES	VERTICAL		HORIZONTAL	
	fi	%	fi	%
Buena	23	100	0	0
Regular	0	0	13	100
Mala	0	0	0	0
TOTAL	23	100	13	100

Fuente: Cuestionario de percepción elaborado por la autora Luya-Amazonas-2013

GRÁFICO N°07: Percepción del parto vertical y horizontal según dimensión creencias y costumbres en las mujeres del Centro de Salud Luya-Amazonas-2013.



Fuente: Tabla N° 07

INTERPRETACIÓN: En la tabla/ gráfico 07 se observa que del 100% (23) de mujeres atendidas por parto vertical en la dimensión creencias y costumbres el 100% (23) tienen una percepción buena, siendo el 0% las mujeres que tienen percepción regular y mala. En relación las mujeres atendidas por parto horizontal; el 100% (13) tienen una percepción regular.

V. DISCUSIÓN

En la tabla/ gráfico 01 se observa que del 100% (23) de mujeres atendidas por parto vertical en el Centro de Salud Luya; el 91.3% (21) tienen una percepción buena y el 8.7% (2) tiene una percepción regular, siendo el 0% las mujeres que tienen una percepción mala. En relación a las mujeres atendidas por parto horizontal, del 100% (13), el 69.2% (9) tienen una percepción regular y el 30.8% (4) tienen una percepción buena.

Al respecto Boldt, P. (2009). Chile. En su estudio titulado “Evaluación de los efectos de técnicas aplicadas en el modelo de atención humanizada del parto, a usuarias atendidas en la maternidad del hospital de paillaco”. Tomando como muestra a 22 mujeres gestantes, encontró que de las cuales 54.5% (12) eligió la posición vertical y el 45.5% (10) eligió la posición horizontal. Los resultados fueron que del total el 77.3% (17) volvería a elegir la posición vertical y el 22.7% (5) la posición horizontal.

Según Flores, G. 2011(Perú). Manifiesta que con la práctica del parto horizontal, no solo se perdió la naturalidad del parto tradicional sino también poco a poco se ha ganado la desconfianza de muchas mujeres debido al temor que presentan al tener que mostrarse ante el personal de salud y no encontrar respeto por sus creencias y culturas. En tal sentido en la actualidad se está dando el privilegio a que sean las gestantes las que elijan la posición en la que encuentren mayor satisfacción para dar a luz y así el parto no se convierta en algo traumático para las mujeres, sino más bien en un deseo único de ser madre a pesar del dolor que pueda existir.

Finalmente en los estudios antes mencionados se encontraron que las mujeres que pasaron la experiencia del parto vertical y horizontal, el mayor porcentaje volvería a elegir la posición vertical y en un menor porcentaje la posición horizontal. Y en el presente estudio se concluye que el mayor porcentaje de mujeres que pasaron la experiencia del parto tienen una percepción buena respecto al parto vertical y regular respecto al parto horizontal. Esto se debe a que muchas mujeres tienen la idea de que el parto en posición vertical es algo natural donde favorece la participación activa de la parturienta y sobre todo rodea un ambiente cálido y seguro. También existen ventajas por el parto en posición vertical, se dice que es la mejor opción, debido a que existe respeto por la realidad que los rodea; el personal de salud no busca sus propias conveniencias si no por el contrario busca satisfacer las necesidades de la parturienta en todos los aspectos.

En la tabla/gráfico 02 se observa que del 100% (23) mujeres atendidas por parto vertical según dimensión dolor el 52.2% (12) tienen una percepción buena, el 47.8% (11) tienen una percepción regular, siendo el 0% las mujeres que tienen una percepción mala. En relación a las mujeres atendidas por parto horizontal según dimensión dolor el 53.8% (7) tienen una percepción regular, el 38.5% (5) tienen una percepción mala y el 7.7% (1) tienen una percepción buena.

Al respecto Andrade Sampaio, A. y et.al. (2003). Chile. En su estudio exploratorio descriptivo titulado “Atención humanizada del parto de adolescentes: Norma, deseo o realidad” que tuvo por objetivo analizar la atención al parto bajo la mirada de embarazadas adolescentes, en la perspectiva de la humanización. Teniendo como muestra a 30 adolescentes, de las que se obtuvo resultados que 63,3% (19) de las embarazadas adoptaron la posición horizontal durante el parto, seguido de 36,7% (11) que eligió la posición horizontal. De los cuales el 63,3% afirmaron haber recibido del equipo de enfermería, algún recurso para minimizar los dolores del parto; sin embargo, 36,7% de las embarazadas no recibieron cualquier medio de alivio para minimizar sus dolores. Llegaron a la conclusión que en el parto vertical el área del canal de parto puede aumentar hasta en un 30% más que en el parto horizontal. En la posición horizontal, el peso del útero grávido reduce el flujo sanguíneo placentario por la compresión de la arteria aorta descendente y de la vena cava inferior.

Al respecto Torres Matus. L. (2003). Argentina. En su estudio titulado “Elementos de la tradición socio-cultural en torno al embarazo, parto y cuidado del recién nacido en mujeres dentro del programa de parto natural”. Manifiesta que en el parto en la posición vertical llamado también natural existe el trabajo previo del personal de salud con la embarazada que implica una serie de ejercicios de relajación y de respiración durante las etapas finales del mismo para controlar el dolor y asumir el trabajo de parto en un estado psico-fisio-emocional pleno.

Asimismo según el “Plan Nacional de Salud: Política intercultural de la Secretaría de 2007-2012” dentro de los periodos del parto vertical exactamente el periodo de dilatación dice. La mujer debe elegir la posición que prefiera. No se recomienda la posición supina durante la fase de dilatación porque presenta una serie de problemas desde el punto de vista fisiológico. El caminar o estar de pie estimula las contracciones, favorece el descenso

del feto y la dilatación del cuello uterino haciendo que las contracciones sean más eficientes y menos dolorosas.

Al respecto Gonzales y Rangel. (2002). Chile. Afirma el parto es un proceso sumamente doloroso, donde la misión del personal que lo atiende es evitar casi a toda costa ese dolor, para no ser considerado como inhumano. Se espera de la mujer embarazada que se interne tranquila y confiadamente en una clínica de maternidad cuando sienta los primeros dolores, cediendo luego toda responsabilidad y actividad al personal de salud, quien por lo general determina cuándo debe producirse el parto, por mutua conveniencia de fechas.

Analizando los estudios desarrollados con los resultados encontrados se indica que existe una percepción buena con respecto a tolerar el dolor en la posición vertical. En el parto horizontal la percepción que tienen con respecto al dolor es entre regular y mala. Una de las causas que asumen las mujeres que pasaron la experiencia del parto con respecto al dolor y manifiestan que el parto vertical es menos doloroso, se debe a que el personal de salud realiza diversas actividades de relajación, deambulación, entre otros, con el fin de controlar el dolor y asumir el trabajo de parto en un estado psico-fisio-emocional pleno. En el parto horizontal el personal de salud no pone en práctica las actividades de relajación; si lo realiza es en un mínimo porcentaje.

En la tabla/ gráfico 03 se observa que del 100% (23) de mujeres atendidas por parto vertical según dimensión seguridad el 87% (20) tienen una percepción buena, el 13% (3) tienen una percepción regular, siendo el 0% las mujeres que tienen percepción mala. En relación a las mujeres atendidas por parto horizontal según dimensión seguridad del 100% (13), 61.5% (8) tienen una percepción regular, el 30.8% (4) tienen una percepción buena y el 7.7% (1) tienen una percepción mala.

Al respecto la OPS en el año 1999, hace referencia a tener un parto seguro y criar hijos saludables y deja en claro que el dar a luz y nacer son momentos decisivos para la vida del ser humano, se hace necesario entonces, la presencia de profesionales formados con enfoque de género y equidad, competentes, capaces de apoyar y reforzar emocionalmente a la mujer, educar, así como de respetar y hacerla participe en la toma de decisiones, para que la mujer tenga la oportunidad de protagonizar su propio cuidado en mantener su bienestar y el de su feto, que parece haberle sido arrebatado por la excesiva y a veces innecesaria intervención.

Torres Matus. L. (2003). Menciona que la humanización del parto implica generar vínculos que produzcan sensación de seguridad y protección en las personas. Es abrir la atención de salud a una interacción participativa, igualitaria, equitativa.

Cabrera, J. 2003. Chile. En su estudio titulado “Realidad y expectativa en torno a la atención del parto en Chile. Renacer del parto natural”. Refiere es necesario devolverle al nacimiento su verdadero sentido. Dar a luz plenamente es posible si le devolvemos a la mujer la seguridad perdida, preparándola para el nacimiento, rodeándola de un ambiente cálido y dejándola asumir la tarea de acuerdo a sus propias convicciones y necesidades.

Calderon, J. et.al (2006-2007). Perú. En su estudio titulado: “Parto vertical: retornando a una costumbre ancestral” Llegaron a las conclusiones: El parto vertical ofrece ventajas significativas frente al parto horizontal, ofreciéndole a la parturienta un expulsivo más corto, menos doloroso, más cómodo y más satisfactorio.

Los resultados encontrados sobre la percepción en cuanto a dimensión de seguridad es que las mujeres atendidas durante el parto en posición vertical tienen la plena seguridad de enfrentar las etapas del parto, lo cual coincide con estudios encontrados donde manifiesta que la mujer sentirá seguridad siempre y cuando se le devuelva al nacimiento su verdadero sentido y se tome en cuenta la interacción participativa, igualitaria, equitativa con la parturienta. Asimismo algunos autores asumen que el expulsivo es más satisfactorio en el parto vertical y coincide con los resultados obtenidos.

En la tabla/gráfico 04 se observa que del 100% (23) de mujeres atendidas por parto vertical según dimensión facilidad, el 100% (23) tienen una percepción regular. En relación a las mujeres atendidas por parto horizontal según dimensión facilidad del 100% (13) de mujeres que experimentaron este tipo de parto según dimensión facilidad, el 38.5% (5) tienen una percepción mala, el 30.8% (4) tienen una percepción buena y el 30.8% (4) tienen una percepción regular.

Al respecto Andrade Sampaio. (2008). Revela que dar a luz en posición vertical es más fácil debido a que la superficie del área del canal de parto puede aumentar en hasta el 30% cuando la mujer pasa de la posición acostada para la posición en cuclillas. A diferencia de la posición horizontal, el peso del útero grávido reduce el flujo sanguíneo placentario por la compresión de la arteria aorta descendente y de la vena cava inferior la cual retarda más la salida del feto.

Según la Norma técnica para la atención de parto vertical con adecuación intercultural: Ministerio de salud, 2005, asume. En la posición vertical el útero de la gestante, al no comprimir los grandes vasos, la aorta y la vena cava, no ocasiona alteraciones en la circulación materna y en la irrigación placentaria; y por ende no afecta la cantidad de oxígeno que recibe el feto. Existe un mejor equilibrio ácido base fetal en el periodo de dilatación y en el expulsivo facilitando la transición de fetoneonatal.

En el parto horizontal Según: Plan Nacional de Salud: Política intercultural de la Secretaría de 2007-2012). Asume que la ventaja de esta posición es que favorece la comodidad del médico en la atención del parto, la cual es importante para su óptimo desempeño.

Torres Matus. L. (2003) Afirma que, la mujer toma una posición activa, es decir, ella se hace parte de su proceso de parto, asume las posiciones que a ella le acomodan mejor y que percibe que son a la vez benéficas para su hijo, puede desplazarse o caminar durante el pre-parto, tiene un apoyo afectivo fuerte, muy importante durante los momentos en que se enfrenta con el dolor, que puede ser llevado a cabo por la pareja o por una persona cercana, familiar o amigo.

BoldtVeloso, P. A.(2009). Manifiesta que el parto en posición vertical se asocia a una reducción en la duración de la fase II del trabajo de parto, por contracciones uterinas más fuertes y mejor acomodación del feto a su paso por la pelvis.

Edianez, M y Odaléa. (2009). Perú.En su estudio titulado percepción de las puérperas sobre la vivencia del parto en la posición vertical y horizontal, encontró que la percepción que tienen las puérperas es que la posición vertical es más cómoda; favorece la movilidad y reduce el esfuerzo de expulsión; favorece la participación de la parturienta; En lo que se refiere a la posición horizontal, los aspectos positivos fueron: el parto es más rápido, genera seguridad y sensación de ser ayudada.

Los estudios ya encontrados tienen cierta relación con los resultados obtenidos ya que en el parto vertical existe mayor facilidad para dar a luz, las contracciones uterinas son más fuertes y existe mejor acomodación del feto a su paso por la pelvis. En el parto horizontal el peso del útero grávido reduce el flujo sanguíneo placentario por la compresión de la arteria aorta descendente y de la vena cava inferior la cual retarda más la salida del feto. Asimismo autores manifiestan que en el parto vertical existe la dificultad de ser ayudada por el personal de Salud tal como lo indica los resultados encontrados en el presente

estudio y en el parto horizontal el personal de salud tiene la plena facilidad para ayudar en la salida del feto; lo cual puede afectar en el cuidado óptimo para con la parturienta y el neonato siendo también importante para disminuir las complicaciones.

En la tabla/gráfico 05 se observa que del 100% (23) de mujeres atendidas por parto vertical en la dimensión satisfacción, el 73.9% (16) tienen una percepción buena, el 26.1% (6) tienen una percepción regular, siendo el 0% de las mujeres que tienen percepción mala. En relación a las mujeres atendidas por parto horizontal según dimensión satisfacción del 100% (13); el 92.3% (12) tienen una percepción regular y el 7.7% (1) tienen una percepción buena.

Al respecto Cabrera, J.(2003). En su estudio los resultados fueron la completa satisfacción de un grupo de 22 primigestas que dieron a luz sin medicalización.

Andrade Sampaio A. et.al.(2008). Revela que las necesidades y expectativas de las mujeres acerca de la atención que desean solamente satisfacer sus necesidades afectivas (cariño, atención, afecto y comprensión) y de desarrollo (aprendizaje) para poder encontrar satisfacción durante el parto.

También Flores, G. (2011). Manifiesta que en la actualidad se está dando el privilegio a que sean las gestantes las que elijan la posición en la que mayor satisfacción para dar a luz y así el parto no se convierta en algo traumático para las mujeres sino más bien en un deseo único de ser madre a pesar del dolor que pueda existir.

Se concluye que los resultados obtenidos son verídicos con los estudios de otros autores antes mencionados debido a que la satisfacción de la mujer en el trabajo de parto involucra al personal de salud que atiende, quien es el que debe cumplir con las necesidades de la parturienta. En tal sentido hay mucho por hacer con la atención humanizada del parto para lo cual se necesita profesionales sensibilizados y comprometidos para mejorar la calidad de la atención de parto.

En la tabla/gráfico 06 se observa que del 100% (23) mujeres atendidas por parto vertical según dimensión acompañamiento familiar, el 100% (23) tienen una percepción buena, siendo el 0% que tiene una percepción regular y mala. En relación a las mujeres atendidas por parto horizontal según dimensión acompañamiento familiar del 100% (13) de mujeres atendidas por parto horizontal; el 53.8% (7) tienen una percepción buena y el 46.2% (6) tienen una percepción regular.

Al respecto Torres Matus. L. (2003). Menciona que con el Parto Natural, lo que se busca es reorientar los esfuerzos en torno a un embarazo y un parto íntimo, revitalizando el papel de la mujer como un agente activo, además de incluir a toda la familia en el proceso que busca ser experimentado dentro del ciclo vital de vida. Esto implica una nueva concientización, una nueva forma de ver el embarazo y el parto, asumiendo que el nuevo ser que viene es un ser humano que necesita un mayor involucramiento tanto de la familia como de los padres, un mayor contacto afectivo y una nueva manera de percibir la vida.

Con el parto natural se busca la asistencia profesional en todo momento, tanto en el momento de trabajo de parto y en el período expulsivo, atendiendo a la mujer en su proceso espontáneo. Se busca finalmente una interacción precoz entre la madre y el hijo, con una lactancia en los primeros minutos después del alumbramiento. En este trabajo específicamente se habla de la tecnología adecuada para la atención del parto, que intenta situar el accionar médico en su medida adecuada, dejando el papel activo a la madre. Tanto las parejas, la familia y el personal dan apoyo y asistencia, cumpliendo un rol importante.

También la Norma técnica para la atención de parto vertical con adecuación intercultural: Ministerio de salud, 2005. Menciona que el personal debe permitir el ingreso de un acompañante elegido por la parturienta, que puede ser su pareja, madre, suegra, partera u otro familiar.

Al respecto URIBE, et al, (2008). Chile, hace mención que por mucho tiempo una de las principales preocupaciones del programa Materno Infantil en Chile, fue aumentar la cobertura de la atención del parto institucional, para así disminuir la mortalidad materna y neonatal, esta meta se cumplió, sin embargo, el proceso del parto se asimiló como un acto quirúrgico llevándolo a la medicalización, a través de la adopción de prácticas perjudiciales e ineficaces y sobre todo pasando por desapercibido la opinión de la gestante y su familia con la implementación del parto horizontal. A raíz de esto la esencia original del parto fue diluida, desvirtualizada y amenazada tanto en su naturaleza social como cultural.

Sánchez Arnau, J. Et. al. (2012) menciona que en la década de los 80, la Organización Mundial de la Salud (OMS) instó a revisar el modelo biomédico de atención a la gestación, el parto y el nacimiento porque su medicalización no respetaba el derecho de las mujeres a recibir una atención adecuada que tuviera en cuenta sus necesidades y expectativas y fue de ahí que se ve a la mujer gestante como persona y se tienen en cuenta factores familiares,

psicológicos, sociales, ecológicos y espirituales y se valoran aspectos tales como el estado emocional, sus valores, creencias y sentido de la dignidad y autonomía durante el parto.

Boldt, P. (2009). En su estudio tomando como muestra a 22 mujeres gestantes, de las cuales 12 eligió la posición vertical y 10 eligió la posición horizontal. Los resultados respecto al acompañamiento familiar un 95% tuvo la compañía durante su trabajo de parto y solo el 10% no estuvo acompañada

Los estudios realizados coinciden con los resultados encontrados en la presente investigación. Dado que es en el parto vertical donde se toma en cuenta la necesidad que tiene la parturienta de contar con alguien de su entera confianza. Además se permite incluir a algún miembro de la familia en el proceso del ciclo vital de vida. Por otro lado, en el parto horizontal estudios encontrados resaltan que se pasa por desapercibido la opinión de la gestante y su familia, encontrándose casos en la realidad actual donde no se permite la compañía de un familiar a pesar de que el Ministerio de salud a creado la Norma técnica donde menciona que se debe hacer partícipe a algún familiar elegido por la parturienta.

En la tabla/ gráfico 07 se observa que del 100% (23) de mujeres atendidas por parto vertical según dimensión creencias y costumbres el 100% (23) tienen una percepción buena, siendo el 0% las mujeres que tienen percepción regular y mala. Del 100% (13) de mujeres atendidas en posición horizontal, el 100% (13) tienen una percepción regular.

Al respecto Flores, G. (2011). Hace mención que al dejar de lado el parto vertical y con la puesta en práctica el parto horizontal, no solo se perdió la naturalidad del parto tradicional sino también poco a poco se ha ganado la desconfianza de muchas mujeres debido al temor que presentan al tener que mostrarse ante el personal de salud y no encontrar respeto por sus creencias y culturas.

También Sánchez Arnau, J. Et. al. (2012) En su estudio menciona que con la práctica del parto vertical Se ve a la mujer gestante como persona y se tienen en cuenta factores familiares, psicológicos, sociales, ecológicos y espirituales y se valoran aspectos tales como el estado emocional, sus valores, creencias y sentido de la dignidad y autonomía durante el parto.

También Madeleine Leininger en la “teoría de la diversidad y universalidad de los cuidados culturales” la cual está basada en su convicción de que las personas de culturas diferentes pueden ofrecer información y orientar a los profesionales para recibir la clase de

cuidados que desean o necesitan de los demás. La cultura determina los patrones y estilos de vida que tiene influencia en las decisiones de las personas, esta teoría ayuda a la enfermera a descubrir y documentar el mundo del paciente y utiliza sus puntos de vista étnicos, sus conocimientos y sus prácticas en conjunción con una ética apropiada (conocimiento profesional) como base para adoptar acciones y decisiones profesionales coherentes con los modos culturales.

Se concluye que los estudios realizados anteriormente coinciden con los resultados obtenidos en el presente estudio ya que las mujeres que pasaron la experiencia del parto tienen una percepción buena del parto vertical, en cuanto a la dimensión creencias y costumbres. Dado que en esta dimensión las mujeres son respetadas, se les ve como persona, se tiene en cuenta sus valores y sus opiniones no quedan en vacío.

VI. CONCLUSIONES

1. La percepción que tienen las mujeres del Centro de Salud Luya con respecto al parto vertical el mayor porcentaje asume que es buena. En relación al parto horizontal el mayor porcentaje tiene percepción regular y en un mínimo porcentaje buena.
2. La percepción del parto según dimensión dolor en las mujeres atendidas por parto vertical se encuentran entre buena y regular. En relación al parto horizontal la percepción es entre regular y mala.
3. La percepción del parto vertical según dimensión seguridad en las mujeres del Centro de Salud Luya el mayor porcentaje tiene percepción buena y en un mínimo porcentaje regular. En relación a las mujeres atendidas por parto horizontal el mayor porcentaje tiene percepción regular.
4. La percepción del parto vertical según dimensión facilidad en las mujeres del Centro de Salud Luya se observa que las 23 mujeres encuestadas tienen una percepción regular. En relación al parto horizontal el mayor porcentaje tiene percepción mala y en un menor porcentaje entre regular y buena.
5. La percepción del parto vertical según dimensión satisfacción en las mujeres del centro de Salud Luya, el mayor porcentaje tiene percepción buena y un menor porcentaje regular. En relación al parto horizontal del mayor porcentaje su percepción es regular, siendo un mínimo porcentaje buena.
6. La percepción del parto vertical según dimensión acompañamiento familiar en las mujeres del Centro de Salud Luya, el total de mujeres encuestadas tienen una percepción buena. En relación al parto horizontal se encuentra entre buena y regular.
7. La percepción del parto vertical según dimensión creencias y costumbres en las mujeres del Centro de Salud Luya, el total de mujeres encuestadas tienen percepción buena. En relación al parto horizontal tienen percepción regular.

VII. RECOMENDACIONES

1. A LA DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD AMAZONAS.

Que haga cumplir la Norma técnica para la atención del parto vertical con adecuación intercultural, establecida por el Ministerio de Salud (MINSA), cuyo objetivo es: Establecer el marco normativo para la atención del parto vertical con adecuación intercultural en los diferentes niveles de atención de la red prestadora de servicios de Salud.

2. A LA RED DE SALUD CHACHAPOYAS.

Que supervise el correcto funcionamiento a los ambientes de sala de partos donde exista la implementación para la atención del parto vertical.

3. AL JEFE DEL CENTRO DE SALUD LUYA.

Que realice las gestiones necesarias en coordinación con las autoridades locales para la completa implementación de los ambientes de sala de partos, con todos los medios y materiales necesarios para la atención del parto vertical.

4. AL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA.

Que pongan en práctica en los lugares donde laboran las normas generales y técnicas que se deben tener en cuenta durante la atención de parto, impartiendo conocimientos teórico-prácticos y siempre respetando la idiosincrasia de las personas.

5. A LA FACULTAD DE ENFERMERÍA

Que realice la implementación óptima de un laboratorio vivencial, donde se ponga en práctica la norma técnica de atención del parto vertical establecida por el Ministerio de Salud. Para que los estudiantes tomen conciencia y no solo adquieran los conocimientos, sino más bien tengan la experiencia práctica y lo realicen cuando tengan la oportunidad de laborar como profesionales de salud.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Libros:

- ❖ Canales, Francisca. et.al. (2005). “Metodología de la investigación: Manual para el desarrollo de personal de Salud”. Edit: LIMUSA. Pág: 135-138, 145-167.
- ❖ Norma Técnica para la atención del parto vertical con adecuación intercultural: Dirección General de Salud de las Personas. Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva; Ministerio de Salud (MINSA 2005). Pág: 15-16, 19-25.
- ❖ Plan nacional de salud. (2007-2012). México “la posición tradicional de atención del parto vertical, en los servicios de salud”. Pág: (5-11, 13-16).
- ❖ Reeder, Martín y Koniak. (1992). “Enfermería Materno Infantil”. Edición: Decimoseptima. Edit: INTERAMERICANA. McGRAW-HILL. California. Pág: (492-527).
- ❖ Tomey Marriner Anita y Raile Alligow Martha. (1999). “Modelos y Teorías en Enfermería”. Edición. cuarta. Edit: HarcourtBrace. España. Pág. 271-273.

Revistas:

- ❖ Burgo, Carlos (2004). Argentina Parir con Pasión. Escenarios, escenas y protagonistas del parto y nacimiento: Disponible en <http://www.Disponible.revistaesalud.com/index.php/revistaesalud/article/view/366/719> Accesado el 25-09-2012.
- ❖ Cabrera Ditzel, Jorge. (2003). Chile. “Realidad y expectativa en torno a la atención del parto. Renacer del parto natural. Disponible en: <http://sisbid.uig.edu.pe/atencion-parto/pdf>. Accesado el 20-03-2013.
- ❖ Edianez, Michele, Gayeski y Odaléa, María Bruggemann (2009). España. “Percepciones de puérperas sobre la vivencia durante el parto en la posición vertical y horizontal”. <http://www.revista.org.pe/scielo.php?pid=S1726-463420090.pdf>. Accesado el 25-09-2012.

- ❖ Sánchez Arnau José y Bustamante Carlos. (2012). Madrid. “los conceptos del parto natural y humanizado”. Disponible en: <http://www.edoiioo.com.er/revistas-publicadas-sánchez.pdf>. Accesado el 09-02-2013.

Sitios en red

- ❖ Andrade Sampaio Andrea, De vascoceles Silva Angela Regina y Ferreira Moura Raquel. (2008). Chile. “Atención humanizada del parto de adolescentes: ¿norma deseo o realidad?”. Disponible en [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?sci-arttext.ing=es](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?-sci-arttext.ing=es). Accesado el 11-03-2013.
- ❖ Boldt, P. (2009). Chile. “Evaluación de los efectos de técnicas aplicadas en el modelo de atención humanizada del parto, a usuarias atendidas en la maternidad del hospital de paillaco”. Disponible en <http://unmsm.edu.pe/bestubio/ginecología/vol1154.pdf>. Accesado el 25-09-2012.
- ❖ Calderón Juan, Bravo José, Albinagorta Roberto y Flores Carlos (2006-2007). Perú “Parto vertical: Retornando a una costumbre ancestral”. Disponible en: http://www.holistika.net/parto_natural/oms/cuidados_en_el_parto_normal.ms.asp. Accesado el 11-03-2013.
- ❖ Casares José, Roselló Antonio y Maiche Darío. (1998). Brasil. “Modelos teóricos y neurociencia cognitiva de la percepción” disponible en <http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2009/fmb687e/doc/fmb687e.pdf> accesado el 28 - 11- 2012.
- ❖ Flores, Gonzalo (2011). Perú. “Parto humanizado vertical. Equipo interdisciplinario. Prevención en salud y enfermedad”. Disponible en <http://es.scribd.com/doc/85489462/Atencion-Parto-Vertical.27sp>. Accesado el 18-10-2012.
- ❖ Gonzales Pedro y Rangel Oscar. (2010). Perú. “Tipos de percepción”. Disponible en <http://www.scielo.sa.cr/pdf/rcsp/v20n2/art2v20n2.pdf>. Accesado el 20-03-2013.
- ❖ Real Academia de la lengua española. (2010). Vigésima segunda edición. <http://lema.rae.es/drae/?val=definición%20percepcion>. Accesado el 23-03-2013.

- ❖ Tineo Alicia. (2011). Perú. “Galería de Enfermería: Clasificación del parto”. Disponible en <Http://Galería de Enfermería/. Clasificación del parto.mht>. Accesado el 20-03-2013.

- ❖ Torres Matus, Leonel, Ayllón Sonia, Vallejo Marcelo, Kirsten Hansen-Day y Compton Mentor Fellow (2003). Argentina “Parirás sin dolor: poder médico, género y política en las nuevas formas de atención del parto”. Disponible en: <Http://www.aadaih.com.ar/publicaciones/monografías-parto-Ledesma>. Accesado el 22-03-2013.

- ❖ Oyarzun, et al 2007. Citado por Boldt, P. (2009). Chile. “Evaluación de los efectos de técnicas aplicadas en el modelo de atención humanizada del parto, a usuarias atendidas en la Maternidad del hospital de paillaco”. Disponible en: <http://unmsm.edu.pe/bestudio/ginecología/vol154-nl/pdf/A11V54N1.pdf>. Accesado el 25-09-2012.

- ❖ Uribe, et al, 2008. Citado por Boldt, P. (2009). Chile. “Evaluación de los efectos de técnicas aplicadas en el modelo de atención humanizada del parto, a usuarias atendidas en la Maternidad del hospital de paillaco”. Disponible en: <http://unmsm.edu.pe/bestudio/ginecología/vol154-nl/pdf/A11V54N1.pdf>. Accesado el 25-09-2012.

- ❖ Vargas Melgarejo Luz María. (1994). Brasil “Sobre el concepto de percepción” disponible en: <http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=s1726-concepco de percepcion &script=sci. arttext>. Accesado el 28-11-2012.

ANEXO 1

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLE

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	CATEGORÍAS	ESCALA
V1: Percepción del parto vertical y horizontal	Es el proceso cognitivo de la conciencia que consiste en el reconocimiento, interpretación y significación para la elaboración de juicios en torno a las sensaciones obtenidas del ambiente físico y social. (Vargas, M 1994).	“Proceso cognoscitivo a través del cual los sujetos captan información del entorno permitiéndole formar una representación mental de la realidad (experimentada, observada), referente al parto vertical donde el personal de salud que atiende se coloca delante o detrás de la gestante, espera y atiende el parto; y que puede ser medido.	Dolor Seguridad Facilidad.	-Sensación personal y subjetiva -Sensación incomoda -Ausencia de riesgos -Confianza en algo o alguien -Sensación de tranquilidad -Ausencia de cualquier amenaza. -Calidad de fácil. -Realizar actividades sin esfuerzo	Buena (40-48) Regular (32-39) Mala (24-31)	Dicotómica -Si: 2 -No: 1

			<p>Satisfacción.</p> <p>Acompañamiento familiar.</p> <p>Costumbres y creencias.</p>	<p>-Sentimiento de bienestar o placer.</p> <p>-Necesidad satisfecha</p> <p>-Genera mayores posibilidades y perspectivas frente a los conflictos.</p> <p>-contribuye en el desarrollo de habilidades para tomar decisiones y resolver dificultades</p> <p>-culturalmente aprobadas y aceptables</p> <p>-Valoración de un individuo en relación a algo.</p>	<p>Según dimensiones</p> <p>Buena (8)</p> <p>Regular (6-7)</p> <p>Mala (4-5)</p>	
--	--	--	--	---	---	--



ANEXO 02.

UNIVERSIDAD NACIONAL TORIBIO RODRÍGUEZ DE MENDOZA DE AMAZONAS



FACULTAD DE ENFERMERÍA.

FORMULARIO DE CUESTIONARIO

PERCEPCIÓN DEL PARTO VERTICAL Y HORIZONTAL EN LAS MUJERES DEL CENTRO DE SALUD LUYA-AMAZONAS - 2013.

- I. PRESENTACIÓN.** El presente formulario de cuestionario cuyo objetivo es identificar la percepción que tienen las mujeres frente al parto vertical y horizontal. Responda por favor con mucha sinceridad y veracidad los siguientes ítems, ya que esto permitirá cumplir los objetivos de la investigación.
- II. INSTRUCCIONES:** A continuación se presentan una serie de ítems relacionados con el tema, llenar los espacios en blanco y marcar con un aspa(x) donde corresponde. Para responder marque donde indica SI o NO según crea conveniente de acuerdo a la frecuencia con que le ocurren las situaciones planteadas.

III. DATOS GENERALES:

Edad.....

Estado civil: Soltera () Casada () Viuda () Divorciada ()

Religión.....

Nro. de hijos.....

Ultimo parto atendido: Vertical () Horizontal ()

CONTENIDO PROPIAMENTE DICHO

Nro.	ITEMS	SI	NO
	Dolor		
1	Cree usted que el dolor de parto fue extremadamente doloroso y que disminuía conforme realizaba el pujo.		
2	Fue necesario la ingesta de algún calmante para disminuir el dolor durante su parto		
3	El dolor que sintió durante el parto cree usted que alteró su estado de ánimo.		
4	El dolor que sintió al iniciar el parto alteró su estado físico(evitó que camine, que se movilice)		
	Seguridad		
5	En la posición que dió a luz se sintió usted segura de poder realizar el procedimiento.		
6	En la posición que dió a luz sintió usted confianza de sí misma para poder hacer frente al parto.		
7	Según su experiencia cree usted que el ambiente de sala de partos genera confianza y seguridad durante el parto.		
8	En la posición que dió a luz cree usted que las personas que lo atendieron le brindaron confianza y seguridad.		
	Facilidad		
9.	La posición en la que dió a luz cree usted que es más fácil para hacer frente a la expulsión (salida del bebe).		
10.	En la posición que dió a luz cree usted que existió más dificultad para pujar		
11.	El momento de dar a luz cree usted que existió mayor dificultad para ser atendida por el personal de salud.		
12.	El personal de salud que lo atendió le brindo la facilidad para deambular (caminar) al iniciar el parto.		
	Satisfacción		
13.	La posición que dió a luz cree usted que fue agradable, y encontró satisfacción a pesar del dolor que sintió.		
14.	La posición que dió a luz si se presentará el caso volvería a ponerla en práctica nuevamente.		
15.	Está conforme con la atención brindada por el personal de salud durante su parto.		
16.	Si se presentará el caso de dar a luz nuevamente elegirías que el personal de salud		

	que lo atendió vuelva hacerlo.		
	Acompañamiento familiar.		
17.	Durante su parto cree usted que es importante la compañía de algún familiar de su entera confianza.		
18.	Durante su parto el personal de salud que lo atendió permitió que lo acompañe algún miembro de su familia.		
19.	Cree usted que la presencia del familiar genera más confianza para hacer frente al parto.		
20.	Cree usted que el apoyo psicológico del familiar le ayudó a mantenerse tranquila y soportar el dolor.		
	Creencias y costumbres.		
21.	En la posición que dió a luz cree usted que va acorde con sus costumbres y creencias.		
22.	En la posición que dió a luz cree usted que tuvieron en cuenta su opinión y cree que fueron respetadas.		
23.	En la posición que dió a luz sintió un ambiente adecuado que se adapte a su realidad.		
24.	Has dado a luz rescatando las costumbres y creencias de tus antepasados.		

MUCHAS GRACIAS:

Int.de Enfermería: Margarita Chuquibala Vargas

OBSERVACIONES Y SUGERENCIAS:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Fecha: / / / .

ANEXO 03

EVALUACIÓN DE LA VALIDEZ DE LOS INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN

Para determinar la validez estadística de los instrumentos de medición, se realizó mediante el juicio de expertos, a través de expertos y a través de las pruebas estadísticas: Binomial para cada ítem (10) de la escala dicotómica y de la Z Gauss para la aceptación total del instrumento ($n = 50$), al 5% de significancia estadística.

A) PRUEBA BINOMIAL

1) Hipótesis estadísticas

Ho: $P = 50\%$ versus **Ha:** $P > 50\%$

Donde:

P es el porcentaje de respuestas de los jueces que consideran el ítem de la escala dicotómica como adecuado.

La Hipótesis alternativa (**Ha**) indica que si el ítem de la escala es adecuado (se acepta), entonces la opinión favorable de la mayoría de los expertos debe ser superior al 50%, ya que la calidad del ítem se categoriza como “**adecuado**” o “**inadecuado**”.

2) Nivel de significancia (α) y nivel de confianza (γ)

$\alpha = 0.05$ (5%); $(1 - \alpha) = \gamma = 0.95$ (95%)

3) Función de prueba

Si la hipótesis nula es verdadera, la variable X tiene distribución binomial con $n = 5$ y $P = 0.50$ (50%).

4) Regla de decisión

Se rechazará la hipótesis nula a favor de la hipótesis alterna si el valor

$P = P [X \geq x \text{ cuando } P = 0.05]$

5) Valor calculado (VC)

$$P = P [X \geq x \text{ cuando } P = 0.05] \mathbf{8.88178} (0.5)^7 (0.5)^{7-k}$$

El cálculo de ésta probabilidad acumulada hacia la derecha se obtiene a partir de la tabla de distribución binomial (Anexo N° 1 –C)

6) Decisión estadística

Para hacer la decisión estadística de cada ítem, se compara el valor P con el valor de $\alpha = 0.05$, de acuerdo a la regla de decisión (columna 6), asimismo la significación estadística de la decisión se tiene en la columna 7 de la tabla.

ITEM EVAL.	JUECES EXPERTOS				P VALOR $\leq \alpha$	SIGNIFIC. ESTAD.
	ADECUADO		INADECUADO			
	N°	%	N°	%		
	1	5	100	0	0	
2	5	100	0	0	0.03125	*
3	5	100	0	0	0.03125	*
4	5	100	0	0	0.03125	*
5	5	100	0	0	0.03125	*
6	5	100	0	0	0.03125	*
7	5	100	0	0	0.03125	*
8	5	100	0	0	0.03125	*
9	5	100	0	0	0.03125	*
10	4	100	0	0	0.03125	*
TOTAL	50	100	0	0	8.88178	*

Fuente: Apreciación de los expertos.

B) PRUEBA DE LA Z GAUSS PARA PROPORCIONES

1) Hipótesis estadística

Ho: $P = 50\%$ versus **Ha:** $P > 50\%$

Donde:

P es el porcentaje de respuestas de los jueces que consideran los ítems del instrumento de medición como adecuados.

La Hipótesis alternativa (**Ha**) indica que el instrumento de medición es válido, entonces se espera que el porcentaje de respuestas de los jueces que califican a los ítems como adecuados debe ser mayor que el 50%, ya que la calidad del ítem se establece como “**adecuado: Sí**” o “**inadecuado: No**”.

2) Nivel de significancia (α) y nivel de confianza (γ)

$\alpha = 0.05$ (5%); $(1 - \alpha) = \gamma = 0.95$ (95%)

3) Función de prueba

En vista que la variable a evaluar “validez del instrumento de medición” es nominal (cuantitativa), cuyas categorías posibles son “válido” y “no válido” y únicamente se puede calcular porcentajes o proporciones para cada categoría, y como la muestra (respuestas) es 30, la estadística para probar la hipótesis nula es la función normal o Z de Gauss para porcentajes

Donde:

Z se distribuye como una distribución normal estandarizada con media 0 y varianza 1

p es el porcentaje de respuestas de los jueces que califican a cada ítem como adecuado (éxito).

n es el número de jueces consultados (muestra)

4) Regla de decisión

Para 97% de confianza estadística y una prueba unilateral de cola a la derecha, se tiene el valor teórico de la distribución normal $VT = 1.649$. Con estos indicadores, la región de rechazo (RR/Ho) y aceptación (RA/Ho) de la hipótesis nula es:

Al 5%: RR/Ho: $VC > 1.6449$; RA/Ho: $VC < 1.6449$.

5) Valor calculado (VC)

El valor calculado de la función Z se obtiene reemplazando los valores de:

$N = 30$, $P = 50\%$ y $p = 100\%$. De donde resulta que: $VC = 8.88178$

6) Decisión estadística

Comparando el valor calculado ($VC = 8.88178$) con el valor teórico ($VT = 1.6449$) y en base a la regla de decisión, se acepta la hipótesis alternativa al 95% de confianza estadística. Con este resultado, se acepta la validez de los instrumentos de medición.

Anexo N° 02: Matriz de respuestas de los profesionales de consultados sobre los instrumentos de medición (juicio de expertos)

ITEM	EXPERTO*					TOTAL
	1	2	3	4	5	
01	1	1	1	1	1	5
02	1	1	1	1	1	5
03	1	1	1	1	1	5
04	1	1	1	1	1	5
05	1	1	1	1	1	5
06	1	1	1	1	1	5
07	1	1	1	1	1	5
08	1	1	1	1	1	5
09	1	1	1	1	1	5
10	1	1	1	1	1	5

* Respuesta de los profesionales: 1 = Si, 0 = No

PROFESIONALES CONSULTADOS

01. Méd. Ginecólogo: Conrado Montoya Pizarro.

02. Obstetra: Karin Ponce Dioses.

03. Mg: Piter Quintanilla Guillen.

04. Lic. Enf: Deysi Mego Llaja.

05. Lic. Enf: Erma Lucana Zuta.

INTERPERETACION: El valor de validez obtenido fue de 8.88178 que dicho valor supera a lo teórico (1.64) lo que indica que el instrumento es válido, además se han levantado las observaciones los juicios de expertos han sugerido.

CÁLCULO DEL VALOR - P

El valor p, se determina por $p = P(X \geq x \text{ cuando } P = 0.5)$, de la siguiente manera:

Sean:

X = Número de expertos o jueces que califican el ítem como adecuado (éxito).

n = Número de expertos consultados (ensayo).

$X \sim B(n, P)$

P = probabilidad mínima esperada para que el ítem sea adecuado ($P = 0.5$).

Como se consultaron a 5 expertos ($n = 5$), entonces, $X \sim B(5, 0.5)$.

Luego:

X	f(x)	F(x) = P(X ≤ x)	p = P(X ≥ x)
0	0.03125	0.03125	1
1	0.03125	0.1875	0.96875
2	0.3125	0.5	0.8125
3	0.3125	0.8125	0.5
4	0.03125	0.96875	0.1875
5	0.03125	1	0.03125

ANEXO 04

CONFIABILIDAD DE UN INSTRUMENTO DE MEDICIÓN FORMULA: SPLITH – HALVES-P.HOR

Item casos	PO1	PO2	PO3	PO4	PO5	PO6	PO7	PO8	PO9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	P21	P22	P23	24
C01	1	1	1	1	2	2	2	2	2	1	1	1	2	2	2	2	1	2	1	1	2	2	2	1
C02	2	1	1	1	2	2	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
C03	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2
C04	1	2	1	2	2	2	2	2	2	1	1	2	1	1	2	2	2	1	2	2	1	2	2	2

I	P	IP	I ²	P ²	I+P T	T ²
19	18	342	361	324	37	1369
22	21	462	484	441	43	1849
22	22	484	484	484	44	1936
19	21	399	361	441	40	1600
82	82	1687	1690	1690	164	6754

Formula: Split Halves

$$R_{ip} = \frac{n\Sigma IP - \Sigma I(\Sigma P)}{\sqrt{\left[n\Sigma I^2 - (\Sigma I)^2 \right] \left[n\Sigma p^2 - (\Sigma p)^2 \right]}}$$

Rip= 0.67

n= N° casos

Rip= Relación de los ítems impares con los pares

$R_{ip} = \frac{2(r_{ip})}{1 + r_{ip}} = \text{Spearman Brow}$
--

Expresa el máximo valor calculado de la confiabilidad

Rpta. 0.8

DETERMINACIÓN DE LA CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

Estadísticos de fiabilidad.

Alfa de Cronbach.	Alfa de Crombach basada en los elementos tipificados.	N° de elementos.
.858	.844	13