



Esta obra está bajo una [Licencia Creative Commons Atribución- NoComercial-CompartirIgual 2.5 Perú](http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/pe/).

Vea una copia de esta licencia en <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/pe/>

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



TESIS

**“VIVENCIAS Y PERCEPCIONES DE MUJERES QUE
TUVIERON LA EXPERIENCIA DE UN PARTO VERTICAL EN
LA COMUNIDAD NATIVA DE AUCALOMA - PROVINCIA DE
LAMAS, JUNIO – DICIEMBRE 2014”**

PARA OBTENER EL TITULO PROFESIONAL DE OBSTETRA

AUTORES:

Bach. en Obst. Cynthia Mabel Velásquez Ramírez
Bach. en Obst. Manuela de Jesús Alejandra Ríos Flores

ASESORA:

Obsta. Mg. Ana Maribel Becerril Iberico

TARAPOTO – PERÚ

2015

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTIN

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



TESIS:

**“VIVENCIAS Y PERCEPCIONES DE MUJERES QUE
TUVIERON LA EXPERIENCIA DE UN PARTO VERTICAL EN
LA COMUNIDAD NATIVA DE AUCALOMA - PROVINCIA DE
LAMAS, JUNIO – DICIEMBRE 2014”**

JURADO CALIFICADOR:

Obsta. Mg. Marina Victoria Huamantumba Palomino

Presidente

Obsta. M. Sc. Gloria Francisca Quijandría Oliva
Miembro

Obsta/ Dr. José Manuel Delgado Bardales
Miembro

DEDICATORIA

*A esas personas que con desvelos, entrega
apoyo constante, comprensión y consejos
guiaron nuestras vidas; ellos son
nuestros padres, eterna gratitud.*

*A nuestra asesora, nuestra maestra,
por su orientación y tiempo brindado
en la realización del presente trabajo.*

*A la Universidad Nacional de San Martín,
que fue nuestra segunda casa durante estos años,
en cuyas aulas nuestros docentes compartieron
conocimientos, experiencias y secretos
que encaminaran nuestra formación profesional.*

Cynthia y Alejandra

AGRADECIMIENTO

Esta investigación es el resultado del esfuerzo y dedicación no solo de sus autoras, sino también del trabajo desinteresado de otras personas, quienes de uno u otro modo han contribuido con generosidad en su realización.

En primer lugar, debemos agradecer a Dios, por habernos permitido la realización de esta investigación, la cual significa la concreción de una de nuestras metas.

Esta tesis está dedicada a nuestros padres, a quienes agradeceos de todo corazón por su amor y apoyo incondicional.

Y finalmente agradecemos a las mujeres que han tenido la experiencia de un parto vertical, por brindarnos su experiencia.

Las Autoras

INDICE

	Pág.
Dedicatoria.....	iii
Agradecimiento.....	iv
Índice.....	v
Resumen.....	vii
Abstract.....	viii
I. INTRODUCCIÓN	
1.1. Marco conceptual.....	1
1.2. Antecedentes.....	5
1.3. Bases teóricas.....	15
1.4. Justificación.....	29
1.5. Problema.....	31
II. OBSTETIVOS	
2.1. General.....	32
2.2. Específicos.....	32
2.3. Hipótesis.....	33
2.4. Operacionalización de variables.....	33
III. MATERIALES Y MÉTODOS	
3.1. Tipo de estudio.....	34
3.2. Diseño de investigación.....	35
3.3. Universo, Población y muestra.....	35

3.4.	Unidad de análisis.....	35
3.5.	Criterios de inclusión y exclusión.....	36
3.6.	Métodos y técnicas de recolección de datos.....	36
3.7.	Procedimiento.....	37
3.8.	Plan de análisis de datos.....	37
IV.	RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	38
V.	CONCLUSIONES.....	51
VI.	RECOMENDACIONES.....	52
VII.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	53
VIII.	ANEXOS.....	58

RESUMEN.

La presente investigación tuvo como objetivo analizar las vivencias y percepciones de mujeres que tuvieron la experiencia de un parto vertical en la Comunidad Nativa de Aucaloma, provincia de Lamas; junio-diciembre 2014. Estudio cualitativo, cuya metodología utilizada fue entrevista a profundidad; el instrumento de recolección de datos fue el cuestionario, mediante la entrevista semiestructurada.

El estudio tuvo como resultados: las mujeres manifestaron que no hay diferencia entre la percepción del dolor y el tiempo de dilatación con relación al trabajo de parto; pero expresaron con certeza que los partos verticales son mucho más beneficiosas que los partos horizontales, en términos de participación de la misma parturienta en el trabajo de parto, la familia o la pareja y la duración del parto. Así mismo, que existe una asociación entre el parto vertical y el parto domiciliario en la Comunidad Nativa de Aucaloma, por ser una manera tradicional de acontecer de la maternidad; la mayoría de mujeres no identificaron desventajas del parto vertical tanto para la madre como para el bebé; y manifiestan más ventajas como: no haber experimentado en el parto complicaciones, dificultades, sufrimiento o dolor; y escaso sangrado, comodidad y rapidez; las mujeres que no acuden para su atención del parto en el Centro de Salud manifiestan que no lo hacen porque no se respeta sus costumbres.

En conclusión: de una manera sencilla las mujeres de la Comunidad Nativa de Aucaloma identificaron ventajas importantes cuando manifestaron satisfacción, comodidad, rapidez, no problema, que resume todo lo que se conoce en otros estudios como ventajas del parto tradicional en posición vertical.

PALABRAS CLAVES: Percepción, vivencias, parto vertical.

ABSTRACT

This research aimed to analyze the experiences and perceptions of women who had the experience of a vertical delivery in the Native Community of Aucaloma province of Lamas; from June to December 2014. Qualitative study whose methodology was depth interviews; The data collection instrument was a questionnaire with semi-structured interview.

The study resulted in: women showed no difference between the perception of pain and the time dilation relative to labor; but they expressed with certainty that vertical births are much more beneficial than the horizontal deliveries, in terms of participation of the same woman in labor in labor, family or partner and the duration of labor. Also, an association between the vertical birth and home birth in the Native Community of Aucaloma, as a traditional way of happening of motherhood; most women did not identify disadvantages of vertical delivery for both mother and baby; and show more advantages: not having experienced childbirth complications, difficulties, suffering or pain; and little bleeding, convenience and speed; women not seeking care delivery in the health center say they do not because their customs are not respected.

In conclusion: a simple way women Native Community of Aucaloma identified important benefits when they expressed satisfaction, comfort, speed, no problem, that sums up all that is known in other studies as advantages of traditional birth upright.

KEYWORDS: Perception, experiences, vertical delivery.

“VIVENCIAS Y PERCEPCIONES DE MUJERES QUE TUVIERON LA EXPERIENCIA DE UN PARTO VERTICAL EN LA COMUNIDAD NATIVA DE AUCALOMA - PROVINCIA DE LAMAS, JUNIO – DICIEMBRE 2014”

I. INTRODUCCION.

1.1. Marco conceptual

Desde los albores de la humanidad el parto se ha realizado en distintas variantes de posición vertical como lo muestran grabados o esculturas de todas las culturas. Existen ilustraciones que muestran el diseño de las sillas usadas para el parto en posición sentada a lo largo de la Edad Antigua, Media y el renacimiento. Una de las prácticas culturales en relación a la atención del parto es la posición que adopta la mujer en el momento de dar a luz. La gran mayoría de las mujeres andinas y amazónicas prefieren la posición vertical (parto tradicional). El parto vertical es aquel en el que la gestante se coloca en posición vertical (de pie, sentada, apoyando una o dos rodillas, o de cuclillas), mientras que el personal de salud o la persona que atiende el parto se coloca delante o detrás de la gestante, espera y recibe al recién nacido. (1)

La historia del proceso del parto, que comienza desde el inicio mismo de la humanidad, ilustra su recorrido con mujeres que durante siglos eligieron sentarse o ponerse en cuclillas, de rodillas, sentada o semisentada para pujar, por lo que negarse a reconocer esta evidencia no forma parte de una

madura reflexión y sobre todo, de la toma de decisiones al respecto, es decir del apoyo sobre esta postura fisiológica (2).

La posición vertical utilizada desde siempre por diversas culturas y numerosos grupos étnicos, finalmente comienza a difundirse en países del occidente: EE. UU. (Howard, 1958); así como en América Latina, Uruguay (Caldeyro Barcia, 1974); Brasil (Paciornik, 1979) etc., y más recientemente a partir de la consideración de sus ventajas, por la OMS (WHO, 1996) (1).

El parto en diversas variantes de la posición vertical constituye una práctica milenaria de todas las culturas y vigente desde la aparición de la humanidad. En Europa occidental, en el siglo XVII comenzó la práctica de "acostar" a las mujeres para parir, probablemente para facilitar el uso del fórceps, instrumento que comenzó a usarse para ayudar en el alumbramiento, así como facilitar la atención al profesional de salud, en perjuicio de la comodidad y ventajas para la paciente y el producto (3).

Los aspectos positivos de la posición vertical son: reflejar la necesidad de las mujeres a participar activamente en la entrega, la percepción de que esta es la posición más cómoda y facilita la expulsión del feto; mientras que la posición horizontal hace más difícil estos procesos, lo que genera una percepción negativa, ya que dificulta la circulación, aumenta el sufrimiento, el cansancio y la duración del período expulsivo, trayendo como consecuencia las intervenciones obstétricas (2).

En el sistema de salud peruano, la atención del parto en posición vertical se realiza formalmente desde comienzos del decenio de 1990, aunque ya mucho antes se practicaba en el ámbito domiciliario. Hacia fines de ese decenio, el Proyecto 2000, una importante iniciativa de salud materna - infantil, emprendió diversos estudios e intervenciones para evaluar e impulsar la atención del parto vertical (1)

En el 2005, el Ministerio de Salud publicó la norma técnica que establece el marco procedimental para la atención del parto vertical. Además, el sistema de salud ha implementado y difundido en diversas zonas algunas innovaciones que consideran la introducción de prácticas tradicionales de las culturas locales, y formas de participación de la comunidad, tales como el "acompañamiento" y las casas de espera. En el Perú, la práctica de la atención vertical del parto viene siendo implementada en los establecimientos de salud de las zonas rurales como una estrategia para facilitar el acceso a los servicios de atención materna (4). Sin embargo aún falta su implementación a nivel urbano en los Hospitales, donde empezando desde el personal de salud, aún encontramos resistencia, con el argumento que no hay pruebas concluyentes de que en los partos verticales haya menos complicaciones (1). Pero es importante resaltar que cada vez hay más clínicas y especialistas que se destacan por proporcionarle a la mujer la posibilidad de dar a luz de forma tradicional o mediante el parto vertical (5). Hoy el parto vertical se está difundiendo en muchos países, y esto ha

impulsado un debate académico sobre las ventajas y desventajas de una u otra modalidad de parto (6).

En la provincia de Lamas existen muchas comunidades nativas donde aún mantiene la costumbre de dar a luz en forma vertical, atendidas por parteras, comadronas o familiares, pues para ellas esta práctica es algo normal en sus vidas. Esta provincia cuenta con 12821 mujeres en edad fértil que habitan en las diferentes comunidades nativas. El Barrio Huayco una de las comunidades nativas cuenta con un total de 1216 pobladores entre hombres y mujeres viviendo allí, las mujeres en edad fértil suman 522 y en lo que va desde el 2011 se registran 15 mujeres que tuvieron parto vertical (7).

La comunidad nativa de Aucaloma, ubicada en el Distrito de San Roque, provincia de Lamas, se encuentra vialmente muy bien comunicado con la zona urbana de las ciudades de Tarapoto y Lamas lo que otorga accesibilidad geográfica que facilita ingresar para desarrollar proyectos o estudios como el presente. Comunidad nativa en la Amazonía peruana que conserva casi sus costumbres ancestrales así como su idioma (quechua), vestimenta y tradiciones, es la comunidad que cumple con todas las características etnoculturales representativa de la ciudad de Lamas. (7)

A pesar de los numerosos estudios ejecutados sobre parto vertical en otras regiones a nivel local y regional no se cuenta con un estudio que dé cuenta desde la percepción de la mujer sobre el parto vertical, se conoce de sus

ventajas por estudios en otros lugares pero en la zona no, el presente estudio pretende dar cuenta de la experiencia que vivieron las mujeres que tuvieron su parto en posición vertical, en la comunidad nativa de Aucaloma, por ser etnoculturalmente más representativa de la provincia de Lamas.

1.2. Antecedentes

Salazar M, et.al. (1997), en su estudio con el objetivo de conocer las actitudes sobre el embarazo, parto y puerperio que tenían las mujeres residentes en la comarca de Elche (Madrid), que hubieran tenido hijos hacía más de veinte años. Se entrevistaron a treinta, con edades comprendidas entre los 48 y 87 años (media de 66,4 años); la media de partos fue de 4,6 y el nivel sociocultural era bajo; más de la mitad procedían de lugares de fuera de la comarca pero llevaban viviendo en la zona una media de 46 años. La metodología utilizada fue la entrevista semi-estructurada, utilizando un cuestionario ya validado; las entrevistas se grabaron y posteriormente transcribieron, extrayendo de todas ellas las conclusiones, de las que cabe destacar que las mujeres de este estudio tenían en común: gran número de embarazos; otorgaban gran importancia al tema de la maternidad; tuvieron partos domiciliarios y en la actualidad les inspira más confianza el parto hospitalario; describen a la matrona como la profesional que las atendía en el parto y en el puerperio y quien les bañaba al niño. (24)

Odal M, et.al. (2009) En su estudio Posición vertical en el Hospital de la Universidad Federal de Santa Catalina, Brasil, 1996 - 2008, con el objetivo

de describir la evolución del número de nacimientos en posición horizontal y vertical en la sala de maternidad del Hospital arriba mencionado, realizaron el estudio y demostraron la posibilidad de aplicación de los partos en posición vertical respecto a la elección de la mujer. A partir de los hallazgos demuestra que el parto vertical es una práctica que puede ser considerada como segura, ya que no acarrea a riesgos maternos y fetales, y se puede incorporar en todas las instituciones que prestan asistencia y asisten partos. Además resalta las muchas ventajas de esta posición como reducir el tiempo, el dolor y el malestar durante el parto, la reducción de las intervenciones obstétricas y patrones normales de frecuencia cardíaca fetal (6).

Miquelutti M, et.al. (2009), en su estudio La posición vertical durante el parto: el dolor y la satisfacción, Saude Materno Infantil, Brasil; evaluaron la posición vertical adoptada por las mujeres nulíparas durante el trabajo de parto a término, control del dolor y satisfacción. El grupo de estudio estuvo constituida por 54 mujeres que recibieron orientación y se alentó a adoptar la posición vertical mientras que al grupo control compuesto por 53 mujeres no se les dio estas instrucciones. En este estudio reportan que las mujeres en trabajo de parto tratan de encontrar diferentes posiciones como una forma de aliviar la ansiedad y el dolor y por lo tanto aumentar la comodidad. Anatómicamente, la mayor comodidad proporcionada por la posición vertical se puede explicar por el cambio en el diámetro de la pelvis en comparación con las posiciones horizontales. Es así que la percepción de

control interno por parte de las mujeres en trabajo de parto se relaciona con la intensidad del dolor y, en consecuencia, a la satisfacción. Cuanto más intenso es el dolor durante el parto, menor será la sensación de control en las mujeres. La capacidad de encontrar posiciones cómodas está directamente relacionada con la percepción de control externo y control de las contracciones, lo que aumenta la satisfacción y el bienestar(8).

Gayeski M, Brüggemann O, (2009) en su estudio Percepciones de las mujeres puérperas en los partos verticales y horizontales, Hospital de Clínicas de la Universidad Federal de Santa Catalina, Brasil, noviembre 2006 a febrero 2007. El objetivo del estudio fue conocer las percepciones de las puérperas sobre sus experiencias en partos verticales y horizontales e identificar los aspectos positivos y negativos de cada posición. Reportan que los aspectos positivos de la posición vertical fueron: una mayor comodidad, la libertad de circulación, la reducción del esfuerzo de expulsión, favorece la participación de la mujer. Los aspectos negativos fueron: malestar y falta de intervención obstétrica. Mientras que los aspectos positivos de la posición horizontal son: rapidez, los sentimientos de seguridad y de ser ayudado. Los aspectos negativos se relacionan con el malestar y la dificultad para hacer fuerza. Como podemos notar los aspectos positivos de la posición vertical y los aspectos negativos de la posición horizontal se destacan con mayor intensidad y frecuencia, y están de acuerdo con la evidencia científica (9).

Cartuche M. (2011), en su estudio con el objetivo de determinar las ventajas y desventajas del parto vertical versus parto horizontal atendidos en las comunidades indígenas; Las Lagunas, Gunudel, Tuncarta, Tambopamba, Ñamarín del Cantón Saraguro; de la Provincia de Loja, en el periodo marzo a septiembre del 2011; realizó una investigación descriptiva prospectiva. Dando a conocer que la preferencia en la forma de parto en las mujeres indígenas durante la fase expulsiva es el vertical; y la variedad de posiciones elegida por las mujeres indígenas durante la fase expulsiva es arrodillada; de las complicaciones que se presentan durante el parto, entre estas destacan desgarro y hemorragia genital escasa. Dentro de los beneficios percibidos por las mujeres durante la fase expulsiva, la expulsión del RN (Recién nacido) es rápida, mejor posición para pujar, menos hemorragias, manejo y atención pos-parto adecuado a sus costumbres, además permite desplazarse con facilidad y mejor tolerancia al dolor. (27)

Buitrón AM, et.al. (2013), en su estudio con el objetivo de determinar las ventajas del parto vertical comparado con el parto horizontal y los factores asociados a desgarros perineales; realizaron un estudio Descriptivo observacional transversal comparativo; en el Hospital Raúl Maldonado Mejía, Cayambe-Ecuador - Entre Septiembre a Noviembre del año 2012. Estudiaron 281 pacientes, de las cuales 137 tuvieron parto vertical (PV) y 144 parto horizontal (PH); llegaron a las conclusiones de que el parto vertical (PV) produce menos dolor, menos sangrado, menos complicaciones, menor porcentaje de desgarros superficiales y lo eligen

más mujeres multíparas, indígenas y mayores de 25 años. Los desgarros se producen cuando las medidas antropométricas del RN son mayores; en nulíparas, indígenas, menores de 25 años. (20)

Villacís D, et.al. (2011), en su estudio con el objetivo de cuantificar la prevalencia de partos verticales e identificar la asociación entre complicaciones maternas y neonatales y esta posición de parto. Identificaron 2057 (88,7%) partos horizontales, y 262 (11,3%) partos verticales. Reportó que desde las culturas ancestrales, la mujer naturalmente ha asumido una posición vertical durante el parto, pero posterior a su institucionalización se ha difundido la atención en posición horizontal. Realizaron este estudio de corte transversal retrospectivo, que incluyó los datos de 2319 mujeres cuyo parto cefalovaginal fue atendido en el Hospital Raúl Maldonado Mejía entre Octubre de 2009 y Mayo de 2013. Posterior al análisis estadístico, la posición vertical se asoció a una menor probabilidad de haber presentado una enfermedad o complicación durante el embarazo (OR= 0,68, IC 95%: 0,48-0,95, P=0,02), una menor probabilidad de realización de episiotomía medio lateral (OR=0,18, IC 95%: 0,12-0,27, P (19)

Nureña C. (2008) en su estudio Incorporación del enfoque intercultural en el sistema de salud peruano: la atención del parto vertical, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Ciencias Sociales, Escuela de Antropología. Diciembre 2007. Reporta en primer lugar, que hay que aplaudir tanto la preocupación del Ministerio por articular políticas

interculturales como los logros de la iniciativa de atención del parto vertical. En segundo lugar, y teniendo en cuenta que la incorporación del enfoque intercultural en salud es relativamente reciente, cabría esperar que los ajustes que puedan parecer necesarios a las políticas y programas de salud en este campo comiencen a ser implementados como producto del aprendizaje que en el camino y con la experiencia vayan alcanzando todos los actores involucrados (10).

Castillo M, et.al. (2012). En su estudio Complicaciones del parto vertical, Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima, Perú, Enero a Julio de 2012. El objetivo del estudio fue determinar las complicaciones más frecuentes durante la atención del parto vertical para ello revisaron las historias clínicas de 85 madres que fueron atendidas por parto vertical, encontrando que: no hubo complicaciones en 11 casos (9%), en 52 (40%) se tuvo que realizar una episiotomía, desgarro vaginal ocurrió en 25 pacientes (19%), hubo presencia de líquido meconial en 13 pacientes (10%), en 7 casos (6%) hubo alumbramiento incompleto, hemorragia durante el puerperio ocurrió en 6 pacientes (5%). Respecto al desgarro cervical, trabajo de parto prolongado y trabajo de parto precipitado, cada uno ocurrió en 4 pacientes (3%), se reportó atonía uterina en 3 pacientes (2%). Excluyendo la episiotomía como complicación, la frecuencia de complicaciones disminuiría de 89% a 48%. Llegando a la conclusión de que las complicaciones fueron semejantes a la atención horizontal (11).

Llanca L. (2003) En su estudio realizó una investigación e informó que la investigación realizada permitió determinar la percepción de los profesionales gineco-obstetras y obstetras de la atención con enfoque intercultural a las pacientes obstétricas, en el ámbito de la ciudad de Tacna. Para tal efecto entrevistaron y encuestaron a 18 médicos Gineco-obstetras y 100 obstetras que laboran en los diferentes establecimientos de salud de la ciudad de Tacna. Los resultados obtenidos indican que los profesionales de salud reconocen carecer en su formación universitaria de elementos interculturales y, a pesar de ello, consideran que la atención con este enfoque es un derecho, una necesidad y que se justifica su implementación. Por otra parte, reconocen que la condición étnica genera inequidad y discriminación en la atención de salud. (21)

Olsen O, et.al. (2013) En su estudio con el objetivo de Evaluar los efectos del parto planificado en el hospital comparado con el parto planificado en el domicilio en pacientes seleccionadas de bajo riesgo, ayudadas por una comadrona experimentada con la asistencia de un colaborador médico en caso de que fuera necesaria la derivación. Realizaron búsquedas en el registro de ensayos del Grupo Cochrane de Embarazo y Parto (30 de marzo de 2012) y se estableció contacto con editores y autores implicados en posibles ensayos. Ensayos controlados aleatorios que compararon el parto planificado en el hospital con el parto planificado en el domicilio en pacientes de bajo riesgo, como se describió en los objetivos. La mayoría de los embarazos entre las mujeres sanas es normal y la mayoría de los partos

podría tener lugar sin intervención médica innecesaria. Sin embargo, no es posible predecir con certeza que no ocurrirán complicaciones en el transcurso de un parto. Por lo tanto, en muchos países, se considera que la opción más segura para todas las pacientes es tener el parto en el hospital. Estudios observacionales cada vez mejor realizados indican que el parto planificado en el hospital no es más seguro que el parto planificado en el domicilio. No fue posible establecer conclusiones, excepto que las pacientes que viven en áreas donde no hay buena información acerca del parto en el domicilio pueden recibir con beneplácito los ensayos éticamente bien diseñados que asegurarían una elección fundamentada. (23)

Gavilan DM, et.al. (2009), en su estudio realizaron una investigación cualitativa a 11 mujeres en el puerperio, con el propósito de describir las vivencias de la mujeres que transcurrieron su proceso de atención de parto y cuidado posparto con compañía y sin compañía de un familiar... Esta investigación mostró como resultados relevantes la importancia que para las madres entrevistadas tiene el acompañamiento de un familiar (esposo, madre y hermana) ya que esto les proporciona seguridad, confianza, tranquilidad además les favorece a la tolerancia al dolor. Por otro lado la atención que el personal de enfermería les ofrece, les proporciona herramientas para ejercer el autocuidado a través de la educación, fortalecer el vínculo afectivo den la familia y ampliar conocimiento acerca de los cuidados posparto. (26)

UNICEF (2010), realizó un estudio cualitativo en la provincia de Condorcanqui (Amazonas) reportó en relación al lugar donde dan a luz, revela que el 56% de las mujeres embarazadas de esta zona lo hace en su casa. Esto se explica, principalmente, por las grandes limitaciones en cuanto al acceso a servicios de salud, y también por cuestiones socioculturales predominantes en dicho valle, como es el hecho que un grupo importante prefiera atenderse con una partera. Una consideración a tomar en cuenta son los motivos por los cuales las mujeres prefieren en muchos casos no asistir a un centro de salud. Ellas refieren que en estos lugares no se reconocen las prácticas locales de salud (uso de la medicina tradicional) y sus profesionales no conocen o no valoran la cultura andina e indígena. (28)

Becerril A. (2009) en su estudio “Barreras que interfieren en la atención oportuna del parto institucional en los distritos de Tocache y Uchiza de la Región San Martín”, basado en entrevistas a profundidad reporta que las mujeres entre muchas razones refieren que el hecho de obligarles a acostarse en una cama fría e incómoda y que el personal de salud les “riña” por el hecho de tomar sus tés, hace que no asistan a tener su parto en los establecimientos de salud; prefieren a la partera porque ella conoce y respeta sus costumbres, además que le da mayor confianza (12).

MINSA (2008), Estudio realizado en el Centro de Salud Jepelacio, en mujeres que tuvieron atención prenatal en el centro de salud y parto domiciliario. Las mujeres no asistieron a la atención de parto en el centro de

salud porque no se respetaba sus costumbres: posición del parto; falta de privacidad (“Nos despojan de nuestra ropa... Nos atienden entre varios... No respetan nuestro pudor...”); no permitían el acompañamiento de un familiar durante el parto; desconfianza en el personal; y lejanía del centro de salud. La mujeres prefieren la atención de su parto, cuando ellas elijan la posición para dar a luz; contar con acompañamiento del esposo u otro familiar durante el parto durante el parto; que en la sala de dilatación y de partos se coloquen flores artificiales, cuadros y que las paredes se pinten de color celeste; ser atendidas con su propia ropa o bata de franela; que le den a tomar “té”; que no le toquen a cada momento; que no le corten. El personal profesional y técnico del centro de salud Jepelacio que participaron en la intervención recibieron capacitación (Talleres vivenciales: Atención del Parto Vertical; género e interculturalidad; calidad de la atención). Asimismo realizaron la adecuación de los servicios acorde a las expectativas de la gestante; la adecuación de la atención del parto según la decisión de la gestante. Adecuación de sala de partos. Acompañamiento de un familiar. Elección de la posición para el parto: semis entada, cuclillas o en con el apoyo de un familiar. Asimismo el personal del centro de salud de Jepelacio, desarrollaron actividades tendientes a alcanzar información y sensibilización a la gestante y familia; implementación del biohuerto con plantas para infusiones; asimismo la difusión de la adecuación cultural: gestantes y sus familias; autoridades locales; representantes de organizaciones de base; agentes comunitarios de salud; y comunidad en general (29)

1.3. Bases teóricas

A. El Parto. Es la culminación del embarazo, el cual consiste en el periodo de salida del infante del útero materno al exterior del organismo expulsando un feto viable y a término junto a sus nexos (13).

Tipos de partos

Parto horizontal. Nos referimos al tipo de parto en el cual el feto sale a través de la vagina, pero, a diferencia del parto natural, en éste se utiliza anestesia y medicamentos para el dolor y algunos instrumentos. Usar o no algún tipo de analgesia durante el parto depende de la mujer y de sus circunstancias personales. La posición que se obliga literalmente para la parturienta es de litotomía (14).

Parto en el agua. Se trata de una modalidad del parto natural, cuyo proceso es espontáneo, además es aquel que se realiza en una bañera la cual está llena de agua y con la ayuda de un personal de salud especializado en esto. Una vez que la madre haya superado las dos etapas previas al nacimiento, dilatación y encajamiento; y se inicien las molestias, comienza la fase de hidroterapia, donde el agua circula por medio de filtros a 37 grados de temperatura. La higiene de este tipo de parto es lo que más preocupa a las mamás, sin embargo, está libre de infecciones. El agua caliente permite calmar los dolores y el bebé nace totalmente relajado (14).

Parto vertical. El parto vertical es aquel en la que la gestante se coloca en posición vertical (de pie, sentada, apoyando una o dos rodillas, o de

cuclillas), mientras que el personal de salud que atiende el parto se coloca delante o detrás de la gestante, espera y atiende el parto. Esta posición permite al producto que actué como vector final resultante de las fuerzas del expulsivo, orientarse principalmente al canal de parto y de esta manera facilita el nacimiento, disminuyendo los traumatismos en el recién nacido.

(1)

Tipos de parto vertical

De cuclillas variedad anterior. Es una de las posiciones de mayor preferencia por las mujeres de la zona rural, facilita la separación de las articulaciones entre los huesos pelvianos, lo cual aumenta los diámetros pélvicos, favoreciendo el descenso del feto por el canal del parto (2).

El personal de salud realizará los procedimientos obstétricos del periodo expulsivo adoptando una posición cómoda (arrodillado, en cuclillas o sentado en un banquito bajo) y posteriormente se adecuará para realizar el alumbramiento dirigido. Se debe verificar que la parturienta mantenga las piernas hiperflexionadas y separadas para mejorar la amplitud de los diámetros transversos de la pelvis (2).

La partera o familiar actúa como el soporte de la parturienta, sentada en un banquito bajo, coloca la rodilla a nivel de la parte inferior de la región sacra de la parturienta, la sujeta abrazándola por la región de los hipocondrios y epigastrio; este procedimiento permite ir acomodando al feto y orientándolo

en el eje vertical, esta práctica favorece la acción de la prensa abdominal (2).

De cuclillas variedad posterior. El personal de salud realizará los procedimientos obstétricos del periodo expulsivo adoptando una posición cómoda que le permita proteger el periné colocando su rodilla en la región inferior del sacro de la parturienta y posteriormente se adecuará para realizar el alumbramiento dirigido (2).

El acompañante debe estar sentado en una silla o al borde de la tarima, abrazará a la parturienta por debajo de la región axilar, colocando su rodilla al nivel del diafragma actuando como punto de apoyo, permitiendo que la gestante se sujete colocando los brazos alrededor del cuello del acompañante (2)

De rodillas. El personal de salud realizará los procedimientos obstétricos del periodo expulsivo estando cara a cara con la gestante y posteriormente se adecuará para realizar el alumbramiento dirigido (2).

El acompañante debe estar sentado en una silla o al borde de la tarima, con las piernas separadas, abrazará a la parturienta por la región del tórax permitiendo a la gestante apoyarse en los muslos del acompañante (2).

En esta posición la gestante va adoptando una postura más reclinada a medida que el parto se hace inminente, con el fin de facilitar los procedimientos obstétricos y por su propia comodidad (2).

Parada. Sostenida de otra persona o de un implemento: barra, rama, hamaca, cuerda, soga, etc. (1). Esta posición dificulta las maniobras correspondientes cuando hay circular de cordón o para detectar cualquier complicación que pudiera surgir de momento. En esta posición el favorecido es el feto, quien ayudado por la fuerza de gravedad, avanza por el canal parto suave y calmadamente (5). El personal de salud realizará los procedimientos obstétricos del periodo expulsivo y posteriormente se adecuará para realizar el alumbramiento dirigido.

Sentada. El acompañante debe estar sentado en una silla con las piernas separadas o arrodillado sobre la tarima, abrazará la parturienta por la región del tórax permitiendo a la gestante apoyarse en los muslos o sujetarse del cuello del acompañante, en esta posición la gestante se encontrará sentada en una silla baja (debe encontrarse en un nivel más bajo en relación a la posición del acompañante) o sentada al borde la tarima, cuidando que la colchoneta este ubicada debajo de la gestante.

En la posición semi sentada la gestante se apoyará sobre almohadas o sobre el acompañante. Puede sentarse derecha o doblarse hacia delante en el piso o en el borde de la cama, esta posición relaja y permite que la pelvis se abra (2).

Subsecretaría de Innovación y Calidad. Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud, (2012). La posición tradicional de atención del Parto (parto vertical), en los servicios de salud, Dirección de medicina tradicional

y desarrollo intercultural, 2007 – 2012. Las posiciones verticales de atención de parto cuentan ahora con carta de ciudadanía en los servicios de salud de nuestro país y en muchas partes del mundo. Poseen fundamentos científicos y culturales claros, con reconocimiento de la OMS, y en el caso de México, un marco legal que se ha adaptado al devenir de los tiempos, y que puede proporcionar lineamientos que faciliten la adaptación de los servicios para aprovechar sus ventajas. Sin embargo, continúa faltando en la formación del personal de salud, la información que dé cuenta de estos elementos. Es importante modificar las condiciones de comodidad y dignidad para la madre, y también que dichas modificaciones sean cómodas para el personal médico, que no afecten los elementos de seguridad e higiene, ni el marco normativo de la atención del parto (2).

Ventajas del parto vertical

- Efectos respiratorios: El peso del útero, feto, 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 del feto.(1)
- 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. 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 feto hacia la abertura vulvar, como única salida.

- 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 colabora en la apertura de la sínfisis pubiana, es decir, ayudar a abrir el canal vaginal y la vulva (junto con la impregnación de las hormonas relajantes que produce la mujer) para permitir el egreso del cuerpo del feto.
- 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, ambos relacionados con la posición de cúbito dorsal de la embarazada: síndrome supino hipotensivo (producido por la compresión de la cava inferior por el útero grávido) y el efecto *Poseiro* (causado por la compresión de la aorta abdominal y/o arterias ilíacas internas contra la columna vertebral por el útero contraído).
- 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 oxitocina y menos riesgos de alteraciones de los latidos cardiacos fetales. Disminuye la duración del trabajo de parto, tanto la del periodo de dilatación como la del expulsivo.

- La amniorrhexis espontánea se produce más tardíamente: La integridad de la bolsa disminuye las posibilidades de riesgo para el feto y además le permite adaptarse mejor al canal del parto.
- La terminación espontánea es más frecuente, reduciéndose la incidencia de episiotomías y desgarros.
- La posición vertical evita el prolapso de cordón, pues no deja hueco entre la cabeza y el cuello. Aun cuando la bolsa de aguas esté rota y con la presentación no encajada, no se desaconsejan la deambulaci3n y la posición vertical.
- Se proporcionan beneficios psicoafectivos importantes a la madre, como la reducci3n del dolor, sensaci3n de libertad, de control, de participaci3n, y de mayor satisfacci3n durante y despu3s del parto (1).

Desventajas del parto vertical

- Aumenta el riesgo de p3rdida de sangre.
- Las posiciones que asumen las parteras tradicionales para atender el parto pueden resultar muy inc3modas para los m3dicos. 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 acucillan para defecar. Sin embargo existen otras posiciones verticales y diferentes dispositivos que se pueden utilizar (1).

Diferencia del parto vertical y parto horizontal

Parto Horizontal

El útero de la gestante, podría comprimir los grandes vasos, la aorta y la vena cava, originando disminución del gasto cardíaco, 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 (Compresión Aorto-Cava). Esto se traduce en cambios significativos en los latidos fetales, verificables en el monitoreo llegando al sufrimiento fetal si el período 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 diámetros pélvicos maternos, no favoreciendo la expulsión final. Los diámetros intrapélvicos maternos alcanzan sus mayores

valores cuando los muslos de la madre se flexionan sobre su propio abdomen (maniobra muy utilizada para la atención de la Distocia de Hombros), por lo que la posición horizontal convencional podría disminuir los diámetros pélvicos maternos transversos y anteroposteriores. La actividad contráctil uterina tiende a ser más débil en posición horizontal en relación a la posición vertical. La necesidad de pujar se torna más dificultosa debido a que se requiere de un mayor esfuerzo que no es favorecido por la fuerza de la gravedad. 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. La posición horizontal no permite que la cabeza fetal ejerza una presión sostenida sobre el periné, dificultando la distensión eficaz y pausada del mismo. La posición de litotomía con las piernas colgando, estira en demasía el periné pudiendo favorecer los desgarros (1).

Parto Vertical

En la posición vertical el útero de la gestante, al no comprimir los grandes vasos, la aorta ni la vena cava, no ocasiona alteraciones en la circulación materna, ni en la irrigación de la placenta, y por ende no afecta la cantidad de oxígeno que recibe el feto. Los miembros inferiores al estar apoyados constituyen un punto de apoyo e indirectamente ayudan al nacimiento del producto de la concepción. Hay aumento de los diámetros del canal del parto: 2 cm. en sentido antero posterior y 1 cm. en transverso. La posición vertical determina que el ángulo de encaje (“diveangle” para la bibliografía

anglosajona) sea menos agudo (más abierto) favoreciendo el encaje y la progresión del feto. 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 milímetros de Hg. en valores de presión intrauterina cuando adopta la posición vertical. Asimismo, la acción contráctil de la prensa abdominal y las contracciones uterinas favorecidas en esta posición, impulsan al feto hacia la abertura vulvar, como única salida. Mayor eficiencia de las contracciones uterinas durante el trabajo de parto y el período expulsivo, que se suceden con menor frecuencia pero con más intensidad, lo que provoca menos intervenciones obstétricas, menor uso de oxitocina y menos riesgo de alteraciones de latidos cardíacos fetales. El parto vertical proporciona beneficios psicoafectivos como menos dolor (o ausencia del mismo), sensación de libertad y mayor satisfacción luego del parto. Se permite a la mujer una mayor participación en el nacimiento de su hijo, motivándola a pujar en forma más efectiva, al margen de permitir un mayor control de la situación (1).

Complicaciones del parto vertical

En la atención del parto vertical podrían presentarse las siguientes complicaciones (2):

- Aumento de sangrado cuando no se utiliza oxitocina para el alumbramiento.
- Laceraciones a nivel del periné.

- Salida brusca del feto.
- Prolapso de cordón.
- Procidencia de miembros superiores.
- Distocia de hombros.

B. Vivencias

Son aquellas experiencias que una persona vive y que de alguna manera entra a formar parte de su carácter. Las vivencias, además, suponen la posibilidad de adquirir conocimientos y también habilidades que sin dudas enriquecerán a la persona, porque siempre tras una vivencia quedará registrada una información que en el futuro, de repetirse, permitirá no solamente saber cómo actuar ante tal, sino que además nos dejará un aprendizaje revelador, que será decisivo para no repetir una mala actitud o comportamiento (15).

La vivencia como categoría de análisis

Para comprender el posicionamiento metodológico y teórico que asumimos en cuanto al diagnóstico y la evaluación, nos parecen necesarias algunas anotaciones al respecto. Si partimos de considerar que la evaluación y el diagnóstico en la educación y el desarrollo psicológico del ser humano, tiene el propósito esencial, de conocer cómo marcha el proceso de formación y desarrollo de las funciones psíquicas superiores, del proceso de aprendizaje y de la formación de la personalidad. Pero la vivencia no es en ningún sentido una reproducción mecánica y lineal de la sociedad, sino

que la influencia de la sociedad en la vivencia es notable (y suele olvidarse en ocasiones). Además de proyectarse en la vivencia la sociedad subjetivada, el aprendizaje de los significados culturales es lo que capacita al hombre para expresarse posteriormente a nivel emocional-cognitivo (16).

C. Percepciones

Son procesos cognitivos mentales que permiten al organismo, a través de los sentidos, recibir, elaborar e interpretar la información proveniente de su entorno para crear una imagen significativa del mundo.

Tipos de percepción

Percepción del espacio. Consta de tres informaciones: verticalidad, horizontalidad y profundidad. Se da con la audición, el tacto y la vista.

Percibimos el mundo en 3 dimensiones dada la separación de los ojos y su disparidad binocular, que ayuda al cerebro a calcular la distancia a la que está un objeto (17).

Percepción del movimiento. Es indispensable para sobrevivir, protegernos de las amenazas y peligros, y los animales también la poseen. Surge de una mezcla entre la facilidad de mover la cabeza y los ojos, pero además tiene su base neurológica en las unidades detectoras de movimiento. También depende de la capacidad de enfoque y apertura de la retina, y de la cercanía hacia el objeto (17).

Percepción del tiempo. El tiempo es subjetivo para el cuerpo, pues no hay un receptor biológico para percibirlo. Se cree que se capta con un “reloj biológico hipotético” y con la experiencia. También existe la teoría de que uno percibe el tiempo en relación a procesos corporales, como las ondas cerebrales, el ritmo cardíaco, el sueño o la digestión.

Se comprobó que cuando los individuos se motivan y trabajan, perciben el tiempo más corto, y lo perciben más largo cuando están aburridos o no se esfuerzan (17).

Percepción social. Cuando conoces a una persona, entras en proceso de percibirla. Percibes su físico, pero también su comportamiento, y de este desarrollas conclusiones y atribuciones. También nos apoyamos en los otros estímulos para asignar atributos a las personas (movimientos bruscos, sonidos suaves, olores desagradables, etc.) (17).

D. Vivencias y percepciones de mujeres que tuvieron parto vertical

Vivencias. Algunos estudios reportan algunas vivencias que han sido referidas por las mujeres que tuvieron la experiencia de un parto vertical.

- **Vivencias positivas.** Las mujeres que tuvieron parto vertical no tuvieron desgarros y tampoco les realizaron puntos en la vagina y vulva.

Tuvieron la oportunidad de ver el momento en el que su hijo salía de su vagina, el cómo cortan el cordón umbilical y sobre todo tenerlo al instante entre sus brazos.

El parto vertical fue al instante es decir rápido, cómodo, y la mujer experimenta menor dolor comparando con el parto horizontal el cual es más doloroso e incómodo.

- **Vivencias negativas.** Algunas mujeres tuvieron la experiencia de la inseguridad ya que no se sentían seguras de poder realizar este tipo de parto además de que algo pasara en el momento de que ella estaría pujando o que le pasara algo a su feto. Con el parto vertical se sentían solas ya que solo les atendían una persona mientras que en el parto horizontal estaban acompañadas por médicos los cuales le daban mayor tranquilidad de que todo irá bien.

Percepciones

Percepciones positivas

- Emoción y felicidad al ver a su hijo nacer.
- Satisfacción al tener un parto sin dolor.
- No tuvieron que hacer más fuerza.
- Comodidad en su parto al colocarse y posicionarse como ella quiere sin tener que sentirse obligada a nada.
- Sentirse bien al tener su propia privacidad.
- Tranquilidad al tener a una persona querida a su lado.

Percepciones negativas

- Miedo al creer y pensar que puede haber alguna complicación al momento de su parto.
- Temor a que puede pasar algo con su bebé.
- No tener un lugar apropiado en donde pueda llevar a cabo su parto.

1.4. Justificación

Diferentes textos, pinturas y estructuras culturales manifiestan como las mujeres de la zona rural desde antaño adoptan formas naturales de parir, posiciones que van ayudadas por una serie de instrumentos que permiten mantener erecto la pelvis con la columna: mediante el uso de palos, hamacas, muebles, cuerdas, etc.

Desde hace más de una década, la Organización Mundial de la Salud (OMS) viene difundiendo y propugnando el parto vertical, en el afán de brindarle a la mujer la oportunidad de retomar el rol que siempre tuvo de participar activamente durante su parto y facilitar la participación del entorno familiar (4).

“En nuestro país, existe una importante experiencia en la atención del parto vertical, con un enfoque de adecuación intercultural, ya que en el año 2000 hubo un incremento del porcentaje de partos atendidos por el personal de salud en esta posición de 24 a 44% en el 2004” (1).

“El Plan Nacional de Salud 2007-2012, sustenta la política de transversalizar el enfoque intercultural en toda atención de salud, el cual contribuirá a mejorar la calidad de atención en los diferentes servicios, a través de la erradicación de las barreras culturales y el aumento de su sensibilidad y amigabilidad cultural. Expresa claramente la promoción de adecuaciones interculturales en la operación de los servicios y en el diseño de los espacios para la atención de la salud” (2).

Como vemos a pesar de que existe una fuerte promoción del parto vertical, en la revisión de la literatura no se ha encontrado evidencias (estudios) que nos muestren la percepción desde la propia mujer, se sabe de sus ventajas y desventajas pero no se conoce a ciencia cierta que sentimientos y vivencias genera la adopción de esta posición y porque lo prefieren las mujeres.

El presente estudio busca expresar las experiencias de las mujeres que tuvieron parto vertical, con el objetivo de fomentar el parto vertical, y bajo evidencias científicas concretas, hablar de las ventajas y beneficios que éste trae. Tiene además una gran importancia por el hecho de querer indagar como y cuáles fueron las vivencias y percepciones de mujeres en las zonas rurales que tuvieron parto vertical, poder contribuir con las personas interesadas y al personal de los establecimientos de salud, para que conozcan cómo se sienten las mujeres que tuvieron esa experiencia de tener a su hijo en la posición vertical e implementar un protocolo en donde

se podrá poner lo que son las ventajas y desventajas del parto vertical, como también la diferencia de un parto horizontal.

Por lo tanto los profesionales de salud tendrán la posibilidad de ofrecer la modalidad de parto vertical en los establecimientos de salud, garantizando la calidad de la atención y respondiendo a la vez a una necesidad sentida de las mujeres peruanas.

Con la promoción del parto institucional poco a poco se está extinguiendo los casos de parto vertical, que a pesar de las normas existentes los establecimientos no lo vienen implementando de manera sistemática, de ahí que se haya elegido a la Comunidad Nativa de Aucaloma, porque creemos que por sus costumbres y creencias son las mujeres de esta comunidad las que van a parir en su domicilio y en parto vertical; supuesto que también lo verificamos con este estudio. Además esta comunidad fue la más accesible para poder buscar y entrevistar a las mujeres con esta experiencia.

1.5. Problema

¿Cuáles son las vivencias y percepciones de mujeres que tuvieron la experiencia de un parto vertical en la comunidad nativa de Aucaloma, provincia de Lamas, junio – diciembre 2014?

II. OBJETIVOS

2.1. General:

Analizar las vivencias y percepciones de mujeres que tuvieron la experiencia de un parto vertical en la comunidad nativa de Aucaloma, provincia de Lamas. Junio – diciembre 2014.

2.2. Específicos:

- Conocer las características sociodemográficas de la población estudiada.
- Conocer el significado del parto para las madres que tuvieron la experiencia del parto vertical
- Explorar las experiencias desde la percepción de las madres sometidas a parto vertical.
- Explorar las ventajas o desventajas producidas por el parto vertical tanto para la madre como para el bebé, desde la percepción de la madre.
- Identificar el tipo de sentimiento que expresa la mujer al nacer el bebé y acerca de la participación de la familia.

2.3. Hipótesis

Constructos Hipotéticos:

- Las mujeres perciben el parto vertical menos doloroso que el horizontal.
- Las vivencias que manifiestan las mujeres que son sometidas a un parto vertical son de satisfacción.
- Las mujeres que se someten a un parto vertical tienen menos complicaciones que un parto horizontal.
- Las mujeres que se someten a un parto vertical tienen un trabajo de parto en menor tiempo que las mujeres que tuvieron parto horizontal.
- Las mujeres que tuvieron parto vertical tuvieron una mayor comodidad que las mujeres que tuvieron parto horizontal.

2.4. Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	CATEGORIA DE ANALISIS
Vivencias de las mujeres que han tenido la experiencia de un parto vertical.	Aquella experiencia de una mujer que ha tenido un parto vertical y que de alguna manera entra a formar	Experiencias vividas y que las mujeres expresan.	- Lugar y persona que atendió el parto. - Participación en el nacimiento de su hijo. - Tipo de parto (cucilllas, de

	parte de su carácter, comportamiento y/o vida.		rodilla, parada, echada. - Tiempo de labor de parto - Perdida sanguínea - Complicaciones - Control del dolor.
Percepciones de las mujeres que han tenido la experiencia de un parto vertical	Proceso nervioso que permite al organismo de una mujer que ha tenido un parto vertical, a través de los sentidos, recibir, elaborar e interpretar la información proveniente de su entorno.	Sensaciones y sentimientos de mujeres que tuvieron a sus hijos en posición vertical.	- Satisfacción al momento del parto. - Comodidad en su parto. - Tranquilidad al no sentirse sola. - Experiencia satisfactoria de dar a luz. - Alegría al ver a su hijo nacer (amor - afecto). - Sentirse bien al tener su propia privacidad.

III. MATERIALES Y MÉTODOS:

3.1. Tipo de estudio

Se realizó un estudio descriptivo cualitativo, desde el enfoque de la fenomenología.

Según enfoque de trabajo y/o análisis: Cualitativo, porque el estudio se basó en determinar las características, emociones, expresiones,

sentimientos y experiencias, de aquellas mujeres que tuvieron un parto en posición vertical, además porque ayudó a identificar la diferencia de un parto horizontal con el de un parto vertical y también identificar las ventajas y desventajas del mismo.

3.2. Diseño de investigación

Una investigación cualitativa descriptiva.

3.3. Universo, población y muestra

Universo: Está constituida por todas las mujeres en edad fértil de la comunidad nativa de Aocaloma, que suman en total 113 mujeres; seleccionadas por las condiciones de accesibilidad y búsqueda de las informantes idóneas para el estudio.

Población: Está constituida por todas las mujeres que han tenido parto vertical, que suman un aproximado de 68 mujeres.

Muestra: Se conformó con las mujeres de la comunidad de Aocaloma. Como se trata de un estudio cualitativo la muestra fue flexible e intencionada, por ello se trabajó con 13 mujeres de esta comunidad que cumplieron con los criterios de inclusión, el cual representa el 19 % de la población.

3.4. Unidad de análisis

Una mujer de la comunidad nativa de Aocaloma que tuvo la experiencia de una parto vertical.

3.5. Criterios de inclusión y exclusión

- Mujeres que tuvieron la experiencia de parto vertical y parto horizontal.
- Mujeres que tuvieron su parto entre el 2010 – 2014.
- Mujeres que desearon participar voluntariamente en la entrevista en profundidad

3.6. Métodos y técnicas de recolección de datos

Para obtener la información requerida se utilizó como técnica la entrevista a profundidad la misma que nos ayudó a recolectar datos de acuerdo a lo que necesitamos en nuestro proyecto así como las experiencias, sensaciones, sentimientos, entre otros de las mujeres que tuvieron parto vertical, mediante una conversación directa con la persona es decir la mujer que tuvo el parto en posición vertical en la comunidad de Aucasoma.

Instrumento

En la entrevista a profundidad se realizó preguntas abiertas las cuales nos ayudaron a recolectar opiniones para así obtener información sobre las vivencias y percepciones que las mujeres tuvieron durante su parto. Para ello se diseñó algunas preguntas pauteadoras que nos sirvieron de base, ya que esto se modificó de acuerdo al entendimiento y respuesta de cada participante. (Anexo 2)

3.7. Procedimiento

Para la recolección de la información se procedió de la siguiente manera:

- Primero reconocimos la localidad donde se realizó el respectivo estudio.
- Se dio cuenta a la autoridad de la Comunidad Nativa de Aucaloma para la aplicación de la entrevista a las mujeres seleccionadas.
- Se solicitó consentimiento informado por escrito a las mujeres que aceptaron participar de la entrevista, garantizándoles total confidencialidad.
- La entrevista a profundidad se realizó en el domicilio de cada una de las mujeres que aceptaron participar en el estudio.
- Se grabó y tomó fotos a cada una de las entrevistadas, con su consentimiento.
- Una vez recolectado se procedió a las desgravaciones y organización de los datos según nuestras categorías de análisis.

3.8. Plan de análisis de datos

La información obtenida se desgravó, luego se codificó de acuerdo a las categorías establecidas y con ello se trabajó con la ayuda del Software Atlas Ti, versión 9.5, con ello se obtuvo semejanzas y divergencias, así como el árbol respectivo según las dimensiones. Los resultados se presentaron en forma testimonial con el análisis respectivo.

IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. Características sociodemográficas de la comunidad nativa de Aucaloma:

Nuestra investigación se centra en la comunidad nativa de Aucaloma, ubicada en la provincia de Lamas, región San Martín; se encuentra vialmente muy bien comunicado con la zona urbana de las ciudades de Tarapoto y Lamas. Comunidad nativa en la Amazonía peruana que casi conserva sus costumbres ancestrales así como su idioma (quechua), vestimenta y tradiciones.

En este estudio se tuvo como objetivo analizar las vivencias y percepciones de mujeres que tuvieron la experiencia de un parto vertical. Partimos de que embarazo, parto y puerperio conforman el proceso continuo en el que se da el nacimiento. Así, parir y nacer no son solamente sucesos biológicos y físicos, sino que en ellos se pone en evidencia “la ambigüedad de la interacción entre lo biológico y lo cultural; lo individual y lo social”. (12)

Dentro de las características sociodemográficas de las mujeres participantes, se destacan mujeres casadas, con primaria completa. La mayoría de mujeres entrevistadas contaron con el apoyo de su pareja, y que de alguna manera participó en la atención del parto. Así mismo, fueron múltiparas y gran múltiparas, y sus partos verticales de rodilla o en cuclillas y ocurrieron en domicilio. Otra característica a destacar es que dos de las entrevistadas se manifestaron haber tenido sangrado vaginal después de las cuatro semanas de parto. La diferente experiencia entre el parto vertical

y el parto horizontal es variada en todas las usuarias, desde experiencias buenas y malas según sus expectativas. Las mujeres coinciden en sus apreciaciones que el parto es un acontecimiento trascendental en la vida de la familia y la comunidad, y como tal debe de conservarse la atención costumbrista, natural (25)

“...no soy casada vivo con mi marido 13 años...toda mi primaria estudiado... yo he tenido cuatro partos, dos he perdido como aborto” (Berta)

“...yo vivo con mi marido no soy casada... he terminado la escuela primaria...he tenido cuatro hijos y un aborto...” (Mariolith)

“...yo soy bien casada... toda escuela he terminado... ey parido cinco hijos todos viven gracias a Dios...” (Silvia)

“soy casada... sexto grado de primaria en mi pueblo... tenido nueve partos “unito” (un recién nacido) muerto con mal de siete días. (Celia)

4.2. Significado de parto para las mujeres de la comunidad nativa de Aucaloma

Todas las mujeres que tuvieron la experiencia de parto vertical fueron atendidas en partos domiciliarios y, atendidos la mayoría por partera tradicional y algunas, por familiares (madre, esposo o hermana).

Existe una asociación entre el parto vertical y el parto domiciliario en la comunidad de Aucaloma, puesto que ellos consideran una manera tradicional de acontecer de la maternidad, costumbre que se transmite de generación en generación y que se conserva intacta ya que ha dado buenos resultados, y no existe asociación con complicaciones o daño.

Según un informe de UNICEF (2006), en su estudio en el valle de Condorcanqui, reportó en relación al lugar donde dan a luz, revela que el 56% de las mujeres embarazadas de esta zona lo hace en su casa. Esto se explica, principalmente, por las grandes limitaciones en cuanto al acceso a servicios de salud, y también por cuestiones socioculturales predominantes en dicho valle, como es el hecho que un grupo importante prefiera atenderse con una partera. Una consideración a tomar en cuenta son los motivos por los cuales las mujeres prefieren en muchos casos no asistir a un centro de salud. Ellas refieren que en estos lugares no se reconocen las prácticas locales de salud (uso de la medicina tradicional) y sus profesionales no conocen o no valoran la cultura andina e indígena. (28)

Estudios realizados en el ciudad de México en el año 2003, elaboraron un análisis sobre los efectos de diferentes posiciones de la mujer durante el período expulsivo del trabajo de parto. Este estudio refiere que en las culturas tradicionales, las mujeres paren de forma natural en posiciones verticales como arrodilladas, paradas, etc. En las sociedades occidentales, en cambio los médicos han influido para que las mujeres tengan su parto

acostadas sobre su espalda (parto horizontal), algunas veces con las piernas levantadas mediante el uso de estribos. (22)

Nuestros resultados coinciden con el estudio precedente, en la medida que se encontró que el parto vertical es considerado como un parto de forma natural heredada de las culturas tradicionales, por lo que hablar del parto vertical es asociarla con el parto domiciliario.

“...a mí me han atendido todos mis partos en mi casa la mamita Rosario es mi abuelita (partera de la comunidad) y mi mamá...” (BERTA)

“... nunca me han llevado a la posta para tener mi hijo, a mi viejo no le gusta que todos nos tocan y nos ponen ampollas; a mi, mi madre nomas me atiende...mi marido también es en mi lado, no me deja ni que hora...” (ELOISITH)

“...en mi casa sin miedo me atienden todos mis partos, rapidito han nacido todos mis hijos... en mi último embarazo me ha atendido mi hermana porque ya no me ha dado tiempo para llamar a la partera...” (LERLITH)

“...el último parto, facilito ha sido mi parto y me han atendido doña Rosa, mi mamá también le ha ayudado, en mi casa pues ha nacido...” (CELIA)

“...Me siento más tranquila con mi familia, o con la partera que ya le conocemos...” (Melida)

4.3. Participación de la familia en el proceso de atención del parto en la Comunidad Nativa de Aucaloma.

Durante la atención de partos las mujeres entrevistadas mayoritariamente identificaron la presencia de la madre, el esposo, hermana, la suegra, la partera como los principales personajes que acompañaron en el trabajo de parto.

Nuestros resultados se asemejan a los presentados por Gavilan DM, Et.al. (2009) en el sentido de que en su estudio encontraron como resultado relevante la importancia que para las madres entrevistadas tiene el acompañamiento de un familiar (esposo, madre y hermana) ya que esto les proporciona seguridad, confianza, tranquilidad además les favorece en la tolerancia al dolor. (26)

Desde nuestra información recabada la presencia de la madre y el esposo durante el trabajo de parto fue importante, ya que según la percepción de las mujeres influye positivamente en el buen comportamiento de la mayoría de las mujeres entrevistadas, y encuentran en ellos el soporte emocional que favorece los procesos del parto ya que estos brindaron apoyo físico, emocional y representativo durante el trabajo de parto, del mismo modo consideran que hay mayor seguridad en el cuidado y protección del recién nacido.

“...En mi parto estaban mi mamá y mi hermana, en lo que ha nacido ha venido la partera... Cuando se tiene nuestro hijo en nuestra casa se es más seguro, más tranquilo, sin vergüenza” (Berta).

“...Cuando he dado a luz me han cuidado mi suegra y la partera nomas una viejita... mi cuñada también estaba acá, nadie más... el sanitario ha llegado para cortar el umbliego (cordón umbilical)”.
(Nelerbith)

“Cuando he dado a luz...yo solita estaba no quería avisar a nadie...después llegaron mi esposo y mi tía” (Silvia)

“...En mi parto me “habi” acompañado mi cuñada, ella es buena y todos los días me preguntaba si ya tengo dolor...” (Estefita)

Todas las mujeres refieren haber tenido poco sangrado, durante la atención del parto vertical, poco sangrado de acuerdo a su expectativa y no se pudo diferenciar el volumen referido entre poco o poquito. Pero si se determinó que no hubo un sangrado considerable en ninguno de los casos que podrían haber obligado a la recurrencia de la atención profesional e institucional.

Al respecto nuestros resultados son coinciden con Cartuche M. (2011), quien dio a conocer que la preferencia en la forma de parto en las mujeres indígenas durante la fase expulsiva es el vertical; y al reportar con respecto a las complicaciones menciona que durante el parto se presentaron desgarro escaso y hemorragia escasa, o lo denomina también como que el

parto vertical (PV) produce menos dolor, menos sangrado, menos complicaciones menos hemorragias, y atención pos-parto adecuado a sus costumbres. (27)

“...Poquito de sangrado he tenido...” (Berta)

“...solo mi primer hijo sangrado un poco “. (Nelerbith)

“...no he tenido hemorragia...” (Silvia)

“...no sido harto sangrado, poco nomas...” (Estefita)

Los partos verticales de rodillas o en cuclillas de las mujeres de la comunidad nativa de Aocaloma se produjeron asidos a piesera de la cama o a una sogá (conectado a la viga); no refieren complicaciones tampoco dificultades en el trabajo de parto ni por parte de la madre ni por la salud del niño, es decir se trata según su percepción de un procedimiento ancestral y normal.

Al respecto Cartuche M. (Loja– 2011) y Buitrón AM, et.al. (2012), reportaron que la preferencia en la forma de parto en las mujeres indígenas durante la fase expulsiva es el vertical; y la variedad de posiciones elegida por las mujeres indígenas durante la fase expulsiva es arrodillada; asimismo dentro de los beneficios percibidos por las mujeres durante la fase expulsiva, la expulsión del RN (Recién nacido) es rápida, mejor posición para pujar. (20, 27)

“...arrodillada en el suelo he tenido con un paño en la tierra para que no golpea el “Ilullo” (bebé)” (Melida)

“Yo he tenido mi parto arrodillada apegado en la piesera de la cama y tendiendo un manto en el piso, y no he demorado en salir...”

(Mariolith)

“...me sentaba, me arrodillaba, y cuando sentía ganas de pujar me he puesto en Cuclillas y así ha nacido...” (Nelerbith)

“...la partera me ha dicho que arrodillada va nacer tu llullo, y así ha nacido arrodillada y facilito ha sido mi parto...” (Celia)

“...de rodilla en el suelo ley esperado a mi parto, apegado en una sogá desde la viga...” (Simith)

Las mujeres de la comunidad nativa de Aucaloma identifican al parto vertical como parto fácil y sin complicaciones, que como es natural algunas testimoniaron haber tenido miedo a morir o a presentar alguna dificultad o complicación.

Nuestros resultados coinciden con Villacís D, et.al. (2013), quien informa que desde las culturas ancestrales, la mujer naturalmente ha asumido una posición vertical durante el parto; asimismo informaron que la posición vertical se asoció a una menor probabilidad de haber presentado una enfermedad o complicación durante el embarazo, una menor probabilidad de complicación del trabajo de parto.

Sin embargo son diferentes a los resultados de Castillo M, et.al. (2012), quienes estudiaron las complicaciones del parto vertical, Instituto Nacional

Materno Perinatal de Lima, Perú, encontrando que: la mayoría de parturientas presentaron complicaciones reportados como: se tuvo que realizar una episiotomía, desgarro vaginal, hubo presencia de líquido meconial, alumbramiento incompleto, hemorragia durante el puerperio; desgarro cervical (escaso). (11).

Nuestras diferencias con Castillo M, et.al., se explican porque que los casos pertenecen a una población urbana y en condiciones hospitalarias (un hospital de alta resolución), en la que se reportan con mayor rigurosidad los eventos desde “muy simples” hasta complicaciones de consideración que pueden poner en riesgo la salud materna perinatal.

“...nunca no yo tenido complicación en parto...solo miedo”. (Eloisith)

“...solo me acuerdo que tenido miedo cuando mi marido no parecía, pero no ha pasado nada todo sido muy bueno. (Eloisith)

“...nunca demorado ni tenido complicaciones en mi parto...” (Celia)

*“...solo miedo de morir, pero todo ha salido sin novedad tranquilo”.
(Mariali)*

Las mujeres de la comunidad de Aucaloma que tuvieron la experiencia de parto vertical y parto horizontal manifestaron que no hay diferencia entre la percepción del dolor y el tiempo de dilatación con relación al trabajo de parto.

Nuestros resultados confirman los resultados de Odal M, et.al. (2009) demuestra que el parto vertical es una práctica que puede ser considerada como segura, ya que no acarrea a riesgos maternos y fetales, y se puede incorporar en todas las instituciones que prestan asistencia y asisten partos. Además resalta las muchas ventajas de esta posición como reducir el tiempo, el dolor y el malestar durante el parto, la reducción de las intervenciones obstétricas y patrones normales de frecuencia cardiaca fetal (6).

Asimismo, nuestros resultados comparados con otros estudios demuestran que el los partos verticales son mucho más beneficiosas para la mujer que las horizontales, en términos de participación, duración y lesiones, dolor, tiempo; sin embargo debemos tener siempre en cuenta respetar las preferencias de la mujer y adoptar posiciones que mantengan su confort, no olvidemos que es su parto y que ellas eligen siempre que sea posible y las condiciones del parto lo permitan.

“...Rapidito ha salido arrodillada...” (Melida)

“...yo me acuerdo que echada es rápido... (Nelerbith)

“...Mejor arrodillada...” (Silvia)

“...más tranquilo y rápido ha sido echada. (Celia)

4.4. Percepciones de las mujeres que han tenido la experiencia de un parto vertical.

Las pacientes con experiencia de parto vertical, no manifestaron haber experimentado sufrimiento o dolor en su trabajo de parto. Asimismo que tomaron alguna “infusión para apurar el parto”, y ocurrieron los partos de manera “rápida”; que hubo la intención de llamar al personal de salud, pero en algunas recuerdan que el personal de salud llegó soso para cortar el cordón umbilical. Asimismo la mayoría recuerda que no acudieron al hospital por que no sintieron posibilidad de presentar dificultad en el parto, que tuvieron algún tipo de temor porque no salió la placenta.

*Cuando estaba con dolor le dije a mi esposo que ya va a nacer el llullo y que vaya a pedir referencia para ir al hospital en eso me agarró más fuerte los dolores y me agarré en dos sillas me pongo en cuclillas y pujo, en eso agacho la cabeza y bajo un poco mi calzón y le veo al bebé lo que está llorando, luego llegó mi esposo con el sanitario para cortar el cordón. Después del parto todo es lindo cuando tu bebito grita y te mira. ..., solo que se sangra más...”.
(Nelerbith)*

Ya para dar a luz no estaban las enfermeras en el pueblo (Estuvieron ausentes de la localidad) y no hubo carro para irme a Tarapoto y lo tuve en mi casa. Después del parto se siente tranquilo cuando llora nuestro bebe... (Silvia)

...Mis 5 partos han sido en mi casa. Después de mis partos todos sido bien. Feliz. (Cheli)

4.5. Ventajas y desventajas del parto vertical tanto para la madre como para el bebé desde la percepción de la madre.

Las mujeres entrevistadas identificaron que el parto vertical tiene algunas ventajas como: estás más cómoda; el bebé sale más rápido; hay poco dolor y poco sangrado en el parto, además no te cortan ni te ponen inyectables.

Nuestros resultados coinciden con los reportados por Buitrón A, et.al (2012), quienes concluyen que el parto vertical produce menos dolor, menos sangrado, menos complicaciones, menor porcentaje de desgarros superficiales y lo eligen más mujeres multíparas, indígenas y mayores de 25 años.

La dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud de México (México-2012), reporta que el parto vertical tiene ventajas comparativas, y los clasifica como: 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); efectos mecánicos y de la gravedad (la acción positiva de las fuerzas de la gravedad favorece el encaje y descenso del feto); efectos musculares; eficiencia de la combinación matriz - prensa abdominal; disminuye de la duración del trabajo de parto, tanto la del periodo de dilatación como la del expulsivo. La amniorrexis espontánea se produce más tardíamente. 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.

“...nace rápido él bebe, es cómodo, lo tengo solita, pujo poco y no me manosean...” (Bertha)

“...mey sentido cómoda sin problemas...” (Nelerbith)

“...no había sangrado mucho y salió rápido el bebe...” (Lerlith)

“...el bebe nace rápido y no tienes problemas, ni dolor...” (Silvia)

4.6. Sentimiento que expresa la mujer al ver nacer a su hijo.

Que al nacer el bebé y al producirse el alumbramiento refiere sentimiento como emoción, alegría, haberse sentido bien porque vencieron algunos temores.

“...tuve mi hijo sola en mi casa, cuando nació le llame a mi hermana y ella llamo a la partera para que corte el ombligo.. Satisfecha. Sin miedo... “...mi parto a sido rápido nomas, no me acuerdo el tiempo que había durado...de miedo pero cuando salió todo lindo (Melida)

De una manera sencilla y bajo su propia expresión cultural, nuestras pacientes identificaron ventajas importantes cuando manifestaron satisfacción, comodidad, rapidez, no problema, que resume todo lo que se conoce en otros estudios como ventajas del parto tradicional en posición vertical.

V. CONCLUSIONES.

1. La mayoría de mujeres participantes son casadas y con primaria completa. Asimismo manifiestan que contaron con el apoyo de su pareja en la atención del parto.
2. El significado de parto vertical para las mujeres de la comunidad nativa de Aucasoma es tener un parto en su domicilio acompañado de un familiar y ser atendidos por una partera.
3. Existe una asociación entre el parto vertical y el parto domiciliario en la Comunidad Nativa de Aucasoma, puesto que ellos consideran una manera tradicional de acontecer de la maternidad, costumbre que se transmite de generación en generación y que se conserva casi intacta ya que ha dado buenos resultados, y no existe asociación con complicaciones o daño.
4. La mayoría de mujeres expresan ventajas del parto vertical tanto para la madre como para el bebé: no haber experimentado complicaciones, dificultades, sufrimiento o dolor en su trabajo de parto; comodidad; rapidez; poco dolor y poco sangrado (no precisan hemorragia más que con los términos de que el sangrado fue poco o poquito).
5. En el nacimiento y el alumbramiento las mujeres refieren sentimiento de emoción, alegría y sentirse bien, porque vencieron algunos temores. Las mujeres entrevistadas mayoritariamente identificaron la presencia de la madre, el esposo, hermana, la suegra, la partera como los principales personajes que acompañaron en el trabajo de parto.

VI. RECOMENDACIONES.

1. Al sector salud que fortalezca las capacidades del personal de los servicios de atención primaria y que atiendan el parto vertical; puesto que se identificó que algunas mujeres o familiares solicitaron la presencia de personal de salud para su atención, y no estuvieron presentes en la comunidad o no llegaron oportunamente.
2. Incorporar a las parteras tradicionales al sector salud, como aliadas estratégicas en la mejora de la atención obstétrica y capacitarlas en aspectos básicos de atención del parto vertical, bioseguridad, e identificación de factores de riesgo materno perinatal.
3. Fortalecer las destrezas en los estudiantes de la escuela de Obstetricia de la Universidad Nacional de San Martín en la atención del parto vertical y de las urgencias obstétricas.
4. Es necesario profundizar el presente estudio con métodos cuantitativos a fin de determinar contar con información estadística que permita planificar actividades de intervención en favor de las madres y la comunidad.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Carpio AL. Norma Técnica para la Atención del Parto Vertical con adecuación cultural. In: Ministerio de Salud, editor. Publicación sectorial. 1a ed. Lima Perú: MINSA; 2008.
2. Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud. La Posición Tradicional del Parto en los servicios de Salud. Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural, editor. Ministerio de Salud. 1a ed. Mexico: Subsecretaría de Innovación y Calidad.; 2012.
3. Sánchez CJ. Historia de la Medicina Peruana. Parto vertical. Acta Medica. 2009;1(1).
4. Calderon J, Bravo J, Albinagorta R, Rafael P, Laura A, Flores C. Parto Vertical Ventajas y Desventajas. Revista Peruana De Ginecología y Obstetricia,. 2009;3(2):50.
5. Ayala GF. El Parto en el Perú, posiciones y tradiciones. Rev del Instituto Nacional de Salud Publica. 2011;28(4):28.
6. Odal M. Posición vertical en el Hospital de la Universidad Federal de Santa Catalina, Brasil, 1996 hasta 2008, . Diario de Salud Materno Infantil [Internet]. 2009 Junio del 2009; 9(2):[12 p.].
7. MINSA. Datos epidemiológicos y registros del Puesto de Salud de Lamas. San Martín: MINSA, 2013.

8. Miquelutti M. La posición vertical durante el parto: el dolor y la satisfacción. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil* [Internet]. 2009 14 de setiembre 2014; 9(4).
9. Gayeski EM, Bruggemann OM. Percepciones de puérperas sobre la vivencia durante el parto en la posición vertical y horizontal. *Rev Latino-am Enfermagem* [Internet]. 2009 24 de setiembre del 2014; 17(2). Available from: www.scielo.br/pdf/rlae/v17n2/es_03.pdf.
10. Nureña C. Incorporación del enfoque intercultural en el sistema de salud peruano: la atención del parto vertical. *Revista Panamericana de Salud Pública* [Internet]. 2009 19 de enero 2014; 26(4).
11. Castillo M. Complicaciones del Parto Vertical. Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima [Internet]. 2012 20 de febrero del 2014; 1(1):[45 p.]. Available from: http://www.ensap.sld.cu/?q=webfm_send/149
12. Becerril IAM. Barreras que interfieren en la atención oportuna del parto institucional en los distritos de Tocache y Uchiza de la Región San Martín. Tarapoto, Perú: Dirección Regional de Salud, 2009.
13. Centro Nacional de Información de Salud de la Mujer. Parto. 2009. In: *Salud reproductiva* [Internet]. Mexico: National Institutes of Health; [245].
14. Cunningham FG. *El Parto en Obstetricia de Williams*. 21a ed. Madrid: Médica Panamericana; 2006 24 de enero.

15. Florencia M. Definición de Vivencia. 2010. In: Definiciones y pautas [Internet]. Madrid: Vida Feliz; [27]. Available from: <http://www.definicionabc.com/social/vivencia.php>.
16. Hernández PA. Fundamentos: La vivencia como categoría de Análisis para la evaluación y el diagnóstico del desarrollo psicológico. Revista de Psicología Teórica y Filosófica. 2010;4(1):26.
17. Montalvo C, Hernández A, Ibarra Y, Martínez C. La percepción. Tipos de percepción. Centro Psicoterapia Gestalt Stgo Universidad Mayor, Chile 2010;1(1):12.
18. Organización Mundial de la Salud. El ABC de las definiciones. Boletín institucional [Internet]. 2012 23/11/2014; 2(2):[14-6 pp.]. Available from: <http://www.definicionabc.com/ciencia/fertil.php#ixzz3LOp4CWPq>.
19. Villacis D, Suarez L. Comparación de complicaciones maternas y neonatales entre parto vertical y horizontal. Experiencia en el Hospital Raúl Maldonado Mejía en el periodo 2009- 2013. Universidad San Francisco de Quito. Colegio de Ciencias de la Salud. Tesis de grado presentada como requisito para la obtención del título de Médico. Quito, Diciembre 2013.
20. Buitron A, Del Pozo M. Ventajas del parto vertical comparado con el parto horizontal y su asociación con desgarros perineales en pacientes atendidas en el Hospital Raúl Maldonado Mejía de Cayambe-Ecuador entre septiembre a noviembre del año 2012. Previa a la obtención del título de

- Médico Cirujano. Facultad de Medicina. Pontificia Universidad Católica del Ecuador. 2012.
21. Llanca L. Percepción de los profesionales gineco obstetras y obstetras de la atención con enfoque intercultural a las pacientes obstétricas en el ámbito de la ciudad de Tacna. Visitado: 02-03-2015. Disponible en: <http://www.unjbg.edu.pe/coin2/pdf/01011002106.pdf>
 22. Salud. [Internet]. La posición tradicional de atención del Parto (parto vertical), en los servicios de Salud. Dirección de medicina tradicional Y desarrollo intercultural Subsecretaría de Innovación y Calidad Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud – México. 2013.
 23. Olsen O, Clausen J. Parto planificado en el hospital versus parto planificado en el domicilio. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013 Issue 11. Art. No.: CD000352. DOI: 10.1002/14651858.CD000352. Visitado el: 12-02-2015. Disponible en: <http://www.biblioteca-cochrane.com/BCPGetDocument.asp?DocumentID=CD000352>
 24. Salazar M, navarro S, González M. “Antropología del embarazo, parto y puerperio en la ciudad de Elche”. Cultura de los cuidados. Año I, n. 2 (2. semestre 1997). ISSN 1138-1728, pp. 44-53. Visitado el 12-01-2015. Disponible en: <http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/5301>
 25. Pueblos del Perú. [Internet]. Atlas Colaborativo del Perú. Aucasoma. Visitado el: 12-02-2015. Disponible en: <http://www.pueblosdelperu.org/sanmartin/lamas/san-roque-de-cumbaza/aucasoma>

26. Gavilan DM, Velez ML. Vivencias de las mujeres que transcurren su proceso de atención de parto y cuidado de post parto con compañía y sin compañía de un familiar y bajo del cuidado de enfermería. Pontificia Universidad Javeriana. Facultad de Enfermería. Bogotá 2009.
27. Cartuche M. Ventajas y desventajas del parto vertical versus parto horizontal atendidos por parteras y médicos en el área de salud nº 10, en las comunidades indígenas de Las Lagunas, Gunudel, Tuncarta, Tambopamba, Ñamarin. Cantón Saraguro Provincia de Loja. Periodo marzo a septiembre del 2011. Tesis para obtener el título de Medica General. Loja 2012.
28. UNICEF [Internet]. Sistematización del Proyecto Desarrollo Humano en el Río Santiago Capítulos Perú-Ecuador y Componente Binacional. Perú – 2009. Visitado el: 12-03-2015. Disponible en: http://www.unicef.org/peru/spanish/Sistematizacion_Rio_Santiago.pdf
29. MINSA. Adecuación Cultural de los Servicios de Salud Materna. Centro de Salud Jepelacio. Jepelacio – 2008. Visitado el: 12-12-2015. Disponible en: file:///C:/Users/Pedro/Downloads/SanMartin_Adec_cutura_aten_parto.pdf

VIII. ANEXOS

ANEXO 01

Fotografías en la cual observamos a mujeres que tuvieron la experiencia de parto vertical en la comunidad nativa de Aucaloma y el Barrio Huayco de la provincia de Lamas.

IMAGEN 1:



Una mujer que tuvo parto vertical con su hijo que nació por esa modalidad en su casa y con partera.

IMAGEN 2:



En la presente foto, Observamos a una mujer que tuvo parto vertical con su respectivo bebe que nació por esa modalidad y a su alrededor mujeres que tuvieron parto en el hospital de forma horizontal.

ANEXO 02

ENTREVISTA A PROFUNDIDAD

Presentación:

Buenos días, somos bachilleres en Obstetricia de la Universidad Nacional de San Martín - Tarapoto, Facultad de Ciencias de la Salud. Y solicitamos su colaboración y aceptación para hacerle unas preguntas que pretende conocer las vivencias y percepciones de mujeres como usted que tuvieron la experiencia de un Parto Vertical, por lo que solicitamos nos responda con sinceridad y nos cuente en detalle lo que vivió durante su parto. Lo expresado será confidencial y sólo se usará para el presente estudio.

1. Cómo dio a Luz?, donde?, en qué posición dio a Luz? puede contarnos su experiencia?
2. ¿Ha tenido la experiencia de un parto vertical/horizontal?. Nos puede comentar fue, que sintió, como lo vivió. Relátenos.
3. Quienes participaron o estuvieron presentes en el momento de su parto?
4. En caso de que tuvo ambos tipos de parto (vertical y Horizontal) en cuál de ellas se sintió más cómoda, tuvo menos dolor, dilató más rápido, el bebé salió más rápido
5. En sus partos ¿Qué diferencia puede referirnos en cuanto a la vivencia que tuvo de parto vertical u horizontal?
6. ¿Qué ventajas y desventajas puede referirnos sobre la relación entre parto vertical y horizontal? (duración del parto, dolor, sangrado).
7. Con quien se ha sentido mejor acompañada con la partera o con el personal de salud.
8. Que puede aumentar algo más de su experiencia de dar a luz.

“Muchas gracias por su tiempo y por su colaboración”

FICHA DE IDENTIFICACION DE CADA ENTREVISTADA

Nombre.....

Dirección.....

Edad..... Numero de gestaciones: N° de partos.....

Hijos Vivos.....

Donde tuvo sus partos: Hospital N° Domicilio N°

Estado civil:, Grado de Instrucción.....

Ocupación:, Nivel socioeconómico:

Lugar del parto: Domicilio () Establecimiento de salud ()

Quien atendió parto: Partera () Familiar () Personal de salud ()

Tipo de parto Cuclillas () Rodilla () Parada ()

Litotomía /horizontal () Otro.....

La entrevista se realizó: completa () Incompleta ()

Se entrevistó una sola vez () Dos veces () Más de 2 sesiones ().

La entrevista se realizó con la persona sola Si () No ()

Si es No, quienes la acompañaron:
(Anotar parentesco con la entrevistada).

Fecha de la entrevista:/...../.....

Hora de inicio: Hora de Terminó.....

Nombre del entrevistador

Nombre del asistente de entrevista.....

Tuvo dificultades para acceder a la entrevista:

.....

.....

..... (Anote en detalle)

ANEXO 03

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Mediante la presente, yo.....
identificada con mi DNI N°....., dejo constancia de haber sido informada acerca de los objetivos del proyecto de investigación titulado: VIVENCIAS Y PERCEPCIONES DE MUJERES QUE TUVIERON LA EXPERIENCIA DE UN PARTO VERTICAL EN LAS COMUNIDADES NATIVAS DE LA PROVINCIA DE LAMAS, JUNIO – DICIEMBRE 2014; y que me invitan a participar como informante en el mencionado proyecto.

Bajo mi propia voluntad y sin ninguna coacción o forzamiento, conocedora de los objetivos del proyecto de investigación, acepto participar en la ejecución de esta tesis, comprometiéndome a brindar toda la información requerida mediante la contestación a las preguntas formuladas.

Para constancia de mi libre y voluntaria participación lo firmo.

Aucaloma, de del 2014



Huella digital

.....

DNI