



GMD Facultad Cs. Médicas
Biblioteca
PTE 2595

UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ENFERMERÍA

¿Qué relación existe entre la experiencia de parto con la utilización de técnicas de movimientos y posicionamiento en el trabajo de parto según la asistencia a talleres de psicoprofilaxis obstétrica, edad y número de gestas de mujeres que se internan en una maternidad pública de la ciudad de Rosario en el transcurso de enero a marzo año 2024?

Docente Asesor: Mg. Rosana Nores

Autor: Enf. De Medeiros

Directora: Lic. Rodríguez Jorgelina

Co director: Lic. Belén Silva

23 de octubre de 2023

Rosario, Santa Fe, Argentina

RESUMEN

El proceso de parto es un evento singular y significativo en la vida de una mujer y su acompañante, pero puede verse afectado por el dolor y la falta de conocimiento. Para abordar este desafío, se busca empoderar a las mujeres a través de la autonomía, ofreciendo información detallada y promoviendo la libertad de elección durante el proceso.

Este proyecto de investigación tiene como objetivo determinar la relación entre la experiencia de parto y el uso de técnicas de movimiento y posicionamiento, considerando la asistencia a talleres de psicoprofilaxis obstétrica, la edad y el número de gestas de mujeres en una maternidad pública de Rosario durante enero a junio de 2024.

La metodología implica un enfoque cuantitativo con un diseño observacional descriptivo y un muestreo no probabilístico, abarcando aproximadamente a 200 mujeres en proceso de parto. Para la recolección de datos se utilizarán dos instrumentos diferentes, una lista de cotejo para observar las técnicas de movimiento y posicionamiento a la que se añadirá el número de gestas de la mujer y su edad y si asistió o no a los talleres de psicoprofilaxis obstétrica y un cuestionario autoadministrado, para recopilar datos relevantes sobre la experiencia en el proceso de parto. El análisis comprenderá un enfoque descriptivo, univariado y bivariado, incluyendo la regresión lineal para examinar relaciones entre variables siendo representados a través de gráficos y tablas.

Además, se aplicará la prueba estadística no paramétrica Chi-cuadrado de Pearson para enriquecer el análisis desde la estadística inferencial.

Palabras clave: Proceso de parto, Psicoprofilaxis obstétrica, Técnicas de movimiento y posicionamiento, Número de gestas y Edad

Agradecimiento

Deseo comenzar expresando mi profundo agradecimiento a Dios por su amor infinito y por otorgarme el regalo precioso de la vida. Sin Su guía y apoyo constante, este camino no habría sido posible.

Mi familia merece un lugar especial en este agradecimiento. Su amor incondicional, apoyo constante y fe en mí me han impulsado a superar obstáculos y a perseverar. Cada logro que he alcanzado es, en gran medida, un reflejo de su influencia en mi vida.

También quiero expresar mi más sincero agradecimiento a mi dedicada docente, Rosana. Fue ella quien me introdujo en el emocionante mundo de la investigación y me brindó las herramientas para explorar este desafiante, pero apasionante camino. Sus enseñanzas, paciencia y orientación han sido invaluable en mi desarrollo académico y personal.

ÍNDICE GENERAL

RESUMEN	1
Agradecimiento	1
INDICE GENERAL	3
INTRODUCCIÓN	4
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE ESTUDIO	12
HIPÓTESIS	13
OBJETIVO GENERAL	13
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	13
MARCO TEÓRICO	15
MATERIAL Y MÉTODOS	35
TIPO DE ESTUDIO	35
SITIO Y CONTEXTO	35
POBLACIÓN Y MUESTRA	37
TÉCNICAS E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	38
PERSONAL A CARGO DE LA RECOLECCIÓN DE DATOS	40
Consideraciones Bioéticas	42
PLAN DE ANÁLISIS	43
CRONOGRAMA DE TRABAJO	46
INFRAESTRUCTURA Y EQUIPAMIENTO.	46
BIBLIOGRAFÍA	47
ANEXO I	50
Aval Institucional	50
ANEXO II	51
Operacionalización de las variables	51
Instrumento .1	54
Instrumento .2.	55
Consentimiento informado	57

INTRODUCCIÓN

A través de la de la historia, el proceso del parto ha experimentado notables transformaciones. En sus inicios, se consideraba principalmente un acontecimiento en el que la mujer desempeñaba el papel central, en un entorno familiar, acompañada por otras mujeres con experiencia, que adoptaban una actitud de observación y no intervención. Sin embargo, a finales del siglo XIX y principios del siglo XX, se produjo un cambio significativo con la institucionalización del parto, impulsada por el objetivo de reducir la morbilidad materna y neonatal.

Estos cambios se han enfrentado a enfoques predominantemente biologicistas y rutinarios en lo que refiere al sistema de salud y la atención brindada los cuales a menudo han dejado a las mujeres sin alternativas, relegando la importancia de comprender que cada experiencia de parto es única y abarca tanto aspectos físicos como emocionales. Por consiguiente, es fundamental establecer un entorno respetuoso que permita a la mujer asumir un rol protagónico en su maternidad.

En este contexto, a raíz de la necesidad apremiante de abandonar el enfoque exclusivamente medicalizado del parto hacia una atención más personalizada, comprensiva y humanizada es que la Organización Mundial de la Salud (OMS) establece que el proceso de parto es un evento crucial en la vida de una mujer, que puede tener un impacto significativo tanto en su salud física como emocional. Esto implica reconocer que no todas las situaciones reproductivas requieren intervenciones médicas y que es esencial abordar el proceso de manera integral y respetuosa (OMS 2018).

La implementación de este nuevo paradigma sobre el parto y la autonomía de la mujer para poder decidir cómo será el proceso ha provocado, en los últimos años, un creciente interés por explorar cómo las técnicas de movimientos y posicionamiento en el trabajo de parto, combinadas con la asistencia a talleres de psicoprofilaxis obstétrica, pueden influir en la experiencia de parto de las mujeres. Reconociendo la importancia de estos factores como determinantes del proceso de parto es que la (OMS) estableció principios y recomendaciones para promover una atención materna centrada en la mujer y respetuosa de sus derechos y preferencias. Estos principios abogan por la dignidad, la autonomía, la confidencialidad y la atención individualizada, elementos esenciales para garantizar que las mujeres tengan una vivencia de parto positiva y empoderadora.

En este sentido numerosas investigaciones indican que el estrés provocado por un entorno desconocido durante el parto, combinado con una atención mecánica y medicalizada, incrementa la percepción de dolor, el miedo y la ansiedad en las mujeres, lo que desencadena

una serie de efectos adversos que resultan en un mayor número de intervenciones y, en consecuencia, más consecuencias negativas tanto para la madre como para el bebé.

Estos precedentes han dado lugar en Argentina a la promulgación de la Ley Nacional 25.929 de Parto Respetado en Argentina, la cual fue sancionada en 2004 y finalmente reglamentada en 2015. Esta ley respalda los principios al reconocer y proteger los derechos de las mujeres durante el proceso de parto y posparto. La ley establece que las mujeres tienen el derecho a ser informadas, a participar en las decisiones relacionadas con su atención y a ser tratadas con respeto y dignidad durante todo el proceso.

Estas leyes se originaron a raíz de la Propuesta Normativa Perinatal, cuyo primer tomo se publicó en 1993 con el título "Atención del embarazo normal, parto de bajo riesgo y atención inmediata del recién nacido". Posteriormente, se agregaron cuatro tomos más en los años 1995, 1998 y 1999, que brindaban directrices para la atención y el apoyo en cuestiones perinatales. Las guías se distribuyeron a nivel nacional.

En 2001, se llevó a cabo una actualización de la Propuesta Normativa Perinatal, basada en la Medicina Basada en la Evidencia y con el respaldo de sociedades científicas y expertos en la materia. Esto dio lugar a la publicación de la "Guía para la Práctica del Cuidado Preconcepcional y del Control Prenatal". Estas guías enfatizaron el respeto a las necesidades de la mujer y su familia, teniendo en cuenta no solo aspectos biológicos, sino también factores psicológicos y socioculturales. Se promovió el concepto de Maternidades Seguras y Centradas en la Familia, una tendencia global que ganó relevancia a finales del siglo XX y principios del siglo XXI.

En resumen, las guías perinatales se introdujeron en la década de 1990, se actualizaron en 2001 y, en 2004, se sancionó la Ley de Parto Respetado, que se reglamentó en 2015. Todo esto con el propósito de mejorar la atención y los derechos de las madres, los recién nacidos y sus familias durante el proceso perinatal en nuestro país.

La aplicación de estas leyes ha promovido que en Argentina las instituciones de salud destinen recursos humanos y edificios para poder llevar a cabo lo planteado por las normativas antes mencionadas, las que serán desarrolladas en el marco teórico.

ESTADO DEL ARTE

Luego de esta breve introducción con respecto a la reivindicación de los derechos de la mujer al momento de experimentar el parto resulta importante comentar algunos estudios relacionados a la temática que revelan la implicancia de esta nueva modalidad de concebir presentando cuales son los beneficios y ventajas de este nuevo paradigma.

En este sentido en Brasil se llevó a cabo un estudio descriptivo y cualitativo que involucró a 20 enfermeras obstétricas que trabajaban en servicios públicos. La recopilación de datos se realizó entre mayo y julio de 2021, a través de entrevistas semiestructuradas individuales. La primera parte de las entrevistas se centró en una breve caracterización de las entrevistadas, mientras que la segunda parte incluyó preguntas abiertas que fueron sometidas a un análisis temático.

Este estudio se enfocó en la atención respaldada por la evidencia científica proporcionada por las enfermeras obstétricas que se destacan en el uso de Tecnologías No Invasivas de Cuidados de Enfermería (TNICE). Estas tecnologías se definen como un conjunto de conocimientos y técnicas aplicados a las mujeres en el proceso de parto, con procedimientos aplicados con intencionalidad y justificación. Estas acciones implican conocimientos y habilidades transformados en acciones desarrolladas en una relación de cuidados.

Las participantes utilizaron diversas técnicas, como el fomento de la deambulación, la sugerencia de posturas específicas, y la promoción de movimientos pélvicos y sentadillas. El fomento de la deambulación, en particular, se destaca por favorecer la libertad de movimientos, aliviar el dolor, contribuir a la dilatación del cuello uterino y facilitar el descenso y la rotación del feto. Esto, a su vez, contribuye a la activación y acortamiento del parto, sin efectos negativos sobre el bienestar materno y fetal. Además, estas prácticas fomentan la interacción, vinculación y participación activa de las mujeres en el proceso de parto.

Es importante destacar que la mayoría de las enfermeras obstétricas promueven posiciones no supinas, lo cual está respaldado por evidencia científica y recomendaciones del Ministerio de Salud (MS), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y organismos internacionales. Estas instituciones subrayan la importancia de fomentar la libertad de movimiento y la adopción de posiciones erguidas durante el parto.

Como estrategia para ofrecer estas tecnologías, las enfermeras orientan a las mujeres sobre sus ventajas, presentándolas como opciones de asistencia respetuosas de sus elecciones.

En conclusión, este estudio resalta que la aplicación de estas técnicas es beneficiosa para las mujeres, incluso en situaciones de complicaciones obstétricas y cuando las parturientas desconocen sus derechos durante el parto, las enfermeras obstétricas mantienen el atributo no invasivo de la TNICE. De esta manera, la necesidad de intervenir no se percibe como una violación de la autonomía corporal de las mujeres. Este hallazgo subraya la importancia de invertir en el papel de las enfermeras obstétricas en el parto, dado su potencial para impulsar cambios efectivos en la atención obstétrica basados en la evidencia científica. (Prata et al., 2022)

Por otra parte, en la Ciudad de México se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo y transversal que incluyó pacientes cuyos partos fueron atendidos en un hospital de Segundo nivel de atención, durante un periodo de diez meses, de septiembre del 2017 a junio del 2018.

El propósito de Este estudio es examinar si la atención durante el parto en posiciones distintas a la de litotomía resulta en variaciones en el enfoque de atención, la utilización de analgesia, la duración del período de expulsión, la condición del perineo y las complicaciones después del parto.

La muestra total fue de 100 mujeres, de las cuales, cuarenta y cuatro fueron atendidas en posición libremente escogida (vertical con sus diferentes posiciones: sentada, de rodillas, en cuclillas, parada, así como semidecúbito, cuatro puntos y lateral) y el segundo conformado por cincuenta y seis mujeres con partos atendidos en posición de litotomía. Se elaboró una hoja de recolección con datos demográficos, obstétricos y resultados neonatales, y se revisaron los expedientes de las mujeres atendidas en ese lugar el último semestre.

Este estudio reveló que elegir una posición libre durante el parto resultó en una notable disminución en la necesidad de analgesia obstétrica, así como en un menor avance del trabajo de parto. La reducción en el uso de analgesia puede deberse a la capacidad de movimiento y desplazamiento durante el proceso de parto, un enfoque no basado en medicamentos para controlar el dolor en el parto, que ha sido documentado en varias fuentes.

El grupo que optó por una posición libre ingresó en su mayoría al hospital durante la fase activa del trabajo de parto. Esto podría estar vinculado a la educación prenatal y a los cursos de psicoprofilaxis obstétrica, en los que se instruye a las futuras madres sobre métodos no farmacológicos para manejar el dolor y la fisiología del trabajo de parto. Esto resulta en un ingreso hospitalario en etapas más avanzadas del proceso de parto. Sin embargo, en este estudio no se investigó si las participantes habían completado o no este estudio. (Sánchez Chávez et al., 2022)

Por otra parte, se realizó en un servicio de enfermería materno infantil ubicado en la región sur de Brasil, un estudio cuantitativo y descriptivo de corte en transversal en donde se analizaron un total de 560 historias clínicas de parturientas que acudieron al servicio durante el trabajo de parto, qué como resultado arrojó qué un porcentaje considerable de estas mujeres (29.3%) optó por métodos no farmacológicos como parte de su estrategia de alivio del dolor durante el proceso de parto. Entre este grupo, un significativo 89% implementó dos o más de estos métodos, destacándose la hidroterapia, el cambio de posición y los ejercicios de respiración como los más comunes.

Este enfoque no farmacológico fue más prevalente entre las mujeres nulíparas, aquellas sin experiencias previas de parto. Además, se observó que el cambio de posición de la

parturienta se asoció con una disminución de la necesidad de procedimientos médicos invasivos, tales como la instrumentalización del parto, episiotomía y trauma perineal. Estos hallazgos subrayan la importancia de fomentar la movilidad y la adopción de métodos no farmacológicos para reducir complicaciones obstétricas innecesarias.

A pesar de los evidentes beneficios de los métodos no farmacológicos en el alivio del dolor durante el trabajo de parto, el estudio reveló una baja tasa de utilización en la institución en cuestión. Por consiguiente, los autores concluyen en que es imperativo que los profesionales de la salud, especialmente las enfermeras, estén capacitados en estas técnicas a fin de impulsar su implementación y promover un enfoque más comprensivo y menos intervencionista durante el proceso de parto.

En última instancia, los resultados de este estudio subrayan la urgente necesidad de que los gerentes de salud y profesionales comprendan la relevancia de los métodos no farmacológicos para el alivio del dolor en el trabajo de parto. Además, se enfatiza la importancia de otorgar a las enfermeras la autonomía necesaria para aplicar prácticas basadas en evidencia científica. Esto no solo beneficiará a las parturientas al reducir el dolor y las complicaciones obstétricas, sino que también contribuirá a mejorar la experiencia general del proceso de parto, con las enfermeras desempeñando un papel fundamental al proporcionar una atención centrada en la paciente y basada en la evidencia. (Klein & Gouveia, 2022)

Por otro lado, la psicoprofilaxis obstétrica comprende una serie de actividades, métodos y técnicas destinados a preparar a las gestantes durante todo el proceso de embarazo, parto y puerperio, con la inclusión del padre y la familia en este proceso. Un parto psicoprofiláctico se trata de una preparación exhaustiva a través de clases, lecturas y prácticas que proporcionan a la madre los conocimientos y habilidades necesarios para afrontar la ansiedad y el dolor de manera efectiva durante el proceso de parto.

En la comunidad de Progreso, Guayas, Ecuador, en el año 2018 se llevó a cabo un estudio de diseño no experimental, caso-control y retrospectivo. La muestra incluyó a 80 gestantes, tanto nulíparas como multíparas, que participaron en sesiones de psicoprofilaxis obstétrica. Se utilizó como instrumento una ficha de recopilación de datos. como instrumento de recopilación de información.

Los resultados del estudio indicaron que existieron beneficios significativos para las gestantes que asistieron a las sesiones de psicoprofilaxis obstétrica. El 70% de las gestantes cumplió con todas las sesiones de psicoprofilaxis obstétrica, lo que se asoció con un período de dilatación igual o menor a 6 horas en el 46.43% de los casos, un período expulsivo menor de 25 minutos en el 76.79% de los casos y un mayor número de partos eutócicos en el 82.14% de las

gestantes que asistieron a las sesiones de psicoprofilaxis obstétrica. Además, el 78.57% de los casos no requirió medicamentos durante la fase de dilatación, y el índice de APGAR al minuto fue mayor de 8 en un 96.43%, mientras que el índice de APGAR a los 5 minutos fue superior al 98.21%. Solo el 1.78% de los recién nacidos de madres en el grupo de casos experimentó apnea, y el 40% de los fetos con un peso de 3500 gramos o más tuvo un período expulsivo no mayor de 25 minutos. (Narea Morales et al., 2020)

En relación a este mismo tema, se realizó en Lima, Perú un estudio sobre las características materno perinatales y conducta materna durante el trabajo de parto en gestantes con preparación psicoprofiláctica, se ejecutó un estudio cuantitativo de tipo observacional y descriptivo, con un diseño transversal.

La población estuvo integrada por 64 mujeres primerizas en edad adulta que habían recibido instrucción en psicoprofilaxis obstétrica. La conducta de la mujer en las diferentes etapas del proceso de parto Como instrumento de recolección de dato se utilizó una lista de verificación previamente validada, fue evaluada por el mencionado instrumento la conducta de la mujer en las diferentes etapas del proceso de parto. obteniendo los siguientes resultados en cuanto a 82.81% tuvo controles adecuados, 59.38% no presentó parto con acompañante y 95.31% no mostró complicaciones durante el periodo expulsivo. Apgar al minuto fue de 8 (51.56%) y de 9 a los 5 minutos (100%). 96.88% tuvo contacto piel a piel con el recién nacido. Las conductas más frecuentes fueron, la respiración jadeante en los momentos necesarios durante el expulsivo (95.31%) y alumbramiento (93.75%), el cuidado del personal adecuado (92.19%) y parto vertical (92.19%). La conducta fue adecuada en 54.69% durante el periodo de dilatación, 64.06% durante el periodo expulsivo y 71.88% durante el periodo de alumbramiento.

Concluyendo en que las mujeres embarazadas que se sometieron a la capacitación en psicoprofilaxis obstétrica exhibieron características y resultados materno-perinatales positivos, y se observó un mayor predominio de comportamientos apropiados en todas las etapas del proceso de parto. (Idrugo-Castillo & Moreno-Garrido, 2023)

En este mismo sentido, se realizó, en Cascabel Brasil en una institución hospitalaria pública, un estudio cualitativo, exploratorio y descriptivo, con doce mujeres, a los sesenta días de transcurrido el parto con el objetivo de comprender los significados y experiencias de mujeres que vivenciaron el proceso de parto humanizado.

Las participantes fueron seleccionadas por conveniencia y se realizaron entrevistas semiestructuradas. Se realizó un análisis de contenido temático y análisis de datos guiados cuyos resultados arrojaron que la experiencia positiva de parto en este grupo de mujeres nace a partir de la participación activa de mujeres en un grupo de apoyo para embarazadas este hecho,

fue fundamental para promover el conocimiento acerca del parto humanizado y para acercarse al tema de manera crítica. Este proceso alentó el empoderamiento de las futuras madres y sus familias, quienes comenzaron a confiar en el cuerpo de la gestante y parturienta como un sistema funcional, en contraposición al enfoque médico tradicional que tiende a medicalizar el parto. Siguiendo por la percepción de seguridad en el ambiente hospitalario, deseo de un parto respetado en mujeres que sufrieron violencia obstétrica en su anterior embarazo, la presencia de un acompañante de su entorno y una doula, estos acontecimientos contribuyeron a que las experiencias de estas mujeres hayan sido vivenciadas como un acontecimiento singular, extraordinario, excepcional, profundo, conmovedor y desafiante de cuantificar. Principalmente, se percibían como personas llenas de fortaleza y triunfo. El proceso de dar a luz se consideraba la experiencia suprema de amor, impregnada de profundo respeto. (Baggio et al., 2021)

Por otro lado, en Brasil se llevó a cabo una investigación cualitativa, descriptiva y exploratoria sobre la perspectiva del personal de enfermería obstétrica en relación al uso de métodos no farmacológicos para el alivio del dolor durante el parto. En este estudio, se reclutaron enfermeras obstétricas a través de convocatorias electrónicas y se llevaron a cabo entrevistas mediante la plataforma Google Dúo. Los datos recopilados se analizaron utilizando el software IRAMUTEQ y se sometieron a la técnica de análisis de contenido.

Como resultado del análisis de contenido, se identificaron tres categorías principales: *"Importancia del parto natural, métodos que humanizan el parto, y alivio del dolor."* Además, se subrayó la importancia de la enfermería en el parto humanizado.

En resumen, a pesar de que el parto natural puede implicar mayor dolor, se resaltaron sus beneficios significativos. Se encontró que los métodos que humanizan el parto, como el masaje y la presencia de un acompañante, son efectivos para reducir el dolor y la tensión, promover la relajación y acelerar las diferentes etapas del parto. En conjunto, estos enfoques contribuyen a crear una experiencia de parto más positiva. (Barbosa et al., 2023)

En un estudio cualitativo llevado a cabo en Segovia, España, se exploraron las vivencias y perspectivas de mujeres que conformaron un grupo de autoayuda en compañía de sus parejas, tras haber experimentado el proceso de parto por primera vez en un período inferior a dos años. A través de un enfoque basado en 12 entrevistas semiestructuradas, se empleó una técnica de recopilación de datos cuidadosamente diseñada y fundamentada en la literatura previa. Posteriormente, se efectuó una transcripción meticulosa de las entrevistas, seguida de un minucioso análisis de contenido cualitativo inductivo.

Los hallazgos revelaron cinco categorías significativas en el proceso de atención a la salud materna y perinatal. En primer lugar, durante la etapa prenatal, las participantes expresaron

la necesidad de recibir información más detallada acerca del proceso de parto y posparto, así como una preparación que pudiera acompañarlas en esta transición.

En cuanto al parto en sí, se detectó cierto desajuste en sus expectativas respecto a la atención sanitaria que recibieron. Además, en el posparto, manifestaron una clara demanda de un seguimiento más exhaustivo desde una perspectiva biopsicosocial, subrayando la importancia de considerar aspectos emocionales y sociales.

En las consultas pediátricas, enfatizaron la necesidad de promover la participación activa de los padres en el cuidado del recién nacido. Finalmente, las mujeres señalaron la falta de servicios de atención de salud que respaldarán el desarrollo de redes de apoyo y entornos seguros donde pudieran expresar sus emociones y sentimientos.

Las conclusiones derivadas de este estudio sugieren la imperante necesidad de reformular los recursos existentes en el sistema sanitario, incluyendo las clases de preparación al parto y los grupos de apoyo a la lactancia materna, así como la implementación de nuevas estrategias con el objetivo de fortalecer una atención sanitaria integral y humanizada, que fomente la plena participación de los padres en el proceso perinatal. (Loezar-Hernández et al., 2022)

En relación con lo anterior, en la comunidad de Valle Hermoso, Ecuador, con el propósito de evaluar el nivel de satisfacción de las mujeres con respecto a su experiencia de parto se realizó un estudio cuantitativo con un diseño descriptivo de campo, de naturaleza transversal.

La población de estudio estuvo compuesta 165 participantes se seleccionaron utilizando un método de muestreo no probabilístico basado en criterios de inclusión y exclusión. Se les administró una encuesta basada en la escala de Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale, que ha demostrado una fiabilidad del 0,85 y un coeficiente de confiabilidad de Cronbach de 0,94.

Los resultados principales del estudio revelaron que el 77% de las mujeres se mostraron satisfechas con la atención que recibieron durante el parto, y el 64,8% expresaron una alta satisfacción con la experiencia del nacimiento de sus bebés. En resumen, los profesionales de la salud involucrados en el proceso de parto demostraron un alto nivel de competencia, conocimiento y capacidad profesional. La matrona desempeñó un papel fundamental al brindar apoyo constante y asegurarse de que se satisficieran las necesidades físicas y emocionales de las mujeres. Asimismo, se garantizó el confort del recién nacido después del parto. En definitiva, la experiencia de parto se percibió como un evento placentero para las madres de la comunidad Valle Hermoso. (Zúñiga Paredes & Salguero Fiallos, 2022).

La pregunta de investigación que se planteó fue si las mujeres de la comunidad Valle Hermoso han tenido una experiencia de parto satisfactoria. A través de este estudio, se encontró

que el 77% de las mujeres expresaron satisfacción con su experiencia de parto. Este nivel de satisfacción se relaciona con factores como el apoyo emocional brindado, la atención recibida por el personal de salud, el papel fundamental de la matrona durante el proceso de parto y la atención a las necesidades específicas de la madre.

Además, se identificaron elementos internos que también influyen en la satisfacción, como la gestión de las emociones durante el embarazo y el parto para reducir el estrés y la ansiedad. La investigación sugiere que la atención del personal de salud debe centrarse en la independencia y la participación activa de la madre, asegurando que se satisfagan sus necesidades y proporcionando un entorno cómodo.

Este estudio aporta datos novedosos en el contexto local, ya que no existen investigaciones previas sobre este tema. Desde una perspectiva profesional, se han identificado pautas que pueden ser útiles para garantizar una atención de calidad en futuros partos. En resumen, la investigación proporciona pautas importantes a considerar al atender partos y las necesidades comunes de las madres en este proceso. (Barbosa et al., 2023)

Con respecto a la República Argentina particularmente no se encontraron estudios realizados respecto de la relación entre la participación en talleres de psicoprofilaxis obstétrica y

Su relación en la utilización de técnicas de movimientos y posicionamientos en el proceso de parto por lo que se evidencia un vacío de contenidos de investigación.

Luego de haber presentado los antecedentes más relevantes sobre la temática es que se puede establecer que el propósito de este estudio será el de presentar los resultados obtenidos del estudio a las autoridades pertinentes, con el fin de identificar aquellos aspectos hayan sido percibidos por las mujeres como negativos y al mismo tiempo reforzar aquellos que se hayan percibido de manera positiva. De esta manera, con el objetivo de mejorar la significativa experiencia del proceso de parto para las mujeres se sugerirá espacios de reflexión interdisciplinaria, propiciados para este proceso.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE ESTUDIO

¿Qué relación existe entre la experiencia de parto con la utilización de técnicas de movimientos y posicionamiento en el trabajo de parto según la asistencia a talleres de psicoprofilaxis obstétrica, edad y número de gestas de mujeres que se internan en una maternidad pública de la ciudad de Rosario en el transcurso de enero a marzo del año 2024?

HIPÓTESIS

La experiencia acerca del parto será más satisfactoria en mujeres con dos o más gestas que participen regularmente en los talleres de psicoprofilaxis obstétrica en comparación con las primigestas.

La experiencia acerca del parto será más satisfactoria en mujeres que utilicen técnicas de movimiento y posicionamiento durante el proceso de parto, independientemente de la edad.

Las mujeres que utilicen diferentes elementos para favorecer el movimiento durante el proceso de parto experimentarán menos dolor, que las mujeres que no utilicen estos recursos.

Las mujeres con más de una gesta que se movilicen durante el proceso de parto podrán experimentar más decisiones sobre su cuerpo, que las primigestas en dicho proceso, independientemente de la edad.

OBJETIVO GENERAL

Determinar la relación existente entre la experiencia de parto con la utilización de técnicas de movimientos y posicionamiento en el trabajo de parto según la asistencia a talleres de psicoprofilaxis obstétrica, edad y número de gestas de mujeres que se internan en una maternidad pública de la ciudad de Rosario en el transcurso de enero a junio del año 2024.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar a la población según edad, número de gestas y asistencia a los talleres de psicoprofilaxis obstétricas.
- Analizar la relación que existe entre la experiencia del proceso de parto con el número de gestas y edad.
- Identificar durante la aplicación de técnicas de movimiento posicionamiento cuales son los movimientos y posturas seleccionados por la población con más frecuencia.
- Relacionar la asistencia a los talleres de psicoprofilaxis obstétricas con la experiencia en el trabajo de parto.
- Identificar la frecuencia de participación a los talleres de psicoprofilaxis obstétrica.

- Analizar la experiencia en el proceso de parto según edad y gestas.
- Analizar la experiencia de parto con la utilización de técnicas de movimientos y posicionamiento.
 - Identificar cuáles fueron las técnicas de movimientos y posicionamiento elegidos(preferencia) por las mujeres según edad y número de gestas.
 - Describir la utilización de elementos (esferas, telas) que favorecieron la experiencia de parto.
 - Identificar la experiencia de las mujeres que asistieron con las que no asistieron a los talleres de psicoprofilaxis obstétrica.
 - Describir la experiencia de las mujeres que solo eligieron permanecer en una sola posición durante el proceso de parto.
 - Describir la experiencia de las mujeres que eligieron parir en forma vertical.
 - Identificar si el proceso de parto se experimentó más corto utilizando técnicas de movimiento y posicionamiento.

MARCO TEÓRICO

Definir el concepto de parto normal no es una tarea sencilla debido a la falta de estandarización en su interpretación. Diversos profesionales de la salud y expertos han ofrecido definiciones a lo largo de los años, reflejando diferentes enfoques y perspectivas

Rigor Ricardo en 1976, en su trabajo, define el proceso de parto como la extracción manual o instrumentada del feto y sus anexos en un momento del embarazo en el que el feto es viable fuera del útero materno. (Rigol Ricardo, 1976, p. 42-47).

Por otro lado, Santisteban Alba en 2004 lo describe como el método activo de expulsión del feto y la placenta. (Santisteban S, & Oliva J, 2004, pp. 55-72)

Estas definiciones tradicionales han sido cuestionadas por corrientes más recientes que distinguen entre un parto medicalizado, en el que la intervención médica se considera necesaria, y un parto natural, en el que se enfatiza la fisiología y la naturalidad del proceso por encima de la intervención médica.

La Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME) en 2007 define el parto normal como un proceso fisiológico sin complicaciones que culmina con el nacimiento y solo requiere apoyo integral y respetuoso. (Federación de Asociaciones de Matronas de España, 2007)

Esta investigación adopta la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de parto Normal, que se caracteriza por ser un proceso que inicia de manera espontánea, con bajo riesgo en su inicio y se mantiene así hasta el nacimiento del bebé. En este enfoque, el niño nace de forma natural en posición cefálica entre las semanas 37 a 42 completas de gestación, y después del parto, tanto la madre como el bebé se encuentran en un estado de salud óptimo. Esta elección de definición resalta el cambio en el paradigma de atención al parto, alejándose de los enfoques previamente 'biologicistas' o 'intervencionistas'.(OMS 2018)

En este contexto de respeto a la fisiología del parto y la importancia del parto humanizado, es esencial explorar el proceso de parto en detalle

El proceso del parto implica transformaciones significativas tanto en la función uterina como en el cuello uterino. Para comprender mejor estas transiciones fisiológicas durante el embarazo, se puede dividir el parto en cuatro fases superpuestas. Cada una de estas etapas corresponde a momentos clave en la preparación para el parto, el proceso en sí mismo y la recuperación posterior.

En primer lugar, está la fase de "preludio", que abarca la preparación inicial para el parto. Durante este período, el útero y el cuello uterino comienzan a prepararse para las etapas posteriores del parto.

A continuación, la fase que sigue es la del proceso en sí. Aquí es cuando las contracciones uterinas se vuelven más intensas y regulares, lo que lleva a la dilatación del cuello uterino y al descenso del feto por el canal de parto.

Después de la fase de "proceso en sí", entra en juego la etapa de "recuperación", que corresponde a la fase de expulsión de la placenta y a la recuperación postparto de la madre.

Estas cuatro fases del parto están interconectadas y representan las transiciones fundamentales que ocurren en el miometrio y el cuello uterino a lo largo del proceso de dar a luz. (Cunningham et al., 2014).

La primera fase de este proceso, que abarca su inicio, desarrollo y duración, puede variar, para reconocerla, es esencial evaluar la apertura del cuello uterino, la reducción del grosor de este y el descenso de la cabeza del feto. Se han identificado dos etapas en esta fase:

La primera etapa, denominada dilatación, se subdivide en la fase latente, que abarca desde el inicio de las contracciones hasta que se alcanzan los 4 cm de dilatación, y la fase activa o tardía, que va desde los 4 cm de dilatación hasta la dilatación completa de 10 cm, marcada por una dinámica de parto constante y regular. La duración de la fase activa es variable entre las mujeres y depende de su experiencia en partos anteriores. En primíparas, la duración promedio es de aproximadamente 8 horas, rara vez superando las 18 horas. En mujeres multíparas, con más de un embarazo y parto previos, el promedio es de unas 5 horas, y en la mayoría de los casos, no excede las 12 horas. En esta fase, las intervenciones de enfermería pueden comprender atención individualizada, movilización y la exploración de diversas posiciones para la madre.

La segunda etapa, conocida como expulsivo, se inicia una vez que se alcanza la dilatación completa (10 cm) y culmina con el nacimiento del bebé. En esta etapa, se distingue entre el "expulsivo pasivo," caracterizado por la dilatación completa, pero sin contracciones involuntarias, y el "expulsivo activo," donde la cabeza del feto avanza por el canal del parto o la madre realiza esfuerzos efectivos en presencia de contracciones involuntarias. Se recomienda que la mujer adopte la posición que le resulte más cómoda, siempre que las circunstancias lo permitan.

La tercera etapa del parto, llamada "Alumbramiento," se refiere a la expulsión de la placenta del útero materno después del nacimiento del bebé. La duración de esta fase no debe

exceder los 30 minutos en un alumbramiento con manejo activo de la placenta y los 60 minutos en un alumbramiento espontáneo.

Estas etapas son esenciales para comprender el proceso de parto y requieren un abordaje cuidadoso y atento por parte del equipo de atención médica y de enfermería. (OMS 2018)

Dentro del contexto del proceso de parto, uno de los aspectos más cruciales se relaciona con el dolor que experimentan las mujeres a lo largo de este proceso.

El Subcomité de Taxonomía de la IASP (Asociación Internacional para el Estudio del Dolor) ha establecido una definición de dolor que ha sido ampliamente reconocida en la comunidad científica y de la salud, así como respaldada por la OMS. Dicha definición, que describe el dolor como una experiencia sensorial y emocional desagradable relacionada con una lesión presente o potencial, o expresada en términos de dicha lesión. (Pérez Fuentes, 2020) Durante el proceso de trabajo de parto, el dolor desempeña un papel crucial en la fisiología del evento. En primer lugar, es fundamental considerar el papel de las endorfinas, ya que, al liberarse, no solo reducen el estrés de la madre, sino que también promueven una mejor adaptación del recién nacido. Por otro lado, la oxitocina natural producida por el cuerpo de la gestante juega un papel significativo. Esta hormona induce contracciones uterinas necesarias y contribuye a una sensación de calma, lo que disminuye el dolor.

Sin embargo, es importante destacar que la oxitocina sintética no atraviesa eficazmente la barrera hematoencefálica, lo que resulta en la pérdida de sus beneficios analgésicos y psicológicos. En este contexto, el concepto de "parir con dolor" se basa en la idea de que el dolor es una parte inherente de la fisiología del proceso de trabajo de parto normal. Con el respaldo adecuado, una mujer puede afrontar los niveles de dolor durante el trabajo de parto normal aprovechando sus propias endorfinas naturales. (Bonapace et al., 2018)

Por otra parte, cabe señalar que, según el estudio de Cortés, Merino y Bustos (2020), que revisa factores relacionados con la percepción del dolor durante el trabajo de parto, se destaca la importancia de comprender la fisiopatología del dolor en este contexto. e se sabe que la nocicepción periférica durante el parto comparte las vías sensitivas viscerales y somáticas que provienen de las estructuras pélvicas, uterinas, cervicales y perineales, vía las raíces dorsales inferiores, lumbares y sacras, no se ha podido determinar la localización en la médula espinal de estas fibras y su contribución en la integración del dolor (Casillas-Sánchez & Zepeda-López, 2009).

En este contexto, se ha observado que la contribución visceral al dolor de parto ha sido subestimada debido a la predominancia de la investigación en el dolor somático. La creencia

común de que las vísceras no pueden codificar el dolor ha llevado a la falta de modelos experimentales adecuados para profundizar en esta área.

Un estudio clásico de Berkley y colaboradores demostró que la respuesta dolorosa a la distensión de la salpinge de rata solo se producía cuando el volumen en el balón causaba suficiente presión para provocar isquemia del tejido. Sin embargo, en el caso de la distensión vaginal, se experimentó dolor incluso a volúmenes menores que no causaban isquemia, lo que sugiere diferencias significativas en la sensibilidad vaginal y uterina y en su contribución al dolor del parto. Respecto al cérvix, el trabajo de Sandner-Kiesling y colaboradores identificó que los estímulos de la dilatación cervical son procesados a nivel profundo del cuerno dorsal de la médula espinal, en las láminas II-V y X, mientras que la estimulación somática del dolor se localiza en las láminas superficiales del cuerno dorsal. Además, se ha observado que la expresión de dolor visceral en este experimento disminuyó con la administración de ketorolaco intratecal, un inhibidor de la ciclooxigenasa y en mayor medida con la lidocaína cervical (Casillas-Sánchez & Zepeda-López, 2009)

En relación a lo anterior, el segundo y tercer período del parto, a medida que la cabeza fetal desciende, se produce distensión en el canal del parto inferior y el perineo. Este dolor se transmite a lo largo de aferentes somáticas que se originan en el plexo sacro, que comprenden porciones de los nervios pudendos, y penetran en la médula espinal en los niveles S2, S3 y S4.

En este contexto, se ha observado que la técnica anestésica que proporciona un mejor alivio del dolor durante el trabajo de parto es la anestesia regional. En la Unidad Médica de Alta Especialidad (UMAЕ) del Hospital de Ginecoobstetricia del Centro Médico Nacional de Occidente, IMMS, durante más de tres décadas, el bloqueo epidural ha sido ampliamente utilizado en obstetricia, aunque en los últimos años, con el acceso a agujas largas tipo Whitacre, ha habido un aumento en la utilización de bloqueos combinados o anestesia subaracnoidea simple en la población obstétrica.

Comprender estas diferencias en las fuentes de dolor en ambas etapas es esencial para determinar la estrategia de tratamiento más adecuada. (Cortés et al., 2020)

Por lo tanto, es crucial comprender cómo la fisiopatología del dolor se relaciona con los efectos perjudiciales sobre la mujer en el trabajo de parto

Ya que este es un tipo especial de dolor que se diferencia notablemente de otras experiencias dolorosas.

Este evento se destaca como uno de los momentos más significativos y dolorosos en la vida de una mujer. Similar a otros tipos de dolor, la percepción del dolor en el proceso de parto es subjetiva y varía ampliamente, influida por una amplia gama de factores. Estos factores

incluyen las experiencias previas, influencias socioculturales transmitidas de generación en generación, expectativas individuales, factores psicológicos como la ansiedad y la depresión, así como consideraciones clínicas, como los embarazos de alto riesgo. Además, existe una predisposición genética que puede influir en la percepción de la gravedad del dolor.

A su vez los efectos psicológicos del dolor durante el trabajo de parto difieren significativamente de una mujer a otra. La percepción de la intensidad del dolor puede aumentar la probabilidad de experimentar depresión o ansiedad en futuros embarazos. A corto plazo, el dolor intenso puede dificultar el cuidado del recién nacido, aumentar el riesgo de hospitalización y afectar la vida cotidiana de las mujeres. Aunque el dolor severo por sí mismo no pone en peligro la vida, la falta de tratamiento durante el trabajo de parto puede tener consecuencias significativas para la salud de las mujeres. Entre estas consecuencias se incluyen la depresión postparto a las 8 semanas, el estrés postraumático relacionado con el dolor y el deterioro de la

función cognitiva. Investigaciones han demostrado que estos efectos pueden atenuarse mediante la administración de analgesia intraparto en cualquiera de sus formas, y estos beneficios se extienden incluso a las parejas de las pacientes. (Bueno, 2012)

Aunque algunas mujeres pueden resistir el dolor sin necesidad de ayuda, la mayoría prefiere algún tipo de alivio. Por lo tanto, la gestión del dolor en el trabajo de parto se convierte en un componente esencial de la atención proporcionada por el equipo de salud. Este equipo tiene la responsabilidad de brindar apoyo y asistencia profesional a las mujeres durante este proceso, ofreciendo opciones tanto farmacológicas como no farmacológicas para el manejo del dolor. La comprensión de la fisiopatología del dolor en el trabajo de parto, como se discutió previamente, es un factor crítico a tener en cuenta en esta gestión integral.

En el contexto de la gestación y el parto, es fundamental abordar la gestión del dolor de manera efectiva. Para lograrlo, existen dos enfoques principales: la analgesia farmacológica y la analgesia no farmacológica. Cada uno de estos métodos tiene sus propias ventajas y desventajas, y es importante que las mujeres embarazadas tengan la libertad de elegir el enfoque que mejor se adapte a sus necesidades y preferencias, considerando también la variedad de opciones disponibles en el lugar donde planean dar a luz.

La analgesia farmacológica, en particular, ha demostrado ser altamente efectiva para aliviar el dolor asociado al parto. Uno de los métodos más comunes es la analgesia epidural, que involucra una punción de anestesia local en la zona donde se realiza el bloqueo epidural. Esto proporciona un alivio eficaz del dolor, pero conlleva algunos efectos adversos potenciales, como la posibilidad de hipotensión, escalofríos, fiebre, temblores y depresión respiratoria y cardiovascular. Además, la concentración y el tipo de medicación utilizada pueden afectar el

grado de bloqueo sensorial y motor, lo que podría limitar la capacidad de la paciente para empujar durante el parto.

Es importante destacar que la administración de analgesia epidural debe ser realizada por un médico anestesista y requiere una técnica estéril. Se utiliza un catéter colocado en el espacio epidural para permitir un ajuste continuo de la dosis de medicación analgésica según sea necesario.

La utilización de la analgesia farmacológica en el parto implica una evaluación preoperatoria, que incluye el conocimiento de la historia médica de la paciente, un examen físico, pruebas de laboratorio, y la obtención del consentimiento informado de la paciente. Además, es esencial contar con el equipo y los recursos necesarios, como monitoreo de signos vitales y cardiorrespiratorios, acceso periférico, suministro de oxígeno, y medios para el manejo de la vía aérea y la ventilación, así como medicamentos para el soporte hemodinámico. También se requiere el monitoreo de los latidos cardiacos fetales y la dinámica uterina.

En contraste, la analgesia no farmacológica, ofrece opciones que no involucran el uso de medicamentos y se considera segura tanto para la madre como para el bebé. Sin embargo, a menudo es menos conocida y explorada por las personas embarazadas.

En resumen, la elección entre analgesia farmacológica y no farmacológica es una decisión personal importante durante el proceso de parto, y se deben considerar los beneficios y riesgos de cada enfoque. La atención médica adecuada, el monitoreo y la información son cruciales para garantizar un parto seguro y cómodo para la madre y el bebé. En el contexto de la gestación y el parto, es fundamental abordar la gestión del dolor de manera efectiva. Para lograrlo, existen dos enfoques principales: la analgesia farmacológica y la analgesia no farmacológica. Cada uno de estos métodos tiene sus propias ventajas y desventajas, y es importante que las mujeres embarazadas tengan la libertad de elegir el enfoque que mejor se adapte a sus necesidades y preferencias, considerando también la variedad de opciones disponibles en el lugar donde planean dar a luz.

La analgesia farmacológica, en particular, ha demostrado ser altamente efectiva para aliviar el dolor asociado al parto. Uno de los métodos más comunes es la analgesia epidural, que involucra una punción de anestesia local en la zona donde se realiza el bloqueo epidural. Esto proporciona un alivio eficaz del dolor, pero conlleva algunos efectos adversos potenciales, como la posibilidad de hipotensión, escalofríos, fiebre, temblores y depresión respiratoria y cardiovascular. Además, la concentración y el tipo de medicación utilizada pueden afectar el grado de bloqueo sensorial y motor, lo que podría limitar la capacidad de la paciente para empujar durante el parto.

Es importante destacar que la administración de analgesia epidural debe ser realizada por un médico anestesista y requiere una técnica estéril. Se utiliza un catéter colocado en el espacio epidural para permitir un ajuste continuo de la dosis de medicación analgésica según sea necesario.

La utilización de la analgesia farmacológica en el parto implica una evaluación preoperatoria, que incluye el conocimiento de la historia médica de la paciente, un examen físico, pruebas de laboratorio, y la obtención del consentimiento informado de la paciente. Además, es esencial contar con el equipo y los recursos necesarios, como monitoreo de signos vitales y cardiorrespiratorios, acceso periférico, suministro de oxígeno, y medios para el manejo de la vía aérea y la ventilación, así como medicamentos para el soporte hemodinámico. También se requiere el monitoreo de los latidos cardíacos fetales y la dinámica uterina. (Bueno, 2012)

En resumen, la elección entre analgesia farmacológica y no farmacológica es una decisión personal importante durante el proceso de parto, y se deben considerar los beneficios y riesgos de cada enfoque. La atención médica adecuada, el monitoreo y la información son cruciales para garantizar un parto seguro y cómodo para la madre y el bebé. Por otro lado, mientras que la analgesia farmacológica ha sido una opción tradicional en el manejo del dolor durante el proceso de parto, Existe una gama diversa de enfoques farmacológicos para el control del dolor durante el proceso de parto; sin embargo, no todos estos métodos se encuentran disponibles universalmente. Algunos de ellos, como el empleo de opioides por vía intravenosa y la administración de analgesia epidural, se han vinculado con un incremento en los riesgos de efectos adversos para la madre y el bebe, además de una mayor frecuencia de intervenciones médicas adicionales. Por lo tanto, se aconseja dar prioridad a las opciones no farmacológicas en lugar de las farmacológicas al considerar la solicitud de alivio del dolor por parte de las mujeres embarazadas es importante considerar la analgesia no farmacológica como una alternativa efectiva. (Madden et al., 2016)

En ese contexto, las prácticas relacionadas con el manejo del dolor durante el trabajo el proceso de parto comenzó a evolucionar. A fines del siglo XX, comenzaron a surgir recomendaciones basadas en buenas prácticas en el ámbito de dicho proceso estas recomendaciones desalentaban las prácticas que limitaban la autonomía de las mujeres durante el proceso de parto, pues la evidencia científica demuestra que el movimiento libre, la deambulación y la adopción de posiciones erguidas durante el parto favorecen la fisiología, minimizan la sensación dolorosa, aumentan las posibilidades de parto vaginal, acortan la duración del trabajo de parto, corrigen la distocia de hombros, reducen la necesidad de

intervenciones, incluyendo las cesáreas y aumentan el sentido de control de la mujer sobre su propio cuerpo.(OMS 2017)

En Argentina, en el año 2004, se logró un avance significativo en la promoción de los derechos maternos y neonatales con la promulgación de la Ley número Ley 25.929, Ley de Parto Respetado" (Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación, 2004) que establece que tanto las obras sociales reguladas por leyes nacionales como las entidades de medicina prepaga están obligadas a proporcionar una serie de servicios relacionados con el embarazo, el parto y el postparto, que se integran en el Programa Médico Obligatorio.

Esta ley no solo es relevante en el ámbito público de atención médica, sino también en el privado, y garantiza que las mujeres embarazadas tengan derechos fundamentales. Estos derechos incluyen el acceso a información sobre los procedimientos médicos durante el embarazo y el parto, respeto a su dignidad y cultura, participación activa en su proceso de parto, la promoción del parto natural y la prohibición de intervenciones innecesarias o medicamentos sin justificación médica.

Además, la legislación asegura que las mujeres tengan la libertad de estar acompañadas por una persona de confianza durante el parto y postparto, y que puedan tener a su hijo o hija a su lado, siempre que no requiera cuidados especiales. También promueve la lactancia materna y proporciona información sobre los riesgos del tabaco, el alcohol y las drogas para la madre y el bebé.

No solo se enfoca en los derechos de las madres, sino que también considera los derechos de los recién nacidos, asegurando su tratamiento digno, correcta identificación y protección contra exámenes o intervenciones no justificadas con fines de investigación o enseñanza.

La ley también establece el derecho de los padres a recibir información comprensible y continua sobre la salud de su hijo o hija en situación de riesgo, participar en su atención y dar consentimiento informado para procedimientos de investigación. Además, fomenta la lactancia materna siempre que sea posible y brinda asesoramiento sobre cuidados específicos.

Esta ley es de suma importancia, ya que garantiza un enfoque integral en la atención materno-infantil, protegiendo los derechos de las madres y los recién nacidos, promoviendo la información, el respeto y la participación activa de los padres en el proceso de atención médica. En resumen, la Ley 25.929 es un hito en la promoción de un parto respetado y el cuidado adecuado de las madres y los bebés.

En este contexto, se hará referencia al artículo 'La movilidad de la pelvis en el expulsivo' de Calais-Germain y Vives (2010), que ofrece una visión esclarecedora sobre la dinámica de la pelvis durante la fase de expulsión.

Este estudio destaca la relación entre las posturas y movimientos adoptados por las mujeres durante el parto y su impacto en la pelvis. Reconociendo la importancia de brindar a las mujeres la autonomía para elegir su posición y movimiento durante el parto, explorando cómo esta investigación contribuye a la comprensión de la atención al parto y la promoción de la salud materna.

En el proceso de parto, es común observar que la pelvis experimenta deformaciones más allá de las habituales debido a la flexibilidad de sus articulaciones. Además, se ha reconocido que ciertas posturas y posiciones adoptadas por la mujer pueden facilitar el avance del feto. Sin embargo, la relación específica de causa y efecto entre la elección de ciertas posturas corporales en especial las verticales favoreciendo la libre movilidad y posicionamiento descrito ya que son muy beneficiosos durante el proceso de parto y la deformación de la pelvis sigue siendo un área menos explorada y a menudo poco abordada.

Un aspecto crucial a considerar es la influencia de las rotaciones de la cadera, particularmente las rotaciones del fémur, en este proceso. En la etapa final del expulsivo, cuando la cabeza del feto alcanza el estrecho medio e inferior de la pelvis, se manifiestan movimientos de rotación de la cadera. Curiosamente, algunos de estos movimientos pueden dar la impresión de abrir la pelvis menor cuando, en realidad, pueden cerrarla.

Por ejemplo, la posición en cuclillas, recomendada para partos más naturales y verticales, a menudo se asocia con una flexión intensa de caderas, lo que lleva a la apertura espontánea de las rodillas. Sin embargo, esta apertura de las rodillas resulta en una rotación externa de las caderas que cierra la pelvis menor. Para abrir la pelvis menor, es necesario que las caderas se encuentren en rotación interna, lo que implica evitar juntar los pies y alinear las rodillas con los pies.

Otra posición de interés es la de tumbada en decúbito lateral, que permite una mayor movilidad de la pelvis y es compatible con la anestesia epidural. Sin embargo, la forma en que la mujer se acueste sobre un lado puede influir en la apertura o cierre de la pelvis menor.

Es fundamental comprender que, en la fase de expulsión del parto, los muslos de la mujer a menudo están separados, lo que se conoce como abducción de cadera. Esta abducción es un movimiento lateral en un plano frontal y es fundamental para crear espacio en el triángulo anterior de la pelvis. Sin embargo, es esencial reconocer que esta abducción solo abre el triángulo anterior en el plano frontal y forzarla podría ser perjudicial.

En resumen, el proceso de parto implica una compleja interacción entre la elección de posiciones y movimientos del cuerpo de la mujer y la dinámica de la pelvis. Comprender cómo estas posturas influyen en la pelvis es fundamental para proporcionar una atención al parto más informada y personalizada, permitiendo a las mujeres tomar decisiones que se ajusten a sus necesidades y preferencias individuales. (Calais-Germain & Vives, 201)

Por otro lado, promover el libre movimiento y posicionamiento de la mujer en el proceso de parto para lograr una experiencia de parto positiva requiere una serie de condiciones que deben estar presentes. Esto incluye la disponibilidad de un espacio físico adecuado que facilite la movilidad, la presencia de instrumentos que puedan ser útiles para asistir en movimientos específicos, y la presencia de profesionales capacitados que no interfieran con la fisiología natural del proceso, permitan el movimiento instintivo del cuerpo de la mujer y respeten plenamente su autonomía en la toma de decisiones (OMS 2018)

Relacionado a esto se puede utilizar la esferodinamia en combinación con telas. Las grandes pelotas de goma, ampliamente utilizadas en gimnasios y terapia física para mejorar la movilidad de la pelvis y relajar los músculos, han encontrado aplicaciones en entornos de parto. Estas pelotas proporcionan a las pacientes un asiento cómodo que facilita la movilización de la pelvis y, como resultado, brinda alivio. La similitud entre la pelota inestable y la pelvis, ambas con movimiento multidireccional, hace que esta técnica sea valiosa para el proceso de parto. Además, al combinar la pelota con telas colgadas del techo y mantenerse de pie, sosteniendo el tronco y balanceando la pelvis, se logra un efecto relajante. Esto ayuda a reducir la presión en la caja torácica, aligerando la pelvis y el útero y manteniéndolos en posición vertical. Además, esta técnica alivia la presión sobre el sacro y permite su tracción por parte de los músculos de la espalda. (Blandine Calais-Germain, 2007)

La introducción de elementos como taburetes, telas y colchonetas puede jugar un papel clave en esta autonomía. Estos recursos ofrecen a las mujeres opciones versátiles para posicionarse y moverse de manera cómoda durante el proceso de parto, lo que puede contribuir a un mayor bienestar y una experiencia más positiva. Es importante destacar que los movimientos de la pelvis durante el parto son altamente variados y, a menudo, asimétricos debido a la flexibilidad de las articulaciones de la cadera, lo que enfatiza la necesidad de una atención materna cuidadosa y respetuosa.

Estas consideraciones son fundamentales para garantizar que las mujeres tengan la libertad y el apoyo necesarios para elegir técnicas de movimiento y posicionamiento durante el parto que se alineen con sus necesidades y preferencias individuales. (Costa et al., 2023)

La evidencia disponible sugiere que el acto de caminar y adoptar posiciones erguidas en el proceso de parto, conlleva beneficios significativos, reduce la duración de este proceso disminuyendo el riesgo de parto por cesárea, sin mostrar una asociación significativa con una mayor intervención o efectos adversos en la salud de las mujeres y sus hijos.

Un análisis de una revisión sistemática Cochrane realizada en 2013 demostró que las posiciones verticales y caminar en la primera etapa del proceso de parto resultaron en una duración promedio aproximadamente 1,36 horas más corta en comparación con las posiciones reclinadas o acostadas en la cama (MD -1,36 horas; IC del 95%: -2,22 a -0,51, 15 estudios, 2503 mujeres). Además, estas posiciones verticales redujeron la probabilidad de cesáreas (RR 0,71; IC del 95%: 0,54 a 0,94, 14 estudios, 2682 mujeres) y el uso de anestesia epidural (RR 0,81; IC del 95%: 0,66 a 0,99, 9 estudios, 2107 mujeres) (1-26).

Las mujeres que fueron asignadas aleatoriamente a posiciones como sentarse, pararse, ponerse en cuclillas, arrodillarse o caminar mostraron una menor probabilidad de tener un parto instrumental en comparación con aquellas asignadas aleatoriamente a posiciones reclinadas, supinas o laterales (RR 0,62; IC del 95%: 0,43 a 0,89; 6 estudios, 746 mujeres).

En general, aquellas mujeres alentadas a mantener posiciones erguidas y móviles experimentaron tasas más bajas de parto por cesárea en comparación con aquellas que permanecieron reclinadas. Los resultados combinados de 14 estudios respaldaron esta diferencia, que fue estadísticamente significativa (RR 0,71; IC del 95%: 0,54 a 0,94, 2682 mujeres). Además, las mujeres asignadas aleatoriamente a posiciones erguidas en lugar de acostadas tenían menos probabilidades de recibir analgesia epidural, y esta diferencia también fue estadísticamente significativa (RR 0,81; IC del 95%: 0,66 a 0,99, 9 estudios, 2107 mujeres).

Finalmente, en lo que respecta a los beneficios neonatales, se observó que la admisión a la unidad de cuidados intensivos neonatales fue significativamente menor para los recién nacidos de mujeres asignadas aleatoriamente a posiciones erguidas (RR 0,20; IC del 95%: 0,04 a 0,89, un estudio, 200 mujeres).

A pesar de la disponibilidad de esta evidencia, no se ha determinado cuáles son las mejores posiciones y movimientos realizados durante el proceso de parto, Sin embargo, es ampliamente reconocido que la posición supina tradicional durante este proceso puede tener efectos adversos, como hipotensión supina y desaceleraciones más frecuentes en la frecuencia cardíaca fetal. Por lo tanto, se enfatiza que, siempre que sea factible, las mujeres deben recibir información sobre los beneficios de las posiciones verticales, deben ser alentadas y respaldadas en la elección de sus posiciones y no deben ver limitada su libertad de movimiento a menos que existan indicaciones clínicas específicas. Además, es importante destacar que la literatura no

menciona riesgos adicionales para la madre o el feto en relación con estas prácticas. (Lawrence et al., 2013)

Cabe destacar que las mujeres que usan posiciones erguidas y tienen movilidad durante el trabajo de parto experimentan una serie de beneficios significativos. Estos beneficios incluyen partos más breves, una reducción en la necesidad de intervenciones médicas, tasas más bajas de cesáreas, una disminución en la percepción de dolores intensos y una mayor satisfacción general con la experiencia del parto en comparación con aquellas que permanecen en posiciones reclinadas. Es importante destacar que, a pesar de las recomendaciones de las organizaciones de atención materna para no restringir la movilidad de las mujeres con bajo riesgo durante el trabajo de parto espontáneo, muchas prácticas hospitalarias aún no siguen esta orientación. (Ondeck 2020)

Las técnicas de movimiento y posicionamiento que la mujer adopta en el proceso de parto pueden tener un impacto significativo en la experiencia de este. La verticalidad se refiere a cuando la mujer gestante adopta diferentes posiciones, como estar de pie, sentada, apoyada en las rodillas o en cuclillas. Esta posición tiene ventajas notables, ya que puede aumentar la comodidad de la mujer y su capacidad para tolerar el dolor, lo que reduce la necesidad de anestesia y analgesia y facilita el progreso del parto. Además, en las posiciones verticales, la intervención del personal médico durante el periodo expulsivo se limita a recibir al bebé y abordar complicaciones, lo que brinda una mayor sensación de control a la madre. Por otro lado, existen desventajas en la posición horizontal, como efectos respiratorios, presión sobre los órganos que pueden llevar a hipoxia materna, y la posibilidad de hipotensión arterial.

En comparación a la histórica posición horizontal en que la mujer permanecía quieta, la posición vertical y la movilidad ofrece efectos beneficiosos, ya que la gravedad favorece el encaje y el descenso del feto. Además, la capacidad pulmonar de la madre se mejora aliviando la presión sobre los pulmones, esto no solo facilita la oxigenación de la madre, sino que también contribuye a una mejor acomodación del feto en el canal de parto. La musculatura abdominal se activa en las posiciones verticales, lo que ayuda en el proceso de empuje durante el parto. Además, la variabilidad en la inclinación del cuerpo de la madre y la capacidad de cambiar de posición pueden aliviar el dolor y mejorar el progreso del parto. (Lugones Botell & Ramírez Bermúdez, 2012)

En resumen, la posición vertical durante el parto presenta múltiples ventajas fisiológicas y emocionales para la madre y el bebé. Favorece una experiencia de parto más positiva, reduce la necesidad de intervenciones médicas y promueve una recuperación más rápida. Por lo tanto,

es esencial considerar estas ventajas al abordar las preferencias de la madre durante el proceso de parto.

Es esencial que el entorno sea propicio para reducir las hormonas del estrés. En muchos hospitales, el ambiente suele ser ruidoso y agitado, lo que puede generar tensión en las mujeres en trabajo de parto. Sin embargo, elementos como puertas cerradas, una iluminación tenue y la posibilidad de traer artículos personales, como calcetines y almohadas, pueden ser reconfortantes y contribuir a un ambiente de calma, con el propósito de crear un espacio tranquilo que fomentara la relajación, proporcionando herramientas que facilitaran la movilidad de las mujeres.

Este aspecto es de suma importancia, ya que resalta un elemento crítico en la promoción de la maternidad fisiológica: Cabe destacar sobre los profesionales de salud, lo esencial que es que estos expertos muestren confianza en el proceso fisiológico y mantengan una actitud sin prejuicios, de apoyo y comprensión hacia la mujer durante el proceso de parto. Esto implica respetar las elecciones de las mujeres, colaborar en la realización de sus deseos y abogar por ellas ante otros servicios de atención médica.

El cambio frecuente de posición y la adopción de una posición erguida no solo ayudan a las mujeres a sobrellevar el dolor del trabajo de parto, sino que también aprovechan la gravedad para facilitar el descenso del bebé y permiten que los huesos de la pelvis se muevan de manera que el bebé pueda encontrar la mejor posición. La atención de apoyo durante el trabajo de parto mejora tanto los procesos fisiológicos del parto como la confianza de las mujeres en su propia fuerza y capacidad para dar a luz.

En resumen, la promoción de la maternidad fisiológica implica la creación de un entorno favorable, la atención respetuosa y calificada de los profesionales de la salud, el uso de herramientas como las pelotas de parto y un acompañante de elección. Todo esto contribuye a empoderar a las mujeres y brindarles una experiencia de parto más satisfactoria. (Ondeck, 2020)

En el contexto de la atención brindada por los profesionales de salud, la teoría del Cuidado Humano de Jean Watson se alinea de manera significativa con la promoción de la maternidad fisiológica. Watson defiende un enfoque que va más allá de los procedimientos médicos, abogando por un trato respetuoso y comprensivo hacia los individuos. Esto tiene una relevancia particular en el proceso de parto, donde el apoyo y la atención humanizada son cruciales.

La promoción de la maternidad fisiológica depende en gran medida de las personas involucradas, en particular, de los proveedores de atención médica. Siguiendo la teoría de Watson, estos profesionales deben mostrar confianza en el proceso fisiológico, mantener una

actitud sin prejuicios y de apoyo. Esto se traduce en respetar las elecciones de las mujeres, ayudarlas a alcanzar sus deseos y abogar en su nombre ante otros servicios de atención médica. El plan de parto de una mujer se convierte en un indicador significativo de su preferencia por un parto vaginal.

En este contexto, la libertad de movimiento durante el trabajo de parto es una estrategia de manejo segura y saludable. Las posiciones erguidas y el cambio frecuente de posición son componentes esenciales para un parto respetuoso y fisiológico. No solo ayudan a las mujeres a sobrellevar el dolor del parto, sino que también facilitan el descenso del bebé y el ajuste de la pelvis.

El entorno físico y cultural también juega un papel crucial. Un entorno de calma y comodidad, con puertas cerradas, iluminación tenue y elementos personales reconfortantes, puede promover la relajación y la movilidad durante el trabajo de parto.

En resumen, la teoría de Watson y la importancia de las personas involucradas destacan que la atención de la salud debe ir más allá de los procedimientos médicos, abogando por un cuidado humanizado y digno. Esto se aplica especialmente en el proceso de parto, donde se fomenta la maternidad fisiológica al respetar la autonomía de las mujeres y promover la libertad de movimientos, lo que contribuye a una experiencia de parto más satisfactoria y emperadora. (Alligood & Tomey, pp. 95-98)

En vista de los claros beneficios de la analgesia no farmacológica, así como de las técnicas de movimientos y posicionamiento, la participación en talleres de Psicoprofilaxis Obstétrica adquiere una importancia aún mayor.

Podemos definir la Psicoprofilaxis Obstétrica según la concepción de Orts (1983) en relación a la psicoprofilaxis la cual sigue siendo relevante en la actualidad como a la preparación tanto física como psicológica de la pareja, con el propósito de alcanzar un parto consciente y activo que sea lo más natural y seguro posible, y, como resultado, libre de sufrimiento. En la actualidad, esta definición también abarca la preparación de las parejas de las gestantes, involucrándolas en el proceso. (Morales Alvarado, Givovich Mesinas, & Yábar Peña, 2014)

Por otra parte, según, Sapién (2006), la Psicoprofilaxis Obstétrica abarca una serie de actividades de preparación tanto para las mujeres, que incluyen ejercicios obstétricos, técnicas de relajación y control de la respiración, como para su acompañante, que comprenden dinámicas destinadas a abordar su propio proceso de embarazo y preparación para la llegada del bebé.

Dentro de los conceptos previamente mencionados, es crucial resaltar que el propósito fundamental de la psicoprofilaxis obstétrica y estimulación prenatal es preparar de manera integral a la gestante y su pareja, abordando aspectos físicos, cognitivos y psicológicos. Esto se

logra a través de actividades educativas, técnicas de relajación neuromuscular, ejercicios de respiración, ejercicios específicos para el embarazo, posturas para aliviar el dolor, técnicas de autoayuda y estimulación prenatal adaptadas a las necesidades obstétricas de cada madre. El objetivo principal consiste en proporcionar a la gestante conocimientos, actitudes y prácticas saludables que le permitan vivir la gestación, el parto, el posparto y la lactancia con tranquilidad y seguridad, lo que mejora su calidad de vida y su bienestar general y obstétrico.

Asimismo, se ofrecen talleres de preparación prenatal integral para mujeres, donde tienen la posibilidad de asistir acompañadas de la persona que elijan. Estos talleres se desarrollan en un entorno grupal con un enfoque prioritario en cuestiones de género, familia, comunidad e interculturalidad, promoviendo así una atención integral desde la concepción hasta el posparto. El personal de obstetricia desempeña un papel esencial en esta estrategia, actuando como un enlace fundamental entre la población y la atención primaria. Esto contribuye a la reducción de las tasas de cesáreas y de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal.

En cuanto a los beneficios y desafíos de la psicoprofilaxis obstétrica, se traduce en una estrategia que ayuda a reducir las tasas de cesáreas y las complicaciones maternas y perinatales. Los objetivos específicos incluyen la aplicación de una norma técnica, la preparación integral de las madres gestantes y sus parejas con un enfoque en la familia, la comunidad y la interculturalidad, así como la definición de elementos conceptuales y metodológicos de la psicoprofilaxis obstétrica y estimulación prenatal. También se describen los contenidos de las sesiones de preparación, con el fin de fortalecer el vínculo afectivo entre los padres y su futuro hijo. (Martínez & Karchmer, 2021)

En resumen, la psicoprofilaxis obstétrica es fundamental para que la gestante se enfrente al parto con la mejor preparación posible. Proporciona información que empodera a la madre en su papel protagónico en el nacimiento de su hijo y conlleva beneficios tanto para ella como para el bebé por nacer. Es esencial destacar cómo aborda el temor, el dolor y la falta de conocimiento, y cómo favorece la aplicación de técnicas de movimiento y posicionamiento durante el proceso de parto para hacerlo más llevadero.

Basado en la información proporcionada, se mencionan diversas técnicas utilizadas en la psicoprofilaxis obstétrica para ayudar a las gestantes a prepararse tanto física como emocionalmente para el parto. Este conocimiento emerge como una herramienta esencial en este proceso, permitiendo a las mujeres abordar con mayor confianza y fuerza los miedos y la incertidumbre que a menudo están asociados con lo desconocido. A través de enfoques como las técnicas de relajación, que se centran en lograr un estado de reposo físico y mental para aliviar tensiones y mejorar la concentración; la respiración consciente, que se enfoca en oxigenar

los pulmones para mejorar la comodidad y la relajación en cada fase del embarazo y el parto; el fortalecimiento de la relación de pareja, que busca promover la unión emocional en torno a la llegada del bebé; las mujeres embarazadas pueden aprender a gestionar el estrés y la ansiedad que pueden surgir durante el parto. El acceso a información precisa y relevante empodera a las mujeres, ya que, a través del entendimiento, pueden tomar decisiones bien fundamentadas respecto a su atención prenatal y el proceso de parto. Esta formación resulta crucial para promover una experiencia de parto más segura y satisfactoria, al mismo tiempo que fomenta una mayor unión entre la madre y su pareja. De esta forma, la información se convierte en una fuente de empoderamiento que contribuye al bienestar y la confianza tanto de la madre como de su pareja.

Ahora bien, como ya se mencionaron los beneficios de la psicoprofilaxis obstétrica es importante destacar que esta, se apoya en una variedad de estrategias con el propósito de suministrar a las futuras madres una información completa. Este conocimiento emerge como una herramienta esencial en este proceso, permitiendo a las mujeres abordar con mayor confianza y fuerza los miedos y la incertidumbre que a menudo están asociados con lo desconocido. A través de enfoques como las técnicas de relajación, que se centran en lograr un estado de reposo físico y mental para aliviar tensiones y mejorar la concentración; la respiración consciente, que se enfoca en oxigenar los pulmones para mejorar la comodidad y la relajación en cada fase del embarazo y el parto; el fortalecimiento de la relación de pareja, que busca promover la unión emocional en torno a la llegada del bebé; las mujeres embarazadas pueden aprender a gestionar el estrés y la ansiedad que pueden surgir durante el parto.

El acceso a información precisa y relevante empodera a las mujeres, ya que, a través del entendimiento pueden tomar decisiones bien fundamentadas respecto a su atención prenatal y el proceso de parto. Esta formación resulta crucial para promover una experiencia de parto más segura y satisfactoria, al mismo tiempo que fomenta una mayor unión entre la madre y su pareja. De esta forma, la información se convierte en una fuente de empoderamiento que contribuye al bienestar y la confianza tanto de la madre como de su pareja. (Martínez & Karchmer, 2021)

Por otro lado, en el año 2017, la Organización Mundial de la Salud (OMS) enfatizó la importancia de un enfoque integral y centrado en la mujer durante el embarazo y proceso de parto. Esta directriz, que combina recomendaciones nuevas y existentes, establece un estándar para la atención, todos los entornos socioeconómicos. El énfasis recae en proporcionar un conjunto de intervenciones cruciales, con el propósito de garantizar tanto la seguridad como una experiencia positiva para las mujeres y sus familias.

Se destaca la atención centrada en la mujer como un componente fundamental para mejorar la calidad de la atención en el proceso de parto, en consonancia con un enfoque holístico y basado en los derechos humanos. Al presentar un modelo de atención adaptable a diversos contextos nacionales, esta directriz no solo persigue la seguridad, sino también la reducción de costos al evitar intervenciones innecesarias durante el proceso de parto.

Por lo tanto, esta recomendación de la OMS se vincula de manera integral con los talleres de psicoprofilaxis obstétrica, ya que ambos se enfocan en proporcionar una atención centrada en la mujer, basada en la evidencia y que promueva una experiencia positiva durante el parto y el nacimiento. (OMS 2018)

Por otra parte, en este proyecto de investigación, se aborda la variable que se refiere a la "experiencia de la mujer en el proceso de parto". Esta experiencia abarca un conjunto de vivencias, sensaciones, emociones y eventos que una mujer experimenta mientras da a luz a su bebé. Es importante destacar que esta vivencia es altamente subjetiva y personal, y se encuentra relacionada con diversas dimensiones que influyen en la percepción global del parto.

Entre estas dimensiones, destacan el trato proporcionado por los profesionales de la salud, las expectativas previas de la mujer, el desarrollo mismo del proceso de parto y el entorno en el que se lleva a cabo. La percepción de si la experiencia del parto es positiva o negativa depende de una serie de factores que incluyen la atención recibida, el apoyo emocional brindado y la información proporcionada tanto a la madre como al recién nacido.

Existen dos perspectivas en este contexto: algunas mujeres optan por delegar la toma de decisiones en el equipo médico, confiando en su experiencia y profesionalismo, mientras que otras desean participar activamente en el proceso, tomando decisiones conjuntamente con los profesionales de la salud y asegurándose de que se respeten sus deseos y preferencias.

Es crucial que los profesionales de la salud sean flexibles y sensibles a las necesidades individuales de cada mujer, comprendiendo el contexto en el que se encuentra y apoyando sus decisiones. Esta actitud contribuye significativamente a mejorar la experiencia del parto.

Además, las atenciones prestadas por las matronas y otros profesionales de la salud durante el parto deben caracterizarse por un cuidado compasivo y personalizado, estableciendo una conexión con la paciente y brindando apoyo emocional. Es esencial que las interacciones se basen en la dignidad y el respeto.

En este sentido, los factores asociados a la satisfacción de la madre con los servicios de parto incluyen la importancia de ser atendidas por personal de salud de sexo femenino, lo que facilita la comunicación. Además, la atención del equipo multidisciplinario debe ser empática,

amable acompañando a la mujer a través de su experticia en la toma de decisiones más apropiadas y saludables para ella.

El nivel de confort de las mujeres gestantes se ve incrementado cuando se encuentran en un entorno limpio y organizado en la sala de parto.

En lo que respecta a las "Expectativas" en el proceso de parto, el acompañante de las mujeres gestantes desempeña un papel crucial como apoyo emocional y personal. Establecen una conexión que se caracteriza por la comunicación afectiva y tiene un impacto positivo tanto en el bienestar de la familia como en la reducción del nivel de estrés de la mujer. Esto se relaciona directamente con la "Toma de decisiones" en el proceso de parto, donde se aboga por la participación activa de la mujer y la presencia de un acompañante. (Daniele, 2021)

La toma de decisiones compartidas se basa en el principio de que el proceso de parto es un hecho fisiológico, y la mujer es quien debe tener un papel activo en las decisiones que afectan su experiencia. Se reconoce la importancia de respetar su autonomía en este proceso, y no son los profesionales de la salud los dueños de dicho proceso.

La satisfacción de la atención percibida durante el parto, está estrechamente relacionada con varios factores. Esto incluye la percepción del buen cuidado, que implica que las madres se sientan valoradas, escuchadas, observadas y que sus necesidades sean consideradas y atendidas. Además, se evalúa el trato durante el parto, que abarca aspectos como la posibilidad de asumir libremente posiciones de acuerdo a sus preferencias culturales, el respeto de las prácticas alimenticias y medicinales tradicionales, la utilización de indumentaria adecuada y la presencia de la pareja durante el proceso de parto.

La relación y el trato de la partera también desempeñan un papel fundamental en la percepción de la madre acerca del proceso de parto y la atención que recibe. Estos factores inciden de manera significativa en el nivel de satisfacción de la madre en todo el proceso.

En resumen, en el proceso de parto, se espera que la pareja brinde apoyo emocional y personal, la mujer participe activamente en la toma de decisiones, y se garantice una atención respetuosa que tenga en cuenta las preferencias y necesidades culturales de la madre. La satisfacción de la atención percibida depende de la calidad del cuidado y el trato proporcionado a lo largo de todo el proceso. (Zúñiga Paredes & Salguero Fiallos, 2022)

La gestión efectiva del dolor durante el proceso de parto depende de múltiples factores, incluyendo la información proporcionada, la experiencia y empatía de los profesionales de la salud, así como la autonomía de la mujer. Estas herramientas se vuelven esenciales para contrarrestar tanto el dolor como la dimensión de la expectativa relacionada con el tiempo transcurrido en las distintas etapas del proceso de parto.

Los profesionales de la salud desempeñan un papel fundamental al brindar información detallada sobre el proceso de parto, las opciones de alivio del dolor y las posiciones de parto que pueden ser beneficiosas. Esta información permite que la mujer tome decisiones informadas y participe activamente en su proceso de parto. La autonomía de la mujer para elegir y adoptar la posición de parto que considere más adecuada es crucial, ya que puede influir significativamente en su comodidad y control del dolor.

La empatía y el apoyo emocional de los profesionales de la salud son igualmente esenciales para contrarrestar el dolor. Un trato respetuoso y compasivo contribuye al bienestar emocional de la mujer, lo que, a su vez, puede influir en su percepción del dolor. La conexión entre el trato proporcionado por el equipo médico y la satisfacción de las mujeres es un factor importante en la experiencia del parto.

En cuanto al tiempo, la información sobre el tiempo transcurrido en cada etapa del proceso de parto es esencial para la dimensión de la expectativa.

En relación a los factores más destacados vinculados a la experiencia en el proceso de parto uno de ellos es la paridad. Se ha demostrado que las mujeres multíparas, aquellas que han experimentado más de dos embarazos previos, tienden a reportar una intensidad de dolor menor en comparación con las mujeres primíparas, que están teniendo su primer embarazo. Esto puede explicarse por dos razones fundamentales. En primer lugar, desde una perspectiva fisiológica, las mujeres con experiencias previas de parto suelen experimentar una dilatación cervical y un descenso por el canal vaginal más rápido que las mujeres primíparas. En segundo lugar, la experiencia previa de dar a luz modifica la percepción del dolor en el parto subsiguiente.

En este sentido, diversos estudios han concluido que las mujeres que han tenido un parto anterior presentan un umbral de dolor más elevado en comparación con aquellas que no han tenido hijos, y específicamente, un estudio ha revelado que las mujeres primíparas experimentan de 8 a 10 puntos más de dolor en comparación con las mujeres multíparas. Además, no solo la experiencia previa de un parto influye en la percepción del dolor, ya que existe evidencia que relaciona una menor sensación de dolor en aquellas mujeres que han experimentado dolor intenso en otros aspectos de su vida además del parto. (Antepara Crespo, 2018)

Por otro lado, cabe destacar qué no se encontraron asociación en este proyecto respecto a la edad de las mujeres relacionadas con la movilidad y la asistencia a talleres de psicoprofilaxis obstétrica.

Por otra parte, saber en qué etapa se encuentra y cuánto tiempo ha transcurrido puede ayudar a la mujer a prepararse y adaptarse a las diferentes fases del parto, la información precisa

y la comunicación efectiva por parte de los profesionales pueden reducir la ansiedad y el estrés relacionados con el tiempo.

En el contexto del proceso de parto, las expectativas de la mujer juegan un rol esencial. Dos áreas cruciales incluyen la gestión del dolor y la configuración de un entorno propicio construirán entre otros a la edificación de su experiencia en el proceso de parto. A través del diálogo fluido con el equipo de atención médica y la disponibilidad de opciones para aliviar el dolor se presentan como elementos de alta importancia en este marco. Además, se concede igual importancia a la creación de un ambiente sereno y de apoyo, ya que esto puede desempeñar un papel esencial en la reducción de la ansiedad y el estrés a lo largo del proceso. Aspectos como una iluminación suave, música relajante y la presencia de personas de confianza que ofrezcan apoyo emocional son fundamentales para forjar un entorno acogedor. Estas consideraciones, en última instancia, están orientadas hacia la mejora del bienestar y la satisfacción de la mujer en su experiencia de parto, respetando en todo momento sus preferencias personales.

En adición a esto, es fundamental comprender que la satisfacción de la paciente se define por la alineación de sus expectativas con la percepción final del servicio de atención sanitaria recibido. Este aspecto se convierte en un indicador crucial de la calidad de los servicios y la atención brindada a la mujer en el proceso de parto. La atención centrada en la mujer, que pone énfasis en sus preferencias y necesidades individuales, es esencial para asegurar un proceso de parto que cumpla con sus expectativas. (Fortis Sánchez et al., 2018)

MATERIAL Y MÉTODOS

TIPO DE ESTUDIO

Se llevará a cabo un abordaje metodológico cuantitativo con un diseño observacional de alcance descriptivo ya que se procurará determinar cómo es la disposición de las variables en estudio, la ausencia o presencia de un evento o suceso que nos sugiera la asociación de las mismas.

La selección del abordaje ha sido considerada en función que el mismo permitirá examinar los datos de manera numérica especialmente en el campo de la estadística logrando a través de ellos la interpretación de los resultados alcanzados.

Según el alcance y el análisis de los resultados se propone mostrar cómo está la situación de las variables en estudio, en la población anteriormente descrita, es decir la relación existente entre la experiencia de parto con la utilización de técnicas de movimiento y posicionamiento en el trabajo de parto según la asistencia a talleres de psicoprofilaxis obstétrica, edad y número de gestas de mujeres que se internan en una maternidad pública de la ciudad de Rosario en el transcurso de enero a junio 2024.

Será no experimental ya que no se manipulará intencionalmente las variables independientes, asistencia a talleres de psicoprofilaxis obstétrica, técnica de movimiento y posicionamientos, edad y número de gestas para observar el efecto sobre la variable dependiente, experiencia de la mujer en el proceso de parto.

Según el tiempo de ocurrencia de los hechos y registros de la información este estudio es prospectivo ya que la información se registra según van ocurriendo los fenómenos. (Hernández Sampieri et al., 2014)

SITIO Y CONTEXTO

El sitio que se ha establecido para la realización del estudio es un hospital público, ubicado en la zona sur de la ciudad de Rosario; es referente del segundo nivel de complejidad de los distritos sur y sur oeste. Este efector coordina la atención sanitaria junto con los Centros de Atención Primaria de salud de la ciudad y brinda atención a usuarias que residen en ciudades aledañas. El sitio cuenta con accesibilidad garantizada debido a la presencia cercana de varias líneas de colectivos que transitan por la zona.

Cuenta además con servicio de guardia de adultos, guardia pediátrica sala de clínica médica, sala de maternidad, diagnóstico por imagen, consultorios externos con distintas especialidades. También, cuenta con Área de Atención Integral de la Mujer, el mismo presenta servicios de Ginecología, comprometidos en garantizar los derechos sexuales y reproductivos de todas las mujeres. Además, un gran porcentaje de mujeres acuden este hospital anualmente hay aproximadamente 1900 nacimientos, la mayoría son partos por vía vaginal (datos obtenidos por el servicio de estadística del mencionado efector). Se estima que se dispondrá de trecientas cincuenta mujeres en proceso de parto, durante el primer semestre del 2024.

Con respecto al equipo interdisciplinario, el mismo está conformado por profesionales del área de Ginecología, enfermería, trabajo social, salud Mental y abogados del hospital, quienes acompañan a las personas en la toma de decisiones informadas y voluntarias sobre su salud sexual y reproductiva e interrupción voluntaria del embarazo. Además, funciona una consejería en salud sexual y reproductiva para acompañar a las mujeres, sus familias y parejas en las decisiones sobre su vida sexual

La sala de maternidad cuenta con veinticuatro camas, divididas en cuatro sectores donde se alojan puérperas junto a sus hijos y en otros sectores, pre y pos operatorios ginecológicos y usuarias con afecciones ginecológicas.

El Hospital cuenta con un área de neonatología, que consta de siete incubadoras en cuidados críticos, seis unidades en cuidados intermedios que constan de seis incubadoras, una unidad en la recepción que es una cerbocuna y seis unidades de cuidados mínimos que son cunas que están en la sala de alojamiento para mamá y bebe (MAYBE). Por otra parte, en esta misma área, se encuentran dos quirófanos completamente equipados, destinados para realizar cesáreas, cirugías ginecológicas programadas y otras cirugías de menor complejidad.

En relación al contexto seleccionado para este estudio de investigación el mismo corresponde al área integral de la mujer cuya disposición es la siguiente: Al ingreso se encuentra una admisión de guardia gineco- obstétrica, cuatro habitaciones individuales, llamadas trabajo de parto, parto y recuperación (T.P.R). Cada una de estas unidades son espaciosas, totalmente equipadas con distintos elementos (esferas, telas, colchonetas, telas, banquito de parto etc.) para que la mujer pueda utilizarlos durante su proceso de parto.

Estas unidades equipadas con elementos y tecnología adecuada para realizar intervención y asistencia al recién nacido de ser necesario. Allí se promueve profundizar el paradigma que incluye la estrategia del parto y nacimiento respetado y favorecer el apego inmediato a través del contacto piel a piel.

La información que en este apartado se presenta ha sido corroborada a través de la aplicación del primer control de validez interna, es decir, a través de la aplicación de la guía de convalidación de sitio la que permitió a la autora de este proyecto validar información sobre el contexto considerando que la misma desempeña tareas asistenciales de enfermería en el mismo. El análisis de la información presentada permite asegurar que el sitio cuenta con la población necesaria tanto en número como en características y que además la institución adhiere a las normativas vigentes de parto respetado y por lo tanto cuenta con los insumos necesarios para tal fin, tanto los físicos como humanos.

POBLACIÓN Y MUESTRA

En relación a la población disponible según datos aportados por el servicio de estadística de la institución en el último año el número de partos vaginales fue de 1900. La unidad de análisis se encontrará determinada por cada una de las mujeres que se internen en labor de parto cuya gestación comprenda de las 37 a las 42 semanas de gestación, independientemente del número de gestas anteriores.

Formarán parte del estudio la cantidad de mujeres que cumplan con los criterios de inclusión.

Teniendo en cuenta como segundo control de validez interna, se plantean los siguientes criterios

Con el fin de aplicar el segundo control de validez interna se aplican los siguientes criterios de inclusión.

- * Mujeres que se internen en labor de parto.
- * De 37 a 42 semanas de gestación.
- * Mujeres con una, dos gestas o más gestas.

Criterios de exclusión.

- * Embarazos de alto riesgo obstétrico.
- * Mujeres que se hayan internado con dilatación completa.
- * Mujeres que ingresen en trabajo de parto con más de una cesárea anterior.
- * Mujeres con plan de parto (Ya que estas mujeres realizan un formulario refiriendo las pautas del trabajo del proceso de parto).
- * Las mujeres que inicien su trabajo de parto y finalicen en cesárea

Como estrategia de muestreo se decide utilizar el no probabilístico, ya que no existe un número finito total de la población y no todas las mujeres que acudirán a este lugar tendrán la

misma posibilidad de participar en el proyecto. Por lo tanto, la muestra quedará constituida por aproximadamente 200 unidades de análisis considerando un estimativo del periodo establecido para la recolección de datos (enero y junio del 2024). Se recurrirá a la herramienta de muestreo accidental considerando que serán parte del estudio cada una de las mujeres que cumplan con los criterios establecidos en la unidad de análisis

En relación a la validez externa, es importante destacar que los resultados tendrán relevancia exclusivamente para la muestra estudiada. Esto significa que su aplicabilidad se limita al contexto específico en el que se llevó a cabo este estudio. En consecuencia, no es posible llevar más allá de su contexto estos hallazgos a situaciones o contextos diferentes. Además, es válido resaltar que la validez de estos resultados se circunscribe únicamente a la institución de origen de la muestra, llevarlos más allá (como a otras instituciones) podría carecer de fundamentos sólidos.

TÉCNICAS E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la medición de la variable técnicas de movimientos y posicionamiento se utilizará la técnica de observación no participante para la cual se confeccionó como instrumento una lista de control, creada por la autora del proyecto para la que se tomó como referencia algunos aspectos de la "Guía de seguridad en el parto" año 2015, titulada Recomendaciones de la OMS: Cuidados Intraparto para una Experiencia de Parto Positiva (SALUD., 2015).

Este instrumento consta de tres dimensiones, la primera utilización de elementos presenta cinco indicadores, la segunda postura con seis indicadores y la tercera, movimientos con sus tres indicadores, donde se tildará por sí o no su utilización. Del mismo modo se adosará una columna de observaciones donde se explicará cualquier eventualidad que sea relevante. (ver anexo 1).

Las ventajas de la técnica de observación son que, se describen los hechos que ocurren de manera exacta, representa un bajo costo monetario y material para el investigador ya que se usará una lista de cotejo como instrumento, y los datos recolectados en ese tiempo son más objetivos.

Como desventajas, requiere habilidades y agudeza adicionales para llevarla a cabo. Por otro lado, la presencia del observador puede ejercer influencia, modificar o alterar las conductas de los participantes, lo cual puede tener un impacto en los resultados obtenidos, puede influir, o modificar las conductas de los participantes, lo que puede afectar los resultados. Para reducir el error de interpretación por parte del observador, se recogerán los datos a través de la utilización

del instrumento, lista de cotejo en los cuales se establecerán previamente los criterios de observación, se unificarán, se minimiza de esta manera la influencia del sesgo del observador en la recopilación de datos.

Para medir la variable dependiente experiencia del proceso de parto se considerará a la técnica de encuesta, aplicándose como instrumento un cuestionario autoadministrado, este instrumento fue creado por la autora del proyecto, para la que se tomó, algunos aspectos de la "Guía de seguridad en el parto" en 2015, Recomendaciones de la OMS: Cuidados Intraparto para una Experiencia de Parto Positiva (SALUD., 2015)

El mencionado instrumento consta de preguntas cerradas con opciones múltiples de respuesta las cuales se encuentran ya predeterminadas. Esta encuesta se les proveerá a las mujeres antes del alta hospitalaria.

Con relación a la técnica de encuesta la misma ofrece diversas ventajas en el contexto de este estudio. En primer lugar, permite la obtención de datos objetivos mediante el uso de preguntas cerradas, lo que contribuye a minimizar cualquier sesgo que el entrevistador pudiera introducir. Esta particularidad resulta en respuestas más imparciales y datos altamente confiables. Además, el hecho de que las encuestas sean anónimas propicia un ambiente propicio para la sinceridad en las respuestas por parte de las participantes.

En cuanto a los aspectos económicos, las encuestas sobresalen por su eficiencia financiera y accesibilidad en comparación con otros enfoques de investigación. También es destacable que las respuestas obtenidas pueden ser convertidas en datos numéricos, lo cual facilita significativamente su posterior análisis estadístico. Mientras que las desventajas de esta técnica se relacionan con la posibilidad de obtener resultados poco precisos, lo cual puede desembocar en conclusiones erróneas o poco confiables. Estos problemas pueden manifestarse en el instrumento en forma de dificultades para interpretar las preguntas, preguntas formuladas de manera incorrecta o la aparición de encuestas incompletas. En consideración a estas desventajas es que antes de la ejecución se llevará a cabo el segundo control de validez interna, el cual se trata de probar los instrumentos a través de la prueba piloto de manera tal que se puedan de antemano minimizar las mismas.

Con relación al instrumento y su descripción cabe mencionar que el mismo se encuentra representado por quince ítems agrupados en tres dimensiones. La primera, dimensión trato integrada por siete ítems, la segunda expectativa con dos ítems y la última correspondiente al ambiente con seis ítems, contiene ítems que guardan relación con la variable y cada pregunta está relacionada con las dimensiones e indicadores de cada una de las alternativas de respuestas, que mide la experiencia en el proceso parto de la mujer. Las participantes deberán

seleccionar la respuesta que mejor se ajusta a su experiencia en relación con la pregunta planteada. Cada uno de estos ítems se evaluarán a través de una escala Likert de 5 puntos que oscila desde muy insatisfecha (1), insatisfecha (2), ni satisfactoria ni insatisfactoria (3), satisfactoria, muy satisfactorio (5). La utilización de la escala de tipo Likert permite evaluar actitudes personales en situaciones sociales específicas. Esta escala se forma en base a declaraciones que reflejan una perspectiva favorable o desfavorable hacia un estímulo o punto de referencia. La puntuación final de la escala se obtiene sumando los valores asignados a cada ítem, de manera que cuanto más alta es la puntuación mayor será la satisfacción de la experiencia del proceso de parto.

La medición de las variables edad, número de gestas y asistencia a los talleres de psicoprofilaxis obstétrica estos datos se añadirán y complementarán al instrumentó antes mencionado.

Con respecto a lo acontecido en la prueba piloto del instrumento el cual fue aplicado a diez mujeres que no conformarán la muestra, (controlando así la amenaza correspondiente a la administración de pruebas evitando así la sensibilización de la muestra y por otro lado la inestabilidad del instrumento) internadas en el área de maternidad, se les comentó que se les realizaría una serie de preguntas con el objetivo de probar un cuestionario que se aplicará a futuro en una investigación. Las mujeres que participaron en la encuesta no manifestaron dudas en la comprensión del cuestionario solo identificaron dificultades en un ítem donde se encontraba la palabra "decúbito" la cual se reemplazó por "posición acostada" y la palabra "postura litotomía" por "posición ginecológica", luego de eso fue respondida sin dificultad, el tiempo estimado para completar los instrumentos fue de 30 a 40 minutos. En cuanto a la lista de control, se pudo ejecutar sin dificultad con la técnica de observación no participativa, a través de los colaboradores que se asignaron a cada sala de parto, con un promedio de 8 horas cada parto. se explicó a las mujeres el objetivo de la presencia de la investigadora en la sala, sin representar ningún tipo de problema o contratiempo.

PERSONAL A CARGO DE LA RECOLECCIÓN DE DATOS

Previo a la recolección de los datos para la implementación de los instrumentos, se realizará una orientación a los tres colaboradores en lo que concierne a la investigación y cuál es su objetivo principal, de esta manera, podrán resolver juntos, dudas o ciertas situaciones que se presenten con las participantes, con el fin de controlar la amenaza de interacción entre los sujetos y el investigador. El adiestramiento a los colaboradores se realiza con el fin de aplicar el

cuarto control de validez interna. Considerando que se trata de profesionales de enfermería el adiestramiento será constará de un encuentro en el cual la autora dará a conocer el propósito del estudio y todas las recomendaciones necesarias para la recolección de datos de manera tal que puedan así controlarse amenazas tales como la instrumentación y la interacción de entre las participantes y los investigadores.-

Con respecto al procedimiento de recolección de los datos para la lista de control, técnicas de movimiento y posicionamiento, se requerirá de 3 colaboradores más la investigadora, asistirán a la institución los días martes, jueves y sábados en el horario de 7 a 13hs, donde se aplicará el instrumento el tiempo estimado para completar la lista de control el tiempo aproximado será de cinco a ocho horas. Con respecto a la inestabilidad de las condiciones ambientales se controlará ofreciendo a todas las participantes un mismo espacio que sea tranquilo y les dé seguridad en cuento a la privacidad, para que pueda tomar el tiempo que considere necesario al momento de responder el cuestionario. Por otra parte, se contará con una urna para que las usuarias coloquen su encuesta, de esta manera se asegurará el anonimato.

Por otra parte, para la encuesta los encargados de la recolección de datos serán, la investigadora y tres colaboradoras, en mujeres prontas al alta hospitalaria, el tiempo estimado para responder los instrumentos será de treinta a cuarenta minutos y el lugar será la oficina indicada por el encargado de la institución. La decisión de llevar a cabo la aplicación de la encuesta en este horario se debe a que durante el mismo los obstetras firman las altas de las mujeres. Para obtener este dato en primer lugar, se revisarán las Historias clínicas de las mujeres internadas en el servicio identificando que el médico haya firmado el alta y a partir de allí se la abordará en la habitación entregando el cuestionario.

Con respecto a la inestabilidad de las condiciones ambientales se controlará ofreciendo a todas las participantes un mismo espacio que sea tranquilo y les dé seguridad en cuento a la privacidad, para que pueda tomar el tiempo que considere necesario al momento de responder el cuestionario. Por otra parte, se contará con una urna para que las usuarias coloquen su encuesta, de esta manera se asegurará el anonimato. Durante la primera etapa de recolección de los datos es decir al momento de la observación se informará sobre el propósito de la misma y se tomará el consentimiento de manera verbal considerando que se trata de una mujer que se encuentra en plena labor de parto. Luego al momento de la aplicación de las encuestas se procederá a oficializar la obtención del consentimiento para lo cual la mujer deberá consentir de forma voluntaria su participación en el estudio firmando el consentimiento informado. En el caso que en este momento la mujer decida participar se desechará la información provista de la observación.

Consideraciones Bioéticas

Según la Resolución “Guía para la investigación en salud humana”, en la Sección A, se justifica la participación de seres humanos si la investigación de nuevos conocimientos no fuese posible sin ellos, en este proyecto se necesita de la participación de mujeres en proceso de parto, cuya gestación comprenda de las 37 a las 42 semanas, independientemente de las gestas y sin complicaciones pos parto.

En el punto A2 se refiere a que la investigación se basa en información actualizada y en la exploración exhaustiva de estudios, investigaciones y fuentes académicas previas relacionadas con el tema de estudio. Esto implica utilizar información respaldada por la comunidad científica y analizar lo que se ha investigado y publicado previamente sobre el tema para fundamentar y contextualizar este trabajo de investigación se emplea el conocimiento establecido y la información previa para situar y enriquecer el nuevo estudio que se está realizando.

En el punto A3 se habla de la formación y capacitación del investigador/a y sobre los principios éticos; en este proyecto se aplicarán los instrumentos, lista de cotejo y cuestionarios, siempre con el previo consentimiento de las participantes, no se realizará ninguna intervención que cause algún daño en contra del principio de no maleficencia y el de beneficencia, el trato hacia las participantes será de manera amable y equitativa. Con respecto al sitio y contexto la consideración bioética de autonomía se asegurará presentando los resultados ante el jefe del servicio de obstetricia de la institución a través del principio de beneficencia esta investigación no causa daño a la institución se expondrán los resultados de este estudio con el fin de identificar aquellos aspectos hayan sido percibido por las mujeres como negativos y al mismo tiempo reforzar aquellos que se hayan percibido de manera positiva. También se brindará información a la institución sobre el objetivo y propósito de este estudio de esta manera con el objetivo de mejorar la significativa experiencia del proceso de parto para las mujeres se sugerirán espacios de reflexión interdisciplinaria, propiciados para este proceso del proyecto,

Con respecto a las consideraciones éticas del sitio y contexto, se aplicará el principio de justicia se selecciona la institución ya que cuenta con las condiciones necesarias para llevar a cabo la investigación se le informará sobre la utilización de 4 colaboradores más la investigadora para recabar datos en un tiempo estimado de un mes y quince días en el horario de 7 a 13hs, teniendo una entrevista personal con los participantes del estudio en el ámbito que la institución provea.

Se considera que no hay riesgos para las participantes dentro de este proyecto de investigación, se cuidará su identidad mediante el proceso de anonimización y los cuestionarios sólo serán manipulados por la investigadora y sus colaboradores. No existen conflictos de intereses.

Antes de su ejecución, dicho proyecto será sometido a una revisión por parte de docentes y expertos en la materia. Se garantizará que la selección de participantes en la recolección de datos y la investigación sea justa y equitativa, sin discriminación. Se buscará el beneficio para las participantes y se minimizará cualquier daño potencial. La recolección de datos y la investigación deberán tener un equilibrio favorable entre el riesgo y el beneficio.

Contemplando para la recolección de estos datos los Principios Bioéticos, es decir se evitará exponerlas a un daño psíquico, brindándole un trato equitativo, respetando la privacidad y confidencialidad de los datos recopilados, respetando su derecho a la participar voluntariamente, como así también la capacidad de las participantes de para tomar decisiones informadas y voluntarias sobre su participación en la recolección de datos y la investigación otorgándole toda la información necesaria sobre el estudio de investigación, a través de un consentimiento informado y siempre respetando su privacidad. Se protegerá la confidencialidad de los datos recopilados de las participantes. La investigadora y los colaboradores se asegurarán de que la información personal se mantenga protegida y solo se divulgue con el consentimiento apropiado o en situaciones legales específicas.

PLAN DE ANÁLISIS

Se iniciará el plan de análisis con la agrupación de los datos obtenidos por el instrumento, de esta manera se reconstruirán las variables por medio de la codificación de los datos, se le asignará a cada respuesta un valor numérico que permitirá, un almacenamiento de los datos con el fin de agruparlos, resumirlos y posteriormente analizarlos mediante la codificación de cada uno de sus ítems. Posteriormente de esta manera, será posible crear una base de datos para el almacenamiento, y posterior análisis de los datos mediante el uso de una hoja de cálculo Excel en una computadora.

En cuanto al tipo de estadística se llevará a cabo una estadística descriptiva que permite observar a través de sus instrumentos el comportamiento y valoración de cada uno de los ítems. El tipo de análisis en primera instancia será de tipo univariado, en el cual se analizará y describirá el comportamiento de cada una de las cinco variables presentes en el estudio. Luego se recurrirá al análisis bivariado comparando las variables independientes con la dependiente. Con el

propósito de mejorar la legibilidad y comprensión, se mostrarán los datos en forma de tablas, para analizarlos se empleará la estadística descriptiva, se utilizarán porcentajes los cuales se representarán en gráficos circulares según se considere oportuno. Una vez que se hayan obtenido los datos de la estadística a través del análisis de la estadística descriptiva, se procederá a la aplicación de técnicas de estadísticas inferenciales. El propósito central de estas técnicas es establecer las posibles relaciones entre las variables bajo estudio. El objetivo fundamental es derivar conclusiones generales y tomar decisiones informadas basadas en la información recolectada de una muestra representativa. En este contexto, se empleará la técnica de regresión lineal. Esta técnica desempeña un papel crucial al establecer la relación entre una variable independiente y una variable dependiente, además, ofrece la capacidad de prever el valor de una variable en función de otra.

Para completar y enriquecer este análisis se incorporará la prueba estadística no paramétrica (no estadística) χ^2 de Pearson. Esta prueba se aplicará para investigar las asociaciones entre variables categóricas y evaluar la congruencia entre la distribución observada y la teórica.

Dada la naturaleza especializada y la complejidad inherente de estas metodologías estadísticas, la autora del estudio reconocerá la necesidad de contar con la experiencia de un especialista en estadística. La contratación de dicho profesional se garantizará para asegurar la correcta implementación y la interpretación precisa de los resultados obtenidos.

Codificación y reconstrucción de los datos según cada variable en estudio.

Experiencia de la mujer en el proceso de parto: Variable, cualitativa, compleja, dependiente de escala de medición ordinal.

Para medir esta variable, se utilizará, una escala de medición ordinal, a lo cual se le asignará una codificación que va desde 1 - muy insatisfecha, 2 -insatisfecha, 3- indiferente, 4 - muy satisfecha, 5 – satisfecha.

La puntuación mínima de esta dimensión es de 18 puntos y la máxima de 138 puntos, con un rango de 19, estableciendo el siguiente índice de reconstrucción:

insatisfecha,38 a 57 puntos.

indiferente,58 a 77 puntos.

muy satisfecha, 78 a 97 puntos.

satisfecha,98 a 117 puntos.

Esta variable se representará a través de gráfico de barras para visualizar su distribución.

Para la variable asistencia a los talleres de psicoprofilaxis obstétrica. Variable cualitativa, simple independiente de escala de medición nominal.

Asistió-1 punto.

No asistió.0 punto

Esta codificación, se toma como símbolo y no como valor. Para esta variable se representará en gráfico circular para mostrar la distribución de las frecuencias y porcentajes.

En cuanto a la variable, técnicas de movimientos y posicionamiento, se utilizará una escala de medición nominal, dicha variable presenta 3 dimensiones y 14 indicadores, cada dimensión tiene dos aspectos a observar, sí o no.

Utilización de elementos.

Posturas.

Movimientos.

Ante la presencia de alguna de sus dimensiones será la utilización de técnicas de movimientos y posicionamiento, siendo: Utilización de técnicas de movimientos y posicionamiento, 1.

No, utilización de técnicas de movimientos y posicionamiento,0.

Se representará a través de gráficos de barra.

En relación a dicha variable se utilizará la estadística descriptiva de frecuencia.

Variable edad: Escala de medición de razón, se utilizará las medidas de tendencia central, y los datos presentados se obtendrán de la información que la mujer coloque en la encuesta

Se utilizará el gráfico de histograma de frecuencias para representar esta variable.

Variable número de gestas, Para la variable número de gestas con una escala de medición de razón, se utilizará las medidas de tendencia central, y los datos presentados se agruparán y calificarán de la siguiente manera:

Primigestas: Solo tuvo un hijo

Secundíparas.: Ha tenido dos partos.

Múltipara: Ha tenido 3 o más partos.

Se empleará el histograma de frecuencias como tipo de gráfico para representar esta variable.

CRONOGRAMA DE TRABAJO

ACTIVIDADES AÑO 2024	ENERO MARZO	ABRIL	MAYO 1ºQ	MAYO 2ºQ	JUNIO 1ºQ	JUNIO 2ºQ
Recolección de datos.	X					
Tabulación de los datos.		X				
Análisis de datos.			X			
Elaboración de los resultados				X	X	
Conclusiones					X	
Redacción de informe					X	
Entrega de informe final						X

INFRAESTRUCTURA Y EQUIPAMIENTO.

La recolección de datos transcurrirá durante el periodo comprendido desde enero a marzo 2024 el relevamiento de datos se llevará adelante con la colaboración de cuatro colaboradores más la investigadora personas las cuales serán capacitadas en dos encuentros previos a la recolección de datos periodo comprendido desde el dos de enero a marzo 2024.

Las reuniones propuestas por la investigadora serán en una oficina disponible para tal fin que fue designada por el jefe del servicio del área integral de la mujer durante el estudio exploratorio. Los recursos para este estudio estarán a cargo de la investigadora del proyecto.

BIBLIOGRAFÍA


- Baggio, M.A., Pereira, F.C., Cheffer, M.H., Machineski, G.G., & Reis, A.C.E. (2021). Significados e experiências de mulheres que vivenciaram el parto humanizado hospitalar assistido por enfermeira obstétrica. *Rev Baiana Enferm*, 35, e42620.
[https://doi: 10.18471/rbe.v35.42620](https://doi.org/10.18471/rbe.v35.42620)
- Barbosa, J.M., Salazar, N.P., & Souza, A.L.D.M. (2023). Perspectiva del personal de enfermería obstétrica: uso de métodos no farmacológicos para el alivio del dolor de parto. *Revista Enfermagem Atenção Saúde*, 12(1), e202372. <https://doi.org/10.18554/reas.v12i1.6460>
- Blandine Calais-Germain, N. V. (2007). *Parir en Movimiento*. España: La Liebre de Marzo.
- Bueno, R. M.-C. (2012). *Enfermería Obstétrica y Ginecológica*. Barcelona: Ediciones DAE (Grupo Paradigma).
- Calais-Germain, B., & Vives, N. (2010). La movilidad de la pelvis en el expulsivo. *Matronas Profesionales*, 11(1), 18-25.
<https://www.federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2018/01/vol11n1pag18-25.pdf>
- Costa, A. C. M., Prata, J. A., Oliveira, K.R., Silva, C. R. F. da, Progianti, J. M., Mouta, R. J. O., et al. (2023). Freedom of movement and positioning in childbirth with non-invasive technologies of nursing care. *Cogitare Enferm*, 28.
<https://dx.doi.org/10.1590/ce.v28i0.89444>
- Cortés, F., Merino, W., & Bustos, K. (2020). Pain perception during labor. A review of factors. *Revista Chilena de Anestesia*, 49(5), 614-624.
[https://doi: 10.25237/revchilanestv49n05-05](https://doi.org/10.25237/revchilanestv49n05-05)
- Cunningham, F. G., Leveno, K. J., Bloom, S. L., Spong, C. Y., Dashe, J. S., Hoffman, B. L., Casey, B. M., Sheffield, J. S. (2014). *Williams Obstetrics* (24th ed., p. 408). McGraw-Hill Education.
- Daniele, M. A. S. (2021). Male partner participation in maternity care and social support for childbearing women: A discussion paper. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 376(1827), 20200021. <https://doi.org/10.1098/rstb.2020.0021>
- Federación de Asociaciones de Matronas de España. (2007). *Iniciativa parto normal: documento de consenso*. Recuperado de <http://www.federacion-matronas.org/ipn>
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, M. del P. (2014). *Metodología de la investigación* (6th ed.). México: McGraw Hill Interamericana Editores S.A. de C.V.

- Idrugo-Castillo, L.K., & Moreno-Garrido, Z.R. (2023). Características materno-perinatales y conducta materna durante el trabajo de parto en gestantes con preparación psicoprofiláctica. *Revista Internacional de Salud Materno Fetal*, 8(3), o24-o30. <https://doi.org/10.47784/rismf.2023.8.3.287>
- Lawrence, A., Lewis, L., Hofmeyr, G. J., & Styles, C. (2013). Maternal positions and mobility during first stage labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (10), CD003934. Recuperado de <http://onlinelibrary.wiley.com/doi:10.1002/14651858pub4/full>
- Ley 25.929. (2004). Parto Respetado. Buenos Aires: Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación.
- Loezar-Hernández, M., Briones-Vozmediano, E., Gea-Sánchez, M., & Otero-García, L. (2022). Percepción de la atención sanitaria en la primera experiencia de maternidad y paternidad. *Gaceta Sanitaria*, 36(5), 425-432. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2021.12.005>.
- Madden, K., Middleton, P., Cyna, A. M., Matthewson, M., & Jones, L. (2016). Hypnosis for pain management during labor and childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2016(5), CD009356. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009356.pub3>
- Martínez, S. A., & Karchmer, K. S. (2021). Psicoprofilaxis obstétrica. La realidad actual. *Acta Med Grupo Ángeles*, 19(3), 361-367. <https://dx.doi.org/10.35366/101728>
- Morales Alvarado, S., Givovich Mesinas, A., & Yábar Peña, M. (2014). Psicoprofilaxis Obstétrica: actualización, definiciones y conceptos. *Horizonte Médico (Lima)*, 14(4), 53-57. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-558X2014000400010&lng=es&tlng=es
- Narea Morales, V. E., Requena Vera, A. E., Rodríguez Baño, K. A., & Jiménez Valle, G. E. (2020). Beneficios y dificultades de la psicoprofilaxis obstétrica en gestantes de la comunidad de Progreso, Guayas-Ecuador 2018. *Pro Sciences: Revista De Producción, Ciencias E Investigación*, 4(33), 30-40. <https://doi.org/10.29018/issn.2588-1000vol4iss33.2020pp30-40>
- Ondeck, M. (2020). *Práctica de Parto Saludable #2: Camina*
- OMS. (15 de Julio de 2018). Organización mundial de la salud. Obtenido de <https://www.argentina.gob.ar/>
- Quizhpe, S. (2019). Factores asociados a la eficacia del parto vertical en pacientes atendidos en Hospital Básico de Saraguro. Iloja.
- WHO Recommendations: Intrapartum Care for a Positive Childbirth Experience. Geneva: World Health Organization; 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

ANEXOS

ANEXO I

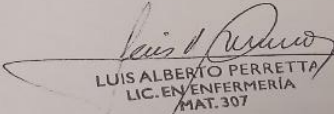
Aval Institucional

 **FCM** Facultad de Ciencias Médicas · UNR

2022 - "Las Malvinas son argentinas"

-----Quien suscribe, Profesora, Mg. Rosana Nores, a cargo de la titularidad de la Asignatura Taller de Investigación de la Escuela de Enfermería de la Universidad Nacional de Rosario, certifica que De Medeiros Claudia es estudiante de la carrera Licenciatura en Enfermería. Por lo que para cumplimentar los requerimientos académicos de la carrera la estudiante deberá en primer lugar entrevistar a un referente de la institución con el fin de obtener información que le permita tomar decisiones para la planificación de un Proyecto de investigación. Cabe aclarar que el nombre de la institución no será explicitado en el proyecto, solo se hará referencia a la dependencia y complejidad, de la misma. Desde ya agradecemos su valioso apoyo en el proceso de formación de nuevos Licenciados en Enfermería-----

A pedido del interesado, se expide la presente constancia en la ciudad de Rosario, Provincia de Santa Fe, a los 18 de octubre de 2023.


LUIS ALBERTO PERRETTA
LIC. EN ENFERMERIA
MAT. 307

Santa Fe 3100
Rosario s2000ktr Tel.
341 4804558 Fax 341
4804569
www.fmedic.unr.edu.ar

SUPERVISION DE ENFERMERIA
HOSPITAL ROQUE SAENZ PEÑA

ANEXO II

Operacionalización de las variables

Variable 1:

Asistencia a talleres de psicoprofilaxis obstétrica. Variable cualitativa, simple independiente de escala de medición nominal.

Indicadores:

Asiste

No asiste

Variable 2:

Utilización de técnicas de movimientos y posicionamiento. Variable, cualitativa, independiente, compleja de escala de medición nominal.

Definición conceptual:

La utilización de técnicas de movimiento y posicionamiento durante el proceso de parto, busca brindar a la mujer un mayor control sobre su cuerpo y su experiencia de parto, así como optimizar las condiciones para un parto seguro y saludable. Estas prácticas se basan en el respeto a los procesos fisiológicos y en la individualidad de cada mujer, reconociendo que el movimiento y la posición pueden desempeñar un papel fundamental en el desarrollo y la evolución del parto.

Dimensiones: Utilización de elementos.

Indicadores: Pelota Suiza, Telas, banquito de parto, colchonetas.

Utilización de cama articulada para parto:

Dimensión: Posturas

Indicadores:

Horizontal.

Posición, mirando hacia arriba.

Posición de costado izquierdo.

Cuciillas.

Postura ginecológica

Suspensión con telas.

Dimensión: Movimiento:

Indicadores:

Estar de pie.

Caminar.

Balancearse.

Variable 3.

Experiencia del proceso de parto. Variable, cualitativa, compleja, dependiente de escala de medición ordinal.

Definición conceptual: La experiencia de parto se refiere al conjunto de vivencias, sensaciones, emociones y eventos que una mujer experimenta durante el proceso de dar a luz a su bebé. Es la vivencia subjetiva y personal.

Diversos factores relacionados con la experiencia del parto y el nacimiento de un hijo son considerados como elementos que ejercen influencia, como las expectativas personales de las embarazadas, el respaldo y la calidad de la relación con los profesionales de la salud que se encargan de guiar y acompañar en este proceso, así como la participación activa de la mujer en la toma de decisiones.

Dimensión: Trato por parte de los profesionales.

Indicadores:

Amabilidad.

Acompañamiento.

competencias técnicas adecuadas.

Información.

Apoyo emocional.

Apoyo físico.

Comunicación.

Dimensión: Expectativas.

Indicadores:

Toma de decisiones

Participación activa

Presencia de un acompañante.

Dimensión: Proceso de parto.

Indicadores:

Dolor

Tiempo transcurrido.

Dimensión: Ambiente.

Indicadores:

Seguro.

Tranquilo.

Espacioso.

Privado.

Cómodo.

Variable 4: Edad. Variable cuantitativa. Escala de medición de razón.

Indicador: Edad según refiera la historia clínica.

Variable 5: Número de gestas.

Variable cuantitativa independiente, simple escala de medición de razón.

Definición conceptual: El recuento de las gestas se refiere al seguimiento que abarca desde el comienzo del primer embarazo e incluye tanto los embarazos que llegan a término como aquellos que pueden haber concluido en aborto espontáneo, aborto inducido o parto prematuro. En este recuento se consideran todos los eventos de embarazo experimentados por una mujer, independientemente de su desenlace final."

Indicadores

Primigesta

Secundíparas (ha tenido dos partos)

Múltipara. (ha tenido tres o más partos).

Instrumento.1.

Utilización de técnicas de movimientos y posicionamientos durante el proceso de parto.

Este instrumento listo de cotejo coteja mide la variable: Utilización de técnicas de movimientos y posicionamiento en el proceso de parto, se tildará por si o por no.

Utilización de elementos.	SSI	NNO	Observaciones.
Pelota Suiza			
Telas.			
Banquito de parto.			
Colchonetas.			
Posturas.			
Decúbito lateral izquierdo.			
Decúbito Supino			
Litotomía.			
Cuadrupedia			
Cuclillas.			
Suspensión con telas.			
De pie.			
Movimientos			
Estar de pie.			
Caminar.			
Balancearse.			

Instrumento .2.

Experiencia en el proceso de parto.

Este instrumento mide la variable Experiencia de la mujer en el proceso de parto.

Se tildará la opción deseada a cada ítem correspondiente.

A través del siguiente cuestionario la invito a qué pueda valorar como ha sido su experiencia durante el parto Asistencia a los talleres de Psicoprofilaxis obstétrica, para ello encontrará una serie de enunciados en las cuales deberá plantear de cada uno de ellos su grado de satisfacción. Considere que 1 corresponde a muy insatisfecha; 2 insatisfecha; 3 indiferente; 4 satisfecha y 5 muy satisfecha.

¡¡¡Muchas Gracias!!!

Edad:

Numero de gestas:

Asistencia a los talleres de Psicoprofilaxis obstétrica: Asistió - No Asistió.

Dimensión Trato de los profesionales	Muy insatisfecha	Insatisfecha	Indiferente	Satisfecha	Muy satisfecha
Amabilidad y trato que le brindó el profesional, durante el proceso de parto.					
La información clara y suficiente sobre los procedimientos médicos en el proceso de parto.					
Acompañamiento por el personal profesional.					
Conocimientos Competencias técnicas adecuadas.					

Apoyo emocional					
Apoyo físico.					
Comunicación, lenguaje comprensible.					
Dimensión Expectativas. Cuán satisfecho se encuentra con respecto a:					
La presencia de un acompañante.					
Nivel de involucramiento en la toma de decisiones.					
Participación en el proceso de parto					
Dimensión Proceso de parto.					
Cómo valora:					
Manejo del dolor.					
Tiempo transcurrido hasta el nacimiento.					
Dimensión ambiente: Su grado					

de satisfacción con respecto a:					
Seguridad.					
Tranquilidad.					
Espacio.					
Privacidad.					
Confort.					
Comodidad.					

Consentimiento informado

La presente investigación es conducida por De Medeiros Claudia Marcela, celular 0341-6703760. Estudiante de la Universidad Nacional de Rosario, Facultad de Ciencias Médicas, Escuela de Enfermería. El objetivo de este estudio es poder conocer la experiencia de la mujer del proceso de parto a través de la asistencia a talleres de psicoprofilaxis obstétrica, utilización de técnicas de movimientos y posicionamiento. Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas tales como si asistió a talleres de psicoprofilaxis obstétrica, su experiencia respecto a los profesionales de salud, al ambiente donde se desarrolló este proceso, cuáles eran sus expectativas como experimento el proceso de parto con respecto al dolor y al tiempo transcurrido de este proceso de parto. Además, se solicitará que tenga a bien informar acerca de su edad y si es madre primeriza o cuantos hijos tiene. Esto tomará aproximadamente 30 a 40 minutos de su tiempo. La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación el propósito del mismo es obtener datos que informen sobre la experiencia de la mujer en el proceso de parto relacionado con utilización de técnicas de movimientos y posicionamiento y la asistencia a talleres de psicoprofilaxis obstétrica; los resultados obtenidos se presentarán a las autoridades correspondientes de la institución con el fin de identificar aquellos aspectos que hayan sido valorados por las mujeres como negativos y al mismo tiempo fortalecer aquellos en los que se haya producido una valoración positiva. Sus respuestas al cuestionario y la entrevista serán codificadas usando número de identificación y, por lo tanto, serán anónimas. Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier

momento sin que eso perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas le parece incómoda, usted tiene el derecho de hacerlo saber al investigador y no responder.

Desde ya agradezco su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por De Medeiros Claudia Marcela DNI21011516, Celular 3416703760.

(Datos de la participante).

DNINOMBRE Y APELLIDO.....

FIRMA.....FECHA:

(Datos de la encuestadora).

DNINOMBRE Y APELLIDO.....

FIRMA.....FECHA: