



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE TERAPIA FÍSICA**

TÍTULO:

“Efectos del manejo fisioterapéutico y acompañamiento emocional en la labor de parto en mujeres del Área General de Tocoquirúrgico del Hospital Ginecobstétrico Enrique C. Sotomayor”

AUTORA:

Hernández Franco, Andrea Paola

**Trabajo de Seminario de Graduación previo a la Obtención
del Título de:**

LICENCIADA EN TERAPIA FÍSICA

TUTOR:

Bocca Peralta, Gustavo William

Guayaquil, Ecuador

2014



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE TERAPIA FÍSICA**

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por **Andrea Paola Hernández Franco**, como requerimiento parcial para la obtención del Título de **Licenciada en Terapia Física**.

TUTOR

Gustavo William, Bocca Peralta

DIRECTOR (E) DE LA CARRERA

Dra. Martha Victoria Celi Mero

Guayaquil, a los 24 días del mes de septiembre del año 2014



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE TERAPIA FÍSICA**

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **Andrea Paola Hernández Franco**

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación “Efectos del manejo fisioterapéutico y acompañamiento emocional en la labor de parto en mujeres del Área General de Tocoquirúrgico del Hospital Ginecobstétrico Enrique C. Sotomayor” previa a la obtención del Título de **Licenciada en Terapia Física**, ha sido desarrollado en base a una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan al pie de las páginas correspondientes, cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance científico del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 24 días del mes de septiembre del año 2014

LA AUTORA

Andrea Paola Hernández Franco



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE TERAPIA FÍSICA**

AUTORIZACIÓN

Yo, **Andrea Paola Hernández Franco**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación: “Efectos del manejo fisioterapéutico y acompañamiento emocional en la labor de parto en mujeres del Área General de Tocoquirúrgico del Hospital Ginecobstétrico Enrique C. Sotomayor”, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 24 días del mes de septiembre del año 2014

LA AUTORA:

Andrea Paola Hernández Franco

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por las/os maestras/os que puso en mi camino para enseñarme con amor todo lo que necesitaba para encontrar mi vocación: el servicio.

A todas las mujeres que colaboraron con información, libros, sugerencias, comentarios, tiempo y amistad.

Andrea Paola Hernández Franco

DEDICATORIA

A Chichi y Peter por darme la vida.

A Julieta y Emilio por transformarla.

A Javier por enseñarme a vivirla.

**A Adriana, Estefanía, Jennifer, Patricia, Priscila, Wendy por
acompañarme en el encuentro.**

Andrea Paola Hernández Franco



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE TERAPIA FÍSICA**

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

María Narcisa Ortega Romero
PRESIDENTE DEL TRIBUNAL

Victor Hugo Sierra Nieto
OPONENTE

Diana María Fonseca Pérez
SECRETARIA



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE TERAPIA FÍSICA**

CALIFICACIÓN

Una vez realizada la defensa pública del trabajo de titulación, el tribunal de sustentación emite las siguientes calificaciones:

TRABAJO DE TITULACIÓN ()
DEFENSA ORAL ()

María Narcisa Ortega Romero
PRESIDENTE DEL TRIBUNAL

Víctor Hugo Sierra Nieto
OPONENTE

Diana María Fonseca Pérez
SECRETARIA

ÍNDICE GENERAL

CERTIFICACIÓN.....	I
DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD	II
AUTORIZACIÓN.....	III
AGRADECIMIENTO	IV
DEDICATORIA	V
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN	VI
CALIFICACIÓN.....	VII
ÍNDICE GENERAL.....	VIII
ÍNDICE DE TABLAS	X
ÍNDICE DE GRÁFICOS	XI
RESUMEN.....	XII
ABSTRACT.....	XIII
INTRODUCCIÓN.....	1
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	3
1.1 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	5
2. OBJETIVOS.....	6
2.1 OBJETIVO GENERAL	6
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	6
3. JUSTIFICACIÓN.....	7
4. MARCO TEÓRICO	10
4.1 MARCO REFERENCIAL	10
4.2 MARCO TEÓRICO	13
4.2.1 Panorama actual de los nacimientos.....	13
4.2.2 El inicio de la vida: la menstruación.....	15
4.2.3 Embarazo	16
4.2.4 Dolor en el parto.....	18
4.2.5 La oxitocina, la hormona del amor	19
4.2.6 Fisiología del parto y la realidad hospitalaria.....	20
4.2.7 La utopía del parto natural.....	21
4.2.8 La industrialización del parto y sus implicaciones sociales	22
4.2.9 Medidas de confort durante el parto	24
4.2.10 La Doula	25
5.3 MARCO LEGAL.....	27
5. FORMULACIÓN DE LA HIPÓTESIS.....	28

6. IDENTIFICACIÓN Y CLASIFICACIÓN DE VARIABLES	28
7. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	28
7.1 JUSTIFICACIÓN DE LA ELECCIÓN DEL DISEÑO.....	28
7.2 POBLACIÓN Y MUESTRA	28
7.2.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN	29
7.2.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	29
7.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN.....	30
7.3.1 TÉCNICAS	30
7.3.2 INSTRUMENTOS.....	33
8. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	34
8.1 ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.....	34
9. CONCLUSIONES	47
10. RECOMENDACIONES.....	50
11. PRESENTACIÓN DE PROPUESTAS	51
11.1.- TEMA DE PROPUESTA	51
11.2.- JUSTIFICACIÓN.....	51
11.3 OBJETIVOS.....	52
11.3.1 OBJETIVO GENERAL	52
11.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	53
11.4 FASES DE LA PROPUESTA	53
11.5 RECOMENDACIONES.....	54
11.6 CONTRAINDICACIONES.....	54
12. BIBLIOGRAFÍA	55
ANEXO 1	59
ANEXO 2	63
ANEXO 3	64
ANEXO 4	65

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Emoción experimentada en relación al proceso de parto	35
Tabla 2. Comparación parto actual vs parto anterior	36
Tabla 3. Nivel de satisfacción en relación a información recibida	37
Tabla 4. Nivel de satisfacción en relación a atención recibida	38
Tabla 5. Percepción de control sobre proceso vivido.....	39
Tabla 6. Percepción de compañía durante proceso vivido	40
Tabla 7. Percepción de alivio de dolor y molestias en relación al acompañamiento recibido	41
Tabla 8. Disminución de miedo y ansiedad por acompañamiento recibido .	42
Tabla 9. Preferencia sobre acompañamiento o no durante la labor de parto	43
Tabla 10. Medición de dolor a través de Escala Visual Análoga en ambos grupos.....	44
Tabla 11. EVA Dolor en Grupo Experimental antes y después de ejecutar Guía de Acompañamiento	45
Tabla 12. Frecuencia antes y después de ejecutar Guía de Acompañamiento	45
Tabla 13. EVA Mejora en Grupo Experimental antes y después de ejecutar Guía	46
Tabla 14. Frecuencia antes y después de ejecutar Guía de Acompañamiento	46

ÍNDICE DE GRÁFICOS

1. Emoción experimentada en relación al proceso de parto	35
2. Comparación parto actual vs parto anterior	36
3. Nivel de satisfacción en relación a información recibida.....	37
4. Nivel de satisfacción en relación a atención recibida	38
5. Percepción de control sobre proceso vivido	39
6. Percepción de compañía durante proceso vivido	40
7. Percepción de alivio de dolor y molestias en relación a acompañamiento recibido	41
8. Disminución de miedo y ansiedad por acompañamiento recibido	42
9. Preferencia sobre acompañamiento o no durante la labor de parto	43
10. Aplicación de Escala Visual Análoga de dolor en ambos grupos.....	44

RESUMEN

En el Área General de Tocoquirúrgico del Hospital Ginecobstétrico Enrique Sotomayor se detectó la falta de una guía de acompañamiento o doula para las parturientas. Se planteó como objetivo demostrar los efectos del manejo fisioterapéutico y el acompañamiento emocional de la labor de parto en este grupo de estudio. Se realizó un estudio de orden experimental con alcance comparativo en 40 mujeres divididas aleatoriamente en Grupo Control (sin acompañamiento) y Grupo Experimental (con acompañamiento). A éste último se le realizó acompañamiento físico y emocional entrando a fase activa de parto. Se midió con Escala Visual Análoga intensidad de dolor y mejoría de molestias antes y después de ejecutar la guía. La encuesta se realizó en sala de recuperación tanto a Grupo Experimental como Control. Se tabuló la información diseñándose tablas y gráficos para comparar los datos obtenidos en ambos grupos. Los resultados demostraron que el grupo intervenido tuvo una mejor experiencia de parto que el grupo control y que las parturientas prefieren tener acompañamiento durante el parto en lugar de estar solas. Se concluye que el acompañamiento físico y emocional tiene un efecto analgésico, disminuye la percepción de dolor y aumenta el nivel de satisfacción de las mujeres.

Palabras claves: doula, parto, acompañamiento, ejercicios, analgesia.

ABSTRACT

At the Gynecobstetric Hospital Enrique Sotomayor we detect there isn't any physical or emotional companion during labor, so we consider as objective to demonstrate the effects of physiotherapy management and emotional support during labor in this group study. A prospective comparative study was conducted on 40 women divided into control group (without support) and an experimental group (with support). A specific protocol was applied to the group as they entered the active phase of labor, with previous informed consent. The intensity of pain and comfort improvement was measured before and after performing the protocol and in between contractions by using a Visual Analog Scale. The survey was conducted in the recovery room. The same survey was conducted with participants in the Control Panel, omitting the testing protocol and the EVA questions. The information was tabulated manually, result tables and graphs were designed to compare responses in both groups. As result the obtained data demonstrate that support during labor has an analgesic effect on women, reducing fear and increasing their satisfaction level. Women prefer to have support than being alone during labor. This study concludes the importance of doula support provided to improve the care and welfare of women.

KEY WORDS: doula, birth, support, exercises, analgesia.

INTRODUCCIÓN

En cada hogar se vive el nacimiento con alegría y fiesta. Un bebé transforma la vida de muchas personas en sólo un segundo. En la casa se prepara la habitación con meses de anticipación, los abuelos y abuelas sólo hablan del eminente nacimiento. Y cuando llega por fin el bebé a casa, cambia para siempre el humor de todos. Los bebés son la bendición del hogar.

Pero, ¿cómo es realmente la llegada de este bebé al mundo? La celebración no es tal en las salas de parto de la mayoría de hospitales y clínicas de nuestra ciudad. La mujer es separada de su pareja, de sus familiares y es recluida a una cama donde se realiza una serie de procedimientos protocolarios sin consultarle o informarle debidamente. Tiene su dolor en soledad, con miedo, sin acompañamiento de nadie, sin una guía más que la del personal que la atiende para realizar los procedimientos cada hora.

El parto ocurre en medio de miradas de personas desconocidas, en un entorno frío, sin amor. ¿Cómo es posible que un evento que en teoría trae alegría, empiece con tanta violencia y desinformación?

La práctica del acompañamiento físico y emocional al parto nace con el objetivo de solucionar esta situación. La contención amorosa y empática marca la diferencia de la experiencia vivida, resguardando la memoria del nacimiento del bebé.

El presente estudio pretende demostrar estadísticamente la preferencia de las mujeres en relación al acompañamiento durante la labor de parto, y los beneficios que brinda la realización de ejercicios durante el proceso y su eficacia. Al implementar una rutina que proteja y acompañe a la madre durante su proceso, se logra que este momento transcurra de una manera más apacible, efectivizando la atención del grupo multidisciplinario que asiste a la gestante.

De esta manera, la alegría de la llegada del bebé se vivirá en plenitud, acompañando a la mamá durante su proceso y haciéndola sentir lo mejor posible, brindando a mamá y bebé un inicio armonioso para el desarrollo de su relación.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los cuidados de calidad de la mujer en labor de parto y el recién nacido eran cuestión intrínseca de la partera. Su labor esencial era resguardar el parto y nacimiento, permitiendo a la mujer ser protagonista de su momento. Con el pasar de los años y los avances científicos, el parto y el nacimiento, pasaron de ser acontecimientos familiares –hasta hace poco las madres parían en sus casas- a institucionalizarse. Esto cambió para siempre la percepción sobre este evento tan importante en el desarrollo del ser humano.

En países sanitariamente desarrollados como Holanda, se aprecia la atención al parto de manera desinstitucionalizada (Vivanco, 2009). Las parejas son visitadas por una obstetra durante la gestación y es ella quien por lo general (de quererlo así la pareja) acompaña el parto en la casa. El 60.7% de las mujeres optan por este servicio (de Jonge, van der Goes, Ravelli, Amelink-Verburg, Mol, Nijhuis, Gravenhorst, Buitendijk, 2009). En este país en particular, nunca se perdió la tradición de que una mujer asista a otra durante el parto, llamándola co-madre o la comadrona. Cuando hubo el auge del parto hospitalario, un fenómeno que sucedió en todos los países desarrollados, se mantuvo en este país la costumbre de dar a luz en casa en un determinado grupo de mujeres (Feenstra, 2010).

En Alemania existe una ley que indica que cada parto debe ser atendido por una partera, sea en el hospital, en una casa de nacimiento o en casa de la embarazada. (Jung, 2012). El ginecobstetra francés Michel Odent, precursor del parto en agua, recorre el mundo impartiendo charlas e impulsando su proyecto “Ecología del Nacer”, que busca promover el nacimiento con amor y en libertad, fomentado el respeto de las necesidades primarias de

intimidad y privacidad de la mujer en trabajo de parto. En Japón y la Isla de Malta, la partera Fuseiko Sei y el doctor Josie Muscat respectivamente, ofrecen a las parejas parto en agua acompañada de música relajante. (Lozano, 2000).

En Latinoamérica la situación tiene una doble cara. A pesar de haberse creado espacios como Rosavida en Argentina y Obsnatura en Chile, en los que las parejas pueden experimentar la labor de parto en armonía sin alejarse del resguardo que para muchos representan los hospitales públicos, continúan los atropellos y el terrorismo hacia el parto. En los hospitales, las mujeres en labor de parto son separadas de sus parejas o acompañantes, relegadas a una cama de la que no deben bajarse, inyectadas, auscultadas, infantilizadas, violentadas al no recibir el trato y cuidado que el delicado proceso de parto requiere. En los hospitales públicos la atención personalizada es una utopía. Una mujer debe esperar horas hasta ser atendida, y cuando llega su turno el profesional de la salud no es lo suficientemente asertivo para acompañarla en su proceso.

Parir es algo inherente de los seres humanos. Todos los logros científicos proporcionan una mayor seguridad sanitaria al proceso del parto, pero a su vez provocan un detrimento de la asistencia personalizada al parto fisiológico y de los cuidados físicos y emocionales que exige esta etapa de la vida de la mujer (Vivanco, 2009). En la actualidad, la mayor parte de los nacimientos en Ecuador se realizan en hospitales públicos y privados. La atención al parto en nuestro país es fundamentalmente del tipo intervencionista institucionalizado.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda una tasa aceptable de cesáreas entre 10% y 15%. Cifras de la Organización Panamericana de

la Salud (OPS) indican que Ecuador es el segundo país en América Latina con más alto índice de cesáreas, siendo más del 41%. Con el objetivo de reducir éstas cifras y brindar una atención personalizada, en el Hospital Ginecobstétrico Enrique Sotomayor se realiza actualmente el acompañamiento de Doulas a las parturientas del Área General de Tocoquirúrgico. Una Doula es una persona entrenada y capacitada en la ayuda al nacimiento. Asiste a las mujeres que dan a luz en hospitales, en casas de partos y en domicilios. El trabajo de la Doula se basa en brindar apoyo físico y emocional a la parturienta durante su labor, con visualizaciones, respiraciones, ejercicios de estiramiento o relajación y medidas de confort con el objetivo de reducir el dolor y hacer del parto una experiencia positiva (Bertha, 2013).

El apoyo emocional y físico durante el parto es de vital importancia para la salud integral del bebé y la mamá. El incorporar rutinas de respiración, visualización y ejercicios específicos en maternidades, casas de parto y hospitales está convirtiéndose en una necesidad primaria en países desarrollados. Estas rutinas, que incluyen el uso del balón terapéutico, compresas calientes, masaje superficial, ejercicios de suelo pélvico, estiramientos, acompañadas de un correcto enfoque kinefiláctico durante el periodo de gestación, potenciará la salud de la pareja mamá-bebé y a su vez fomentará el trabajo en equipo del personal multidisciplinario que asiste el maravilloso y natural proceso de parto y nacimiento.

1.1 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los efectos del manejo fisioterapéutico y el acompañamiento emocional durante la labor de parto?

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo General

Demostrar los efectos del manejo fisioterapéutico y acompañamiento emocional de la labor de parto en mujeres del Área General de Tocoquirúrgico del Hospital Ginecobstétrico Enrique C. Sotomayor.

2.2 Objetivos Específicos

1. Demostrar que el nivel de satisfacción en relación a la atención recibida durante el parto es más alto en las mujeres con acompañamiento de doula que en las que no tienen acompañamiento.
2. Demostrar que las mujeres en labor de parto prefieren estar acompañadas a estar solas.
3. Demostrar que realizar ejercicios, visualizaciones y respiraciones durante la labor de parto reduce la percepción de dolor.
4. Demostrar que estar acompañada por una doula disminuye el miedo y la ansiedad que genera la labor de parto.
5. Implementar una guía de acompañamiento físico y emocional a la labor de parto.

3. JUSTIFICACIÓN

El fisioterapeuta en la actualidad, además de tener sólidas bases y destrezas clínico-terapéuticas, debe tener claro que la relación que llega a entablar con su paciente marca la diferencia en el tratamiento. Dentro de los lineamientos de investigación que hacen parte de su campo profesional, el soporte a pacientes críticos y el trabajo en el ámbito de la salud pública pueden conjugarse para exaltar el apoyo continuo que el profesional brinda a través del abordaje terapéutico personalizado.

En el medio se puede observar que el establecer protocolos o tratamientos limita el actuar del profesional de la salud a lo específico, lo puntual, lo médico. No existen protocolos que nos digan cómo acercarnos, establecer una relación o llevar de manera más humana la práctica. La expresión corporal o lenguaje no verbal del personal de salud ayuda a crear una relación de confianza con los pacientes e influye en la satisfacción de los mismos (Tovar, 2003). Son pocos los profesionales que tienen la delicadeza de informar a sus pacientes con palabras sencillas los procedimientos a realizar. Y en muchos casos, al paciente que pregunta se lo calla o se lo infantiliza.

La desinformación de la sociedad en cuanto a su salud es una manipulación tangible. La atención primaria y la salud comunitaria no abarcan aspectos fundamentales para lograr el Buen Vivir. Las charlas de prevención sobre diabetes, hipertensión arterial (HTA) y ergonomía son sólo uno de los ámbitos de la práctica del fisioterapeuta. La verdadera prevención está en la educación y el empoderamiento en temas de salud que permita el desarrollo integral de los ciudadanos. Otorgar herramientas e información para que las

personas tomen decisiones acertadas sobre su salud y entorno es el objetivo primario para el desarrollo humano y el progreso social. Cuando las personas tienen el poder de sus vidas, confían en su criterio tomando decisiones basadas en la información y pueden elegir con libertad y conocimiento. Buscan aplacar sus dudas consultando fuentes que ofrezcan alternativas diferentes a las tradicionales.

Sin embargo, no se puede hablar de libertad de elección al referirse al parto, sin antes mencionar las verdaderas opciones que hoy en día existen en el mercado. No se trata solamente de probar que una Doula puede ayudar a la mujer a que su parto sea más llevadero, o de satanizar la intervención médica, o las cesáreas. En un mundo cada vez más globalizado, donde se esperan resultados con rapidez y agilidad, donde cada persona es un número, una estadística, se están perdiendo no sólo valores que forman carácter, sino también sensibilidad que moldea el espíritu.

La obstetra, doula y precursora del parto en agua Barbara Harper (2002) habla sobre cómo el perfeccionamiento de la atención hospitalaria en este último centenario, y con el creciente desarrollo en el campo de la obstetricia a finales del siglo 18 y comienzo del siglo 19, se dejó a un lado la parte emocional de los nacimientos y la calidez en la atención. Las mujeres se tornaron entes incapaces de completar el proceso natural del parto. Se convirtieron en incapacitadas para dar a luz solas. La fisiología, que desde el inicio de la creación ha favorecido los procesos naturales de los seres humanos, ha sido relegada al olvido mediante el avance tecnológico y la sistematización del parto.

Demostrar que el acompañamiento durante la labor de parto cambia positivamente la percepción del mismo en la mujer, es imperativo. Con este

tipo de intervención, se favorece el apego precoz, lo que tiene una influencia significativa en el desarrollo social de los niños (Ordóñez, 2012). También, al acompañar a la parturienta con ejercicios y estiramientos, se favorece la producción de hormonas que harán que la experiencia de parto sea recordada como agradable y placentera. Así, el cambio de paradigma “parto igual horror” es eminente.

La pertinencia científica de esta investigación, más allá de establecer una posible guía de acompañamiento, pretende demostrar la importancia del acompañamiento emocional a la mujer durante el evento más significativo en la familia: el nacimiento de los hijos. Que la experiencia vivida durante el parto y el apego precoz resulte de la manera más natural posible, potencia el posterior cuidado materno mejorando así la calidad de vida de los niños. Con esto, las familias formarán jóvenes más seguros, que se convertirán en adultos responsables, empáticos, conscientes (Ordóñez, 2012). Ellos serán los que mejoren nuestra sociedad. Ellos serán los que cambien el mundo.

4. MARCO TEÓRICO

4.1 MARCO REFERENCIAL

La revisión de estudios “Apoyo continuo para las mujeres durante el parto” (Hodnett, Gates, Hofmeyr, Sakala, 2007) para La Colaboración Cochrane, resume los resultados de 16 estudios clínicos en los que participaron 13,391 mujeres, realizados en 11 países. Todos los estudios clínicos incluyeron apoyo personalizado y continuo proporcionado por mujeres capacitadas (enfermeras, parteras, Doulas o instructoras de parto). Los resultados indicaron que las mujeres con apoyo de Doula tuvieron más probabilidades de tener el parto sin analgesia o anestesia, más probabilidades de parto vaginal espontáneo y menos probabilidades de manifestar insatisfacción por sus experiencias de parto; además, sus trabajos de parto tendieron a ser levemente más cortos.

Ninguno de los informes del estudio presenta efectos adversos sobre el acompañamiento de Doula. Con esta información no sólo se confirman los múltiples beneficios que el acompañamiento ofrece, sino también se evidencia la ausencia de registro de factores nocivos que perjudiquen el proceso (que pudieran ser causados por la presencia de una Doula).

El artículo “Aportes de las Doulas a la obstetricia moderna” realizado por Ximena Morlans y Verónica Valdés de la Universidad Católica de Chile, tuvo por objetivo la revisión de la evidencia disponible en relación con la presencia de una Doula durante el parto. Se revisaron estudios randomizados controlados de hasta 25 años de antigüedad y los resultados fueron (tomado textualmente del artículo) sorprendentes, significativos y consistentes en relación con aspectos obstétricos como menores tasas de

partos operatorios (cesáreas y fórceps), menos necesidad de uso de analgesia durante el trabajo de parto y parto, y menor duración del trabajo de parto.

En ambos estudios, se evaluaron también aspectos psicológicos como mejor percepción de la vivencia del parto, mayor autoestima y menores tasas de depresión postparto. A pesar de no estar en los objetivos de las revisiones la medición del inicio de la lactancia, se citan en ambos textos los beneficios del parto natural con acompañamiento de Doula en las mujeres participantes y sus bebés en relación a la lactancia inmediata, así como el apego precoz y el vínculo mamá-bebé.

En la publicación “Evaluation of a Student-Nurse Doula Program” de enero del 2012 en “Midwifery Womens Health”, Shirley Van Zandt y sus colegas analizan y describen la intervención de las Doulas en el “Programa de Acompañamiento al Parto” en “Johns Hopkins University School of Nursing”. Mediante el análisis secundario de 648 nacimientos, el estudio concluyó que a mayor número de intervenciones de Doula durante la labor de parto, especialmente en el ámbito físico (con ejercicios, respiraciones, visualizaciones), menor es el uso de epidural y nacimientos por cesárea.

Un estudio realizado en China concluyó que los bebés que nacen de partos difíciles y estresantes tienen más probabilidad de presentar problemas de agresividad (Li, Ye, Achenbach, Ren, Pei, Zheng, Liu, 2010). Una elevada producción de cortisona está estrechamente ligada al comportamiento agresivo. En este estudio, el doctor Jianmeng Liu y su equipo observó a más de 4.100 niños nacidos. Fueron examinados a la edad de 4 y 6 años por conflictos de comportamiento, incluyendo ser retraídos, ansiosos o deprimidos, agresividad, problemas de atención y tendencia a

comportamientos delincuentes. Jianmeng Liu afirma en su estudio que "la asociación entre el modo de alumbramiento y posterior psicopatología infantil está vinculada muy probablemente con la respuesta de la cortisona".

Es un hecho. Cada vez más y más estudios demuestran la realidad de los partos y nacimientos alrededor del mundo. Por un lado está el incremento de las cesáreas que muchas veces son realizadas sólo para acomodar fechas en supuesto beneficio materno, la extinta embarazada sana, el incremento de complicaciones durante el embarazo.

Al otro lado de la balanza se encuentra la desinformación de la pareja o la madre embarazada, la pobre o nula información otorgada por parte de los proveedores de salud, el miedo creado por diversas fuentes desde la infancia, empujando a nuestras mujeres y parejas a tomar decisiones basadas en el temor, ignorando los peligros reales de un nacimiento por cesárea o con epidural.

Habiendo hoy en día la creciente oferta de entrenamiento prenatal, preparación al parto, el acompañamiento de Doula, e incluso la posibilidad de parto en casa, no debería suceder que la información que el obstetra o ginecólogo entregue sea tan parcializada hacia la cesárea o el parto inducido y medicalizado.

4.2 MARCO TEÓRICO

4.2.1 Panorama actual de los nacimientos

Gracias a la televisión y sus programas educativos, podemos observar los nacimientos de distintos mamíferos en estado salvaje. La madre loba tres semanas antes de parir escarba un hoyo en la tierra formando un túnel el cuál será su refugio. Cuando presiente la inminencia del parto, ella se retira de la manada hacia la tranquilidad y seguridad que le ofrece la guarida que construyó (Lecomte, Dumort, 2008). El parto ocurre en el interior de la madriguera, lo que le proporciona protección contra posibles depredadores y resguardo de la atmósfera externa. Luego del parto, ella corta con sus dientes el cordón umbilical, se come su placenta e inmediatamente comienza a lamer a todos y cada uno de sus lobeznos. La lactancia es inmediata.

En lo que respecta al nacimiento de los seres humanos, la especie privilegiada y dotada de inteligencia, la situación es totalmente opuesta. Mientras que la loba instintivamente se refugia buscando estar sola, la mujer vuela al hospital para que la “ayuden” con su labor de parto. La loba está en completa oscuridad, humedad, calor y soledad. La mujer, en un frío quirófano con luz fluorescente atestado de gente que no conoce. La loba fluye a través de su instinto, deambula, gime, aúlla. La mujer es guiada en los pujos paso a paso por un médico o una enfermera que siguen un protocolo, postrada en una cama en posición de litotomía, sin movimientos, sin control de sí misma, sus gritos son callados y sus respiraciones cortadas.

La loba recibe a su cachorro, lo lame, lo huele, lo lacta. La mujer recibe una dosis de oxitocina para expulsar la inerte placenta mientras su bebé es

separado a otra habitación a veces hasta por 4 horas. No hay contacto. No hay apego. Es una intervención médica más.

Cada vez más y más familias exigen un mejor trato a los profesionales en las salas de maternidad. La concienciación de la importancia del parto y nacimiento, así como el conocimiento de la Ley de Derechos y Amparo al Paciente del Ecuador nos incitan a los profesionales de la salud a innovar en mejores protocolos de atención para potenciar el servicio que reciben los usuarios.

A nivel mundial diversas sociedades científicas se han creado con el fin de validar derechos, exigir mejores tratos en los hospitales y hacer respetar el parto normal o de baja intervención. Entre estas sociedades se encuentran: El Parto es Nuestro (España), Que No Os Separen (España), Childbirth and Postpartum Professional Association CAPP (Estados Unidos) y su representación para Latinoamérica con sede en Ecuador, Red Latinoamericana y del Caribe por la Humanización del Parto y Nacimiento RELACAHUPAN, Nexos (Colombia), Fundación Camino Claro (Colombia) y en nuestro país Fundación Parto Humanizado Ecuador, diversos foros y grupos sociales como Mujeres en Círculo y Nacer y Crecer.

Estas sociedades además de abogar a favor de la humanización del parto exigen respeto en los ciclos vitales de las mujeres y los niños. Son muy pocas las sociedades que procuran la educación liberada de dogmas y prejuicios, en relación a los ciclos vitales femeninos.

En la antigüedad, las iniciaciones en ambos sexos, festejaban cambios importantes en momentos específicos del desarrollo humano. Con esto se adquiría también conciencia sobre los procesos físicos, psíquicos y emocionales y en un futuro esta sabiduría pasaba a los más jóvenes de las

tribus, repitiendo los ciclos y reforzando la tradición. Hoy en día, los medios, la sociedad en sí, las mismas mujeres, han hecho de cada uno de los ciclos de vida un tabú, o en el peor de los casos, una enfermedad.

4.2.2 El inicio de la vida: la menstruación

Las niñas en su pubertad experimentan el primer ciclo vital que da origen a cada uno de los que sigue: la menstruación. Una vez al mes, el cuerpo femenino libera el recubrimiento del útero del cuello uterino a través de la vagina. Este periodo dura aproximadamente 5 días.

Pero, ¿qué sucede con las niñas y niños cuando reciben esta información? La mayoría de adolescentes tienden a reaccionar con asco o vergüenza cuando se pregunta qué es lo que sabe sobre la menstruación. Las niñas, con miedo, ocultan sus procesos incluso de sí mismas.

La doula Sophia Style de Inglaterra, escribe sobre la bienvenida de la menarquia en diferentes tribus del mundo. Por ejemplo, en la tribu Tiv de Nigeria, a las niñas en su menarquía, la comunidad las ve como dadoras de fertilidad y portadoras de buena suerte. Caminan sobre todos los campos del pueblo, bendiciendo el suelo y propiciando una gran cosecha. Durante una ceremonia en su honor reciben un tatuaje de fertilidad bajo el ombligo. A partir de ese momento lo enseñan orgullosamente a todo el mundo, mostrando que ya no son niñas.

En la tribu Aiary, en Brasil, la familia y amigos se juntan alrededor de la niña. La madre corta simbólicamente sus trenzas, y todos piden un pelo para la

buena suerte. Durante un mes, hasta la próxima menstruación, solo puede comer pan y pescado, para purificar su cuerpo y mente. Al llegar la segunda regla, el padre se levanta al amanecer y canta una canción especial, invitando a todo el pueblo a una fiesta donde por fin la niña puede comer lo que desee.

Mientras en Guayaquil, la publicidad de las toallas sanitarias incita a la vergüenza, las profesoras en el colegio a esconderse, y las madres a estar siempre alertas de que “no se note”. Entonces, ¿cómo es posible que una niña descubra su cuerpo, entienda sus necesidades biológicas, y acepte sus procesos en calma, con amor y seguridad para luego comprender y vivir un embarazo sano y pleno? Si la información que reciben las niñas y niños sobre menstruación es errada, la comprensión que tendrán sobre el embarazo y el proceder durante el parto, será errado también.

4.2.3 Embarazo

El embarazo o gravidez es el período que transcurre entre la implantación del cigoto en el útero hasta el momento del parto (Kitzinger, 2003). El término gestación hace referencia a los procesos fisiológicos de crecimiento y desarrollo del feto en el interior del útero materno.

En la actualidad, la mujer que acude a las visitas médicas para el control de su embarazo recibe la información parcializada sobre cómo llevarlo de la mejor manera. La mayoría de profesionales indican los suplementos que debe tomar, la importancia del ácido fólico, los signos y síntomas de alerta. Son muy pocos, al menos en Guayaquil, los profesionales que además del esquema de atención ya establecido, incitan a sus pacientes y sus parejas a

buscar información sobre posiciones para el parto, analgésicos naturales, ejercicios específicos durante la labor. La mayoría de profesionales maneja las circulares de cordón con un sólo remedio: la cesárea. La atención prenatal que recibe una madre, o una pareja debería ser de prevención de cesáreas, deberían ser clases de ejercicios y de visualizaciones.

Enseñar a la mujer embarazada a respirar, a contraer sus músculos y relajarlos, a controlar su dolor, su ansiedad mediante ejercicios y estiramientos, es una forma de prevenir no sólo cesáreas, sino también partos temerosos, ansiedad por el nacimiento, miedo en general. De esta manera la pareja tiene más confianza en el proceso que está viviendo, la ansiedad se transforma en emoción. No se produce tanto cortisol por el estrés, sino endorfinas por la felicidad y relajación que causa el ejercicio.

Además, la mejor prevención de los posibles efectos colaterales el parto o la cesárea se hace mediante el ejercicio de suelo pélvico o de Kegel, masajes perineales, con aprendizaje de pujos como la maniobra de Valsalva o la espiración frenada. Estas técnicas ayudarán a su vez a la mujer en el momento del parto.

El miedo al dolor de parto que todas las embarazadas tienen puede ser canalizado mediante visualizaciones y charlas informativas sobre manejo de dolor. Así se incrementa la probabilidad de que el embarazo concluya de la mejor manera posible.

4.2.4 Dolor en el parto

El doctor Claudio Becerro de Bengoa (1993) describe en su tesis doctoral cómo el desarrollo cultural de las sociedades desarrolladas instauro en las personas el dogma del parto doloroso, peligroso y penoso.

Observando el inocente juego infantil cuando las niñas interpretan el momento de dar a luz con sus muñecas, muchas de ellas, por no decir la mayoría, lo plasman como una experiencia negativa, dolorosa, de gritos y horror.

Becerro de Bengoa afirmaba que en las civilizaciones primitivas o tribales en las que no existen divinidades o apenas tiene relevancia la religión, se concibe el parto como algo absolutamente fisiológico y que acontece sin dolor.

Si la educación recibida sobre los procesos vitales fuera entregada de manera más empática y amorosa, aportando más que la mera información científica, fría y médica, la situación del nacimiento tuviera su desarrollo en otro contexto. Es decir, cuando el juego de las niñas en relación al parto deje de ser representado con dolor, con ansiedad, como una alteración en la familia y se proyecte de manera fácil, natural, y alegre sólo ahí se transformará el miedo del parto en la bendición de traer vida al mundo.

El ensayista francés del siglo XVI, Michel de Montaigne, afirmaba que había pueblos enteros en donde se desconocía el dolor en el parto. Así mismo, en el siglo XV el filósofo español Bartolomé de las Casas, refería que el parto

de las indígenas del Caribe que había conocido, se producía sin dolor (Rodrigañez, 2009).

Así como la tribu Tiv de Brasil enseña a las niñas la bendición que representa la menarquia y la menstruación, así debe enseñar la sociedad la bendición del parto y el nacimiento. Hablar de lo natural del cuerpo, y como fue creado para ese momento, erradicará el miedo a parir, empoderando a la mujer en su maternidad, fomentando el vínculo madre-bebé, fortaleciendo la familia, mejorando la sociedad, cambiando al mundo para bien.

4.2.5 La oxitocina, la hormona del amor

Siendo un neuropéptido formado por una cadena de nueve aminoácidos es la hormona responsable de estimular y mantener las contracciones durante el parto. También es responsable de regular el ritmo del parto y del nacimiento. Después, es la encargada de favorecer la lactancia mediante su acción en el reflejo de eyección de la leche. La palabra procede del griego y significa “parto rápido”. Es la hormona de la excitación sexual, gestora de los orgasmos en hombre y mujeres.

Esta hormona juega un papel fundamental en el parto, disminuyendo la actividad del sistema nervioso simpático, aumentando los niveles endógenos de opiáceos. Esto a su vez tiene un efecto relajante y de bienestar.

Esta hormona tiene la particularidad de ser liberada bajo ciertos parámetros. La tranquilidad, la calma y oscuridad potencian su salida. Por otro lado, es inhibida por la adrenalina, liberada en situaciones de estrés.

4.2.6 Fisiología del parto y la realidad hospitalaria.

Michel Odent (2011) habla del parto como un evento fisiológico involuntario. Aún no se ha descubierto a ciencia cierta el mecanismo que activa la labor de parto. Hay teorías (Bertha, 2013) que exponen al bebé como gestor primario de su propio nacimiento, enviando a través del cordón umbilical las hormonas necesarias que llegarán al cerebro materno, y este a su vez envía por el torrente sanguíneo al útero la señal hormonal para iniciar el parto.

La producción de las hormonas que intervienen en este evento se puede alterar con facilidad. Es por esta razón que en la naturaleza la mamífera busca la oscuridad y soledad. La oxitocina (la hormona del amor) fluye de mejor manera cuando hay poca luz. La oxitocina produce opioides llamados endorfinas, que permiten aumentar el umbral del dolor.

Los pulsos de oxitocina se alteran con la adrenalina, con el temor, el dolor (Odent, 2011). Este enunciado es lo primero que se debe tener en cuenta en las salas de parto: la fisiología del parto se puede alterar. Al llegar la parturienta a la sala de partos, se toman ciertas medidas cautelares para el óptimo desarrollo del proceso.

La monitorización de los latidos fetales, el estudio del avance del parto mediante tacto de la vagina cada hora, el suministro de oxitócicos para efectivizar la labor son intervenciones médicas que alteran dicho proceso. La palabra lo advierte. La RAE define la “intervención” como “hecho de dirigir asuntos que corresponden a otra persona o entidad”.

Es por esto que en vez de perfeccionar los métodos de ayuda para la mujer en labor, se está obstaculizando el proceso. El parto es intervenido, interrumpido cuando no se procura que la fisiología actúe de manera normal e involuntaria. Al suministrar oxitócicos y monitorizar al bebé, se altera la fisiología y tácitamente se margina a la mujer, incapacitándola de su proceso.

4.2.7 La utopía del parto natural

En una entrevista para el diario “El Clarín” en Argentina, Michel Odent expone:

Para que el parto fluya con naturalidad, la madre libera un coctel de hormonas compuesto en su mayoría por endorfinas, oxitocina y prolactina. El estado anímico de la madre cambia por ellas. Este cambio en la conciencia obedece a una reducción de la actividad del neo córtex (el cerebro del intelecto) y es el hecho más importante del parto. Durante el nacimiento, la parte más activa del cuerpo maternal es la parte más antigua del cerebro: ese conjunto de estructuras primarias como el hipotálamo y la hipófisis, que funcionan como glándulas secretoras de hormonas. Cuando algo perturba a la madre, es decir, cuando de alguna forma se estimula el neo córtex, el cerebro del intelecto libera adrenalina que inhibirá el parto.

Por esta razón no existe hoy en día en los hospitales el “parto natural” sino el parto hospitalario. Para que exista un parto natural, se debe permitir al cerebro materno realizar su función hormonal, para que el cuerpo femenino genere las reacciones que desencadenan el proceso de parto.

Alterar este proceso fisiológico mediante oxitocina sintética, monitoreo o luz perturba la naturaleza del mismo; deja de ser natural. La ejecución de ejercicios, respiraciones y visualizaciones, más el contacto empático de personal de salud son claves para que, dentro del ámbito hospitalario, la mujer pueda tener un proceso más natural. Al realizar ejercicios específicos durante el parto, la fisiología femenina actuará de mejor manera.

Si a esto se agrega una atmósfera de tranquilidad y de seguridad a través de las visualizaciones, es más factible que el proceso hormonal cumpla su labor. El cerebro primitivo será el que domine el cuerpo materno. Al añadir las respiraciones, el bebé recibe oxígeno a través de la placenta y la madre se relaja, haciendo del parto hospitalario, un parto más natural.

4.2.8 La industrialización del parto y sus implicaciones sociales

En el libro “El granjero y el obstetra”, Michel Odent (2006) hace una relación entre la agricultura y el parto. Con la industrialización de la agricultura, millones de dólares fueron generados llenando los supermercados más rápido de alimentos para satisfacer la creciente demanda. Esto trajo a su vez grandes consecuencias que afectaron la salud mundial, entre ellas el mal de las vacas locas y fiebre aftosa. Sin contar estudios por comprobar sobre la utilización de hormonas en animales y su responsabilidad en el desarrollo de

cáncer en humanos. Así mismo, la industrialización del parto produjo grandes cambios sociales y estructurales.

De acuerdo con investigaciones estadísticas hay una correlación entre cómo transcurrió el parto y la delincuencia juvenil. El nacimiento aparece como factor de riesgo a tener en cuenta en la posterior violencia juvenil.

Nikolaas Tinbergen, premio Nóbel en Fisiología y Medicina en 1973 demostró que un conjunto de bebés que fueron alumbrados mediante medicamentos y con una semana de antelación corrían más riesgo de presentar espectro autista. El suicidio en la adolescencia y la anorexia nerviosa son otros tantos ejemplos.

Nuevamente, no se trata de satanizar la intervención médica durante el parto o de responsabilizar al tipo de nacimiento de la criminalidad mundial. Pero al haber estudios comprobados, no sólo de antropólogos, sino también de ginecobstetras (como el caso de Odent), se debería persuadir a las autoridades pertinentes de cambiar la realidad hospitalaria no sólo de Ecuador, sino del mundo.

Es eminente. La cita de Odent “para cambiar al mundo hay que cambiar la forma en que nacemos” es una primicia latente en esta iniciativa mundial que cada vez más profesionales de salud, y familias están adoptando.

4.2.9 Medidas de confort durante el parto

Los ejercicios, respiraciones y visualizaciones que una mujer en labor de parto puede realizar son innumerables. Las mujeres que por razones patológicas deban permanecer recostadas todo el proceso, o deban ser intervenidas quirúrgicamente, pueden beneficiarse de ellos también.

Al realizar ejercicios se libera una serie de hormonas que mejoran la circulación y tejidos, cambian el estado anímico y potencian nuestra salud. Una de estas hormonas son las endorfinas. Ellas disminuyen a su vez los niveles de catecolamina circulantes en el torrente sanguíneo, lo que disminuye la ansiedad.

Durante la labor de parto, la fisiología antes expuesta no cambia. Es más, si se dan los componentes necesarios para un parto natural e íntimo, estos procesos fisiológicos otorgarán a la mujer la tranquilidad requerida para culminar de manera satisfactoria su parto.

La respiración como medida de confort es fundamental para que el cuerpo se relaje y el bebé reciba el oxígeno que necesita. Aunque al momento del parto cada mujer respirará como mejor lo sienta, es oportuno enseñar en la primera etapa de la labor (mejor durante el embarazo) los tres tipos de respiración que ayudarán a liberar el diafragma y facilitarán los pujos. Estos son:

- La respiración abdominal: al ser profunda, relaja el cuerpo liberando el abdomen.
- La respiración acelerada o superficial: utilizada durante los picos de mayor intensidad de dolor.

- La respiración de empuje: aprovecha el aire para empujar con fuerza hacia abajo.

La utilización de calor, sea mediante compresas o sumergirse en agua caliente, ha sido el analgésico por excelencia durante la historia. Al momento del parto, la aplicación de compresas calientes en lugares específicos, o hidroterapia, promueve la relajación de los músculos y la liberación de endorfinas y oxitocina, acelera la dilatación, calma el dolor, brindando la sensación de bienestar que la mujer necesita.

Existe una amplia gama de medidas de confort utilizables al momento del parto. Las combinaciones para un mejor resultado dependerán, más que de la destreza del terapeuta o profesional, de cómo se relacione la madre con su tratante. Una buena comunicación aportará el ingrediente principal para un óptimo manejo fisioterapéutico. Estar atento al requerimiento anímico y físico de la labor de parto potencia los múltiples beneficios que este tipo de intervención aporta.

4.2.10 La Doula

La intervención de la Doula es la única que no perturba el proceso del parto. La Doula, al acompañar a la mujer con visualizaciones, ejercicios o medidas de confort, fortalece la confianza de la parturienta en sí misma durante el proceso. Al realizar los diversos ejercicios y estiramientos que favorecen la fisiología del parto, brinda a la mujer la sensación de bienestar y seguridad que muchas veces la sala del hospital le quita.

La práctica de la Doula, a su vez, no sólo beneficia el binomio mamá-bebé. También facilita la comunicación en sala del personal médico con la parturienta. Muchas veces los médicos tratantes con el fin de optimizar tiempo y mejorar rendimientos, se ven obligados a sólo chequear a sus pacientes cada hora. No las pueden acompañar durante todo el proceso, como lo necesitan. Es ahí donde la Doula sirve de puente comunicacional entre paciente y médico.

La Doula tiene la empatía materna, pues ella es quien acompaña, carga, masajea, abraza, contiene. La Doula recibe las quejas, los miedos, el llanto de la madre para, cuando sea necesario, transmitirlo al médico con el fin de crear una atmósfera más cálida, mejorando así la experiencia vivida.

El parto es el momento de mayor vulnerabilidad biológica y emocional de la mujer. Es cuando más contenida, resguardada y protegida debe estar. En este evento, la Doula protege a la madre para que su instinto fluya a pesar de las intervenciones. No alterar la fisiología mamífera protegiéndola de la intervención innecesaria, es la clave para evitar estimular la corteza y con ella, la producción de adrenalina y otras hormonas que inhibirán este delicado proceso.

5.3 MARCO LEGAL

En la Ley Orgánica de Salud, publicada en el Registro Oficial Suplemento #423, en el Capítulo III sobre derechos y deberes de las personas y del Estado en relación con la salud estipula:

Art. 7.- Toda persona, sin discriminación por motivo alguno, tiene en relación a la salud, los siguientes derechos:

e) Ser oportunamente informada sobre las alternativas de tratamiento, productos y servicios en los procesos relacionados con su salud, así como en usos, efectos, costos y calidad; a recibir consejería y asesoría de personal capacitado antes y después de los procedimientos establecidos en los protocolos médicos. (...);

En relación al servicio ginecobstétrico, no hay leyes en el Ecuador que procuren el cuidado que requiere la madre desde el aspecto emocional y la fisiología paritoria. Estipulado por la Ley, una vez más, se hace imperativo la creación de un programa de acompañamiento que informe desde el embarazo sobre las alternativas para el parto, y los múltiples beneficios que ofrece.

5. FORMULACIÓN DE LA HIPÓTESIS

El acompañamiento fisioterapéutico y el apoyo emocional durante la labor de parto tienen un efecto positivo en la percepción de dolor, miedo, molestias y el nivel de satisfacción de las mujeres.

6. IDENTIFICACIÓN Y CLASIFICACIÓN DE VARIABLES

- Variables independientes: acompañamiento fisioterapéutico, apoyo emocional.
- Variables dependientes: percepción de dolor, percepción de miedo, percepción de molestias, nivel de satisfacción.

7. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

7.1 JUSTIFICACIÓN DE LA ELECCIÓN DEL DISEÑO

La siguiente investigación es de orden experimental con alcance comparativo. El diseño elegido es el de preprueba-postprueba y grupo control ya que se aplicará una Guía de Acompañamiento a la Labor de Parto en un grupo de mujeres llamado Grupo Experimental (con acompañamiento) y se compararán los resultados con los datos obtenidos del Grupo de Control (sin acompañamiento), previo a realización de prueba EVA de dolor en ambos grupos. El enfoque es cuantitativo al recolectarse datos para realizar mediciones y estadística, y cualitativo ya que se evaluará la experiencia con una perspectiva interpretativa basada en el entendimiento.

7.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

Se define por unidad de análisis para la investigación a las parturientas del Área General de Tocoquirúrgico del Hosp. Ginecobstétrico Enrique C. Sotomayor. Se delimitó una población de 120 mujeres a ser estudiada, se determinó el tamaño muestral de 33% dando por resultado 40 participantes que cumplieran con los criterios de inclusión en Grupo Control y Grupo Experimental, buscando de esa manera la validación interna de la investigación a través de la equivalencia inicial de los grupos.

7.2.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Mujeres guayaquileñas mayores de 18 años que ingresen al Área General del Hospital Enrique C. Sotomayor (dinámica uterina regular, borramiento cervical >30% y dilatación de 4-5 centímetros), de forma espontánea o inducida.
- Gestación entre la 38 y 42 semanas.
- Multíparas.
- Embarazo controlado de bajo riesgo obstétrico y neonatal.
- Con feto único en presentación cefálica.

7.2.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Mujeres de ciudades diferentes a Guayaquil.
- Primigestas.
- Menores de edad.
- Gestaciones múltiples.
- Cesáreas previas.
- Embarazo de alto riesgo.
- Riesgo para el bebé.
- Partos prematuros.
- Discapacidad auditiva o visual.

- Analfabetas.
- No querer participar en estudio.

7.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

7.3.1 TÉCNICAS

- Encuesta realizada a mujeres participantes del estudio sobre:
 - Emoción percibida durante el trabajo de parto, siendo las opciones: felicidad, miedo, decepción, frustración, enojo (Grupo Control y Experimental).
 - Comparación: parto actual vs parto anterior (Grupo Control y Experimental).
 - Nivel de satisfacción en relación a la Información recibida durante la labor de parto, a través de escala tipo Likert de 5 alternativas: muy satisfecha, satisfecha, regularmente satisfecha, insatisfecha, muy insatisfecha (Grupo Control y Experimental).
 - Nivel de satisfacción en relación a la atención recibida durante el proceso de parto, a través de escala tipo Likert de 5 alternativas: muy satisfecha, satisfecha, regularmente satisfecha, insatisfecha, muy insatisfecha. (Grupo Control y Experimental).
 - Percepción de control del proceso vivido, siendo las opciones sí o no (Grupo Control y Experimental).
 - Sensación de acompañamiento durante la labor de parto, siendo las opciones sí o no (Grupo Control y Experimental).

- Alivio de dolor y molestias gracias a acompañamiento de doula, siendo las opciones sí o no (Grupo Experimental).
 - Miedo y ansiedad experimentados durante labor de parto, siendo las opciones sí o no (Grupo Experimental).
 - Necesidad de acompañamiento durante el proceso de parto, siendo las opciones sí o no (Grupo Control).
- Medición de la intensidad de dolor entrando a fase activa a Grupo Control, utilizando escala visual análoga (EVA) como instrumento de medida, definiéndose una categorización de: sin dolor (EVA 0), dolor leve (EVA 1 a 3), dolor moderado (EVA 4 a 6), dolor severo (EVA 7 a 9), dolor insoportable (EVA 10).
 - Medición de la intensidad de dolor entrando a fase activa, antes y después de ejecutar Guía a Grupo Experimental, utilizando escala visual análoga (EVA) como instrumento de medida, definiéndose una categorización de: sin dolor (EVA 0), dolor leve (EVA 1 a 3), dolor moderado (EVA 4 a 6), dolor severo (EVA 7 a 9), dolor insoportable (EVA 10).
 - Medición de la mejoría de síntomas desagradables entrando a fase activa, antes y después de ejecutar Guía a Grupo Experimental, siendo los síntomas a medir: náuseas, vómito, dolor de cabeza, mareo, o cualquier malestar expresado, utilizando escala visual análoga de mejoría como instrumento de medida, definiéndose una categorización de sin molestia (EVA 0), molestia leve (EVA 4 a 6), molestia moderada (EVA 7 a 9) y molestia insoportable (EVA 10).
 - Guía de Acompañamiento Físico y Emocional a la labor de parto:
 - Visualizaciones. Pedir que cierre los ojos y se imagine que está en su lugar favorito. Ir mencionando de pies a cabeza sensaciones positivas de bienestar. Repetir

“cada contracción me acerca a mi bebé”, “cuerpo mío, aliado mío”.

- Respiraciones. Pararse frente a la paciente, si está acostada, agacharse hasta quedar a la altura de los ojos. Pedir que imite las respiraciones que uno hace. Mencionar lo bien que lo hace. Repetir suavemente “gracias mamá por darme oxígeno” “gracias mamá por enseñarme a respirar”.
- Masajes superficiales. Gestante indicará la intensidad deseada. Masajear lado derecho e izquierdo del cuello hacia la base de la cabeza y columna dorsal. Seguir hasta llegar a zona lumbar. Realizar movimientos circulares y hacia caderas a nivel lumbar. Movimientos circulares en caderas hacia tensor de la fascia lata. En dirección de la fibra muscular en gemelos y sóleos. En zona plantar estirar hacia dorsal.
- Masajes profundos. La gestante indicará la intensidad deseada. Realizar con el codo en parte dorsal, dedos o nudillos en dirección de la fibra muscular o en círculos, evitando causar dolor. Sobre hombros y cuello con los dedos realizar movimientos circulares.
- Ejercicios. Explicar los ejercicios a realizar. Siempre indicar que si durante la realización de alguno no quiere seguir, ella puede parar. Durante los ejercicios la doula puede apretarle las caderas para disminuir el dolor.
- En bipedestación: caminar, hacer círculos con la cadera, agarrarse de la camilla y bajar con las piernas flexionadas, recostarse sobre la pared y mover las caderas, alzar la rodilla izquierda y girarla totalmente hacia el mismo lado, bajar la pierna lo más abierta que se pueda y descender tronco.

- En balón terapéutico en sedestación: realizar círculos sobre el propio eje, rebotar suavemente.
- En balón terapéutico en cuatro puntos: las rodillas en el suelo y la gestante abrazada del balón realizar movimientos de caderas.
- Con banquillo: un pie en el suelo y el otro sobre el banquillo realizar estiramientos de cadera.
- Colchoneta: en ella se puede poner en cuatro puntos a la paciente y realizar ejercicios de estiramiento dorsal, masajes profundos y balanceo en balón.

7.3.2 INSTRUMENTOS

- Encuesta (Anexo 1). Cuestionario.
- Escala Visual Análoga EVA de dolor y Escala Visual Análoga Eva de mejora (Anexo 2).
- Guía de Acompañamiento Físico y Emocional a la Labor de Parto. (Anexo 3).
- Balón terapéutico, colchoneta y banquillo para subir a la cama.

8. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

8.1 ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Después de haber realizado las encuestas a las 40 participantes del estudio (20 Grupo Control y 20 Grupo Experimental), se realizó la tabulación de datos para presentarlos en un gráfico de barras con su respectivo análisis. Se tabuló la información obtenida mediante la aplicación de la Escala Visual Análoga EVA de dolor en ambos grupos para determinar la equivalencia inicial. Se compararon los datos obtenidos en ambos grupos con el fin de marcar la diferencia entre el grupo que recibió el acompañamiento de doula y el grupo control.

La información fue comparada ANTES y DESPUÉS de aplicar la Guía de Acompañamiento a la Labor de Parto en Grupo Experimental. Se presenta en tabla de frecuencia con porcentajes y especificando los valores que cada una tomó, para determinar nivel de mejoría y disminución de dolor.

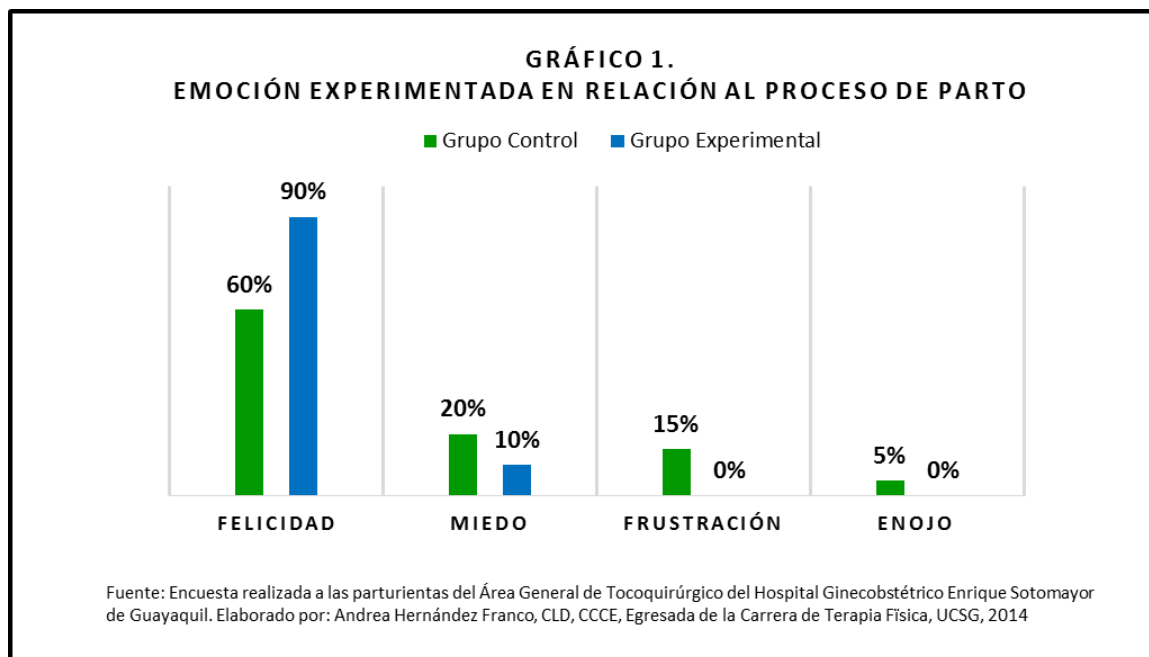
Analizando los resultados se encuentra que el grupo intervenido tuvo una experiencia de parto con mejores resultados que el grupo control. La percepción de dolor y miedo disminuyó considerablemente en las participantes del Grupo Experimental, siendo así que ninguna refirió EVA 9 o 10 después de la ejecución de la guía. El nivel de satisfacción del grupo con acompañamiento fue superior al nivel referido por el grupo control. El 100% de las participantes de este grupo hubiera preferido tener acompañamiento a estar sola durante su labor de parto. Este resultado indica que es aconsejable ofrecer el servicio de doula en las maternidades.

1. Emoción experimentada en relación al proceso de parto

Tabla 1. Emoción experimentada en relación al proceso de parto

Válidos	Grupo Control		Grupo Experimental	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Felicidad	12	60%	18	90%
Miedo	4	20%	2	10%
Frustración	3	15%	-	-
Enojo	1	5%	-	-
Total	20	100%	20	100%

Fuente: Encuesta realizada a las parturientas del Área General de Tocoquirúrgico del Hospital Ginecobstétrico Enrique Sotomayor de Guayaquil. Elaborado por: Andrea Hernández Franco, CLD, CCCE, Egresada de la Carrera de Terapia Física, UCSG, 2014



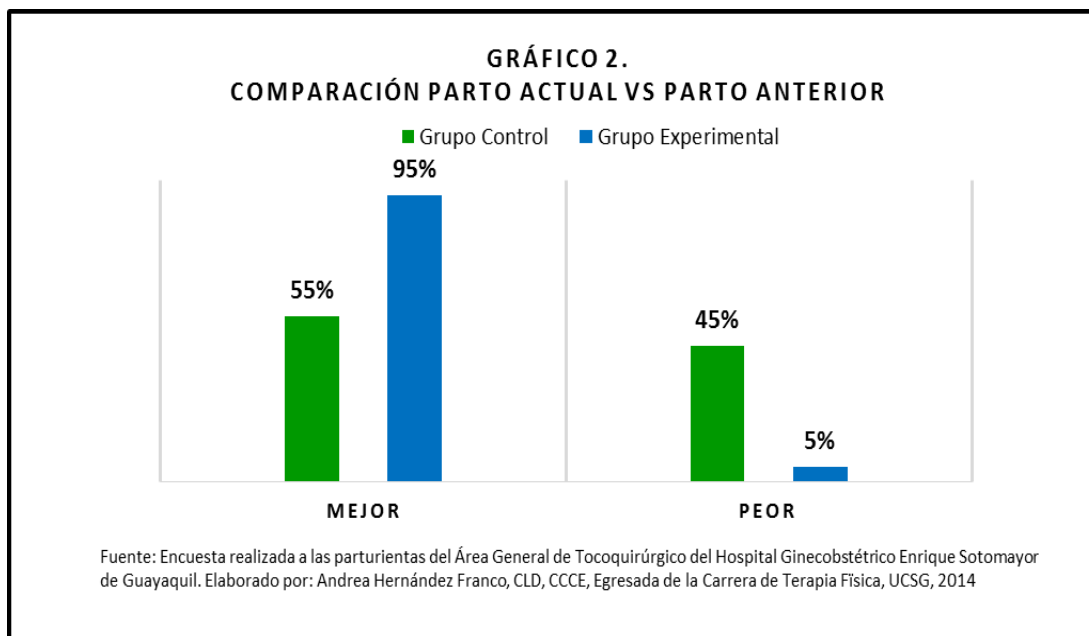
Ambos grupos expresan felicidad sobre el proceso, sin embargo es mayor la percepción en el Grupo Experimental, estando 30% por encima del Grupo Control. La única emoción a parte de felicidad en el Grupo Experimental es el miedo, y sólo en un 10%, vs el 40% dividido en las otras emociones experimentadas por las participantes del Grupo Control. Esto demuestra que las mujeres con acompañamiento de doula tienen una experiencia emocionalmente más positiva en relación a las mujeres que no tienen acompañamiento durante su labor de parto.

2. Comparación parto actual vs parto anterior

Tabla 2. Comparación parto actual vs parto anterior

Válidos	Grupo Control		Grupo Experimental	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Mejor	11	55%	19	95%
Peor	9	45%	1	5%
Total	20	100%	20	100%

Fuente: Encuesta realizada a las parturientas del Área General de Tocoquirúrgico del Hospital Ginecobstétrico Enrique Sotomayor de Guayaquil. Elaborado por: Andrea Hernández Franco, CLD, CCCE, Egresada de la Carrera de Terapia Física, UCSG, 2014



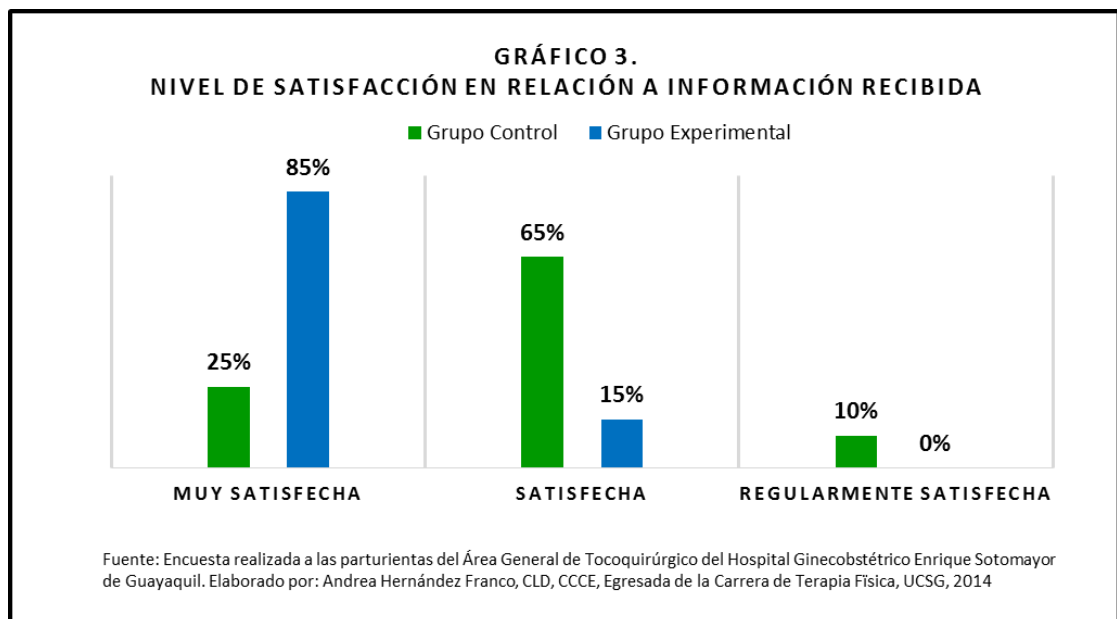
El 95% de las mujeres del Grupo Experimental expresó que el parto actual fue mejor en comparación al parto anterior, aseverando que el acompañamiento de doula mejora la experiencia vivida por las mujeres, ya que los partos pasados que vivieron las participantes de ambos grupos fueron sin acompañamiento.

3. Nivel de satisfacción en relación a información recibida

Tabla 3. Nivel de satisfacción en relación a información recibida

Válidos	Grupo Control		Grupo Experimental	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Muy satisfecha	5	25%	17	85%
Satisfecha	13	65%	3	15%
Regularmente satisfecha	2	10%	-	-
Total	20	100%	20	100%

Fuente: Encuesta realizada a las parturientas del Área General de Tocoquirúrgico del Hospital Ginecobstétrico Enrique Sotomayor de Guayaquil. Elaborado por: Andrea Hernández Franco, CLD, CCCE, Egresada de la Carrera de Terapia Física, UCSG, 2014



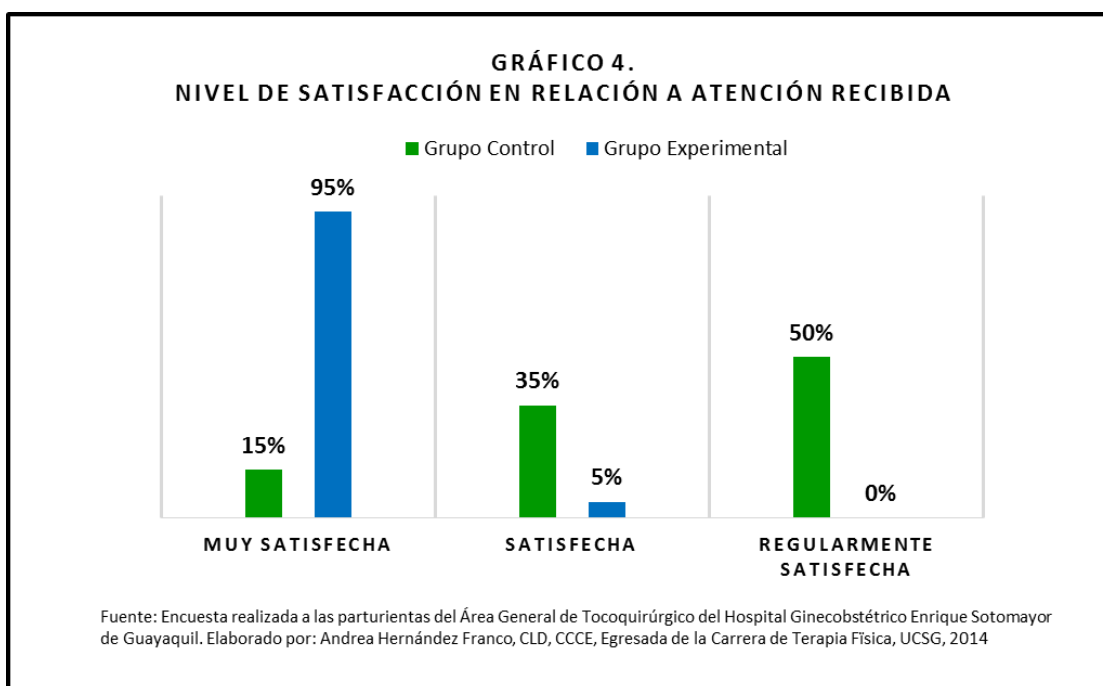
Con los datos recolectados se evidencia que el nivel de satisfacción en relación a la información recibida en el Grupo Experimental es mayor al nivel expresado por el Grupo Control.

4. Nivel de satisfacción en relación a atención recibida

Tabla 4. Nivel de satisfacción en relación a atención recibida

Válidos	Grupo Control		Grupo Experimental	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Muy satisfecha	3	15%	19	95%
Satisfecha	7	35%	1	5%
Regularmente satisfecha	10	50%	-	-
Total	20	100%	20	100%

Fuente: Encuesta realizada a las parturientas del Área General de Tocoquirúrgico del Hospital Ginecobstétrico Enrique Sotomayor de Guayaquil. Elaborado por: Andrea Hernández Franco, CLD, CCCE, Egresada de la Carrera de Terapia Física, UCSG, 2014



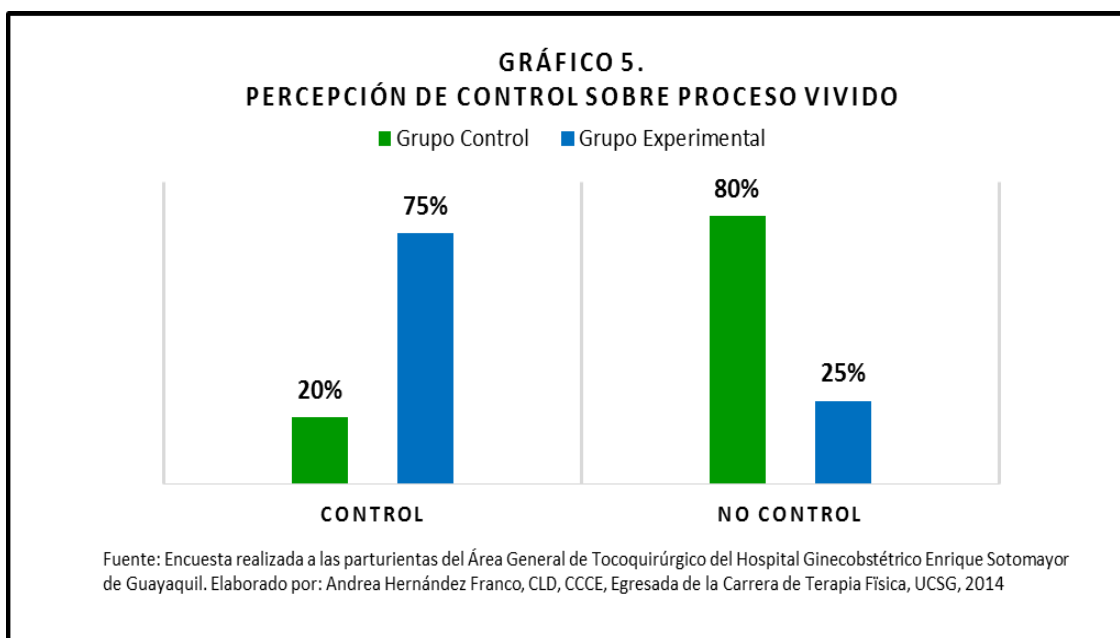
El 95% de las mujeres que contaron con el apoyo de doula consideran que la atención en el parto fue más satisfactoria de lo que consideran las mujeres que no formaron parte del experimento. Esto evidencia que el acompañamiento a la labor de parto beneficia a las instituciones médicas, en función a gestión de calidad de servicios.

5. Percepción de control sobre proceso vivido

Tabla 5. Percepción de control sobre proceso vivido

Válidos	Grupo Control		Grupo Experimental	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Control	4	20%	15	75%
No control	16	80%	5	25%
Total	20	100%	20	100%

Fuente: Encuesta realizada a las parturientas del Área General de Tocoquirúrgico del Hospital Ginecobstétrico Enrique Sotomayor de Guayaquil. Elaborado por: Andrea Hernández Franco, CLD, CCCE, Egresada de la Carrera de Terapia Física, UCSG, 2014



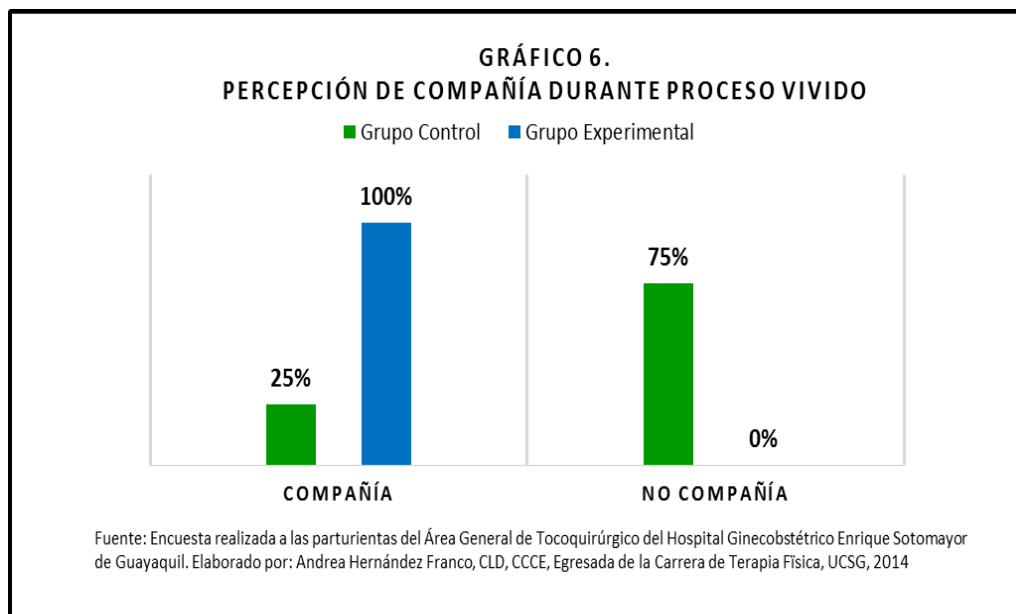
Siendo el 75% del Grupo Experimental quienes han aportado una respuesta afirmativa a la pregunta, vs el 20% del Grupo Control, se puede interpretar que el acompañamiento de doula empodera a la madre durante su proceso de parto, haciéndola sentir control sobre el proceso.

6. Percepción de compañía durante proceso vivido

Tabla 6. Percepción de compañía durante proceso vivido

Válidos	Grupo Control		Grupo Experimental	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Compañía	5	25%	20	100%
No compañía	15	75%	-	-
Total	20	100%	20	100%

Fuente: Encuesta realizada a las parturientas del Área General de Tocoquirúrgico del Hospital Ginecobstétrico Enrique Sotomayor de Guayaquil. Elaborado por: Andrea Hernández Franco, CLD, CCCE, Egresada de la Carrera de Terapia Física, UCSG, 2014



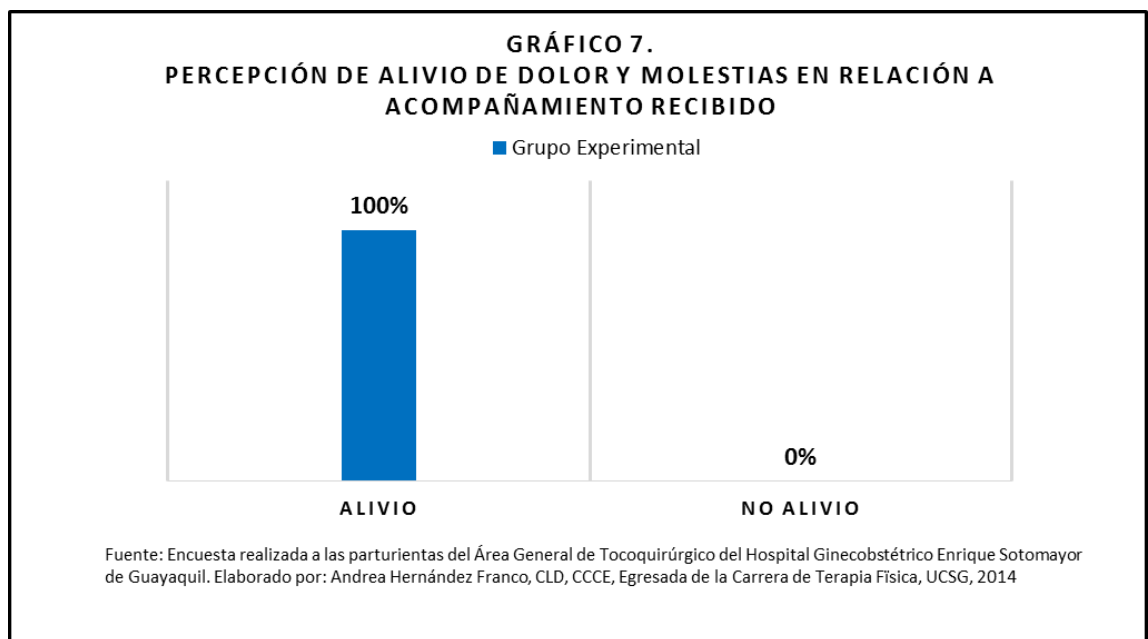
La abismal diferencia en los datos recopilados en ambos grupos demuestra contundentemente que el contar con una doula durante el proceso de parto mejora el nivel de satisfacción en relación a la compañía que las asiste.

7. Percepción de alivio de dolor y molestias en relación a acompañamiento recibido

Tabla 7. Percepción de alivio de dolor y molestias en relación al acompañamiento recibido

Válidos	Grupo Experimental	
	<i>f</i>	%
Alivio	20	100%
No alivio	-	-
Total	20	100%

Fuente: Encuesta realizada a las parturientas del Área General de Tocoquirúrgico del Hospital Ginecobstétrico Enrique Sotomayor de Guayaquil. Elaborado por: Andrea Hernández Franco, CLD, CCCE, Egresada de la Carrera de Terapia Física, UCSG, 2014



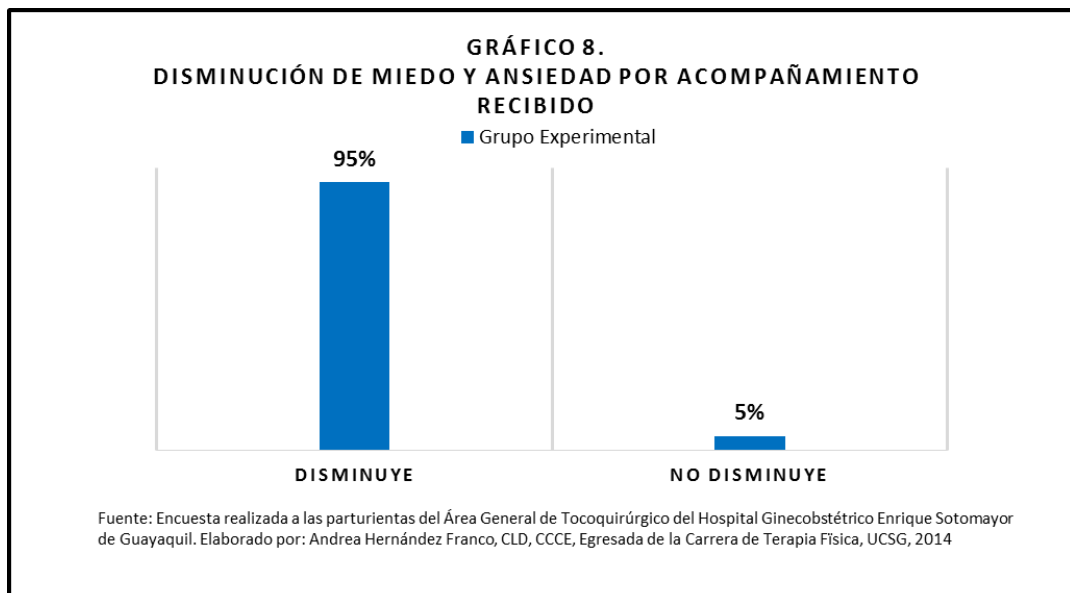
Con el análisis descriptivo de los datos tabulados se evidencia que el dolor y molestias que ocasiona la labor de parto fueron contundentemente aliviados al ejecutarse la Guía de Acompañamiento planteada en el experimento.

8. Disminución de miedo y ansiedad por acompañamiento recibido

Tabla 8. Disminución de miedo y ansiedad por acompañamiento recibido

Válidos	Grupo Experimental	
	<i>f</i>	%
Disminuye	19	95%
No disminuye	1	5%
Total	20	100%

Fuente: Encuesta realizada a las parturientas del Área General de Tocoquirúrgico del Hospital Ginecobstétrico Enrique Sotomayor de Guayaquil. Elaborado por: Andrea Hernández Franco, CLD, CCCE, Egresada de la Carrera de Terapia Física, UCSG, 2014



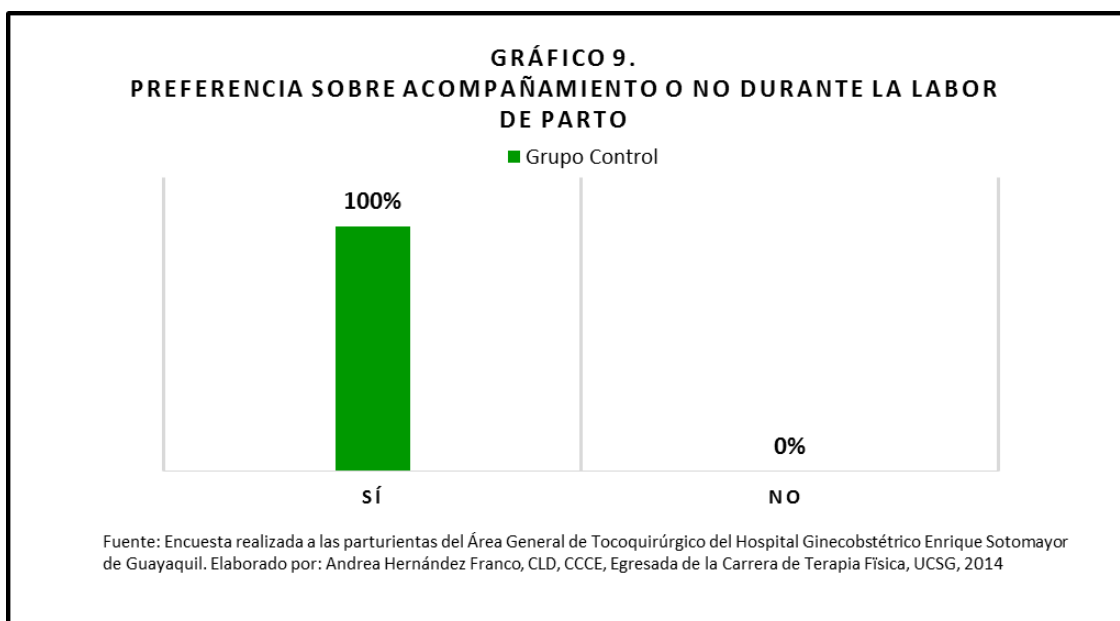
La intervención de la doula ofrece múltiples ventajas a las participantes del Grupo Experimental, tal como la revisión bibliográfica indica. El 95% de las mujeres afirman que su miedo y ansiedad en relación al parto disminuyó gracias al acompañamiento físico y emocional recibido por parte de la doula.

9. Preferencia sobre acompañamiento o no durante la labor de parto

Tabla 9. Preferencia sobre acompañamiento o no durante la labor de parto

Válidos	Grupo Control	
	<i>f</i>	%
Sí	20	100%
No	-	-
Total	20	100%

Fuente: Encuesta realizada a las parturientas del Área General de Tocoquirúrgico del Hospital Ginecobstétrico Enrique Sotomayor de Guayaquil. Elaborado por: Andrea Hernández Franco, CLD, CCCE, Egresada de la Carrera de Terapia Física, UCSG, 2014



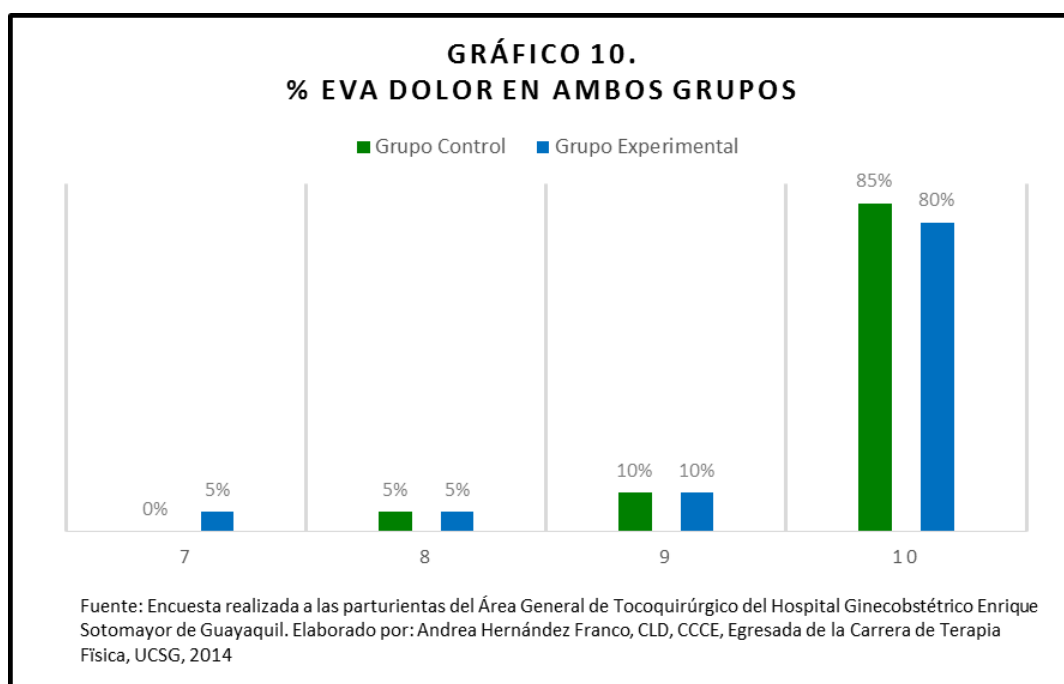
El gráfico muestra que el 100% de las participantes del Grupo Control hubieran preferido estar acompañadas durante su labor de parto confirmando con esto la hipótesis planteada.

10. Aplicación de Escala Visual Análoga de dolor en ambos grupos

Tabla 10. Medición de dolor a través de Escala Visual Análoga en ambos grupos

Escala Visual Análoga DOLOR		Grupo Control		Grupo Experimental	
		<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Dolor severo	7	-	-	1	5%
	8	1	5%	1	5%
	9	2	10%	2	10%
Dolor insoportable	10	17	85%	16	80%
TOTAL		20	100%	20	100%

Fuente: Encuesta realizada a las parturientas del Área General de Tocoquirúrgico del Hospital Ginecobstétrico Enrique Sotomayor de Guayaquil. Elaborado por: Andrea Hernández Franco, CLD, CCCE, Egresada de la Carrera de Terapia Física, UCSG, 2014



El gráfico 10 muestra que la percepción de dolor en ambos grupos es muy similar. Esto asegura que la equivalencia inicial fue lograda mediante la asignación aleatoria de las participantes en los grupos.

11. Aplicación de Escala Visual Análoga de dolor en Grupo Experimental

Tabla 11. EVA Dolor en Grupo Experimental antes y después de ejecutar Guía de Acompañamiento

Escala Visual Análoga Grupo Experimental		ANTES		DESPUÉS	
		<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Dolor moderado	4	-	-	-	-
	5	-	-	1	5%
	6	-	-	2	10%
Dolor severo	7	1	5%	1	5%
	8	1	5%	16	80%
	9	2	10%	-	-
Dolor insoportable	10	16	80%	-	-
TOTAL		20	100%	20	100%

Fuente: Encuesta realizada a las parturientas del Área General de Tocoquirúrgico del Hospital Ginecobstétrico Enrique Sotomayor de Guayaquil. Elaborado por: Andrea Hernández Franco, CLD, CCCE, Egresada de la Carrera de Terapia Física, UCSG, 2014

Tabla 12. Frecuencia antes y después de ejecutar Guía de Acompañamiento

No. Participantes	Antes	Después
16	10	8
1	9	7
1	9	6
1	8	6
1	7	5

Fuente: Encuesta realizada a las parturientas del Área General de Tocoquirúrgico del Hospital Ginecobstétrico Enrique Sotomayor de Guayaquil. Elaborado por: Andrea Hernández Franco, CLD, CCCE, Egresada de la Carrera de Terapia Física, UCSG, 2014

Mediante los cuadros expuestos se puede apreciar la efectividad de la Guía planteada en relación a la disminución de la percepción de dolor durante la labor de parto. Esto quiere decir que la realización de ejercicios, visualizaciones y respiraciones tiene un efecto analgésico en las parturientas, siendo así que todas las participantes disminuyeron 2 puntos su percepción de dolor. El efecto analgésico queda evidenciado mediante la escala aplicada.

12. Aplicación de Escala Visual Análoga de mejora en Grupo Experimental

Tabla 13. EVA Mejora en Grupo Experimental antes y después de ejecutar Guía

Escala Visual Análoga Grupo Experimental		ANTES		DESPUÉS	
		<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Dolor moderado	4	-	-	-	-
	5	-	-	1	5%
	6	1	5%	2	10%
Dolor severo	7	1	5%	3	15%
	8	1	5%	14	70%
	9	3	15%	0	0%
Dolor insoportable	10	14	70%	0	0%
TOTAL		20	100%	20	100%

Fuente: Encuesta realizada a las parturientas del Área General de Tocoquirúrgico del Hospital Ginecobstétrico Enrique Sotomayor de Guayaquil. Elaborado por: Andrea Hernández Franco, CLD, CCCE, Egresada de la Carrera de Terapia Física, UCSG, 2014

Tabla 14. Frecuencia antes y después de ejecutar Guía de Acompañamiento

No. Participantes	Antes	Después
14	10	8
3	9	7
1	8	6
1	7	6
1	6	5

Fuente: Encuesta realizada a las parturientas del Área General de Tocoquirúrgico del Hospital Ginecobstétrico Enrique Sotomayor de Guayaquil. Elaborado por: Andrea Hernández Franco, CLD, CCCE, Egresada de la Carrera de Terapia Física, UCSG, 2014

Los datos arrojan valores significativos para demostrar el efecto sedante que el acompañamiento de doula aporta a la mujer durante la labor de parto. Las participantes que antes de realizar los ejercicios, visualizaciones y respiraciones planteados en la Guía de Acompañamiento estaban en EVA 10 y 9 bajaron a EVA 8 y 7 respectivamente. Esto demuestra que el aplicar medidas de confort repercute positivamente en la mejoría de molestias percibidas.

9. CONCLUSIONES

Los hallazgos encontrados en el estudio avalan las iniciativas que se están tomando en hospitales a nivel mundial en relación a la contratación de doulas capacitadas en las áreas de parto. La evidencia muestra los efectos positivos experimentados por las pacientes que recibieron el acompañamiento de doula, tanto en lo físico como en lo emocional. El hecho de que el 100% de las participantes del Grupo Control hayan manifestado el deseo de acompañamiento para su proceso y el 100% de las participantes del Grupo Experimental se sintieron plenamente acompañadas durante su labor de parto, demuestra que es imperativo adoptar nuevas normas y políticas en relación a la atención brindada durante este delicado e importante proceso.

Los datos demostrados evidencian que el acompañamiento fisioterapéutico y emocional tiene un efecto analgésico y sedante en las mujeres. Al no tener ninguna participante EVA 10 y 9 después de la ejecución de la Guía de Acompañamiento a la Labor de Parto, queda demostrada su eficacia en función a la disminución de dolor y percepción de molestias.

El estudio demuestra que el efecto del acompañamiento incide directamente en el mecanismo de percepción del dolor ya que, aunque el dolor es el mismo en ambos grupos, el grupo con doula disminuye su percepción por dos vías: la distracción (al hablar, respirar o visualizar); y por la vía del control de paso que es al aplicar otra sensación (masajes, balón terapéutico, ejercicios). La vía neurosensora se desvía disminuyendo así la percepción del dolor en el bulbo raquídeo.

Los datos obtenidos a través de la encuesta refuerzan la teoría descrita en la tesis sobre los numerosos beneficios que el acompañamiento de doula ofrece. El alto porcentaje de satisfacción del grupo de mujeres que tuvo la compañía de doula en relación a la atención e información recibida, confirma la hipótesis planteada. La doula mejora la experiencia de parto desde múltiples aspectos estudiados en este documento. No sólo el dolor y las molestias, la doula también sirve como bálsamo calmante del miedo y ansiedad que la parturienta pudiera tener.

Si bien la literatura expuesta refiere a la Doula como empoderadora de la mujer en parto, los resultados de la tesis en relación al control percibido por la mujer sobre su proceso no son tan contundentes como se esperaban. Hay múltiples factores que impiden a la mujer ser la protagonista de su labor de parto. No sólo los que podría una doula tratar de mejorar en la sala del hospital, como la intensidad de la luz (la teoría expuesta nos dice por qué infiere esto en la mujer).

Los factores socioculturales influyen en gran medida sobre la percepción que las mujeres tienen de sus ciclos de vida. La sociedad patriarcal en la que vivimos dificulta el pleno entendimiento, gozo y respeto que una mujer pudiera tener sobre su labor de parto. Esto, acompañado de un entorno frío, violento y desconocido como lo es la sala de parto, imposibilita muchas veces el ejercicio de la doula como protectora y cuidadora de las emociones maternas.

Cabe mencionar también, que las políticas hospitalarias y procedimientos no son sujeto de objeción por parte de la doula, es decir, la doula no puede interferir en los procedimientos médicos. Esto reduce el nivel de percepción de control ya que las madres no pueden decidir sobre si quieren o no los

procedimientos a realizar. Esto resta autonomía a la mujer, lo que influye negativamente sobre su percepción de control de la situación.

Se concluye, en base a la información y datos recopilados, que el acompañamiento físico y emocional que la mujer recibe durante su labor de parto va a incidir positivamente en ella, disminuyendo su miedo y ansiedad así como la percepción de dolor y molestias.

10. RECOMENDACIONES

En función al nivel de satisfacción percibido en relación a la información recibida, los datos no determinan si el alto porcentaje obtenido se debe a que la doula mejora la disposición de las gestantes a recibir información o la doula sirve de puente comunicacional entre el personal médico y las pacientes. Se recomienda realizar un estudio para determinar este planteamiento.

Se recomienda instruir a los futuros profesionales de salud en relación a los beneficios que brinda el acompañamiento de doula a las mujeres en labor de parto, de este modo tendrán una herramienta más de que valerse y con que aportar cuando llegue el momento de realizar las rotaciones previas a graduarse. Así también ampliarían sus conocimientos sobre el tema, para dejar de realizar protocolos estandarizados, como episiotomías, uso de fórceps o ventosas, que hoy en día son obsoletos en muchas partes del mundo.

Se recomienda brindar clases a las mujeres sobre embarazo y parto, antes y durante el proceso de gestación. De esta manera cuando llegue el momento de tener hijos, las mujeres estarán más preparadas e informadas. Hacer conciencia sobre los ciclos vitales potenciará la salud de la sociedad.

11. PRESENTACIÓN DE PROPUESTAS

En relación a la tesis realizada y a los resultados obtenidos, se presenta la siguiente propuesta:

11.1.- TEMA DE PROPUESTA

“TALLER TEÓRICO-PRÁCTICO SOBRE USO Y BENEFICIOS DE LA GUÍA DE ACOMPAÑAMIENTO FÍSICO Y EMOCIONAL A MUJERES EN LABOR DE PARTO”

11.2.- JUSTIFICACIÓN

El acompañamiento a la labor de parto ha sido tema de debate en el ámbito médico los últimos 20 años. Los beneficios que brinda han sido probados en números estudios a nivel mundial.

A pesar de que el parto es un acto fisiológico y natural de nuestra especie, en los últimos años los avances tecnológicos han privado a la mujer de su instinto para cumplir con este proceso.

La intervención médica, cuyo objetivo es salvaguardar la integridad de las mujeres en labor de parto, han dejado a un lado el protagonismo que la mujer debe tener para lograr un parto consiente, empoderado, natural. Lo ha convertido en una situación, en la cual la mujer sólo se siente segura en la medida que el médico le permita. La creación de protocolos para prevenir problemas y situación negativas en relación a la maternidad, terminan

obligando a la mujer a permanecer postrada en una cama, sorda a su instinto, drogada para sobrellevar el momento. Con el objetivo de ayudar a las mujeres en este proceso, y de mejorar la atención que los profesionales de la salud brindamos, se ha diseñado una Guía para el acompañamiento físico de la gestante durante el parto.

Al tener una guía de intervención física y emocional, brindamos a las mujeres la oportunidad de vivir este momento desde otra perspectiva, tal vez más humana, que facilita sus procesos biológicos y así tener un resultado favorecedor en relación a la satisfacción materna.

Es por esto que la instrucción sobre el uso y beneficios de esta guía, cuya función principal es proteger a la mujer de la violencia obstétrica, se convierte en una necesidad para la sociedad. Al demostrar a los futuros profesionales durante su formación universitaria los beneficios del acompañamiento, cambiamos poco a poco la manera en que ellos perciben el parto.

Con esto logramos profesionales más sensibles y empáticos con las pacientes. El resultado final: procesos de parto y partos armoniosos, madres más felices, médicos más humanos.

11.3 OBJETIVOS

11.3.1 OBJETIVO GENERAL

Capacitar a los estudiantes de la Facultad de Ciencias Médicas sobre el uso y beneficios de la Guía de Acompañamiento a la Labor de Parto.

11.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Sensibilizar a los estudiantes de la Facultad de Ciencias Médicas sobre la importancia del acompañamiento a la labor de parto.
- Sensibilizar a los estudiantes de la Facultad de Ciencias Médicas sobre la empatía y su actitud con los pacientes.
- Brindar herramientas que efectivicen la atención mediante el uso de la Guía de Acompañamiento a la Labor de Parto.

11.4 FASES DE LA PROPUESTA

El taller se realizará en dos días, 3 horas cada día. Los puntos a tratar serán:

DÍA 1

- 1.- Presentación de Tallerista.
- 2.- Presentación de Alumnos.
- 3.- Video: Parto Hospitalario vs Parto en casa.
- 4.- Debate conducido. Invitación a pacientes que han dado a luz en casa.
Ronda de preguntas.
- 5.- Charla “Embarazo consiente, parto natural”.
- 6.- Charla “La fisiología del parto”.
- 7.- Video: Parto Natural y sus implicaciones sociales.
- 8.- Debate conducido.
- 9.- Presentación de la Guía de Acompañamiento a la Labor de Parto.
- 10.- Discusión sobre uso de la Guía.
- 11.- Beneficios de la Guía.
- 12.- Indicaciones y Contraindicaciones de la Guía.

DÍA 2

- 13.- Práctica en parejas sobre ejercicios, visualizaciones y respiraciones.

14.- Presentación de diapositivas Power Point sobre aplicación de la Guía y sus beneficios basados en evidencia.

15.- Ronda de Preguntas.

16.- Entrega de certificados de asistencia.

17.- Cierre del taller.

11.5 RECOMENDACIONES

Antes de ejecutar la Guía, se recomienda las siguientes lecturas a los profesionales de salud interesados:

- “El bebé es un mamífero” de Michel Odent. Cualquier edición.
- “La maternidad y el encuentro con la propia sombra” de Laura Gutman, cualquier edición.
- “Opciones para un parto suave” de Barbara Harper, cualquier edición.

También se recomienda a la Universidad incluir en su Posgrado en Ginecobstetricia la capacitación sobre parto respetado y uso de la Guía planteada.

11.6 CONTRAINDICACIONES

La literatura hallada no refiere ninguna contraindicación al acompañamiento durante la labor de parto, pero habría que tener consideraciones especiales con las mujeres con problemas de salud previo al parto, como eclampsia, HTA, o alguna condición que perjudique al bebé. Sin embargo, el acompañamiento no se limita a la realización de ejercicios. Una mujer en cesárea no puede realizar ejercicios, pero podría hacer visualizaciones. Queda a criterio de quién utilice la Guía como acompañar dentro de las limitaciones que se presenten.

12. BIBLIOGRAFÍA

Becerro de Bengoa, C. (1993). Educación maternal y beta endorfinas en plasma materno durante el parto. Tesis doctoral No. 168/93. FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS, Departamento de Obstetricia y Ginecología, Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España.

Bertha, J. (2013). *Fisiología del parto*. Ponencia presentada en el Taller Previo a Certificación CEEE, Hospital Clínica Kennedy, Guayaquil, Ecuador.

Bertha, J. (2013). La doula. Ponencia presentada en el Taller Previo a Certificación CLD, Casa de la Vida, Guayaquil, Ecuador.

de Jonge, A., van der Goes, B., Ravelli, A., Amelink-Verburg, M., Mol, B., Nijhuis, J., Gravenhorst, J. B., Buitendijk, S. (2009), Perinatal mortality and morbidity in a nationwide cohort of 529 688 low-risk planned home and hospital births. En *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. Consultado el 20 de abril de 2014. Disponible en <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1471-0528.2009.02175.x/abstract>

El parto es nuestro. (2012). El papel de la oxitocina y otras hormonas. Recuperado de <http://www.elpartoesnuestro.es/informacion/parto/el-papel-de-la-oxitocina-y-otras-hormonas>

El parto industrializado ya está generando distintas catástrofes. *El Clarín*. Buenos Aires. Edición Miércoles 09.04.2003.Sociedad, pp B1.

Estadísticas Sanitarias Mundiales (2013). Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/82218/1/9789243564586_spa.pdf?ua=1

Feenstra, C. (2010). La atención al parto en Holanda. En *Holistika*. Consultado el 12 de junio de 2014. Disponible en http://www.holistika.net/parto_natural/parto_fisiologico/la_atencion_al_parto_en_holanda.asp

Harper, B. (2002). *Opciones para un parto suave*. México D. F., México: Lasser Press Mexicana.

Hodnett, ED; Gates, S; Hofmeyr, GJ; Sakala, C. (2007). Apoyo continuo para las mujeres durante el parto. En *The Cochrane Collaboration*. Consultado el 14 de Junio de 2014. Disponible en <http://apps.who.int/rhl/reviews/CD003766sp.pdf>

Jung, S. (2012, noviembre). La marginalización de las parteras. Ponencia presentada en el Primer Cineforo Derechos Humanos en Embarazo – Parto – Postparto, Puerto Rico.

Kitzinger, S. (2003). *El nuevo gran libro del embarazo y del parto*. México D. F., México: Medici.

Lecomte, G.; Dumort, B.; (2008). *Lobos. Mitos y leyendas. El lobo en la actualidad*. París, Francia: De Vecchi Ediciones.

Ley Orgánica de Salud. Ley No. 67. Registro Oficial Suplemento #423, Ecuador, 22 de diciembre de 2006.

Li, HT.; Ye, R.; Achenbach, T.; Ren, A.; Pei, L.; Zheng, X.; Liu, JM. (2010). Caesarean delivery on maternal request and childhood psychopathology: a retrospective cohort study in China. EN *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. Consultado el 30 de abril de 2014. Disponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21050366>

Lozano, María (2000). *Las imágenes de la maternidad. El imaginario social de la maternidad en occidente desde sus orígenes hasta la cultura de masas*. Madrid: Río Genares Producciones Gráficas.

Odent, M. (2006). *El granjero y el obstetra*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Creavida.

Odent, M. (2011). *El bebé es un mamífero*. Madrid, España: Editorial Ob Stare

Ordóñez, P. (2012, julio). La importancia del entorno los primeros años de vida. Conferencia presentada en el Mes de la Pedagogía, Guayaquil, Ecuador.

Paterno, M.; Van Zandt, S.; Murphy, J.; Jordan, E. (2012). Evaluation of a Student-Nurse Doula Program. En: *J Midwifery Women's Health*, Vol. 57 No.1, pp 28-34

Rodrigañez, C. (2009). *Pariremos con placer*. San Ildefonso, Granada: Ediciones Crimentales.

Situación de Salud en la Américas: Indicadores Básicos de Salud 2013.

Recuperado de

http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=2470&Itemid=2003&lang=es

Style, S. (2011). Dar la Bienvenida a la Menstruación. En *Conecta con tu Ciclo Menstrual, un espacio para celebrar nuestra naturaleza cíclica*. Consultado el 15 de marzo de 2014. Disponible en <http://conectacontuciclomenstrual.wordpress.com/primera-menstruacion/>

Tinbergen, N. (1987). *Niños autistas. Nuevas esperanzas de curación*. Madrid, España: Alianza Editorial.

Tovar, S. (2003). *Grado de Satisfacción de las Gestantes al Recibir la Atención Prenatal en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión del Callao*. Tesis de maestría, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.

Valdés, V.; Morlans, X. (2005). Aportes de las Doulas a la obstetricia moderna. En: *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, Vol. 70 n.2, pp. 108-112

Vivanco, M. (2009). *Análisis de la satisfacción de las madres durante el trabajo de parto y puerperio inmediato en un hospital público de tercer nivel de la Comunidad de Madrid. Validación y adaptación transcultural de la escala de satisfacción COMFORTS*. Tesis de maestría, Facultad de Enfermería, Universidad de Madrid, Madrid, España.

ANEXO 1

GUÍA DE ACOMPAÑAMIENTO A LA LABOR DE PARTO

Diseñado por Andrea Paola Hernández Franco, CLD, CEEE

A considerar:

1. ESTA GUÍA SOLO DEBE SER USADA POR PERSONAL CALIFICADO (DOULAS CAPACITADAS Y CERTIFICADAS POR CAPPA) PARA ATENDER Y SERVIR A LA GESTANTE DURANTE EL NACIMIENTO DE SU HIJO/A, PREVIA AUTORIZACIÓN DE LA AUTORA.
2. Se debe hablar con la paciente desde una postura empática. Preguntar cómo se siente y qué podemos hacer para aliviar sus molestias.
3. Explicar con palabras sencillas las medidas de confort que vamos a aplicar, haciéndole saber que puede, durante la aplicación de los mismos, pedir que se detenga si se siente incómoda o graduar la intensidad de los mismos.
4. No todas las mujeres van a estar dispuestas a realizar los ejercicios, en especial cuando han sido víctimas de violencia obstétrica. Sin embargo, el acompañamiento puede realizarse preguntado ¿qué puedo hacer para ayudarte?
5. Recordar que la gestante es la dueña del momento, no interferir su fisiología.
6. NO OBLIGAR A REALIZAR EJERCICIOS, VISUALIZACIONES NI RESPIRACIONES SI LA MADRE NO QUIERE.

Objetivos de la Guía:

La persona que desee aplicar esta Guía, siéntase en la libertad de usarla como la gestante lo requiera. Sin embargo, tenga muy presente que DEBE cumplir los objetivos, con su práctica, su empatía, cordialidad, y sobretodo su entrega al proceso que la gestante va a vivir.

1. Ayudar a crear un espacio de intimidad, seguridad, autonomía para la madre, sea en su imaginación o en la realidad.
2. Servir a la gestante con ánimo y actitud positiva y tranquila.
3. Favorecer el contacto precoz con el bebé.
4. Brindar herramientas a la gestante para fortalecer su autoestima durante el proceso.
5. No perturbar, no imponer, mantener una atención cuidadosa pero no invasiva.
6. CONTENER A LA MADRE.

Guía de Acompañamiento a la labor de parto

1.- Visualizaciones. Pedir que cierre los ojos y se imagine que está en su lugar favorito. Ir mencionando de pies a cabeza sensaciones positivas de bienestar. Repetir “cada contracción me acerca a mi bebé”, “cuerpo mío, aliado mío”.

Objetivo: Con la visualización pretendemos crear una atmósfera amable en la cual la mujer se sienta cómoda y contenida. Se puede preguntar antes “¿dónde te gustaría estar ahora, y con quién?” con el fin de que ella pueda recrear con mayor facilidad el entorno deseado.

2.- Respiraciones. Pararse frente a la paciente, si está acostada, agacharse hasta quedar a la altura de los ojos. Pedir que imite las respiraciones que uno hace. Mencionar lo bien que lo hace. Repetir suavemente “gracias mamá por darme oxígeno” “gracias mamá por enseñarme a respirar”

Objetivo: La contracción resta oxígeno al bebé en el útero. Cuando la mamá tiene el dolor lo más probable es que deje de respirar, cierre los ojos y grite o apriete la boca. Queremos que la mamá tenga la boca relajada y si es

posible abierta. Mediante la respiración guiada la mamá dirige su atención a su bebé, enviándole aire y estableciendo vínculo con él. Con esto logramos liberar un poco la tensión de la madre y disminuir su dolor y estrés.

3.- Masajes superficiales. La gestante indicará la intensidad deseada. Masajear lado derecho e izquierdo del cuello hacia la base de la cabeza y columna dorsal. Seguir hasta llegar a zona lumbar. Realizar movimientos circulares y hacia caderas a nivel lumbar. Movimientos circulares en caderas hacia tensor de la fascia lata. En dirección de la fibra muscular en gemelos y sóleos. En zona plantar estirar hacia dorsal.

Objetivo: Mediante esta técnica logramos generar calor superficial, creando un efecto vasodilatador de la zona para lograr una mayor oxigenación y analgesia. Evitar zona del vientre y abdomen pues podría ocasionar que el bebé gire, prolongando el parto.

4.- Masajes profundos. Gestante indicará la intensidad deseada. Realizar con el codo en parte dorsal, dedos o nudillos en dirección de la fibra muscular o en círculos, evitando causar dolor. Sobre hombros y cuello con los dedos realizar movimientos circulares.

Objetivo: Procurar alivio del dolor de la tensión muscular que generan las contracciones. Durante la contracción es favorable hacer este tipo de masaje en caderas.

5.- Ejercicios. Explicar los ejercicios que vamos a realizar. Siempre indicar que si durante la realización de alguno no quiere seguir, ella puede parar. Durante los ejercicios la doula puede apretarle las caderas para disminuir el dolor.

- En bipedestación: caminar, hacer círculos con la cadera, agarrarse de la camilla y bajar con las piernas flexionadas, recostarse sobre la pared y mover las caderas, alzar la rodilla izquierda y girarla totalmente hacia el mismo lado,

bajar la pierna lo más abierta que se pueda y descender tronco.

- En balón terapéutico en sedestación: realizar círculos sobre el propio eje, rebotar suavemente.
- En balón terapéutico en cuatro puntos: las rodillas en el suelo y la gestante abrazada del balón realizar movimientos de caderas.
- Con banquillo: un pie en el suelo y el otro sobre el banquillo realizar estiramientos de cadera.

Objetivo: Principalmente pretendemos oxigenar el cuerpo materno para que este oxigene al bebé. Cuando realizamos ejercicios generamos endorfinas que facilitan la producción de oxitocina, responsable del parto. Al mover el cuerpo permitimos también al bebé acomodarse en el canal de parto. Otro objetivo es guiar gentilmente la atención de la madre desviándolo del dolor, haciéndole ver que ese dolor no es más que su cuerpo gestionando el nacimiento de su bebé, haciéndole saber que es capaz de hacerlo. Tener presente como funciona la vía neurosensora del dolor y como “alterar” un poco sus vías de conducción con estímulos positivos para mejorar las sensaciones experimentadas.

ANEXO 2

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN A PARTURIENTAS DEL ÁREA GENERAL DE TOCOQUIRÚRGICO DEL HOSP. GINECOBSTÉTRICO ENRIQUE C. SOTOMAYOR

Realizado por Andrea Hernández Franco, CLD, CEEE, Egresada de la Carrera de Terapia Física de la UCSG

Por favor, marque con una X dónde Usted se identifique:

1.- ¿Con cuál emoción se siente usted más identificada sobre su proceso de parto?

Felicidad Miedo Decepción Frustración Enojo

2.- ¿Cómo fue este proceso en relación a su anterior parto?

MEJOR IGUAL PEOR

3.- ¿Cómo se siente en relación a la información que recibió durante su labor de parto?

Muy Satisfecha Satisfecha Regularmente satisfecha
Insatisfecha Muy insatisfecha

4.- ¿Cómo se siente usted en relación a la atención recibida por parte del personal que la atendió?

Muy Satisfecha Satisfecha Regularmente satisfecha
Insatisfecha Muy insatisfecha

5.- ¿Tuve el control de mi proceso de parto?

SÍ NO

6.- ¿Me sentí acompañada durante mi labor de parto?

SÍ NO

7.- ¿Hacer ejercicios durante el parto alivia el dolor y molestias que éste ocasiona?

SÍ NO

8.- ¿El apoyo e información brindada por la doula disminuyó mi miedo y ansiedad durante la labor de parto?

SÍ NO

9.- ¿Le hubiera gustado que alguien la acompañara durante la labor y el parto?

SÍ NO

ANEXO 3

EVA DE DOLOR Y MEJORA

**EVA DOLOR Y MEJORA REALIZADA A MUJERES EN LABOR DE PARTO
EN ÁREA GENERAL DE TOCOQUIRURGICO DEL HOSPITAL ENRIQUE C. SOTOMAYOR.
PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PREVIO A OBTENCIÓN DE TÍTULO LICENCIADA EN TERAPIA FÍSICA REALIZADA POR ANDREA HERNÁNDEZ FRANCO, CLD, CEEE**

INDIQUE DEL 0 AL 10 SI LAS MOLESTIAS QUE SIENTE MEJORAN CON LAS MEDIDAS DE CONFORT APLICADAS.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
NO MEJORA										MEJORA

*Realizado antes y después de aplicar protocolo fisioterapéutico, entrando en fase activa.

INDIQUE DEL 0 AL 10 SI EL DOLOR QUE SIENTE DISMINUYE O AUMENTA CON LOS EJERCICIOS REALIZADOS.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
SIN DOLOR										MÁXIMO DOLOR

*Realizado antes y después de aplicar protocolo fisioterapéutico, entrando en fase activa.

ANEXO 4

Aplicación de Guía de Acompañamiento a la Labor de Parto









